

# COIMBRA MÉDICA

ANO XIV

ABRIL de 1947

N.º 4

## SUMÁRIO

	Pág.
COREIA DE SYDENHAM —(SUA SINTOMATOLOGIA, ETIOPATOGENIA E TERAPÊUTICA) — dr. Lúcio de Almeida . . . . .	167
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA — dr. Augusto Vaz Serra . . . . .	194
LIVROS & REVISTAS . . . . .	216
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES. . .	XVII

---

*MOURA MARQUES & FILHO*  
COIMBRA

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos — Prof. Almeida Ribeiro — Prof. Rocha Brito — Prof. Feliciano Guimarães — Prof. Novais e Sousa — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Lúcio de Almeida — Prof. Augusto Vaz Serra — Prof. António Meliço Silvestre — Prof. J. Correia de Oliveira — Prof. Luís Raposo — Prof. Luís Zamith — Prof. Mário Trincão — Prof. Manuel Bruno da Costa — Prof. António Nunes da Costa

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

António Cunha Vaz  
António de Matos Beja  
Armando Tavares de Sousa

Francisco Gonçalves Ferrelira  
João de Oliveira e Silva  
José Bacalhau  
Luís Duarte Santos

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente, Ilhas e Colónias — ano . . .	60\$00
Estranjeiro . . . . .	80\$00
Número avulso — cada . . . . .	10\$00

## PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

---

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

---

Toda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

Em resumo, das experiências feitas para avaliar o poder inibitório e o poder antisséptico concluiu-se que o Aseptal tem um alto poder antisséptico e inibitório sobre as bactérias patogênicas, o que torna valioso o seu uso na luta contra os microbios

Côimbra 14 de dezembro de 1910

*Charles Figueira*



NA HIGIENE  
ÍNTIMA  
DA MULHER

**“Aseptal.”**  
ANTI-SEPTICO-PERFUME  
PODEROSÍSSIMO E INOFENSIVO

LABORATÓRIOS DA FARMACIA N.º 11

## Alcalinésia BISMUTICA

*Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis, etc.*

## "Aseptal,"

*Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.*

## BioLactina

*Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, enterocolite, etc.*

## Bromovaleriana

*Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia, histeria, etc.*

## 'Diaspirina,

*Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, nevralgias, cólicas menstruais.*

## DYNAMOL

*Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças etc.*

## "Glucálcio,"

*Descalcificação, tuberculoses, inatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.*

## hepatodynamol

*Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.*

## "NARCOTYL,"

*As indicações da morfina. Previne a habitação e morfínomania dentro de certos limites*

## Proteion

*Medicamento não específico actuando efectivamente sobre os estados infecciosos.*

## PULMÃO-SORO

*Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.*

## SUAVINA

*Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.*

## Terpioquina

*Medicação anti-infecciosa.*

## Transpneumol

*Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.*



# COREIA DE SYDENHAM

(SUA SINTOMATOLOGIA, ETIOPATOGENIA E TERAPÊUTICA)

POR

LÚCIO DE ALMEIDA

## Considerações gerais

Estado mórbido pertencente, sem dúvida, ao fôro da neuro-psiquiatria e da clínica geral, manifestamente que o seu estudo se enquadra, de preferência, nos plásticos domínios da pediatria. Daí, conseqüentemente, a sua natural e justificada escolha para tema desta desprezenciosa conferência.

Embora suficientemente conhecida, apenas, em 1685, data em que THOMAS SYDENHAM (fig. I) iniciou brilhantemente o seu estudo, incontestavelmente que o seu conhecimento, vago e impreciso, é certo, pode remontar-se aos fins do século XIV e princípios do século XV, época durante a qual, como diz SAVY, «agitant les bras, secouant la tête, lançant les jambes, comme des «pan-tins que l'on fait mouvoir à l'aide d'une ficelle» s'acheminait... grotesque et misérable, la troupe des choreïques (figs. II e III) se rendant en pèlerinage à la chapelle de SAINT-GUY, à DRESSSEL HAUSSEL, dans le district d'Ulm en Souabe (1).

Considerada ulteriormente como correspondendo à histeria, e, muito possivelmente, à encefalite letárgica, necessariamente que, por compreender alguns casos de choreia ou por apresentar profundas semelhanças clínicas com aquela, se pode e deve considerar intimamente relacionada com a afecção que então reinava «épidémiquement dans plusieurs villages des provinces alle-

---

(1) P. SAVY, Traitement de la chorée aiguë, in *Traité de Thérapeutique Clinique*, vol. II, p. 1783.

mandes... , afecção qui SYDENHAM «décrit plus tard sous le nom de *chorea Sancti Viti* et qui BOUTEILLE, en 1810, proposa d'appeler, chorée, de *Xopeia*, danse». Peculiar à infância, acentue-se, a tal respeito, que atinge sobretudo as crianças dos seis aos quinze anos (dois terços dos seis aos doze e um terço dos doze aos quinze). Bem entendido, casos indiscutíveis de coreia de SYDENHAM.



Fig. I

foram observados em crianças de menos idade (incluindo um lactente de onze meses, <sup>(1)</sup> segundo STHEEMAN, em adolescentes, adultos jovens e até em velhos. Constituindo, sem dúvida, outra particularidade da coreia de SYDENHAM digna do maior relevo, é a sua predilecção pelo sexo feminino. Efectivamente, 80 a 90 % ou, pelo menos, dois terços dos casos, pertencem, segundo a

(1) DR. PR. RINA SIMONETTI CUIZA. Études étiopathogéniques sur la chorée de SYDENHAM et son traitement par la liqueur de Boudin, *Arch. des Mal. des Enfants*, 1938, p. 435.

generalidade dos autores, ao referido sexo. «Parmi les 139 cas observés, 55 (44 hospitalisés et 11 à l'ambulatorio) 39,5 % étaient des garçons et 84 (70 hospitalisés et 14 à l'ambulatorio), 60,5 %, des filles. Cette grande prépondérance du sexe féminin se montre dans presque toutes les statistiques anciennes ou récentes. Déjà BARTHEZ et RILLIET donnent 75 % des filles, WEST 69,5 % sur 1.141 cas, J. COMBY 79,7 % sur 370 cas, FOTI 71,6 % sur 1.036 cas, P. NOBÉCOUT 78 % (1).

Note-se, todavia, que alguns autores apontam menor percentagem: 59,6 em 196 casos (ZAMBRANO); 56,2 (NERI) e 54,4 (ACUÑA



Fig II

e PUGLISI). A nossa modestíssima estatística (compreendendo apenas 18 casos, dos quais quatro do sexo masculino) está plenamente de acordo com tantas outras, verdadeiramente significativas pelo elevado número de observações que referem. Contrastando, de certo modo, com esta singularidade, citaremos o facto de, na estatística de CUIZA, a coreia de SYDENHAM, entre as crianças dos 3 aos 6 anos, predominar no sexo masculino, como se deduz do seguinte quadro :

De 3 a 6 anos . . . . .	M. — 12	F. — 7
» 6 a 8 » . . . . .	— 19	— 19
» 8 a 11 » . . . . .	— 18	— 34
» 11 a 15 » . . . . .	— 6	— 24

(1) *Loc. ret. cit.*

aumentando, pois, gradualmente para atingir, por igual, os dois sexos dos 6 aos 8 anos e predominar no sexo feminino dos 8 aos 11 e nomeadamente dos 11 aos 15, isto é, durante a constituição da puberdade. Uma tal diferença deve-se, por certo, à maior *susceptibilidade nervosa e geral* do sexo feminino, tanto por efeito de condições intrínsecas como de influências hormonais, particularmente



Fig. III

(Extraída, bem como as antecedentes, do artigo de BABANNEIX, conceptions actuelles de la chorée de SYDENHAM, in La Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 10, 1937).

acentuadas durante tão importante fase da vida genital. «Seul le système nerveux est plus vulnérable chez les filles que chez les garçons; cela explique que la chorée soit plus fréquente chez elles, et qu'il faille prendre la chorée de la fillette comme type de la maladie» (1). A circunstância de, segundo a referida estatís-

(1) E. APERT, Traitement de la chorée, *La Presse Médicale*, 1936, p. 903.



tica, a coreia de SYDENHAM, dos 3 aos 6 anos, predominar no sexo masculino, milita, pode dizer-se, a favor da doutrina exposta, conhecido o facto de certas doenças (afecções digestivas, bronco-pneumonias, etc.) atingirem preferentemente o sexo masculino nos primeiros anos, enquanto outras (doenças eruptivas) o fazem na segunda infância, constituindo, pela mortalidade que determinam, a causa principal da maior proporção de indivíduos do sexo feminino (ao contrário do que sucede à nascença em que, para 100 do sexo feminino, existem 104 do sexo masculino).

Quanto à influência do tempo, menos importante, observaremos que, salvo raras excepções, a coreia apresenta um *mínimo* de frequência no terceiro trimestre do ano e um *máximo* no *primeiro* ou *quarto* (1).

### Sintomatologia

Varia, naturalmente, com as formas que reveste e as quais, praticamente, podem reduzir-se a duas: benigna e maligna (2).

### Forma benigna

Compreende um período inicial ou de invasão e um período de estado. O primeiro, por discreto, atípico ou impreciso, passa frequentemente despercebido. Convém, todavia, reconhecer a sua existência e a sua expressão ou expressões clínicas, dada a sua importância sob o ponto de vista terapêutico.

Caracterizado, muitas vezes, por uma evidente alteração do carácter, por uma *instabilidade mental e afectiva* manifesta (traduzida por irascibilidade, perda de atenção e de memória, etc.), acompanhada ou não de perturbações gastro-intestinais, de febre e de cefaleia, evidenciando a existência de um processo infeccioso mais ou menos sensível mas quase sempre inexpressivo, exterioriza-se outras por nitidas perturbações da motilidade: queda

---

(1) Dr. PR. RINO SIMONETTI, *loc. cit*, p. 436. A estatística deste autor concorda com a dos restantes quanto à menor frequência da coreia no terceiro trimestre (23 casos) mas difere delas, pois o maior número de casos (54), verifica-se no 2.º trimestre e não no 1.º (47 casos) ou no 4.º (48).

(2) Outras *formas* (coreia parcial, semi-correia, coreia mole ou paralytica, coreia familiar e gravidica) admitidas por vários autores, não passam, afinal, de simples variedades da primeira.

durante a marcha, incapacidade de segurar um copo, uma colher; leve torsão da boca, agitação das mãos, discretos e fugazes esgares, etc. Como é de prever, estas manifestações, não raras vezes mal compreendidas pelos familiares e professores, são causa frequente de recriminações e até de castigos, os quais, como os traumatismos físicos e psíquicos espontâneos, podem contribuir fortemente para a plena eclosão da coreia.

Evidentemente, dada a sua inicial discreção e extrema fugacidade, podem deixar de ser registados durante algum tempo não se lhes atribuindo o verdadeiro significado senão quando a coreia, pela riqueza a precisão dos seus sintomas, se torna incontroversa, irrefutável. Daí, logicamente, a necessidade de um cuidadoso exame clínico de toda a criança, principalmente quando de idade entre os seis e os quinze anos, do sexo feminino e apresentando uma nítida alteração do carácter ou do comportamento escolar.

Le premier signe de la chorée est un changement d'humeur; une fillette jusque-là douce et affectueuse devient sans raison nerveuse, hargneuse même; une fillette jusqu'alors assidue au travail, bien placée dans la classe, devient sans cause apparente irrégulière, étourdie, faisant mal ses devoirs, récitant ses leçons incorrectement. Ou encore elle laisse choir plume, règle ou crayon en conséquence des mouvements involontaires dus à la chorée débutante, et, réprimandée pour sa maladresse, manifeste des réactions exagérées, soit en repliquant violemment, soit en pleurant exagérément» (1).

O período de estado, instalado bruscamente (real ou aparentemente) e de preferência após o período, mais ou menos significativo retro-mencionado, constitui, sem dúvida, o período de fácil e pronto diagnóstico da coreia. Rico de sintomas neuro-psíquicos, caracteriza-se, fundamentalmente, por movimentos *involuntários, espontâneos, rápidos, impulsivos, arritmicos, amplos, ilógicos, desordenados*.

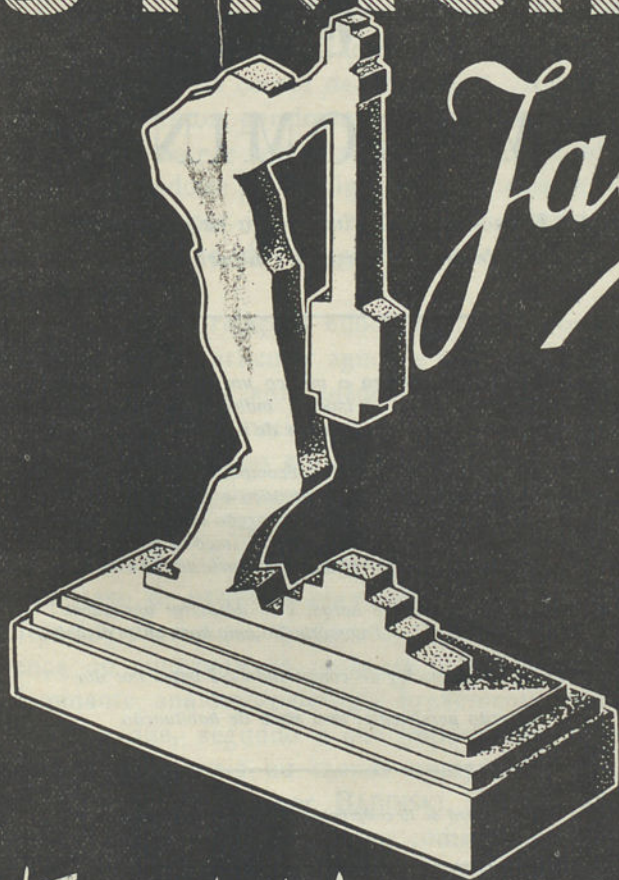
Difusos ou localizados (a um só membro ou a metade do corpo, realizando a hemi-coreia) predominam electivamente nas extremidades, incluindo a face, a língua e os globos oculares.

Consequentemente, os movimentos de flexão, de extensão e de lateralidade dos dedos e dos ante-braços; a contracção dos

---

(1) E. APERT. *loc. cit.*

# NUTRICINA



# Jaba

Aumento rápido de força, peso e apetite.  
Valioso auxiliar da convalescença.  
Recomendavel no periodo de férias.

DELEGAÇÃO DO PORTO:  
R. Mártires da Liberdade, 120.

**LABORATÓRIOS JABA**  
R. Actor Taborda, 5 - LISBOA

DEPÓSITO EM COIMBRA:  
Avenida Navarro, 53



# MEDOMINE

*Hipnótico inofensivo contra as agripnias  
de origem nervosa e hipertónica.*

---

*No MEDOMINE encontra o médico um hipnótico e sedativo  
simultaneamente activo e inócuo, indicado nas insónias de  
origem nervosa, e nos estados de agitação e angústia.*

*O MEDOMINE é rapidamente decomposto no organismo em  
produtos destituídos de acção narcótica e eliminados em curto  
prazo. Não há, por isso, perigo de acção cumulativa, estando  
consequentemente eliminadas as manifestações post-hipnóticas  
desagradáveis, tais como vertigens, sonolência diurna e depressão.*

*Sono tranquilo de 6-8 horas, com despertar agradável.  
Dose activa diária:  $\frac{1}{2}$  — 1 comprimido uma hora antes de deitar*

*Como sedativo:  $\frac{1}{4}$ , de comprimido 2-3 vezes por dia.*

*Ação persistente, sem risco de habituação*

---

*Caixa de 10 comprimidos doseados a 0,2 grs*

---

**J. R. GEIGY S. A. — Basileia (Suíça)**

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL E COLÓNIAS

CARLOS CARDOSO

Rua do Bonjardim, 551 — PORTO

lábios e da face; a propulsão ou exteriorização da língua; a nictação; os movimentos oculares e cefálicos e o franzimento da fronte; a marcha saltitante, irregular, difícil, entremeada de quedas; a elevação brusca dos ombros ou sua abdução; enfim, a torsão e flexão do tronco, realizando uma situação clínica verdadeiramente impressionante e característica, permitem, só por si, admitir o diagnóstico da coreia de SYDENHAM. Acentue-se, desde já, que tais movimentos, geralmente discretos ou de média intensidade, podem *atenuar-se* sob a acção da vontade, do sono e do isolamento, agravando-se pela fadiga, pelas emoções e até espontaneamente, atingindo por vezes uma extensão e uma intensidade plenamente justificativa da designação, que lhes foi dada, de *loucura muscular*.

Dadas as íntimas relações etiológicas ou de outra natureza — entre o reumatismo articular agudo e a coreia de SYDENHAM — indiscutivelmente que a antecedência e a concomitância, pelo menos, de sintomas reumáticos (infecciosos, articulares, cardíacos, electrocardiográficos e até de ordem terapêutica), podem, sob o ponto de vista clínico, contribuir poderosamente para o diagnóstico da coreia. Inquirir, pois, o mais rigorosamente possível, da sua existência, é dever imperioso de todo o clínico perante um caso de provável coreia de SYDENHAM, tal a importância oferecida para o seu diagnóstico.

Doença ou síndrome de natureza orgânica e cuja habitual ou predominante anatomo-patologia brevemente conheceremos, manifestamente que, segundo a sua importância, deverá traduzir-se por sintomas mais ou menos numerosos e expressivos. Particularmente estudados por BABINSKI, ANDRÉ THOMAS, H. GRENET e P. LOUBET, mencionaremos como principais a *hipotonia muscular*, a *irritação piramidal* e as *perturbações cerebelosas*. A hipotonia muscular, consequência das alterações cortico-extra-piramidais, revela-se pela facilidade e excessiva amplitude dos movimentos passivos: toque das nádegas pelos calcanhares na flexão das pernas sobre as coxas; toque da mão sobre o ombro na flexão do ante-braço sobre o braço; fenómeno da pronação da mão de ANDRÉ THOMAS quando elevados ou pendidos os membros inferiores ao lado do corpo (normalmente as mãos mantêm-se numa posição intermediária entre a pronação e a supinação); sinal da mão de BABINSKI (aplicadas palma contra

palma e seguras pelo observador, a *mão hipotónica*, quando abandonadas as duas suavemente, cai mais depressa do que a outra, etc., etc. Evidentemente, estas perturbações, sobretudo quando discretas, só podem admitir-se fidedignamente nos casos de hemi-coreia ou de nítido predomínio unilateral.

A irritação piramidal, quando existente, revela-se pelo sinal de BABINSKI, pelas sincinésias e pela exaltação dos reflexos tendinosos. Estes, muito variáveis segundo os casos e até, no dizer de GAREISO, segundo a fase evolutiva (frequentemente atenuados e por vezes abolidos) apresentam-se exaltados quando da existência de irritação cortico-piramidal. Nestas circunstâncias, diz SIMONINI (1) traduzindo a opinião de THOMAS: «*La percussione sul tendine rotuleo provoca nela gamba un'estensione rapida, durevole per qualche istante (segno de WEIL) o protratta (segno de GONDON-FRANCIONI); ed al brusco sollevamento del piede, segue una serie di scosse, come onde, che gradatamente vanno diminuendo fino a cessare (segno dell'eco di MORQUIO)*. Salientemos, todavia, que, para sua conveniente apreciação, devemos exigir-lhes uma nitidez manifesta e uma duração suficiente, excluindo assim a possibilidade de tais sintomas serem devidos a meros movimentos coreicos.

Quanto às manifestações cerebelosas, além das cinéticas já mencionadas, citaremos, como predominantes e de particular valor diagnóstico, os fenómenos de dismetria (dificuldade ou impossibilidade de colocar rapidamente o dedo sobre o nariz, um calcanhar sobre o joelho, etc.), de traçar uma linha horizontal entre duas verticais sem as exceder (prova do traço horizontal de BABINSKI); as dificuldades de apreensão dos objectos (abertura excessiva da *mão* associada a hiperextensão digital); *decomposição dos movimentos* (para colocar, por exemplo, um dedo sobre o nariz, o doente flexe primeiro o braço sobre o ante-braço e fixa o cotovelo sobre o tronco, enquanto que, normalmente, executa os dois movimentos ao mesmo tempo); a *adiadococinésia* ou impossibilidade de execução bilateral rápida de movimentos alternativos de pronação e de supinação, dependentes da contracção e descontração de músculos antagonistas e a qual se pode evidenciar facilmente pela prova de BABINSKI, chamada das *marion-*

---

(1) *Loc. cit.*, p. 182.

nettes. Quando existente, traduz-se a adiadococinésia quer, como dissemos, pela impossibilidade de tais movimentos, quer pela sua lentidão e manifesta irregularidade.

De grande valor diagnóstico, principalmente na hemicoreia, revela, segundo MARFAN, a existência de lesões cerebelosas «ou tout au moins des voies qui unissent le cervelet à l'écorce cérébrale» (1). Acentuemos, todavia, que é preciso, como diz BABINSKI, «pour qu'elle a une valeur réelle au point de vue du siège de la lésion, que le malade puisse exécuter normalement chacun des mouvements séparés et des mouvements alternatifs lents d'une façon correcte», e ainda que, como afirma GRENET, urge considerar que, «chez les choréiques, les mouvements involontaires surajoutés viennent à tout moment troubler les caractères de ce symptôme, dont l'interprétation risque de devenir alors fort difficile» (2).

Completando a sintomatologia fundamental da forma comum ou benigna de coreia de SYDENHAM, citaremos, finalmente, as irregularidades respiratórias, devidas às contracções bruscas do diafragma ou dos músculos inspiratórios, podendo revestir o tipo de *respiração paradoxal* de CZERNY, em que «gli atti si susseguono irregolarmente ora profondi, prolungati, ora superficiali, brevi, appena accenati» (3); as alterações da voz (voz rouca, bitonal, ensurdecida); da linguagem (gaguez etc.), dependentes, em geral, das contracções dos músculos linguais e laríngeos e da emotividade. A seguinte observação, constituindo um caso de coreia de SYDENHAM de média intensidade, objectiva devidamente a sua fisionomia clínica ou seja a sua sintomatologia e habitual evolução.

*M. da A.*, de 9 anos de idade, do sexo feminino, sem antecedentes hereditários, colaterais e próprios dignos de especial menção. Lenta, progressivamente, começou a ter movimentos involuntários, arritmicos, relativamente amplos e rápidos (exaltados pela emoção e calmados pelo repouso e pelo sono) localizados às mãos e antebraços (com predomínio digital), aos lábios.

(1) H. GRENET, La chorée de SYDENHAM, Conférences Cliniques de Médecine Infantile, troisième série, p. 278.

(2) Ibidem, pp. 278-279.

(3) Dr. SIMONINI, Coree, in Manuale di Pediatria, diretto del Prof. GINO FRONTALI, vol. II, p. 183.

e face. Por vezes propulsão com exteriorização da língua; marcha titubeante; inatenção; enfraquecimento da memória e discreta insónia.

Auscultação cardio-pulmonar normal; ausência de artro-mialgias e reacção de WASSERMANN do sangue negativa. Tratada pelo licor de BOUDIN (segundo a técnica de COMBY), pelo sulfato de magnésio e pelo sulfarsenol, pôde considerar-se definitivamente curada ao fim de dois meses e meio.

### Forma grave maligna

Corresponde, como diz MAURY, a «toutes les variétés graves mortelles ou non, de cette maladie, en dehors des complications susceptibles d'assombrir le pronostic» (1), excluindo, pois, do seu âmbito clínico «as cardiopatias coreicas, as coreias persistentes e as coreias complicadas de acidentes infecciosos, locais ou septicémicos» (2). Constitue, sem dúvida, uma forma extremamente grave, embora algumas vezes curável, de certo modo decalcada, sob o ponto de vista anátomo-clínico e fisio-patológico, no *síndrome maligno* de várias entidades mórbidas (sarampo, coqueluche, difteria, escarlatina, gripe, meningococcia, cólera infantil, etc. etc.), e do qual R. A. MARQUÉZY et M.<sup>LLE</sup> R. LADET fizeram uma excelente exposição em 1938 (3). A sua gravidade, efectivamente, deve considerar-se de natureza *intrínseca*, inerente, por um lado, à *excepcional intensidade do factor etiológico* e, por outro, à do mecanismo patogénico. Daí, sem dúvida, a particularidade de, em obediência ao primeiro, se traduzir por sintomas próprios da forma benígaa (perturbações motoras e psíquicas) mas naturalmente mais intensas e portanto mais graves e, em obediência ao segundo, apresentar novos e característicos elementos semiológicos (perturbações cardíacas, febre elevada e duradoira, erupções cutâneas várias: morbiliforme, escarlatiniforme, miliar, eritematosa simples e purpúrica). Digamos, a seu respeito, que a coreia maligna pode ser *primitiva* e *secundária*. No primeiro caso é

---

(1) MAURY PIERRE, Les Formes Malignes de la Chorée de SYNDENHAM, thèse de Paris, 1938, p. 9.

(2) *Loc. ret. cit.*

(3) R. A. MARQUÉZY et M<sup>LLE</sup> R. LADET. Le syndrome malin au cours des toxi-infections. Le rôle du système neuro-vegetatif, in Congrès des Pédiatres de langue Française. Paris. 1938, p.p. 123-229, Masson, édit.



evidente que a malignidade surge desde o início; no segundo, pelo contrário, instala-se após um período mais ou menos longo durante o qual a coreia reveste uma expressão vulgar, benigna, porventura mesmo localizada, como sucedeu num caso de MAURY (4).

Se a primeira forma pode estar intimamente relacionada com a encefalite letárgica da qual, muito provavelmente, constitue uma forma especial — *a forma coreica* — é ao reumatismo, sem dúvida, que a segunda se deve atribuir. Referindo-se àquela diz, com efeito, MAURY: «La chorée prend tout de suite l'allure d'une affection sévère, le tableau clinique présentant d'emblée une grande gravité ou s'aggravant avec rapidité...» à vrai dire, ces formes nous ont paru surtout fréquentes lors des épidémies d'encéphalite lethargique... Il est difficile souvent de marquer la distinction entre les chorées véritables et les encéphalites épidémiques à forme choréique dont les observations furent rapportées à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris par Carnot et Gardin, Lereboullet et Mouzon, etc.» (2).

Quanto à segunda ou segundas formas, escreve o mesmo autor: «Beaucoup plus intéressantes sont les formes secondairement malignes. Il n'y a pas ici de confusion possible. *C'est au cour d'une chorée de SYDENHAM typique, avec ou sans arthralgies, avec ou sans cardiopathie, sans signes oculaires pouvant évoquer l'idée d'une encéphalite épidémique, que survient à une période plus ou moins précoce de son évolution le syndrome d'aggravation*... «véritable syndrome secondaire malin». C'est pour ainsi dire une maladie nouvelle qui vient se greffer sur la chorée en évolution, maladie toute différente mais due à la même cause, au même virus (3).

Numa e noutra hipótese, porém, a situação clínica, quanto à rapidez e sintomatologia, constitue-se de igual modo. «D'une façon constante en quelques jours, souvent même en quelques heures, on voit apparaitre successivement ou simultanément les trois éléments principaux qui composent le syndrome: *la diffusion*

---

(1) *Loc. cit.* p.p. 25-26.

(2) *Ibidem.*

(3) *Loc. cit.*, p.p. 29-30.

*et l'aggravation des mouvements; les troubles mentaux; l'hyperthermie* (1).

Evoluindo para a morte (mais frequentemente) ou para a cura, ao fim, habitualmente, de doze a quinze dias, não raro, todavia, a sua evolução fatal é mais curta (de 4 ou 5 dias e até de menos: 36 horas, como num caso de HARVIER e LEVADITI) semelhantemente ao que sucede nas formas primitivas, justamente chamadas *hiperagudas* ou *apopléticas*, já citadas.

Caracterizadas — umas e outras formas — pela gravidade dos sintomas motores, justificando por vezes, dada a sua difusão e intensidade, a designação de *loucura muscular*; pelas alterações psíquicas consistindo, essencialmente, no síndrome de confusão mental (simples, alucinatória — tipo visual, auditivo, táctil ou genital — com a particularidade de as alucinações serem hipnagógicas e aterradoras, estuporosa ou delirante, as quais, sem serem específicas, pois são comuns ao reumatismo cerebral e às encefalites psicósicas, dependem, como estas, da mesma patogenia e de iguais lesões meso-diencefálicas; pela febre intensa) traduzindo, nos casos de coreia maligna primitiva, a intensidade e a extensão da processo infeccioso e, nas secundárias, particulares alterações dos centros termo-reguladores); pelo mau estado geral (emagrecimento, desidratação, etc.); pelas perturbações respiratórias e cardíacas — *coreia* cardíaca exteriorizada por extra-sístoles em salva e por arritmia completa, endocardite maligna, (anatômica e não etio-clínica, pode dizer-se, peculiar à coreia maligna secundária, difícil ou impossível, pois, de se diagnosticar em vida e a qual pode considerar-se «devida ao próprio vírus coreico e não a uma sobreinfecção, um testemunho de malignidade e não uma causa de agravamento ou de morte, estando para a endocardite benigna, plástica, como o estado de *mal coreico* está para os *movimentos coreicos habituais* e o *delírio agudo coreico* para o *fundo mental dos coreicos*; pelas erupções cutâneas referidas e pela cura ou morte num estado de hipertermia ou de algidez e coma; caracterizadas, em resumo, por graves perturbações motoras, psíquicas e gerais, evoluindo habitualmente para a morte, manifestamente que, como já acentuamos, se assemelham profundamente ao síndrome maligno de tantas outras doenças.

(1) Ibidem.

A seguinte observação, submetida há anos ao nosso exame por um distinto colega, traduz suficientemente a fisionomia clínica desta forma de coreia :

Criança do sexo feminino, de 9 anos de idade, com antecedentes anodinos, vulgares.

Cerca de duas semanas após o início de uma coreia de SYDENHAM vulgar, habitual, sem quaisquer sintomas reumatismais (articulares ou cardíacos), e em plena evolução desta, progressivo mas rápido agravamento dos fenómenos motores e dos sintomas psíquicos (constituídos por alternativas de excitação e de depressão, angústia, delírio, etc.), aparecimento de febre alta (entre 39° e 40°), e morte, em estado de hipertermia e coma, após 10 dias de evolução, não obstante os melhores esforços possíveis de ordem higienodietética e de terapêutica empregados.

### Evolução

Quanto a das formas malignas, primitivas ou secundárias, deve considerar-se grave, fatal, mesmo, na maioria dos casos, pode a da coreia de SYDENHAM típica considerar-se favorável, benigna. Na verdade, a sua cura, quando convenientemente tratada, observa-se habitualmente ao fim de um e meio a dois ou três meses de duração. Isto, evidentemente, como coreia propriamente dita, pois que o seu prognóstico é por vezes particularmente agravado por efeito das suas complicações, cardíacas e nervosas, das suas recidivas e da sua cronicidade. Quanto àquelas, diremos apenas que, podendo consistir em miocardite e pericardite, revestem, sobretudo, a forma de endocardite (insuficiência mitral, geralmente) e que, na percentagem de 20 a 40 0/0, são actualmente bem conhecidas, mercê dos trabalhos de ROGER, GERMAIN SÉE, GRENET e tantos outros.

A pericardite é muito rara e a miocardite, qualquer que seja a sua frequência, é geralmente benigna, constituindo a razão de ser da «relativa tolerância das *sequelas valvulares da coreia*» e contrastando francamente com a frequência de «*l'atteinte du myocarde au cours du R. A. A.*» (1).

Relativamente às complicações nervosas, mencionaremos as

---

(1) MAURY PIERRE, p. 56.

paralisias (*pre, inter e post-coreicas*), o *reumatismo cerebral e as perturbações mentais*.

As paralisias, geralmente flácidas e localizadas, se, pela sua extensão e intensidade (aos quatro membros, pescoço, língua e laringe), podem individualizar a coreia mole ou paralítica (raras vezes *pura*, sem discretos movimentos quando feita uma rigorosa observação do doente) podem considerar-se benignas, curáveis como são habitualmente. Do reumatismo cerebral diremos, apenas, que ele se traduz por hipertermia, graves perturbações psíquicas (*choreia insaniens*) e às vezes por um quadro clínico semelhante ao das formas malignas. Próprio do *reumatismo* complicado de coreia, deve, pois, considerar-se mais uma complicação (como a coreia) do reumatismo do que propriamente daquela.

Raro, em geral, e principalmente nas crianças, cura, todavia, com mais facilidade do que quando não associado à coreia, facto que lhe confere uma relativa individualidade. «Cette variété choréique du rhumatisme cérébral guérit plus souvent que les autres, mais elle peut laisser après elle un affaiblissement momentané de l'intelligence (1).

Em contraste com a grande frequência, a constância, podemos dizer, das perturbações mentais durante a evolução da coreia, as residuais — verdadeiras complicações — são mais raras, tão raras que certos autores as não admitem. A sua existência, porém, é indiscutível e convém distingui-las claramente das próprias da *convalescença* (de igual fisionomia clinica, mas curando ao fim de 2 a 5 ou 6 meses). A sua característica dominante, como salientam LESNÉ, LAUNAY e GUILLAIN (2), é a *instabilidade mental*. «L'enfant reste après sa maladie susceptible à l'extrême; il est continuellement en proie à des crises de colère; une légère remontrance, une simple observation, suffisent à les déclancher; lors de ces crises, l'enfant déchire ses cahiers, jette par terre ce qu'il a sous la main, bat et griffe les personnes qui l'entourent. Il devient désobéissant, exigeant, difficile à diriger; les terreurs nocturnes

---

(1) As manifestações meningeas podem existir e iniciar, até, o processo coreico. São, porém, tão raras, que não merecem especial descrição.

(2) E. LESNÉ, CL. LAUNAYET. P. GUILLAIN. L'avenir mental des enfants atteints de chorée de Sydenham, *Rev. Fr. de Pédiatrie*, 1935, p. 585.

*Um novo medicamento  
de síntese que marca  
UM PROGRESSO  
na terapêutica  
anti-histamínica*

# NÉO-ANTERGAN

*Granjeias doseadas a 0gr.10 e 0gr.05  
(Cubos de 50)*

**MELHOR TOLERADO  
MAIS ACTIVO  
QUE O ANTERGAN**

*Literatura e amostras mediante pedido*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA

— 21, RUE JEAN GOUJON



MARCAIS-POULEY FRÈRES & USINES DU RHONE

PARIS (8<sup>e</sup>)

Soc. Com. CARLOS FARINHA, Lda — R. dos Sapateiros, 30, 3.<sup>a</sup> — Lisboa

**Produtos**  
**BERNA**

**VACINAS**

Anti-piogenica  
Escarlatinosa  
Estafilococica

*Instituto Seroterápico e Vacinal Suisso Berne*

Representante exclusivo

**RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA**

Rua da Prata 51, Tel. 27150

**Vacina**  
**PERTUSSIS**  
**BERNA**

Vacina pura de BORDET-GENGOU

e

Vacina mixta para a profilaxia e terapia



*Instituto Seroterápico e Vacinal Suisso Berne*

Representante exclusivo

**RAÚL VIEIRA LDA, LISBOA**

Rua da Prata 51, Tel. 27150

de la période d'état se reproduisent fréquemment.» (1). O atraso intelectual, com as suas consequências de escolaridade, é por vezes sensível: de 1 a 3 anos. «L'enfant est distrait, ne peut s'appliquer à un travail; plusieurs de nos choréiques sont incapables d'écrire quelques lignes de suite; la diminution plus ou moins sensible des facultés intellectuelles aggrave dans certains cas l'inaptitude de l'enfant... Parfois même l'enfant doit quitter l'école et ne peut pas se présenter au certificat d'études; dans 3 de nos cas, on a dû l'orienter vers un métier manuel» (2).

Das recidivas, mais ou menos frequentes, convém saber que a sua importância diminui, geralmente, à medida da sua frequência; que podem ser mais ou menos próximas ou afastadas da primeira crise e umas das outras.

Entre as nossas observações contam-se algumas comportando *recidivas* (que melhor, cremos, chamariamos *recaídas*), das quais a seguinte pode servir de exemplo.

M. C. S. de C., de 9 anos de idade, sem antecedentes hereditários, colaterais e próprios dignos de registo, salvo sensível alcoolismo paterno antes da consulente nascer. Na história pregressa nota-se a existência, com início três semanas antes da consulta, de disartria, de excessiva emotividade e de movimentos desordenados, involuntários, localizados à mão e antebraço esquerdos. Ao exame clínico, feito pela primeira vez em 24-VIII-938, existência de regular estado geral e dos referidos movimentos, agora extensivos aos quatro membros (com predominio nos superiores) bem como à face. *Curada* ao fim de 3 meses, durante os quais lhe foi feito um tratamento habitual (antipirina, licor de BOUDIN e sulfato de magnésio) de novo voltou à consulta em 18-IV-941 em pleno surto coreico (datando desde há 15 dias) de tratamento e evolução sensivelmente igual ao primeiro, bem como, finalmente, em 28-VIII-942, desta vez acompanhado de artralgias (escapulo-humerais e dos joelhos), de estado geral deficiente, de *roulement* pre-sistólico, taquicardia e hipertermia ligeira (37,5).

Note-se ainda, nesta doente, evidenciando, possivelmente, as relações entre a coreia e a doença de BOULLAUD, a negatividade da reacção WASSERMANN do sangue (22-IV-941) e a existência, por vezes, desde a última recaída, de *taquicardia* e *dispneia* de esforço e de dores nos joelhos, punhos, cotovelos e pescoço.

(1) *Loc. ret. cit.*, p.p. 585-586.

(2) *Ibidem*.

Acentuemos, finalmente, que, entre todas, as que surgem durante a gravidez são por vezes particularmente graves. «La chorée récidive fréquemment chez la femme enceinte, elle y revêt souvent un aspect et une gravité tout à fait particuliers, qui ont fait étudier spécialement cette forme. Le plus souvent, dit Babonneix, la chorée se voit chez des femmes qui, dans leur enfance, ont déjà présenté une ou plusieurs attaques de chorée. Lorsqu'elles deviennent enceintes, de deux choses l'une: ou bien leur chorée est bien guérie et alors elle ne récidive pas, ou elle ne l'est pas et alors elle récidive. De ces deux éventualités, la première semble la plus fréquente: sur 112 femmes vues à Baudeloque et qui avaient été atteintes de chorée dans leurs enfance, 31 seulement firent de la chorée gravidique (ALLARD). *C'est donc avec raison que Barnes et Lasèque ont pu dire que la grossesse était la pierre de touche de la guérison de la chorée* (1). Dans quelques cas rares, elle survient chez les femmes n'ayant jamais été atteintes de chorée» sendo nesta hipótese, principalmente, que ela pode ser excepcionalmente grave. Além destas apresenta ainda a particularidade de surgir electivamente, durante o *terceiro* ou *quarto* mês da gestação, facto que se verificou uma vez — e outra não — numa nossa doente, como se conclui da seguinte história clínica:

M. de C., de 22 anos de idade, tendo sofrido de coreia de SYDENHAM desde os 5 aos 6,5 ou 7 anos (com alternativas de acalmia e de agravamento, correspondendo a verdadeiras recaídas), coreia *recidivando* — durante duas ou três semanas, apenas — ao instalar-se-lhe, aos 14 anos, a menstruação. Desde os meados do oitavo mês até ao fim da primeira gestação (há 1 ano) reaparecimento da coreia com localização *exclusiva*? ou predominante à direita bem ao terceiro e meio da actual, afectando, sobretudo, o membro inferior direito (instalada de modo aparentemente brusco, na nossa Enfermaria, onde estava e está fazendo companhia a um filho de poucos meses).

Emfim, a cronicidade, individualizando as formas crónicas da coreia de SYDENHAM, as quais devem distinguir-se devidamente das coreias prolongadas (por insuficiência de tratamento, substituição dos movimentos coreicos por *tics*, etc.), podendo considerar-se, segundo HUTINEL e CRAMER, de natureza psicogénia, pois

---

(1) MAURY PIERRE, p.p. 20-21.



curam pelo simples isolamento, se algumas vezes se observa na verdadeira coreia de SYDENHAM, tem, na maioria dos casos, origem bem diferente.

É própria, na verdade, da encefalite letárgica (ptialismo, paralisias oculares, diplegia, *facies figé* e parkinsonismo evidente); da esclerose em placas discreta ou no início; da sífilis cerebral; da *coreia congênita* (atingindo os dois sexos *por igual*, existindo desde os primeiros dias ou meses, independente do reumatismo, sem endocardite, incurável), etc.

### Etiologia

Em concordância, de certo modo, com o seu polimorfismo anatomo-clínico, a várias causas, como é sabido, se atribui a coreia de SYDENHAM. Esta pluralidade etiológica, baseia-se, naturalmente, em dados clínicos, biológicos, experimentais e terapêuticos, mais ou menos associados e significativos, conforme os casos.

Acentue-se porém que, aparte uma possível etiologia vitamínica, que particularmente referiremos a propósito do seu tratamento, todos os autores concordam em conferir à coreia de SYDENHAM uma natureza infecciosa. Assim é que os *agentes* do reumatismo articular agudo, da encefalite letárgica, um vírus neurótropo específico e o *treponema pallidum*, são mais ou menos justificadamente incriminados.

*Reumatismo e coreia* — De todas as causas invocadas podemos dizer afoitamente que as relações, de vária ordem, entre estas duas situações clínicas, são as mais estreitas, e, portanto, as mais significativas sob o ponto de vista da sua etiologia.

Na verdade, a frequência com que aquele (típico ou atípico) *precede, acompanha* ou *sucedee* à coreia, e, em tais casos ou quando aparentemente estranha ao reumatismo, se associam à coreia as complicações cardíacas, nomeadamente a endocardite mitral; a eficácia, nos dois estados mórbidos, do salicilato de sódio e da antipirina; enfim, a semelhança ou identidade das lesões verificadas, constituem, sem dúvida, valiosos elementos a favor da etiologia reumatismal da coreia de SYDENHAM.

A natureza reumatismal da coreia, grande, já, quando se relaciona com o reumatismo articular agudo mais ou menos típico, assume proporções excepcionais se, como é doutrina por assim dizer corrente, admitirmos que o reumatismo não é uma doença articular, mas sim cardíaca ou infecciosa geral, que pode ter como expressão clínica predominante ou exclusiva uma simples angina; que é frequentemente ab-articular e que, segundo LENAZ «il existe quelquefois une lésion anatomo-pathologique des articulations sans symptomatologie subjective et objective» (1).

Dai a variável percentagem, conforme os autores e os casos, da etiologia reumatismal da coreia de SYDENHAM: De 100, segundo BETREL; de 94, segundo SÉE; de 75 %, segundo SANZ de los TORREROS (2); de 60, segundo FAXEN e NERI, H. GRENET (3) et BETTINARD; de 40, segundo ACUÑA e PAUGLISI e de 25, apenas, segundo ZAMBRANO (4), factos que se podem concretizar na seguinte frase de GRENET: «La proportion dans laquelle il y a succession ou coexistence de rhumatisme et de chorée est appréciée d'une manière un peu différente selon les auteurs: en moyenne 33 à 50 %; certains vont jusqu'à 90 et même 100 %. Sur 30 cas récents, j'en trouve 14 dans lesquels le rhumatisme, dans sa forme articulaire aiguë, est indiscutable (46,6 %); mais en tenant compte des épisodes fébriles, parfois compliqués de cardiopathies, que je rattache à la maladie rhumatismale, celle-ci me paraît en cause au moins dans 18 cas sur 30 (soit 60 %) (5). Doutrina preconizada por GERMAIN SEÈ e consagrada, podemos dizer, por H. ROGER, baseia-se, como sabemos, nas circunstâncias atrás mencionadas e as quais podemos resumir: «Le plus souvent, le rhumatisme articulaire précède la chorée de quelques jours ou de quelques mois, plus rarement de quelques années. *C'est justement dans ces derniers cas que, souvent, peut échapper une petite attaque rhumatismale précédant la chorée.* Rarement, le rhumatisme se manifeste tout de suite après la chorée ou quelques temps

---

(1) RINA SIMONETTI CUIZA, *loc. cit.*

(2) *Cits. p.* — SIMONINI, p. 185.

(3) H. GRENET, *loc. cit.*, p. 296.

(4) R. SIMONETTI.

(5) *Loc. cit.*, p. 296.

après; plus rarement encore, les deux processus se développent ensemble» (1).

Diga-se, todavia, que, antes destes dois autores, já outros dois admitiram, embora menos expressiva e detalhadamente, a existência de certas relações (clínicas, pelo menos) entre o reumatismo e a coreia de SYDENHAM, Assim é que RICHARD BRIGHT escreveu em 1831: «We also see that rhuematism is so intimately connected with chorea that in some cases it seems to have been an exciting cause, at other times to be but a concomitant» e Todd em 1843: «It often occurs in rheumatic diathesis, as I believe is indicated by the frequent coexistence of chronic valvular disease of the heart with it; and it frequently comes after attacks of rheumatic fever» (2).

A etiologia reumatismal da coreia de SYDENHAM torna-se ainda mais frequente se lhe atribuirmos os casos relacionados com a escarlatina *complicada* de artralguas, dada a probabilidade, senão a certeza, de que o chamado reumatismo escarlatínico tem a mesma causa da doença de BOUILLAUD. Apesar de tão solidamente apoiada, afirma-se, todavia, que esta doutrina foi negada por vários autores, entre os quais CHARCOT et JOFFROY.

Dados os pouquíssimos casos que a constituem, não tem, por certo, qualquer significado etiológico a nossa estatística. Se algum, porém, se lhe pudesse atribuir, seria, sem dúvida, o da restricta influência do reumatismo, que só duas vezes encontramos e apenas sob o ponto de vista clínico.

*Encefalite letárgica e coreia* — A coexistência e a associação, mais ou menos frequente, no mesmo indivíduo, de sintomas dos dois estados mórbidos (movimentos coreicos típicos, endocardite, sonolência, diplopia, ptose palpebral, ptialismo, etc.), peculiares sobretudo às formas graves da coreia; as *sequelas* post-coreicas de tipo post-encefalítico; a possibilidade, verificada por HARVIER e

(1) DR. RINA SIMONETTI CUIZA, *loc. cit.*, p. 439.

(2) Cits. p. DOUGLAS N. BUCHANAN, A. EARL WALKER and THEODORE J. CASE in *The Pathogenesis of Chorea*, The Journ. of Pediatrics, n.º 3, 1942, p. 555.

LEVADIT, (1) de se provocarem lesões de *encefalite letárgica* pela inoculação, ao coelho, do *virus* existente nos centros nervosos de uma rapariga falecida por efeito de uma coreia febril, aguda; enfim, a relativa eficácia, nas duas doenças, do salicilato de sódio quando administrado por via endovenosa, constituem, sem dúvida, um feixe de argumentos abonando suficientemente uma tal doutrina. Bem entendido, a etiologia encefalítica da coreia, se pode e deve, porventura, invocar-se nalguns casos—os ocorridos nas condições mencionadas de sintomatologia, evolução e de epidemicidade da encefalite letárgica—não pode nem deve, de modo algum, tornar-se extensiva a todos os casos de coreia.

*Virus autónomo e coreia* — Salientando o facto, apontado por ROGER, um dos maiores adeptos da etiologia reumatismal da coreia de SYDENHAM, de que esta «aparece muitas vezes secundariamente ou no decurso das formas atenuadas do reumatismo»; que são «les rhumatismes les plus légers qui donnent lieu aux chorées les plus fortes et les plus longues»; que «les complications cardiaques surviendraient... à peu près identiques, dans les rhumatismes atténués à forme choréique et dans les rhumatismes graves sans chorée», apoucando assim a relação causal entre a doença de BOUILLAUD e a coreia de SYDENHAM, pensa TINEL que esta é devida a um *virus* neurótropo autónomo, específico. Evidentemente que uma tal doutrina, embora escudada em outros argumentos e sobretudo na relativa individualidade clínica da coreia, não merece grande simpatia. Poderemos até afirmar que, de todas as etiologias invocadas, é, por menos fundamentada, a menos aceitável. Excluir, na verdade, a intervenção da doença de BOUILLAUD, da encefalite letárgica, da síflis e, porventura, de outras infecções na determinação da coreia de SYDENHAM, seria cerrar os olhos à evidência clínica.

Bem sabemos que se lhes poderia conferir o modesto e curioso papel de factores de *biotropismo microbiano indirecto*, de exaltação patogénica do proclamado *virus* específico. Os factos clínicos e experimentais, porém, não autorizam tão estranha como interessante concepção.

(1) Cits p. L. BABONNEIX et MAURICE LÉVY in *Chorées*, *Traité de Médecine des Enfants* de P. Nobécourt, L. Babonneix, etc., t. v, p. 289.

*Sífilis e coreia* — Admitida por vários autores (1), é em MILIAN, sem dúvida, que a etiologia sífilítica da coreia tem o mais categorizado defensor. O seu entusiasmo, na verdade, vai até ao ponto de a considerar causa predominante, apoiando-se, para tanto, nos dados clínicos, biológicos e terapêuticos inerentes à sífilis inata — a mais frequente — e adquirida. Observe-se, todavia, como é de justiça, que à etiologia sífilítica da coreia (tão sistemática, pelo menos) se opõem «a grande diferença entre as suas lesões e as da neuro-sífilis («ici, grosses lésions méningées et vasculaires diffuses; là, lésions cellulaires discrètes, localisées», segundo CLAUDE e GUILLAIN; a intensidade dos fenómenos gerais, militando mais a favor de uma infecção geral aguda do que da sífilis; a raridade dos sinais clínicos e biológicos; a diferença entre as endocardites agudas coreicas e sífilíticas; enfim, o facto da coreia de SYDENHAM poder curar espontaneamente e a coreia grave (P. NOBÉCOURT) ou ligeira (MOURIQUAND) não curarem pela acção dos medicamentos anti-sifilíticos».

De significado possivelmente restricto ou nulo, mesmo, em certos casos, pois a sífilis pode existir independentemente de tais elementos de diagnóstico, manifestamente que representam, de um modo geral, fortes argumentos contra a etiologia sífilítica da coreia de SYDENHAM, que MILIAN, repetimos, bem como a outros estados mórbidos (esclerose em placas, doença de PARKINSON, paralisia facial, hemiplégia e encefalopatias infantis, doença de LITTLE) tão calorosamente lhe atribue. Depois de estranhar a dificuldade com que muitos médicos admitem a etiologia sífilítica da doença de PARKINSON e da coreia; de proclamar a raridade das relações entre esta e o reumatismo e de salientar que este, quando existe, pela sua localização (tíbias, clavículas e cúbitos, os *ossos queridos da sífilis*), predomínio noturno e sensibilidade ao *arsénio* e não ao *salicilato de sódio*, afirma, com efeito, o eminente sífiligrafo:

«On ne voit pas pourquoi la syphilis ne pourrait pas réaliser la chorée en se localisant dans la région au même titre que le rhumatisme qui, cela va sans dire, peut réaliser aussi la chorée.

---

(1) C. J. Urechia, Chorée aiguë chez un hérédosyphilitique, Soc. méd. des hôp., Paris, 1933, p. 1484.

J'en ai d'ailleurs eu la preuve manifeste dans le cas qui m'a ouvert les yeux sur cette étiologie possible.

Il s'agissait d'une fille de vingt ans, amenée par sa mère et qui — disait celle-ci — devenait terriblement maladroite depuis un mois, cassait la vaisselle qu'elle tenait mal dans les mains, et était sans cesse en train de remuer les bras et les jambes, devenant ainsi insupportable pour son entourage. Comme je ne trouvais chez elle aucune antécédent de rhumatisme, je la fit deshabiller pour ausculter le cœur et y rechercher la trace du passage rhumatismal. Or, le cœur était normal, mais je fus frappé de voir au cou de la jeune personne, une syphilide pigmentaire des plus caractéristiques, en même temps qu'on pouvait constater une dépilation notable du cuir chevelu. La réaction de WASSERMANN était positive bien qu'il n'y eut pas de symptômes nets de syphilis secondaire autres que ceux très discrets que nous venons d'indiquer. Elle fut mise au traitement anti-syphilitique par le cyanure de mercure quotidien, et en 15 jours son syndrome choréique disparut entièrement pour ne plus jamais se renouveler.

La guérison fut d'ailleurs foudroyante car dès les premières injections le syndrome était considérablement amélioré. *De pareils faits sont tellement démonstratifs qu'à mon avis la chorée doit faire rechercher immédiatement la syphilis* (1).

À seguinte observação própria, sobrevinda numa criança com indiscutível sífilis inata, poderá, sem dúvida, atribuir-se uma tal etiologia.

L. da S. M., de 8 anos, observada pela primeira vez em 25-V-942.

A. H. — Pai sífilítico *averiguado* e mãe *sofrendo do coração* (nunca pôde ser observada).

A. C. — Tem um irmão três anos mais novo, saudável.

A. P. — Obstétricos nulos. Aos três anos teve um «ataque» seguido de paralisia facial à direita, completamente curada ao fim de algumas semanas. Quinze a vinte dias antes de vir à consulta notou e notaram-lhe dificuldades da marcha (*arrastamento* do membro inferior esquerdo), dismetria evidente e movimentos involuntários, arritmicos, etc., dos membros superiores,

---

(1) G. MILLAN, Rapports de la syphilis nerveuse avec les autres affections neurologiques. Considérations sur la syphilis nerveuse, *Marseille-Médical*, n.º 19, 1939, p. 804.



# BELLADENAL

NOS ESPASMOS

NA ANSIEDADE

NO ERETISMO NERVOSO

NA ANGINA DE PEITO

NA EPILEPSIA ETC.



Posologia geral: 1 a 4 (até 5) comprimidos por dia

EMBALAGENS DE 20 E 100 COMPRIMIDOS

---

---

**SANDOZ S. A.** — Bâle-Suiça

Representante em Portugal:

**ERNANI MOREIRA**

Apartado 289 — LISBOA

# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

## ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

**VANTAGENS :** Injecção subcutânea sem dor.  
Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

**MUITO EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>o</sup>)

Depositários  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

Acaba de aparecer:

## “Diabetes Sacarina”

Do Dr. Bruno da Costa

1 Grosso volume de 538 páginas, Esc. . . . 140\$00

Dirigir pedidos aos editores

Livraria Moura Marques & Filho

19, Largo Miguel Bombarda, 25

COIMBRA



nomeadamente dos dedos, bem como dos lábios e resto da face, expressas em manifestas esgares. Ausência de febre e de artro-mialgias.

Ao exame clínico, verificação dos movimentos mencionados, bem como *nariz em sela*, *baço hipertrofiado* (à percussão), *abóbada palatina ogival* e *dentês de Hutchinson*. Auscultação cardíaca, normal. Exames laboratoriais: Reacção de WASSERMANN do sangue (*positiva* em 22-V-942; em 20-V-943; em 15-I-944; *muito fracamente positiva* em 16-XII-944 e *positiva* em 15-V-945 e em 9-I-947).

Tratamento: injeções intra-musculares de *Sulfato de magnésio* a 25  $\frac{0}{0}$  (10 c.c. em dias alternados); *Sulfarsenol*; *Heparzol*; *Oxibi*.

Evolução: *normal*, isto é, *cura* ao fim de dois meses e meio, não obstante a relativa irregularidade do tratamento.

Dissemos *poderá* atribuir-se, e não que é de etiologia indiscutivelmente sífilítica, pois que a existência de sífilis não exclue, antes facilita, por vezes, e muito, a eclosão de outros estados mórbidos (esclerose em placas, encefalite epidémica, doença de HEINE-MEDIN, síndrome de LANDRY, zona, coreia (1), meningite tuberculosa, etc.), quer directamente, quer por efeito exclusivo do respectivo tratamento. Bem entendido, a etiologia sífilítica da coreia de SYDENHAM apresenta-se algumas vezes como verdadeiramente incontroversa: casos de coreia em sífilíticos clínicos e biologicamente indiscutíveis; de carácter menos agudo do que habitualmente (salvo em adolescentes e adultos jovens); curando com facilidade sob a acção de medicamentos específicos sobretudo extra-arsenicais (Bi., Hg. e penicilina?); enfim, assinalando-se frequentemente por sequelas coreicas.

### Anatomia patológica

A mais conhecida, pelos estudos que naturalmente proporciona, é, sem dúvida, a das formas malignas. Interessando todos os órgãos, pode dizer-se, traduz-se, como no síndrome maligno de qualquer natureza ou etiologia, macroscopicamente *pela hiperhemia visceral generalizada, pela infiltração hemorrágica das mucosas digestivas e pela tumefacção do tecido linfoide «e, microscopicamente», pela*

---

(1) HENRI ROGER. Les infections à virus neurotrope chez les syphiliques, *Marseille-Médical*, n.º 17, 1939, p.p. 805-817.

*hiperhemia difusa, pelas sufusões hemorrágicas, pelos fenómenos de endoteliíte, pelas trombozes e pelas alterações do sistema reticular».*

Evidentemente, nalguns casos, as lesões predominam nestes ou naqueles órgãos, neste ou naquele sistema e revestem um tipo máis ou menos característico. De um modo geral, porém, são de predomínio vascular.

De *predomínio, dissemos*—e de *precessão*, acrescentaremos (as lesões inflamatórias e degenerativas sucedendo àquelas e associando-se-lhes em maiores ou menores proporções, chegando até a parecer exclusivas, o que não admira, dadas as íntimas relações que apresentam, sendo, como são, segundo RICKER, «três estados sucessivos de um mesmo processo mórbido»). Quanto às alterações vasculares digamos ainda que, nalguns casos, além de predominantes, revestem um tipo considerado por certos autores característico da doença de BOUILLAUD, facto que, a ser verdadeiro, constitue mais um elemento a favor da etiologia reumatisma da coreia de SYDENHAM.

«The vascular changes in this uncomplicated example of Sydenham's chorea are the most striking pathologic features of this case. Similar alterations were present in many organs of the body as well as in the brain. The pronounced intimal proliferation of the medium-sized vessels giving rise to nodular elevations on the vessel wall are a frequent finding in all organs of the body in rheumatic fever. The severe endothelial proliferation of the capillaries in the brain substance frequently producing an occlusion of the lumen and commonly subdividing the lumen into two or three channels has been described by Glahn and Pappenheim as a specific lesion of rheumatism. They found such lesions in the peripheral blood vessels in ten of forty-seven cases examined. They maintain that this lesion is not the result of recanalization of a thrombotic vessel but the result of active endothelial proliferation» (1).

Naturalmente discretas na coreia de SYDENHAM benigna, com excepção, possivelmente, das lesões nervosas (corticais, pontinas, cerebelosas e dentato-rubro-tálano-estriadas), causa das alterações

---

(1) DOUGLAS N. BUCHANAN, A. EARL WALKES add THEODORE J. CASE, *loc. cit.*, p. 567.

mentais, dos movimentos coreicos, etc., manifestamente que, a circunstância de serem mais ou menos intensas e difusas, da sua etiologia ser uma ou outra e do tratamento ser mais ou menos adequado (no tempo, qualidade e intensidade) lhes confere as mais diferentes expressões anatomo-clínicas.

### Patogenia

Processo toxi-infeccioso por assim dizer incontestável, e tendo em vista a respectiva sintomatologia e anatomia patológica, nada mais fácil, podemos dizer, do que deduzir e justificar a patogenia da coreia de SYDENHAM. Começando pela das formas graves, malignas, tal como fizemos quanto à anatomo-patologia, afirmaremos, desde já, que se pode considerar inteiramente igual ou muito semelhante, pelo menos, à do síndrome maligno das demais doenças infecciosas. Sem dúvida, a intensidade e natureza da toxi-infecção em causa; a predisposição individual intrínseca e certos factores adjuvantes não deixam de exercer a sua natural influência. Fundamentalmente, porém, como se conclue da anatomopatologia, da clínica e da experimentação, tem de reconhecer-se que, praticamente, toda a sintomatologia é de origem neuro-vegetativa. Admitida, em maior ou menor intensidade, conforme os casos, por vários autores, entre os quais TROUSSEAU e HUTINEL ocupam lugar proeminente e reconhecida, de certo modo, a falência da patogenia cardíaca, supra-renal e nervosa (bulbar, encefalítica, etc.), é incontestável que uma tal patogenia se nos apresenta como inteiramente aceitável, e, mais do que aceitável, a única aceitável pelas razões atrás expostas.

Sòlidamente apoiados sobre as lesões vasculo-celulares produzidas pela acção de numerosos agentes (toxinas tifo-paratíficas e diftérica, nicotina, sulfarsenol, excitação mecânica, eléctrica, etc.) sobre o gânglio cervical superior, o gânglio estrelado, o simpático renal, etc., evidenciando, não a *especificidade*, por exemplo, das lesões digestivas da febre tifoide, mas apenas «*le mode réactionnel* du système neuro-végétatif à des irritations diverses»; solidamente apoiados, repetimos, sobre os fidedignos e notáveis

trabalhos experimentais de J. REILLY e seus colaboradores, dizem R. A. MARQUÉZY e M.<sup>LLE</sup> LADET :

« Cette atteinte neuro-végétative à l'origine de la malignité ne peut donc être considérée comme une simple hypothèse ; elle repose sur un fait expérimental qu'on ne saurait trop rappeler : il est possible de déterminer chez l'animal par l'irritation du sympathique des désordres viscéraux et nerveux absolument superposables aux constatations anatomiques que l'on peut faire aux autopsies des malades morts d'un syndrome malin. Cette superposition de lésions implique, à notre sens, une atteinte indiscutable du sympathique dans la génèse des lésions humaines. Par ailleurs, l'analyse des signes cliniques du syndrome malin nous permet d'affirmer qu'aucun symptôme primordial ne paraît s'opposer à cette conception, que le bouleversement neuro-végétatif agisse d'une manière directe ou indirecte par un intermédiaire » (1).

Evidentemente, o sistema neuro-vegetativo pode ser atingido perifericamente ou nos seus centros (medulares, bulbares, ventriculares, hipotalâmicos, opto-estriados e cerebrais), ou ainda, como é natural, de um e outro modo. Consequentemente, as perturbações funcionais, lógica mas erredamente atribuídas a lesões encéfalo-viceais primitivas, podem e devem atribuir-se (exclusiva ou predominantemente, pelo menos) às lesões do sistema neuro-vegetativo e respectivos centros. Secundárias na importância, as lesões parenquimatosas se-lo-hiam também no tempo, pois o sistema neuro-vegetativo começa por causar lesões meramente vasculares às quais, conforme as circunstâncias, segundo RICKER, sucedem ou não as inflamatórias e degenerativas.

Esta doutrina, embora comportando bastante de impreciso, explica e justifica, mesmo, toda a anatomo-clínica do síndrome maligno, infeccioso ou não, relegando para um plano verdadeiramente secundário todas as alterações celulares consideradas essenciais e devidas directamente às agressões toxi-infecciosas.

Assim se exprimem, efectivamente, R. MARQUÉZY e M.<sup>LLE</sup> LADET afirmando :

« *Quoi qu'il en soit du mécanisme intime* » (acção neuro-vegetativa directa ou por intermédio de mediadores químicos nomea-

---

(1) *Loc. cit.*, p.p. 205-206.

damente a acetilcolina, a simpatina, e, neste caso, principalmente a histamina), *quoi qu'il en soi du mécanisme intime des lésions entraînées par l'irritation du sympathique, les désordres qui en découlent nous paraissent suffisants pour expliquer la malignité et entraîner la mort*, tantôt par l'importance des troubles organiques (œdème cérébral, œdème et congestion pulmonaire, lésions hémorragiques des surrénales) tantôt par l'intensité des troubles fonctionnels tant au niveau des viscères (cœur, reins) qu'au niveau des glandes endocrines (surrénales) et du système nerveux (encéphale)» (1) ou, como é ainda mais provável, de um e outro modo.

Que uma tal doutrina, apontando a capital importância dos fenómenos vaso-motores de origem neuro-vegetativa, além de atraente, sugestiva, apresenta grandes requisitos de veracidade, prova-o ainda a circunstância de, inicialmente, por vezes, mercê da pureza e da fugacidade das alterações vasculares, se verificar uma rápida e completa cura do síndrome maligno. É o que sucede no tão conhecido *catarro sufocante*, comportando duas formas diferentes: «une forme brutale, redoutable, mais curable, . . . la bronchite suffocante suraiguë de RILLIET et BARTHEZ; une forme irrédutable, . . . la bronchite capillaire, broncho-pneumonie suffocante suraiguë» (2).

(Continua).

---

(1) *Loc. cit.*, p.p. 224-225.

(2) J. CATHALA, P. AUZÉPY et A. BRAULT, *Catarrhe suffocant*, Rev. Française de Pédiatrie, 1938, p. 115.

# INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA <sup>(1)</sup>

POR

AUGUSTO VAZ SERRA

O fígado é a maior glândula da economia, à qual estão adstritas funções de secreção externa e interna de importância primordial.

Quando está alterado por processos, que o exame anatómico comprova, o doente apresenta uma sintomatologia de certa complexidade que é hoje corrente atribuir-se a insuficiência hepática. Esta corresponderá nestas circunstâncias a lesões orgânicas que habitualmente a precederam e será tanto mais aparatosa quanto estas lesões forem mais destrutivas. Por outras palavras diremos que a alteração estrutural precedeu o prejuízo fisiológico.

O estudo de certos órgãos, quanto ao seu funcionamento, adaptado ao fígado, pretendeu ir mais longe.

Haverá insuficiência das funções do fígado, sem lesões, ou com lesões mínimas, que em nada comprometem a constituição global deste órgão? A alteração da função precederá a alteração anatómica e deste modo o despistar deste mau funcionamento será a melhor maneira de fazer a profilaxia de estados mórbidos por vezes graves?

Será possível, interrogando as funções do fígado, dispor de uma prova suficientemente sensível de modo que afirme de um modo claro e insofismável o sofrimento deste órgão e assim nos permita realizar a nossa missão com uma dupla oportunidade, a de meio e a de tempo?

Eis a grande aspiração da clínica hodierna.

---

(1) Lição proferida no Curso de Férias da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 1947.

\* \* \*

O estudo da insuficiência hepática, como de tantas outras situações mórbidas em que é a função deficiente que mais interessa ao doente e ao médico, tem tentado libertar-se da clínica no sentido de conseguir um padrão laboratorial que a esclareça de modo indiscutível. Em vez de elementos de ordem subjectiva, sentidos pelo doente, ou objectiva notados pelo médico, surge a técnica laboratorial na mira de fornecer dados com valor absoluto.

E, conhecidas as funções do fígado, criou-se o interrogatório destas funções, o que se conveio chamar a exploração funcional hepática, vasto campo de trabalho onde os investigadores encontraram inextinguível espaço para desenvolverem a sua actividade. As consequências desta operosidade têm sido diversamente apreciadas.

Em 1931, MARCEL LABBÉ escrevia: «A exploração funcional do fígado oferece um valor diagnóstico e prognóstico. Há toda uma patologia hepática, da qual nada conheceremos sem o laboratório».

Em 1933, HENRI BÓN, numa revista de conjunto, é menos favorável: «A insuficiência hepática é uma construção ideal que rivalizando com alguns monumentos um pouco abalados, salvos pelas modernas técnicas de arquitectura, muda igualmente de alicerces».

E, em 1934, N. FIESSINGER, mais eclético, afirma: «A clínica tem sempre a precedência sobre o laboratório; mas a exploração funcional detém na clínica um vasto lugar».

Opiniões mais recentes não são mais confortantes. Apesar do esforço continuado dos fisiologistas e dos clínicos, apoiados na investigação laboratorial, as provas crescem em número. Tornam-se tantas e tão variadas que, quem chega com vontade de se assenhorear do problema, não deixará de se sentir constrangido perante a sua quantiosa abundância, e ao verificar rapidamente que tal foi a consequência da fraca qualidade de qualquer dessas provas.

A intenção de estabelecer um pouco de método no estudo deste emaranhado assunto é que me levou a escolher a insuficiência hepática como tema desta lição.

\* \* \*

CLAUDE BERNARD, na sua «Introduction à l'Étude de la Médecine Expérimentale» indica-nos o caminho a seguir: «Não se deve subordinar a patologia, ciência mais complexa, à fisiologia ciência mais simples. É o inverso que se deve fazer; é preciso pôr em primeiro lugar o problema médico tal como dado pela observação do doente, depois analisar experimentalmente os fenómenos patológicos, procurando fornecer-lhes a explicação fisiológica».

Daqui a conclusão: o estudo da insuficiência hepática é-nos dado em primeiro lugar pelos elementos de ordem clínica e laboratorial colhidos na observação directa e depois pelos resultados de certas provas que interrogam a fisiologia deste órgão. O mesmo é dizer que o estudo da insuficiência hepática, de interesse para o clínico, tem 3 capítulos, a clínica, o laboratório e as provas funcionais.

Vejam os que poderá aprender-se em cada um destes sectores.

#### 1.º — Estudo clínico.

Foi o primeiro em data e, desde já o podemos dizer, continua a ser o primeiro em qualidade. O problema da insuficiência hepática começou por ser de ordem clínica e o laboratório e as provas não conseguiram ainda dispensar os elementos colhidos pela observação do doente que muitas vezes sobrelevam e corrigem quaisquer outros.

Pertencem a ROKITANSKI (1842) e a FRERICHS (1858) as descrições originais, clínicas e anatómicas, de estados mórbidos de evolução aguda, caracterizados por icterícia acentuada, sonolência, torpor e coma e que na autópsia eram explicados por um fígado atrófico e amarelo. Daí o supor-se que quando uma icterícia grave caminhava rapidamente para a morte era por se estar em presença de uma A. A. A.

Observações posteriores corrigiram êste ponto de vista. Se nalguns casos, de facto, se podia falar em atrofia amarela aguda, noutros, de evolução clínica sobreponível, o fígado não estava atrofiado e nem tão pouco amarelo.

Uma outra icterícia grave se conheceu de evolução, por vezes fatal. Esta não era rigorosamente uma hepatite mas antes uma



# Publicações Médicas LABOR

---

A doutrina da prática médica geral exposta por autores do máximo prestígio:

**TRATADO DE PATOLOGIA MÉDICA**, pelos professores Assmann, Beckmann, Bergmann, etc.

Um livro magistral de utilidade extraordinária:

**ATLAS DE ANATOMIA HUMANA**, pelo professor Dr. W. Spalteholz, 3 vol.

- I: Huesos, articulaciones y ligamentos.
- II: Regiones, músculos, aponeurosis, corazón, vasos sanguíneos.
- III: Visceras, encéfalo, nervios y órganos de los sentidos.

A melhor obra que existe hoje à disposição do médico:

**TRATADO DE MEDICINA INTERNA**, publicado sob a direcção dos professores Bergmann-Staehelin.

- I: Enfermedades infecciosas, 1.<sup>a</sup>/2.<sup>a</sup> parte.
- II: Enfermedades de la sangre.
- III: Enfermedades del aparato digestivo, 1.<sup>a</sup>/2.<sup>a</sup> parte.
- IV: Enfermedades de las vías respiratorias, de los pulmones y de la pleura.
- V: Enfermedades del sistema nervioso. 1.<sup>a</sup>/2.<sup>a</sup> parte.
- VI: Enfermedades de la nutrición. Metabolismo. Constitución. Idiosincrasias.
- VII: Endocrinología. Obesidad y enflaquecimiento. Huesos. Articulaciones y músculos. Enfermedades por causas físicas.
- VIII: Enfermedades del aparato circulatorio, del mediastino y del diafragma.
- IX: Enfermedades de los riñones, de las vías urinarias, de la próstata y de los órganos genitales.
- X: Intoxicaciones.

Obra que milhares de cirurgiões utilizam como fiel e constante conselheiro:

**CIRÚGIA-TRATADO DE PATOLOGIA QUIRÚRGICA GENERAL Y ESPECIAL**, publicado sob a direcção dos profs. Kirschner-Nordmann.

- I: Parte general.
- II: Parte general.
- III: Cabeza, columna vertebral, nervios y pelvis.
- IV: Cuello y extremidades.
- V: Tórax.
- VI: Abdomen.
- VII: Abdomen, aparato urinario y órganos genitales.

À venda em todas as livrarias e «CELL» Comercial de Expansão do Livro, Limitada.

Concessionária Exclusiva para Portugal e Colónias de

**Editorial Labor, S. A.**  
Barcelona — Madrid — Buenos Aires — Rio de Janeiro  
Avenida Oriental do Parque Eduardo VII, 6, r/c. — LISBOA

# INSULINA

## “A B”

de renome mundial

### — SIMPLES

cujos fundamentos  
e características são:

- *inalterabilidade*
- *pureza*
- *acção absoluta.*

### — PROTAMÍNICA

com zinco em suspensão  
Modalidade com vantagens:

- *prolonga a acção da Insulina*
- *absorção mais lenta e gradual*
- *exige menor número de injecções*
- *domina melhor a diabetes.*

**FOLHETOS AOS Ex.<sup>mos</sup> CLINICOS**

Preparações de { ALLEN & HANBURY'S, LTD. e  
THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Representantes exclusivos destes produtos:  
COLL TAYLOR, L.DA — R. dos Douradores, 29-1.º — Lisboa

Depositários no Porto: Farmácia Serabando, L. Loios, 36

hepatonefrite onde a albuminúria, a hematuria, a cilindrúria, a azotemia alta, atestavam o compromisso do rim.

A sintomatologia aparatosa de icterícia e sintomas vasculo-sanguíneos deu-lhe o nome de doença ictero-hemorrágica. A sua etiologia tornou-se precisa — o espiroqueta de Inada-Ido —, de onde o ser hoje conhecida por espiroquetose ictero-hemorrágica ou doença de WEIL, o clínico a quem mais se deve a difusão do seu conhecimento, como entidade nosológica.

A febre amarela é uma icterícia grave, muitas vezes fatal, de etiologia ainda ignorada, própria do oriente e dos climas tropicais, onde como sintomas, ao lado da icterícia, dominam as perturbações neuro-psíquicas.

A guerra de 1914-1918 foi rica em observações de icterícias graves, onde se encontrou como agente, numas o espiroqueta de Inada-Ido, noutras as Salmonelas e nalgumas ainda onde se não conseguiu apontar o germen causal. A maioria evoluciona como hepato-nefrite e a mortalidade foi elevada.

Intoxicações agudas pelo sublimado, fósforo, cogumelos, arsénico traduzem-se às vezes por sintomatologia aparatosa da qual o fígado insuficiente se torna responsável.

Num processo do fígado em que é de prever a evolução clássica, como a cirrose, a colecistopátia, a sequência pós-operatória num operado de vias biliares, etc., pode a certa altura surgir uma sintomatologia que faz prever o pior desenlace. O mesmo com a chamada icterícia catarral. De etiologia ainda ignorada, e sem dúvida não unívoca, se a maioria cura espontaneamente, casos há em que surge o torpor a sonolência e depois o coma onde todos os esforços da moderna terapêutica nada conseguirão.

O coma hepático é bem uma realidade. Uma icterícia recente, numa pessoa nova, mais vezes do sexo feminino, icterícia nem sempre muito acentuada, pode fazer-se acompanhar de alheamento, desatenção, indiferença, e, quando assim é, devemos recear o estado comatoso precursor frequente do êxito letal. Em 1944 e 1945, dois casos desta natureza tivemos ocasião de registar no serviço de mulheres de Patologia Médica.

Ora que nos diz a clínica sobre quais os sintomas atribuíveis nestes estados patológicos às graves lesões do fígado, ou, se não graves lesões, — pois anatómicamente alguns casos mostram não

atrofia, mas hiperplasia, em vez de destruição, regeneração —, sideração funcional deste órgão, sideração esta incompatível muitas vezes com a vida?

Há uma sintomatologia própria da grave insuficiência hepática e que se destaca do quadro mórbido de toxi-infecção geral que estes doentes communmente manifestam. Assim temos a icterícia, sintomas neuro-psíquicos e sintomas vasculo-sanguíneos.

A icterícia é comum a outras circunstâncias e por isso merece que a tomemos apenas como sinal indicador de estar o fígado em causa. Quanto aos outros sintomas pela sua gravidade temos de considerar primeiro os sintomas neuropsíquicos e depois os vasculo-sanguíneos.

A sintomatologia neuropsíquica é de uma altíssima importância. Todo o doente do fígado que era atento, activo, empreendedor, dinâmico, alegre, entusiasta, e agora está indiferente, apático, triste, parado, não respondendo ou mal respondendo ao que se lhe pergunta, mergulhado num torpor do qual só sai a custo para de novo recair, e onde, de um dia para o outro esta sintomatologia se acentua, é um doente em que nada de bom se presagia. E se o coma se estabelece, a pesar de raros casos de cura se conhecerem, devemos anotar, para nós e para a família do doente, que a excepção não é a regra e que o coma hepático habitualmente não retrocede.

Esta situação depressiva pode ser precedida pelo estado oposto de excitação, delírio, confusão mental, merecendo por vezes a denominação de loucura hepática com que por alguns foi designada. Tanto uma como outra têm importantíssimo significado.

Logo como particularidade clínica dominante de grave insuficiência hepática temos as perturbações neuro-psíquicas com excitação ou diminuição progressiva das qualidades motoras, sensitivas, sensoriais e psíquicas culminando no coma.

Os sintomas vasculo-sanguíneos tem um significado, em gravidade, immediatamente inferior. Epistaxis, gengivorragias, lábios e gengivas carminadas, hematúria, púrpura, anemia são próprios das doenças do fígado de evolução grave.

E por isso sempre que numa afecção deste órgão surgem sintomas de tal natureza devemos dar-lhe o verdadeiro significado de sintoma de grande insuficiência hepática e, se não com a gravidade imediata, urgente, dos sintomas neuropsíquicos, com a

gravidade inerente a uma manifestação por vezes grave em si, de uma teimosa persistência e só explicável por alterações orgânicas e funcionais da glândula hepática notáveis pela sua difusão e intensidade.

Nestes casos mórbidos citados, de evolução muitas vezes fatal, temos pois sintomas comuns atribuíveis inequivocamente à insuficiência hepática.

Noutras doenças, não tão graves, do fígado e das vias biliares com uma etiopatogenia, anatomia patológica, sintomas e terapêutica melhor conhecidos, há igualmente uma série de perturbações comuns que se podem ligar a uma insuficiência hepática de menor grau.

Assim, as cirroses, icterícia por hepatite, litíase biliar, angiolite, são estados mórbidos com características individuais mas, onde, em todos eles indiscutivelmente, se podem encontrar os mesmos sintomas relacionados com o mau funcionamento do fígado.

A icterícia ou sub-icterícia, os edemas, o emagrecimento, a secura da pele, a irritabilidade, o peso nas pernas, o cansaço, as hemorragias gengivais, a fácil sufusão sanguínea hipodérmica secundária à picada (sinal de KOCH) incluem-se dentro do que conveio chamar-se a média insuficiência hepática por não ter o significado de gravidade da sintomatologia da grande insuficiência hepática e por ser frequente em situações patológicas, em regra de prognóstico intermédio.

E por fim a insuficiência hepática pode revelar-se em doenças do fígado e da vesícula, de evolução benigna mas com sintomatologia que não deixa dúvida sobre a natureza do órgão interessado como no caso dos vícios do funcionamento das vias biliares ou no sentido hipo ou hiper, das discolias, das convalescenças de estados infecciosos em que o fígado participou, e ainda num sem número de situações anormais com tradução clínica proteiforme e onde a intuição de um clínico sagaz põe, por vezes, a dúvida da participação de insuficiência hepática com o concludente sucesso terapêutico.

Temos assim constituído o grupo da pequena insuficiência hepática, pequena por corresponder a afecções ou disfunções hepato-biliares de menor gravidade e pequena ainda pelo diminuto significado dos seus sintomas que podem corresponder a muitos outros estados de doença que nada têm com a glândula hepática.

A astenia, insónia, desgosto pelo trabalho, tristeza, crise depressiva, neurastenia, língua saburrosa, anorexia, constipação, meteorismo, crises diarreicas, urticária, dores reumatismas, ciática, outras nevrites, varizes, hemorroidas, epistaxis, gengivorragia, hemeralopia, coriza, enxaqueca, oligúria, opsiúria, glicosúria, subicterícia, melanodermia, vitiligo, eczema, eritrodermia, prurido etc., são sintomas desta pequena insuficiência e, como se vê, sem nada de verdadeiramente característico.

Sintomas psíquicos, hemorrágicos, urinários, digestivos, cutâneos, motores, sensitivos, sensoriais e gerais, podem ser da responsabilidade do mau funcionamento deste órgão.

O sucesso do tratamento orientado neste sentido permite-nos ser afirmativo.

A insuficiência hepática tem pois uma tradução clínica indiscutível e isto é, digmos desde já, o que sobre ela sabemos de mais seguro.

## 2.º — Estudo laboratorial.

O patologista, porém, não pode estar satisfeito. Sabe que alguns destes sintomas são de interpretação difícil, como a experiência diária lhe mostra, e, por outro lado, ignora o seu exacto valor. Assim uma gengivorragia num hepático pode por vezes corrigir-se facilmente; noutra ela precede o síndrome ictero-ascítico com a costumada evolução fatal. O meteorismo pode anular-se, com o regime e colagogos adequados, como pode preceder inexoravelmente a ascite que não mais desaparece. E uma vez constituído o estado de cirrose, icterícia por hepatite, colecistite com icterícia, qual o futuro do doente. Poderá haver esperanças com o tratamento, ou pelo contrário, faça-se o que se fizer, o doente estará perdido, pois o fígado está lesado, não funciona bem, nem funcionará?

Que nos diz agora o laboratório?

Como se vê pedem-se-lhe duas coisas: 1.º um diagnóstico; 2.º um prognóstico. Poderá o laboratório dizer-nos se se trata, de facto, de mau funcionamento, senão alteração anatómica do fígado e perante o diagnóstico de doença hepática, como no caso de cirrose, poderá garantir-nos ser o futuro esperançoso ou, pelo contrário desolador?

Tentando responder a estas duas perguntas recorre-se a análises da urina, sangue e bilis colhidas naturalmente ou submetendo

o fígado a certos trabalhos e registando numéricamente a resposta. Temos pois exames directos e provas funcionais.

Neste capítulo interessam-nos apenas os primeiros.

a) — Urina.

A urina dos hepáticos tem sido submetida a exames variados e múltiplos, alguns já hoje de interesse meramente histórico, mas outros ainda de valor apreciável.

Entre os que nos importa conhecer temos a pesquisa do urobilinogénio, pigmento sujeito à circulação entero-hepática e que um fígado insuficiente é incapaz de reter e transformar, pigmentos e sais biliares, aminoácidos revelados pela reacção de MILLON, indican e glicosúria. Os coeficientes urológicos demonstrativos da deficiente desintegração da molécula albuminóide que competia ao fígado como os de MAILLARD, LANZENBERG, DERRIEN-CLOGNE, etc., são postos de lado, porque outros factores, pelo menos tão importantes como o trabalho deste órgão, intervêm na sua elaboração.

Como elementos anormais a pesquisar na urina de um hepático, abstraindo dos pigmentos e sais biliares que, em regra, se encontram apenas quando os humores e os tecidos deles estão largamente impregnados, (admite-se que só além de 20 mgrs. por litro, no soro, a bilirrubina vence o seu limiar renal) temos de destacar o urobilinogénio. Tem real valor. O clínico lucra em o mandar pesquisar sempre que a insuficiência hepática lhe for suspeita.

A indicanuria vem a seguir como elemento digno de considerado. É frequente quando o fígado labora mal.

Pela reacção de MILLON procura-se na urina a presença de tirosina. Este amino ácido só aparece quando o fígado metaboliza defeituosamente as proteínas e a sua presença tem um significado diagnóstico e prognóstico, para certos autores, valioso.

b) — Sangue.

Por ordem de importância podemos dosear, no sangue de um suspeito de insuficiência hepática, a bilirrubina, o colesterol, os proteínas, glicose, velocidade de sedimentação, protrombina e fosfatases.

A dosagem da *bilirrubina*, tem interesse indiscutível.

Quase sempre que um fígado funciona mal a bilirrubinémia sobe acima de 5 mgrs., ou seja uma unidade H. v. d. BERGH, e

este sintoma aparece com uma precocidade e destaque que são todo o seu valor.

Evidentemente tal não sucede de um modo absoluto. A hipocolia e a acolia são também vícios do funcionamento e pode anormalmente a secreção externa estar conservada estando alteradas outras. Porém a prática do HIJMANS v. d. BERGH indica-nos que estas circunstâncias são excepcionais.

Mais frequentes são, sem dúvida, os casos de hipercolémia fisiológica, talvez justificada por tara constitucional, mas compatível com uma existência normal e que nenhuma terapêutica — aliás injustificada — corrige.

Há, de facto, uma hiperlilirrubinémia normal, fisiológica, talvez familiar, e como tal a devemos considerar quando se encontra isoladamente num indivíduo que não se queixa e onde outros exames clínicos e laboratoriais são negativos.

Isto não impede devermos ter presente que na grande maioria o mau funcionamento do fígado é acompanhado, podemos dizer sempre, de bilirrubinémia alta, que pode não se afastar muito acima do normal, 1,5 a 2 U. por exemplo, mas mostrando-se, mesmo esta pequena elevação, um bom índice do sofrimento deste órgão.

Surpreende-nos não vermos esta análise introduzida como norma de rotina no estudo dos hepáticos. Pela nossa parte fazêmo-la sempre que a julgamos de interesse e com resultados habitualmente satisfatórios.

A dosagem do colesterol sanguíneo têm importância diagnóstica e quis-se-lhe também dar valor prognóstico.

A colesterolémia alta pode corresponder a uma má eliminação pela bilis deste elemento e portanto devida a disfunção das vias biliares ou a excesso de gorduras na alimentação a ponto de o fígado as não poder digerir, ou vício do funcionamento hepático no sentido de metabolizar mal as gorduras e daí a bilis e sangue ricos em colesterol. A colesterolémia baixa pode indicar sofrimento da célula hepática que se torna então incapaz de elaborar o colesterol à custa dos princípios alimentares.

BÜRGER e BEUMER, e depois muitos outros entre os quais se destacaram THANHAUSER e EPSTEIN, afirmaram ser importante determinar-se nestes doentes a relação esterés do colesterol sobre colesterol total E.C./C.T. que sendo normalmente de valor



entre 0,50 e 1, mostrava números tanto mais baixos quanto maior a gravidade da doença.

Esta relação não entrou, porém, na prática corrente e por dois motivos. Primeiro porque a determinação do colesterol esterificado é difícil e demorada; segundo, porque numerosas determinações deste coeficiente mostraram o seu fraco valor. Assim na cirrose de LAËNNEC, nas icterícias, encontraram-se números abaixo de 0,50 em indivíduos que curaram ou melhoram sensivelmente e números inferiores a 0,20 apenas em estados agónicos.

Temos sistematicamente procedido à dosagem da colesterolemia em doentes suspeitos de hepatopatia e noutros em que a doença já está confirmada. Esta determinação tem certo merecimento. A discinesia das vias biliares, a litíase, a ictericia por obstrução faz-se acompanhar muito frequentemente da colesterolemia alta; a ictericia por hepatite e a cirrose quase sempre dão colesterol baixo.

Pretendeu-se estabelecer o prognóstico da cirrose em função da queda do colesterol sanguíneo e, de facto, temos uma colesterolemia inferior a 0,70 na maioria das cirroses descompensadas da evolução francamente má. Mas não podemos tomar como absoluta esta indicação. Noutros em que a colesterolemia era de 0,65 e 0,80 a diurese restabeleceu-se, a ascite diminuiu e os doentes, passados anos, vivem ainda. Parece, porém, de um modo geral, ser preferível um colesterol normal ou mesmo acima de normal em todo o doente com cirrose e mesmo suspeito de lesão de célula hepática.

As *proteínas do soro*, quando há lesões graves da célula hepática, diminuem e sobretudo à custa da serina. Esta determinação tem pouco valor como test de insuficiência hepática porque é difícil de fazer, porque é frequente noutros estados patológicos e porque, em regra, a descida só é manifesta quando o fígado está seriamente doente. A primeira objecção é, no entanto, a que mais conta. O método de KIELDAHL usado neste exame como mais exacto é difícil e moroso. Outras técnicas inspiram reduzida confiança. Aguardemos uma nova, precisa e acessível.

Há *hiperglicémia* por insuficiência hepática, mas não podemos tomar isoladamente a medida da glicémia em jejum como de valor para o diagnóstico de insuficiência hepática. Pode apenas notar-se como elemento num conjunto de outras determinações.

O mesmo se dirá das provas de hiperglicémia provocada.

A *velocidade de sedimentação* elevada é própria dos processos inflamatórios e por isso a hepatite pode tê-la.

Conhecido o papel da secreção externa do fígado na assimilação da vitamina K daí derivou um novo exame recomendável neste doentes: a medida do *tempo de protrombina*. Mesmo em doentes em que não é de suspeitar a deficiência da crase sanguínea pode-se encontrar um tempo de protrombina baixo. É um exame simples e de certo mérito.

Há poucos anos, ROBERTS chamou a atenção dos investigadores para a dosagem da *Fosfatase sanguínea*. Elevada nas icterícias de retenção acima de 10 a 11 unidades, descida nas cirroses e nas hepatites seria um óptimo elemento de diagnóstico diferencial (WHITE, GUTMAN e HANGER). Infelizmente as opiniões não são concordantes. Em casos de icterícia por obstrução tem-se encontrado taxas de Fosfatase inferiores a 9 (CHABROL, MALLETT-GUY) e noutros, de hepatite e cirrose, os números elevados de 30 e mais (BERGERET e VARAY, CHABROL, ANGELERI, LANGERON e PAGET). Estes factos só por si bastam para atestar o limitado valor deste exame.

#### e) — Bilis.

Para se conseguir a bilis recorre-se à prova de MELTZER-LYON. Uma sonda de EINHORN, o soluto de sulfato de mg. a 30% ou de peptona a 10%, de glucose, azeite, etc., uma injeção de pituitrina, a quem tiver preferência pela técnica de KALK e SCHÖNDUBE, são o preciso para se colher a bilis ao nível da sua saída para o duodeno.

O exame directo da bilis, depende principalmente da inspecção.

Uma prova negativa indica a obstrução completa; uma colheita escassa, um fígado e umas vias biliares insuficientes; a bile B anormalmente abundante e carregada, uma vesícula de estase; a presença de grumos, suspeita de inflamação; a sensação de bem estar, acusada pelo doente nos dias imediatos, diz-nos ser de facto o fígado ou as vias biliares que estavam em causa.

Dá-se mais valor à inspecção que a outras observações, microscópicas ou químicas. Podem procurar-se micróbios, como o colibacilo e germens do grupo tífico, parasitas como a amiba, lamblia, oxiuros e pode determinar-se a composição qualitativa





da bilis. Desta não se podem esperar resultados elucidativos. A percentagem da colessterina, ácidos biliares, pigmento variam normalmente entre valores tais que estas dosagens perderam qualquer interesse prático. Eis porque habitualmente se não fazem.

### 3.º — Provas funcionais.

As provas funcionais são o interrogatório das funções que a Fisiologia nos ensinou competirem ao fígado. Quando se trouxe o laboratório até à clinica, ou, se se preferir, quando a clinica se abeirou do laboratório pedindo-lhe esclarecimentos para as suas dúvidas, deram-lhe as doenças do fígado um campo de trabalho vastíssimo.

O fígado tem funções de secreção externa, de metabolismo dos H. de C., gorduras e proteicos, e quanto a este último influencia a ureogénese, os aminoácidos, o ácido úrico, as albuminas do plasma, regula a circulação da água, elimina os tóxicos, fixa certos corantes e outras substâncias, dirige a assimilação e desassimilação do ferro, a hematopoiese, a absorção do princípio antianémico, da vitamina K, a termogénese, etc., e daí um sem número de provas, que seria fastidioso enumerar, porquanto a quantia, só por si, é afirmação de escassa importância.

A legião de investigadores dedicada a este problema, ao fim de pouco tempo, era de opinião unânime de que uma ou mais provas podiam ser insuficientes e que as provas positivas, hoje, podiam ser negativas amanhã e vice-versa.

Domina, nas funções do fígado, a desigualdade no tempo, a assineria e ainda a positividade no momento, no instante, o que faz pensar na obra do acaso.

Por outro lado em doenças graves do fígado de evolução fatal, imediata ou temporária, o resultado das várias provas era de resultado desconcertante. Doença benigna como a chamada icterícia catarral, por vezes apirética, ambulatória, tinha uma galactosuria positiva; a cirrose, o sindroma icteroascítico, e mesmo o precoma hepático tinham uma prova de BAUER-FIESSINGER negativa. Igual observação se fazia em relação a outros tests.

Poderá dar-se valor a uma prova positiva em situações patológicas benignas e pelo contrário negativa em casos de lesões muito profundas, extensas e definitivas?

O estudo da insuficiência hepática tem de ter como objectivo o conhecimento de um ou mais métodos de exame suficientemente sensíveis para despistarem o distúrbio incipiente. Este método de fácil e segura realização tem de ser uma espécie de «radar» pronto a revelar a aproximação do perigo, possivelmente ainda antes da lesão anatómica constituída.

Várias tentativas têm sido feitas neste sentido e assim surgiram além das provas funcionais alguns tests empíricos preconizados no diagnóstico e prognóstico das hepatopatias que tem de certo sobretudo o facto de terem sido positivos em casos da doença hepática indiscutível.

Assim sucede com a reacção de TAKATA-ARA, a floculação ao cefalino-colesterol de HANGER, a turvação do timol de MACLAGEN, a r. do ouro coloidal de GRAY.

O porquê da positividade destas reacções tem-se modernamente querido encontrar no excesso de albumina gama do soro sanguíneo (KABAT, HANGER, MOORE, LAUDOW). O fígado doente é incapaz de manter a albumina do soro na taxa devida e esta insuficiência é contrabalançada pelo aumento de globulina, ou formada no fígado, ou noutros órgãos e tecidos. Esta globulina, quase sempre beta e gama e outras vezes alfa, encontrando-se no soro sanguíneo em elevada percentagem tornará positivas as citadas reacções. O mesmo poderá suceder em situações patológicas extra hepáticas em que a globulina do soro é anormal em quantidade e qualidade, como se observou em casos da doença de HODGKIN, artrite reumatoide, mielomatose, linfogranulomatose inguinal, etc.

Estes tests empíricos, como M. MAIZELS sobria e correctamente o sustentou, têm uma tríplice finalidade:

- 1.º — Distinguir entre icterícia dinâmica ou por hepatite e icterícia mecânica ou por obstrução das vias biliares;
- 2.º — Diagnosticar hepatite sem icterícia;
- 3.º — Estudar a evolução e ajudar o prognóstico.

A reacção de TAKATA-ARA tem-se mostrado extremamente falível. Positiva nas icterícias por obstrução, em doentes não-hepáticos, apenas positiva nas cirroses avançadas enquanto negativa nas recentes, há por ela crescente e acentuada desconfiança o que leva a maioria dos autores a relegá-la para um plano inferior.

Uma certa simpatia se observa actualmente, sobretudo nos autores de língua inglesa, em relação à turvação do timol (MAC-LAGEN), floculação do cefalino-colesterol de HANGER e ouro coloidal ou vermelho escarlate.

Apesar de certas minúcias técnicas que exigem larga aprendizagem e familiaridade com os métodos e alguns pormenores, sobre os quais não há absoluta concordância (é o caso de floculação ao cefalino colesterol onde alguns defendem as preparações frescas, enquanto outros têm com elas encontrado resultados positivos falsos), de um modo geral concede-se valor a estas reacções tidas hoje no seu género como as melhores.

Entre tests e provas que poderá aproveitar-se de tudo o indicado?

Os investigadores norte-americanos, modernamente, dão importância aos exames seguintes :

- 1.º — Bromosulfaleína — 5 mgrs. por kgr. Obs. ao fim de 45 m.
- 2.º — Floculação do cefalino-colesterol de HANGER.
- 3.º — Prova do ácido hipúrico oral de QUICK.
- 4.º — Ácido hipúrico intravenoso.
- 5.º — Turvação do Timol de MACLAGEN.
- 6.º — Floculação do Timol de NEEFE.
- 7.º — Determinação do tempo de protrombina após administração de vitamina K.

À galactosuria provocada (WHITE, SHAY e FIEMANN, DEUTSCHE e MADDOCK) só é atribuído valor para o diagnóstico diferencial entre icterícia por obstrução e icterícia por hepate.

Simultaneamente admitem de recomendar a dosagem da albumina e globulina do soro, da bilirrubina (VAN DEN BERGH), colesterol e seus esteres e a pesquisa na urina do urobilinogéno.

MATEER, BALTZ, STEELE, BRONWER, COLVERT concluem, das suas observações e das de outros autores no mesmo assunto interessados, que estes exames são suficientes para nos darem uma orientação em todos os problemas postos pelas doenças do fígado.

Consideram a prova da floculação ao cefalino-colesterol de HANGER como a mais sensível perante a recente alteração hepática.

A prova de ROSENTHAL da bromosulfaleína (tetrabromofenoltaleína) é, por mais simples, a mais valiosa de todas. Fazendo colheitas de sangue, ao fim de 45 e 60 m., pequenos prejuízos podem ser evidenciados. Manejando o método fotoeléctrico pode recorrer-se a esta prova mesmo em doentes com icterícia.

Usando soluções de timol com um pH de 7,55 a turvação do timol tem uma valiosa sensibilidade, em casos de hepatite crónica e cirrose. O mesmo se diz da floculação com esta mesma substância.

A prova do ácido hipúrico, oral ou intravenoso, tem o inconveniente da dificuldade da sua dosagem na urina e é menos sensível que as acima referidas.

TUMEN e BOCKUS atribuem à dosagem das proteínas do soro valor prognóstico na cirrose.

Determinar o tempo da protrombina antes e depois de injeções de Vit. K, pode indicar graves alterações quando este tempo se mantém anormalmente baixo.

A dosagem da bilirrubina do soro, como a existência do urobilinogénio na urina, podem evidenciar mal no início. À determinação da taxa do colesterol e do coeficiente colesterol esterificado-colesterol total atribuem fraca sensibilidade.

MATEER e seus colaboradores tomaram indivíduos com o fígado aparentemente normal e examinaram-nos, sob esta orientação. Submeteram aqueles, onde os resultados indicaram doença, a dieta e tratamento apropriados e repetiram as análises. Verificaram então que a maioria se normalizara laboratorialmente, donde a suposição do que tinham em mãos o método de esclarecer estados de insuficiência hepática prè-clínica onde com o maior sucesso se pode fazer um tratamento de uma doença só ainda com tradução humoral.

Quais serão, portanto, as análises e provas indicadas quando se precisa de saber se um doente é um hepático?

Por ordem de simplicidade, quais devem ser do conhecimento do clinico? Creio podermos enunciá-las:

- 1.º — Pesquisa do urobilinogénio na urina.
- 2.º — Dosagem da bilirrubinémia.



- 3.º — Dosagem da colesterolemia.
- 4.º — Prova de ROSENTHAL ou da bromosulfaleína.
- 5.º — Prova da floculação ao cefalino-colesterol de HANGER.
- 6.º — Tempo de protrombina depois da sobrecarga da Vit. K.
- 7.º — Turvação e floculação do timol.
- 8.º — Prova do ácido hipúrico (apòs absorção oral ou intravenosa de benzoato de sódio).

Não precisamos de ir mais longe. Destas, se as reacções de HANGER, do timol e do ácido hipúrico são difíceis, o mesmo não sucede com as restantes. Se todas são normais podemos afastar a dúvida quanto a insuficiência hepática.

Estas provas podem-nos dar uma indicação de qualidade e nunca de quantidade. Podem dizer-nos que o fígado não está bom, mas não podemos delas inferir a gravidade do mal. Seria de facto ideal que os resultados fossem expressos em números tanto mais altos quanto mais acentuadas as alterações. Infelizmente não dispomos aqui de um índice com a importância, por exemplo, da azotémia no prognóstico das nefrites.

A este respeito, basta atender ao que se passa no coma hepático com icterícia por vezes discreta, indivíduo novo, estado geral regular, todos os exames citados duvidosos e no entanto estabelece-se o coma progressivo sem ter a justicá-lo qualquer dado laboratorial conhecido até à data.

A necrópsia, mesmo, se, nuns casos, mostra atrofia amarela aguda, noutros, revela um fígado em regeneração, mas no entanto considerado funcionalmente.

Noutros casos, como na cirrose, tem-se procurado sem sucesso elementos de prognóstico laboratorial.

Assim a dosagem das proteínas, colesterol e seus esterés, das fosfatases, quando dá números baixos corresponde a um mau futuro e vice-versa. Parece-nos, de facto, ser preferível termos números altos porém, ao espírito de todos os que trabalhamos neste sector, ocorrem exemplos demonstrativos do contrário.

Numa doença do fígado clinicamente confirmada o estudo da insuficiência hepática, directo e pelas provas, tem sobretudo

interesse no diagnóstico diferencial entre icterícia por hepatite e icterícia por obstrução.

A primeira é uma doença da célula hepática e por isso a má função deve coexistir com a alteração anatômica; a segunda é uma doença das vias biliares, portanto extrahepática e, onde, como não há hepatite, não deve também haver insuficiência.

Uma e outra tem bilirrubinemia elevada, sais e pigmentos na urina, mas apenas na icterícia por hepatite devemos encontrar o colesterol e as proteínas diminuídas, velocidade de sedimentação acelerada, prova de ROSENTHAL positiva, sobrecarga da Vit. K negativa, floculação ao cefalino-colesterol, turvação com o timol, ácido hipúrico na urina depois de administrado o benzoato de sódio.

Inversamente um colesterol alto, velocidade da sedimentação, tempo da protrombina, proteínas do soro normais, as provas da bromosulfaleína ou, se se preferir, o rosa bengala, as reações de HANGER, do timol, do ácido hipúrico, negativas, as fosfatases elevadas, são a favor da icterícia de retenção quer por causa intrínseca (litíase, neo das vias biliares, colecistite estenosante) ou extrínseca (neo da cabeça do pancreas).

\* \* \*

O diagnóstico de leve, média ou grave insuficiência hepática, dá lugar à utilização de um certo número de medidas terapêuticas às quais me parece útil dedicarmos agora a nossa atenção.

Repetimos mais uma vez, que o coma hepático confirmado raras vezes tem evolução regressiva, faça-se o que se fizer. Em 1943, no tratado de BERGMANN, referem-se pouco mais de 12 casos de cura citados na literatura mundial, e ao ler outros autores e ao atentar na experiência pessoal devemos ter como certo que nesta situação mórbida todo o otimismo deve ser posto de lado.

Quando ainda se não chegou a este estado, mas apenas se pode pensar em precoma, pois fases de excitação alternam com fases de abatimento e de perfeita lucidez, há um síndrome hemorrágico não muito acentuado, o doente alimenta-se sem grande custo, a diurèse é regular, a intervenção do clínico pode ser valiosa. Apesar de assim não ser sempre, é, no entanto, opinião

unânime que uma vez por outra uma acção médica bem orientada tem conseguido resultados importantes. Devemos porém ter como assente que o ideal nestes estados é, indiscutivelmente, exercer à distância uma acção profilática. A profilaxia é sempre útil; a terapêutica do mal constituído, ao contrário, está cheia de desilusões.

Estes doentes precisam de repouso e de uma dieta de 2.500 a 3.000 calorias onde predominem os H. C. 70 % de calorias da ração alimentar devem ser representadas por estes alimentos. Na frase bem expressiva de FUNK o açúcar é a dedaleira do fígado. As gorduras são nocivas, quando muito irão até 5 %. Os restantes 25 % devem ser de proteínas, se nada a isso obstar.

A grande novidade da dietética moderna consiste em reabilitar um certo número de alimentos ricos em albuminóides que o consenso popular afastara destes enfermos. Assim os ovos, leite e queijo são hoje considerados recomendáveis nos estados de insuficiência hepática e com valor superior ao do peixe e da carne.

As proteínas valém pelos aminoácidos que contém. E destes aminoácidos os que se revelam melhor protectores são a metionina, fenilalanina, tirosina, leucina, ácido glutamínico, cistina. A caseína do leite e queijo é rica em metionina, cistina e nos outros amino-ácidos. Os ovos também os possuem. Por isso o seu interesse que em muito excede o dos outros alimentos ricos em protéicos.

Indispensável é dar aos insuficientes hepáticos as vitaminas A e o complexo B.

Um sintoma de avitaminose A, a hemeralopia ou cegueira noturna, pode estar patente, como me tem sido dado observar sobretudo em casos de cirrose. Por isso se recomenda dar, sistematicamente, vitamina A.

O complexo vitamínico B mostrou-se sempre útil. HAIG e PATEK toram os seus defensores entusiastas e todos têm a impressão de que os doentes melhoram com as vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, a levedura de cerveja a vitamina P. P.

Ninguém deixa de utilizar os extractos hepáticos. Ou pelo princípio antianémico, ou pelas vitaminas do complexo B, ou pelos aminoácidos são um medicamento insubstituível (SNELL, BUTT, SATS, BARRET, MAC LEAN, FRITZBURGH).

A vitamina K é indispensável quando há sintomas vasculo-sanguíneos, ou quando o tempo de protrombina está descido e

descido fica após a injeção de 2 mgrs. de naftoquinona. Se ao fim de certo tempo esta medicação não tem sucesso, não interessa insistir. O fígado está incapaz de a aproveitar e importa primeiro melhorá-lo.

Em estados graves, deve começar por combater-se a asistolia periférica, o colapso cardiovascular. As estrofantíneas, digitalina, coramina, cardiazol, efedrina, simpatol, veritol, cafeína, têm o seu lugar.

A excitação beneficia habitualmente com a vitamina B<sub>1</sub> em altas doses. É indispensável ministrar a tiamina por via parenteral — de 15 a 25 mgrs. — de manhã e à tarde, e associada por vezes à amida nicotínica.

É preciso hidratar tais doentes. Para isso ideal será a absorção de líquidos, tanto quanto possível açucarados, pelas vias naturais, mas, quando for impossível, em injeção hipodérmica ou melhor endovenosa e ainda por instilação duodenal. Pode aproveitar-se o duodeno, tendo previamente levado a sonda de EINHORN até esta parte do intestino, para de um modo eficaz hidratar e alimentar o doente.

Há anos, GUTZEIT preconizou que, deste modo, se applicasse o gôta-a-gôta duodenal, com soro glucosado isotónico, em estados de grave insuficiência, tendo conseguido sucessos brilhantes. Ao choque da água, e ao açúcar atribuiu o seu beneficio. Tendo experimentado êste método em ictericias graves posso dizer do seu valor, por vezes surpreendente. 4 a 5 litros de líquido podem administrar-se em menos de 24 horas. O açúcar que nele vai dá as caloriás necessárias. Em seguida a um gôta-a-gôta duodenal há frequentemente uma crise poliúrica, o pigmento volta às fezes, as urinas clareiam, a ictericia retrocede. Temos vantagem, pois, em nos lembrar dele.

Muito discutida é hoje a prescrição da insulina mais glucose, que UMBER e RICHTER inicialmente recomendaram, em fígados deficientes, com o fim de robustecer a sobrecarga glicogénica deste órgão. Recebida, de entrada, com alvoroço quase unânime, devemos acentuar que pouco a pouco veio a desilusão perante as grandes doses da insulina, depois em relação a doses de escasas unidades, e, por fim, é a observação experimental a afirmar (BRENTANO) que a insulina mesmo em doses mínimas applicada juntamente com a glucose não armazena, mas, pelo contrário,

mobiliza o glicogénio hepático dos pequenos animais de laboratório.

Nestas condições, vemos autores de responsabilidade, como BRUGSCH, KUGELMANN, RÖLLER, JONES, FIESSINGER a usarem-na com o maior ceticismo ou a condenarem-na por nociva.

BRUGSCH diz ter obtido benefícios apreciáveis em estados de precoma com injeções endovenosas de 5 a 20 c.c. de soluto de ácido fosfórico a 5 %.

MORAWITS, SUROS recomendam a lecitina em doses de 0,50 por via endovenosa; ADLER e ÉPPINGER tiveram resultados dignos de registo aplicando injeções intravenosas de 5 grs. de ácido láctico em 100 c.c. de soro fisiológico.

A EPPINGER igualmente se deve a prescrição de desoxicorticosterona (DOCA), hormona cortical sintética, que parece intervir no metabolismo dos hidratos de carbono.

Vemos não serem muitos os recursos terapêuticos postos à nossa disposição em situações patológicas de tanta monta.

E eles todos, não será demais repetir, são de escassa qualidade.

É por isso que a grande aspiração do clínico, tem de ser o poder intervir a tempo e isso só o conseguirá tendo presentes os sintomas clínicos da pequena insuficiência hepática e sabendo interrogar o laboratório sempre que a oportunidade se lhe oferecer.

Uma vez suspeitada esta pequena insuficiência como aconselhar proveitosamente o doente?

#### 1.º — Regime higieno-dietético.

Neste primeiro parágrafo temos a considerar o inconveniente da vida sedentária, fadiga física e mental, deitar sobre as refeições, uso e abuso do tabaco, café, aperitivos e digestivos, refeições copiosas a desoras e sobretudo altas horas, excesso de condimentos à frente dos quais vão a pimenta e a mostarda.

A dieta tem de obedecer à condição já assinalada: predomínio de hidratos de carbono, relativa abundância de proteínas, escassez de gorduras. Deve ser suficiente em calorias, mas de modo a não cair o doente na obesidade só por si mal que pesa sobre o fígado. É de aconselhar particularmente a fruta, sendo mesmo recomendável em doentes com o estômago são, uma refeição diária só ou com predomínio deste alimento. E entre as frutas destaca-se a maçã doce.

## 2.º — Vitaminas e aminoácidos.

Há sempre vantagem em fornecer largamente vitaminas do complexo B e vitamina A. Se se preferir, a tiamina, a riboflavina, a nicotilamida, podem ser, associadas ou alternadas. A vitamina A não deve esquecer-se. São de recomendar injecções de extracto hepático. Mesmo que não haja anemia macrocítica os extractos hepáticos conseguem uma melhoria do estado geral e local dignas de registo.

## 3.º — Medicações coleréticas e colagogas.

Deve dizer-se que, em tais doentes, abstraído de indicação noutra sentido, é preferível um colerético a um colagogo. O colerético aumenta o fluxo biliar porque a célula hepática trabalha melhor, excreta mais bilis; o colagogo faz igualmente sair bilis, mas porque actua sobre a vesícula forçando-a a esvasiar o seu conteúdo. O colagogo pode ter pois o nome de colecínético ou colemotórico.

O colerético de que devemos lembrar-nos em 1.º lugar é a água. Em jejum, ou fora das refeições tem uma acção desta natureza sempre apreciável.

O açúcar reforça a sua acção. Se em vez de vulgar água potável for água alcalina, natural ou artificial, mais poderoso será o seu valor colerético.

Podemos recorrer à bilis e seus derivados, entre os quais se destaca o ácido de-hidrocolico, conhecido com o nome de decolina e hoje incluído em numerosas especialidades farmacêuticas.

Ao hipericão, alcachofra, rabanete, gallium molugo, boldo, temoe Lavack, canhamo, cebola, substâncias tidas pelo vulgo como úteis nos hepáticos, foi a indústria farmacêutica buscar a base para medicamentos de que hoje dispomos tendo felizmente todos uma particularidade comum a de serem inofensivos.

A tubagem duodenal é uma medicação recomendável. Inócua, relativamente fácil de realizar, pode dar alívios superiores aos de outros tratamentos.

O sulfato de sódio e de magnésio, as soluções de peptona, a beladona, pepaverina são sobretudo colagogos, mas podem igualmente ser aqui úteis.

## 4.º — E por fim devemos pensar na vantagem de uma cura termal.

País como o nosso, excepcionalmente rico em águas de virtude reconhecida nas doenças do fígado, temos o dever, sobretudo na pequena insuficiência hepática de orientar os nossos doentes no sentido de largamente a elas recorrerem.

Vidago, Pedras Salgadas, Gerez, Monte-Real e Monfortinho, destacam-se entre as estâncias recomendadas para este fim.

A água, como acabo de dizer o primeiro dos coleréticos, tem nestas fontes certos princípios, ainda não inteiramente esclarecidos, que as tornam particularmente salutaras.

A pesar de, pela análise química, se não poder inteiramente explicar o porquê da sua eficácia, a demonstração está feita e temos de a tomar como boa.

Quantas vezes encontramos doentes com uma história de teimoso sofrimento curado depois de um ou mais tratamentos nestas ou naquelas Termas, quando até aí tudo se revelára de precário resultado.

Bem sabemos serem o repouso, dieta, mudança de ares, adjuvantes valiosos de qualquer tratamento do fígado, mas não podemos negar à água o 1.º lugar. Sucede mesmo que nalgumas circunstâncias a dieta e o repouso, na inconsciência só justificada pela ignorância, são desprezadas totalmente e a pesar d'isto a água faz bem.

A distribuição dos doentes não deve ser feita indistintamente, ao acaso.

Se o doente além de insuficiente hepático é um gastropata, com dores tardias, digestões difíceis, precisando de tomar alcalinos para aliviar a digestão, é suspeito de gastrite ou duodenite e as águas que lhe interessam são as alcalinas, 1.º de Vidago pela sua maior riqueza iónica e depois Pedras Salgadas ou outras.

Se é um hepático puro, podem indicar-se quaisquer outras, tendo em conta que a acção de Monte-Real e Monfortinho é, de um modo geral, mais fraca, sendo portanto antes de aconselhar nos convalescentes de uma doença febril, nos débeis, em que, ao lado de um discreto tratamento hepático se procura o benefício tonificante do clima

## LIVROS & REVISTAS

As lesões vasculares na doença de Kussmaul-Maier — A. Salvador Júnior, Porto — 1943.

Em trabalho apresentado ao Congresso Luso-Hispano-Americano de Anatomia, realizado em Santiago de Compostela em Outubro de 1943, e depois publicado na revista «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigenensis», o A. aborda o problema da periarterite nodosa de que publica um interessante achado necrótico.

Tratava-se de um individuo que faleceu subitamente com sintomatologia de ventre agudo no decurso de uma doença iniciada 3 meses antes e caracterizada por um quadro infeccioso associado a um síndrome polinevrítico e a dores epigástricas, com irradiação lombar. A autópsia esclareceu que a morte se dera por anemia aguda em consequência da laceração espontânea do fígado, por virtude de graves lesões das subdivisões da artéria hepática.

O A. após uma introdução em que foca a importância nosológica de doença de Kussmaul e em que encarece a fundamental importância do exame histológico para o diagnóstico de periarterite nodosa, apresenta o relatório de necropsia cujo estudo histológico ilustra com 6 microfotografias.

Com base neste minucioso estudo microscópico o A. aborda depois o problema de patogenia e etiologia desta afecção.

Afirma que neste caso as lesões arteriais se localizaram primitivamente na túnica interna dos vasos de onde se propagaram às restantes camadas, após a destruição da limitante elástica que desempenha um importante papel nesta propagação.

Quanto à etiologia enumera as diversas rúbricas em que tem sido enquadrada esta afecção, inclinando-se para a ideia da natureza alérgico-hiperérgica da doença.

No caso presente, apesar da positividade da R. de Wassermann, a independência das alterações vasculares e das lesões sífilíticas com evolução nos pulmões, na aorta e no fígado permitem-lhe afastar a origem médica de afecção.

Por outro lado «a textura do granuloma vascular e a identidade destas lesões com aquelas que se vêm nas afecções hiperérgicas levam a admitir uma certa analogia entre a periarterite nodosa e as reacções alérgico-hiperérgicas espontâneas ou experimentais».



São fundamentalmente as conclusões a que se chegou em um artigo publicado em *C Coimbra Médica*, de Fevereiro do corrente ano, no qual fui colaborador, sobre um caso de periarterite nodosa e que erradamente se julgou ser o primeiro publicado entre nós. O primeiro deve-se a Ferraz Junior e Emidio Ribeiro em *A Medicina Contemporânea*, de 1939.

M. RAMOS LOPES.

### Tratamento das úlceras gastro-duodenais por Injecções intra-venosas de proteínas do leite.

Ao tratamento médico clássico da úlcera gastro-duodenal consistindo num regime de exclusão mais ou menos largo associado aos pensos gástricos (bismuto e caolino), aos anti-espasmódicos (beladona e atropina) e aos alcalinos, tem vindo juntar-se um certo número de terapêuticas parenterais das quais as mais utilizadas tem sido a histamina, a histidina, a pepsina, o extrato paratiroides e, sobretudo, a proteinoterapia.

Gutmann introduziu-a em França usando, por via endovenosa, a Soluprotina (solução de peptona de caseína, com a qual conseguiu 45 % de êxitos, numa série inicial de doentes tratados e seguidos durante dois anos. A experiência posterior deste autor confirmou a impressão inicial a ponto de a levar à conclusão de que este é o tratamento mais activo da úlcera gastro-duodenal.

Este método constitue ainda um bom «test» para diferenciar a úlcera do cancro gástrico: todo o nicho que se não modifique pela proteinoterapia deve ser considerado suspeito e operado.

Com a guerra desapareceu do mercado francês a Soluprotina e os A.A. lembraram-se de usar as proteínas do leite por via endovenosa conseguindo, resolvidas certas dificuldades, obter uma fórmula vantajosa em que associam o leite desengordurado ao soro glicosado e ao hipossulfito de sódio.

Fazem uma série de 15 a 18 injecções, à razão de 3 por semana, em doses progressivas. Debelada a crise, fazem como tratamento de entretenimento uma ou duas vezes por ano, uma série de 12 injecções bi-semanais.

Esta terapêutica não se acompanha de acidentes (há só ligeira reacção térmica, habitualmente) que a contra-indiquem, devendo entretanto, como terapêutica de choque que é, ser verdade aos indivíduos portadores de T. P. evolutiva, nefrite ou cardiopatia descompensada.

Os resultados são inteiramente comparáveis aos obtidos com a Soluprotina, constituindo uma terapêutica inócua e das mais activas de que podemos dispor quando fazemos o tratamento médico de úlcera gastro-duodenal — G. Faroy, J. Arnous e J. Fénéan.

Presse Médicale — (10 de Maio de 1947).

M. RAMOS LOPES.

No centenário de Pestalozzi — Monografias do Boletim do Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira, n.º 4 — Dez. — 1946.

Entendeu o Instituto de António Aurélio da Costa Ferreira dever homenagear Pestalozzi no momento da celebração do segundo centenário do seu nascimento.

E por três maneiras o fez: dedicando-lhe o vol. V do seu boletim «A criança portuguesa», promovendo uma sessão solene em sua honra e publicando o presente volume das «Monografias».

Neste volume, além de um prefácio e de uma notícia final sobre a sessão solene de 12 de Dezembro, devidos ambos a pena de V. Fontes, inserem-se 3 trabalhos sobre o ilustre pedagogo suíço e um estudo de Walter Robert Corti, intitulado «Le village d'enfants Pestalozzi à Tragon», publicado anteriormente na Suíça, como propaganda para a construção da aldeia de Pestalozzi, destinado às crianças abandonadas da última guerra, de várias nacionalidades.

Os citados trabalhos são devidos, um ao Prof. Delfim Santos (A lição de Pestalozzi), constituindo a conferência por este Prof. pronunciada na sessão solene referida e os outros dois são estudos elaborados por alunas da Faculdade de Letras de Lisboa para a Cadeira de História da Educação, intitulando-se «A mãe na Educação, segundo Pestalozzi (por D. Maria Manuela de Cortes Pereira) e «O homem que quiz ser mestre-escola» (por D. Maria Luísa Saraiva Pinto dos Santos).

Nestes interessantes e valiosos trabalhos se analisa detidamente a personalidade do grande educador suíço no múltiplo aspecto da sua vida e da sua obra, no tocante às suas concepções pedagógicas, sociais e religiosas, nas influências que sofreu e nas que a sua doutrina provocou.

M. RAMOS LOPES.

#### A forma com hemocultura negativa da endocardite infecciosa sub-aguda.

Distinguem-se na doença de Osler duas formas essenciais: a forma bacteriémica habitual e a forma com hemocultura negativa, a qual só deve ser considerada como tal quando se apoie em 5 hemoculturas sucessivas, espaçadas de 10 a 15 dias e feitas antes do tratamento. É preciso dizer que nesta forma «abacteriémica» da doença de Osler pode surpreender-se, num ou noutro caso, uma hemocultura positiva absolutamente esporádica, surgindo no meio de multiplas hemoculturas negativas.

A existência destas «hemoculturas fugidias» em nada afecta a entidade clínica destas formas abacteriémicas, que se distinguem, de resto, da forma clássica com hemocultura positiva, por apresentarem frequentemente importantes lesões viscerais (como nefrite, insuficiência cardíaca, lesões neurológicas — sobretudo hemiplegia), e ainda por resistirem mais à acção da penicilinoterápia.

Os A.A. discutem e interpretam todos êstes factos, concluindo que a forma con. hemocultura positiva é, predominantemente, uma bacteriemia em relação com determinado foco endovascular, o que torna esta forma sensível à penicilina e por vezes mesmo aos processos cirúrgicos.

Na forma com hemocultura negativa, ao contrário, a doença seria mais endotelial que sanguínea. Daí a existência de focos viscerais importantes dando a esta forma uma feição clínica mais grave e uma resistência à terapêutica, mais tenaz — E. Donzelot, H. Kaufmann e J. E. Escalle.

Presse Medicale (24 de Maio de 1947).

M. RAMOS LOPES.

### Pneumoconiose dos mineiros e aerossóis.

O problema da silicose como doença profissional levanta uma série de problemas relativos aos métodos clínicos que não-de servir ao médico para este bem julgar da incapacidade relativa dos mineiros silicóticos a poder atribuir-lhes uma determinada taxa de desvalorização. É sabido que a intensidade e extensão das lesões visíveis em radiografia não pode servir-nos de seguro guia, porque nem sempre a intensidade das perturbações funcionais e o grau das lesões anatómicas, são proporcionais.

Daqui nasceram diversos métodos de exploração de capacidade funcional respiratória ou cardio-respiratória dos silicóticos, que os A.A. enumeram e comentam apresentando em seguida um novo «test» consistindo na inalação de aerossóis bronco-constritores (acetilcolina) e bronco-dilatadores (aleudrina).

As reacções provocadas pela inalação destes aerossóis são apreciados clinicamente e por expirimetria, constituindo um método prático de exploração funcional respiratória e permitindo estabelecer um critério seguro de desvalorização profissional — J. Minet, M. Fontan e A. Bonduelle.

Presse Médicale — (7 de Junho de 1947).

M. RAMOS LOPES.

### A propósito do tratamento da doença de Adison, pelo acetato de desoxicorticosterona.

Se bem que, na doença de Adison, as lesões interessem a totalidade das supra-renais, sabe-se que as manifestações clínicas essenciais desta doença se devem à insuficiência cortical.

A astenia, a hipotensão arterial, as perturbações do equilibrio hidro-mineral e do metabolismo glucídico corrigem-se e desaparecem pela administração de extractos corticais do tipo da cortina, a qual constitue a substância ideal para o tratamento do adisonismo.

Porém, como se trata de uma substância difícil de obter em quantidades apreciáveis ou a preços acessíveis, os investigadores procuraram, a partir dela, substâncias químicas de idêntica actividade fisiológica e assim obtiveram, entre outras substâncias do grupo dos esteróis, a desoxicorticosterona. Esta revelou-se capaz de corrigir perfeitamente o desequilíbrio hidro-mineral, constituindo a verdadeira hormona do sal e da água: retém o sódio e o cloro, facilita a eliminação urinária do potássio, mantém a hidratação do organismo.

Sintetizada em 1937 por Steiger e Reichstein, rapidamente foi introduzida no comércio sob a forma de acetato de desoxicorticosterona (Cortiron, Percorten, etc.).

Entretanto a prática demonstrou que esta substância está longe de corresponder ao extracto total. Se é certo que corrige o desequilíbrio hidro-mineral, mostra-se, por outro lado, incapaz de agir sobre as perturbações do metabolismo hidro-carbonado. Administrada aos adisonianos associada ao cloreto de sódio, «per os», ela opera por vezes verdadeiras ressurreições, mas os doentes assim tratados continuam expostos a temíveis crises de hipoglicémia surgindo pelo esforço, pelo jejum, por infecções várias ou até sem causa aparente, e instalando se muitas vezes quando as melhores se acentuaram tanto, que o doente regressou a uma vida normal.

Por outro lado, a administração simultânea de fortes doses de acetato de desoxicorticosterona e de cloreto de sódio pode conduzir, sobretudo em doentes tratados pela implantação sub-cutânea de discóides desta substância, a acidentes cárdio-vasculares graves, ligados à retenção excessiva de água e sal — hipervolemia, hipertensão arterial, dilatação cárdica, assistolia.

Descrevem-se também como consequência da sobredosificação desta droga (o A. apresenta um curioso contributo experimental), perturbações nervosas consistindo em crises de paralisia dos músculos da nuca e dos membros superiores e inferiores, realizando um quadro em tudo idêntico ao da paralisia familiar periódica e ligado a uma perda excessiva de potássio.

Conhecendo-se actualmente além da desoxicorticosterona outros esteróis capazes de agir ao mesmo tempo sobre o equilíbrio hidromineral e sobre o metabolismo glucídico é lícito esperar, para breve, novos progressos na terapêutica da doença de Adison — D. Kuhlmann.

Presse Medicale (26 de Abril de 1947).

M. RAMOS LOPES.



## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### Reuniões científicas

No Hospital do Rego, em Lisboa e sob a direcção do sr. Prof. Fernando da Fonseca, inaugurou-se no dia 8 de Abril, o II Curso de Doenças Infecto-Contagiosas, curso que faz parte das actividades do Centro para o Estudo das Doenças Infecto-Contagiosas do Instituto para a Alta Cultura.

— Promovido pela Sociedade dos Médicos dos Hospitais Civis de Lisboa e com a colaboração do Serviço de doenças pulmonares do Hospital Escolar de Santa Marta, realizou-se ali um curso sobre tuberculose,

— No Instituto Dr. Ricardo Jorge, funcionou um curso médico de aperfeiçoamento para subdelegados de saúde.

— No dia 10 de Abril inaugurou-se em Lisboa o Congresso Internacional de Neuro-cirurgiões ao qual concorreram, além de médicos portugueses, belgas, ingleses, franceses, suecos, espanhóis e de outras nacionalidades.

O sr. Prof. José Correia de Oliveira, da Universidade de Coimbra, apresentou a este Congresso, uma comunicação sobre «Um caso de pseudo-prognatismo».

— Em Beja, o sr. Prof. Fernando da Fonseca, inaugurou o ciclo de conferências médicas promovido pelo corpo clínico daquela cidade, com uma lição subordinada ao tema «Mononucleosa de doenças infecciosas».

— Comemorando o cinquentenário da morte de Pasteur, realizou-se, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, uma sessão científica que foi presidida pelo sr. Prof. Celestino da Costa, que estava ladeado pelos srs. drs. Cancela de Abreu e Xavier Morato.

O sr. Prof. Cândido de Oliveira falou sobre a repercussão das descobertas pasteurianas, na bacteriologia e higiene em Portugal.

Depois apresentaram comunicações os srs. dr. Augusto Travassos, e Prof. P. Amerville.

### Faculdades de Medicina

Foram contratados para exercer as funções de 2.ª assistentes da Faculdade de Medicina de Coimbra, os srs. drs. João José Lobato Guimarães, José Monteiro Lopes do Espírito Santo, Guilherme Hermínio Penha, José Gouveia Martins e Francisco Manuel Santos de Ibérico Nogueira.

Para 2.ª assistentes da Faculdade de Medicina do Porto, os srs. drs. José Teixeira de Sousa, e Carlos Alberto Martins da Rocha e para iguais funções da

Faculdade de Medicina de Lisboa, os srs. drs. Manuel Soares Cabeçadas, Jácome da Cunha Delfim, Armando José Ducla de Sousa Soares, Leopoldo da Cruz Lai-rez, Jeremias Marques Tavares da Silva e António Gonçalves de Sousa Dias.

Foi reconduzido por mais um biénio nas funções de secretário da Faculdade de Medicina de Coimbra, o sr. Prof. António Meliço Silvestre, e nomeado bibliotecário da Faculdade de Medicina de Lisboa, o sr. Prof. José Toscano de Vasconcelos Rico.

### **Exposição Artística e Bibliográfica de Autores Médicos**

Com a presença do Chefe do Estado, membros do Governo, professores universitários e outras altas individualidades oficiais, inaugurou-se no dia 15 de Abril, no salão nobre da Faculdade de Medicina de Lisboa, a Exposição Artística e Bibliográfica de Autores Médicos, que era aguardada com grande interesse em todos os meios intelectuais da capital e cuja organização se deve ao «Jornal Médico».

O discurso inaugural foi proferido pelo sr. dr. Júlio Dantas, presidente da secção bibliográfica da exposição. A secção artística era presidida pelo sr. Prof. Reinaldo dos Santos.

O catálogo englovava cerca de 1.500 obras artísticas e literárias, representando mais de 200 autores médicos.

Tanto na secção artística como bibliográfica foram apreciadas muitíssimas obras de real mérito, que atestam a pluralidade da cultura e o valor intelectual da classe médica portuguesa.

Figuraram nesta exposição as obras dos mais representativos escritores médicos da actualidade, como Júlio Dantas, Samuel Maia, Henrique de Vilhena, Celestino Gomes, Miguel Torga, Reinaldo dos Santos, Queirós Veloso, Egas Moniz, Fernando Namora, Ladislau Patricio etc., e também ali se encontravam as obras dos mais notáveis escritores médicos do passado, como Júlio Dinis, Fialho de Almeida, Campos Monteiro, Marcelino Mesquita, Brito Camacho, Ricardo Jorge, Maximiano Lemos, Abel Salazar, etc.

Na secção artística viam-se muitas dezenas de obras de excepcional valor, que nada ficam, a dever aos mais perfeitos trabalhos dos nossos melhores artistas, firmadas por autores que, embora, profissionalmente médicos, foram ou são autênticos valores no campo da arte, como Abel Salazar, João Carlos, Alberto de Sousa, Feliciano Guimarães, Gonçalves Magno, Rocha Brito, Couto Nogueira, etc.

Durante a exposição foram pronunciadas várias conferências.

### **Várias notas**

No mês de Agosto realiza-se em Saint Moritz, o Congresso Internacional de Urologia.

— O sr. Prof. Lopo de Carvalho foi eleito membro correspondente estrangeiro da Sociedade Médica dos Hospitais de Paris.

— O sr. dr. Alberto Trindade foi contratado para desempenhar as funções de médico escolar.

— Foi nomeado subdelegado de saúde do Entroncamento, o sr. dr. Leopoldo Maior.

— Os médicos militares que prestam serviço no Hospital Militar Principal da Estrela promoveram um banquete de homenagem e de despedida ao seu director, tenente-coronel médico, sr. dr. Carrilho Xavier, que deixou aquele cargo para ir ocupar as funções de inspector dos Serviços de Saúde da 1.ª Região Militar, no Porto.

### Falecimentos

Faleceram, em Lisboa, o sr. dr. António Perry de Sousa Gomes, e António Lombo Baleiras (Neves), irmão do sr. dr. Mauuel das Neves Baleiras, médico em Oleiros; em Coimbra, a sr.ª D. Maria da Nazaré, tia do sr. dr. Elfsio Rama; em Angra do Heroísmo, o sr. dr. Manuel Mesquita, irmão do sr. dr. Joaquim Mesquita, médico em Coimbra; em Caminha, o sr. dr. Damião Lourenço Jermim, antigo subdelegado de saúde daquela vila; em Vila Verde, o sr. Alberto Joaquim da Costa Machado Vilela, irmão do sr. dr. Álvaro Machado Vilela, professor da Faculdade de Direito de Coimbra, e sogro do sr. dr. António Ribeiro Guimarães, médico naquela localidade; e em Sangalhos, a sr.ª D. Ana Senhorina de Castro Sereno, avó da esposa do sr. dr. Luis Carlos da Conceição, médico.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica*, sentidas condolências.



INSTITUTO MÉDICO E  
HOSPITAL DE CARVALHO





**LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO**

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

**Últimas Novidades:**

ALBORES — <i>Penicilina en Pediatría.</i> 1 vol., 188 págs., 1946 (A. T.) .	80\$00
ALTET — <i>Guía Formulario de Clínica Oftalmológica.</i> 1 vol., 191 pág., 13 figs., 1946 (E. S.) .	75\$00
ASTRALDI, MONSERRAT y ROCCATAGLIATA — <i>Nomenclatura y Clasificación Urológica. Consideraciones sobre la clasificación.</i> 1 vol., 72 pág., 1945 (T. A.) .	48\$00
AUDIER — <i>La Pratique des Médications Cardio-Vasculaires.</i> 1 vol., 253 págs., 1944 (D.) .	42\$00
BAGUENA — <i>Lecciones de Geriatria. Enfermedades de la Vejez. Enseñanzas del Doctorado.</i> Volume I 1 vol. 133 págs., 1947 (E. S.) .	80\$00
BARLARO — <i>Las Ictericias. Estudio moderno.</i> 1 vol., 251 págs., 20 figs., 1946 (A. T.) .	105\$00
BARIÉTY et BROUET — <i>Phtisiologie du Médecin Praticien.</i> 1 vol., 419 pág., 199 figs., 1944 (M.) .	56\$00
BARRAQUER — <i>Las parálisis</i> 2. <sup>a</sup> edición. <i>La sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las parálisis cerebrales, medulares, radicales de los nervios craneales, de los nervios espinales, musculares e histéricas, y un capítulo dedicado al electrodiagnóstico.</i> 1 vol., 205 págs., 85 figs., 1947 (S.)	140\$00
BASOMBRIÓ — <i>La Lepra. Diagnóstico. Formas clínicas. Tratamiento.</i> 1 vol., 105 págs., 17 figs., 1943 (A. T.)	48\$00
BÉCART — <i>Hématologie Clinique.</i> 1 vol., 254 págs., 68 figs., 1 planche en couleur (L. M.) .	87\$50
BENDA — <i>Le Granulo-Diagnostic de la Tuberculose.</i> 1 vol., 96 págs., 5 figs., 1945 (D.)	34\$50
BERTRAND — <i>Les Lencoblastoses Aleucémiques. Étude Nosologique.</i> 1946, 1 vol., 260 págs., 8 figs., (L. M.) .	105\$00
BLADERGROEN — <i>La Fisiocoquímica en la Medicina y en la Biología.</i> 1 vol., 470 págs., 132 figs., 1946 (E. C.) .	210\$00
BLASKOVICS y KREIKER — <i>Cirugía de los Ojos. La experiencia del eximio autor húngaro, considerado como una de las primeras figuras de la Cirugía ocular europea.</i> 1 vol., 510 págs., 648 figs., 1947, Encad. (S.)	750\$00
BOIGEY — <i>La Cure d'Exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes.</i> 1 vol. 300 págs., 204 figs., 1946 (M.)	140\$00
BOULE — <i>Les Hommes Fossiles. Eléments de Paléontologie Humaine.</i> Troisième édition. 1 vol., 587 págs., 294 figs., 1946 (M.) .	420\$00
BOURDE — <i>Précis de Séméiologie Chirurgicale Élémentaire.</i> 1 vol., 521 págs., 172 figs., 1946 (D.) .	185\$00
BRAILLON — <i>La Désinsertion Extra-Pleurale des Syphyses Pulmonaires sous Contrôle de la Pleuroscopie.</i> 1 vol., 120 págs., 1947 (L. M.) .	63\$00
BURNAND — <i>Problème des Tuberculoses Atypiques. Étude Clinique. Étude Anatomique Étude Bactériologique.</i> 1 vol., 335 págs., 20 figs., 1946 (M.) .	266\$00
CANTONNET — <i>Ophthalmologie du Praticien.</i> 9. <sup>e</sup> édition. 1946, 1 vol., 172 págs., 85 figs. (L. M.) .	35\$00
CERVINI y WAISSMANN — <i>Dispepsia y Toxicosis. Revisión crítica de su patogenia y tratamiento.</i> 1 vol., 199 págs., 1946 (A. T.) .	97\$50
CIBERT — <i>Tuberculose Rénale sous l'angle de la Thérapeutique.</i> 1 vol., 533 págs., 148 figs., 1946 (M.) .	402\$50

# Últimas Novidades Médicas, à venda na

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

### Últimas Novidades:

COATZ — <i>Gigantismo Fetal</i> . 1 vol., 112 págs., 1945 (A. T.) . . . . .	40\$00
CORNUDELLA — <i>Terapêutica de la Tuberculosis Pulmonar</i> . 1 vol., 220 págs., 72 figs., 1947 (S.) . . . . .	135\$00
CORTESI — <i>Notes Médicales du Pharmacien</i> . 1 vol., 351 págs. 2 <sup>e</sup> édition, 1946 (L. M.) . . . . .	87\$50
CURUTCHET — <i>Tratamiento actual de las Heridas, Cirugia, Sulfamidas, Penicilina</i> . 1 vol., 214 págs., 7 figs., 1945 (A. T.) . . . . .	72\$00
CUTTING — <i>Manual de Terapêutica Clínica. Guia para Estudiantes y Médicos Prácticos</i> . 1 vol., 581 págs., 1946. Encad. (E. C.) . . . . .	276\$00
DEJEAN — <i>Tuberculoses Inapparentes</i> . 1946, 1 vol., 191 págs., 14 figs. (L. M.) . . . . .	87\$50
DIHINX — <i>Cifosis Dorsal del Adolescente. Insuficiencia Vertebral</i> . 1 vol., 166 págs., 74 figs., 1947 (S.) . . . . .	105\$00
ESPIN — <i>Contribution à la connaissance de l'Avitaminose C chez l'Homme</i> . 1946, 1 vol., 46 págs., 22 figs. (L. M.) . . . . .	16\$00
DOMÉNECH-ALSINA — <i>Diagnóstico y Terapêutica Quirúrgicos de Urgencia</i> . 1 vol., 912 págs., 330 figs., 1947 Encad. (S.) . . . . .	645\$00
DUMAREST — <i>Pratique du Pneumothorax Thérapeutique</i> . 1 vol., 416 págs., 19 figs., 1945 (M.) . . . . .	131\$50
FIORE — <i>Diagnostic Histologico. Reconocimiento de los Organos por su Estructura Microscopica</i> . Tomo I. 1945. 1 vol., 394 págs., 55 figs., 45 laminas (A. T.) . . . . .	176\$00
FORGUE — <i>Précis d'Anesthésie Chirurgicale</i> . 2 <sup>e</sup> édition. 1 vol., 400 págs., 113 figs Encad. (D.) . . . . .	91\$70
GARCIA-BLANCO — <i>Lecciones de Fisiologia Especial</i> . Tomo I. 1 vol., 316 págs., 179 figs., 1945. (E. S.) . . . . .	270\$00
GATTEFOSS — <i>Cosmétologie. Dermatologie Esthétique</i> . 1 vol., 114 págs., 1947 (L. M.) . . . . .	60\$00
GILBERT-DREYFUS — <i>Manuel Pratique du Diabète. Une mise au point pratique, précise, moderne</i> . 1 vol., 162 págs. (F.) . . . . .	30\$00
GÓMEZ-DURÁN — <i>Las Secuelas Postraumáticas. Les Syndromes Deficitarios Fisiopáticos de los Traumatismos</i> . 1 vol., 525 págs., 69 figs., 1947. Encad. (S.) . . . . .	290\$00
GOROSTIAGA — <i>Diagnostico y Tratamiento de las Distocias por Monstruosidad Fetal</i> . 1 vol., 80 págs., 13 figs., 1946 (A. T.) . . . . .	32\$00
GOYANES (PROF) — <i>Anales del Servicio de Neurologiu</i> . Ano I. 1947. 1 vol., 204 págs, ilustrado . . . . .	225\$00
GUTHRIE — <i>Historia de la Medicina. Una amplia información acerca de las teorías y practica médicas a traves de las edades, de lectura deliciosa y llena de interés</i> . 1 vol., 558 págs., 72 laminas. 1947 Encad. (S.) . . . . .	260\$00
HOUSSAY, ORIAS, MENENDEZ y FOGLIA — <i>Fisiologia Humana</i> . 1 vol., 1144 págs, 497 figs., 1945 (A. T.) . . . . .	440\$00
HUBER et DURAND — <i>Maladies des Enfants</i> . Deuxième édition. 1 vol., 426 págs., 43 figs, 1946 (L. M.) . . . . .	92\$80
JUAN LEÓN — <i>Semiologia Obstetrica. Treinta e seis clases practicas. Diagnosticos y Diagnosticos Diferenciales</i> . 1 vol., 795 págs. com 501 ilustraciones, 45 en colores, de las cuales 7 láminas em citocromia. 1946 (A. T.) . . . . .	310\$00