

O FERRO NA CLOROSE

16714 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

TRABALHO DA 2.^a CLÍNICA MÉDICA

O FERRO NA CLOROSE

POR

João da Maia Romão

DISSERTAÇÃO INAUGURAL



167/4 FMP

OUTUBRO — 1916

IMPRENSA NACIONAL

— Jaime Vasconcelos —

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

- | | |
|--|---|
| 1. ^a classe — Anatomia . . . | { Luis de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histo-
logia | { Vaga
José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia. . . | Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica . . | { Augusto Henrique de Almeida Brandão
Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacte-
riologia | { João Lopes da Silva Martins Júnior
Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { Cândido Augusto Correia de Pinho
Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { Roberto Belarmino do Rosário Frias
Carlos Alberto de Lima
Antônio Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { José Dias de Almeida Júnior
José Alfredo Mendes de Magalhães
Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | Antônio de Sousa Magalhães e Lemos |
| Neurologia | Vaga |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Faculdade* de 23 de abril de 1840, art. 135.º)

A meus extremosos Pais

A alegria e satisfação que sentis, ninguém a pode calcular. Depois de tantos sacrificios feitos em abono do vosso filho, conseguistes ver realizadas as vossas aspirações.

Ao vosso enorme sacrificio corresponderei sempre com a minha infinda gratidão.



À memória de meus irmãos

Eduardo
Maria José
Mariana
Augusta
Tereza

Saudade infinda.



Aos meus dedicados irmãos

Adília
António
Manuel
Martinho
Maria Rosa

Nunca esquecerei os vossos
sacrifícios e a vossa amizade.

Aos meus cunhados

Ana Figueiredo Romão
Maria Damas Romão
Adriano Gonçalves

A minha dedicação.

Às minhas sobrinhas e afilhada

Adélia
Aurora
Mercedes
Mariana

Nunca vos esquecerei.

Ao meu dedicado Tio

João Romão

O preito da minha amizade.

Aos meus parentes

Ao meu presado amigo

Augusto Martins
e Ex.^{ma} Esposa

Os meus protestos de sincera amizade e profundo reconhecimento.

Ao meu discípulo

Jorge Martins de Aite

Um abraço e a minha dedicação.

Ào meu dedicado amigo

Dr. Carlos Henriques

O meu eterno reconhecimento.

Aos meus condiscípulos e contemporâneos

Aos meus amigos e condiscípulos

Dr. José Martins de Alte

Dr. Manoel Sá Azevedo

Dr. Artur G. Carvalho

Aos meus amigos

AO ILUSTRE CORPO DOCENTE

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Ao meu ilustre presidente de tese

EX.^{mo} SNR.

Dr. Tiago de Almeida

Homenagem ao seu primoroso talento e o meu mais profundo reconhecimento e admiração.

O estudo é áspero e tem penetrantes espinhos que nos amordaçam e quantas vezes nos infligem bárbaramente desânimo e desesperança; atirando-nos para o abismo da Descrença.

O estudo tem asperezas, bem recalcitrantes, que se galvanizam a todos os momentos no nosso íntimo; tem barbaridades que nos arruinam, enfim tem máguas que nos apunhalam.

A dentro de nós muitas vezes há lutas formidáveis de Crença e Descrença, que nos deixam envoltos em perplexidades acercando-se da dúvida

Mas a Esperança amiga, a Fé arreigada, a Resignação sacrosanta vence e domina tudo Depois de trabalhos dolorosos, agonias acerbadas, eis-nos concluindo e transpondo o Horeb do Estudo

Todas as dores são mitigadas e esvaídas, pois no fim do curso encontramos na tranquilidade da nossa consciência e nos louvores de nossas famílias a com-

pensação para o trabalho realizado, embora outro, não menos áspero tenha de ser iniciado na vida clínica.

Falta-nos ainda uma lacuna a preencher para a terminação do curso — a dissertação inaugural.

A dificuldade é sempre grande para o estudante na escolha do assunto.

De tantas doenças tratadas nas nossas salas da 2.^a clínica médica, chamou-nos a atenção o grande número de casos de clorose e outras anemias, que foram tratados pelo ferro e com óptimos resultados.

Compreende o nosso modesto estudo os seguintes capítulos:

I — Anemias — Sintomas e classificação.

II — Clorose.

III — Ferro.

IV — Observações.

Pertencendo ao grupo d'aqueles estudantes que no cumprimento dos seus deveres escolares, na esfera de limitadas forças, cifram toda a sua actividade académica, nunca nos desviamos da nossa missão a dentro da Faculdade de Medicina; quando amanhã, já onerados pela responsabilidade individual da clínica, formos um humilde trabalhador da medicina prática, da nossa função nos não desviaremos procurando seguir no estudo dos nossos doentes, no seu tratamento, em toda a travessia da honrosa profissão que abraçamos, os exemplos e as lições dos nossos mestres.

CAPÍTULO I

Anemias

Definição. — A anemia é um síndrome anátomo-clínico caracterizado por uma diminuição do número de glóbulos vermelhos e da sua riqueza em hemoglobina, e pela palidez generalizada da pele e das mucosas (*Grasset*).

Sob a reserva, que domina o estudo geral das anemias, podemos dividi-las em:

1.º *Anemias sintomáticas ou secundárias*, ligadas a causas aparentes.

2.º *Anemias primitivas*, anemias de causa obscura, *criptogénicas*.

Sintomas gerais. — O sintoma imediatamente característico da anemia, é a *descoloração geral da pele e das mucosas*.

A pele do anémico é em toda a sua extensão pálida, cinzenta, ou amarelada, algumas vezes amarela pálida.

É muitas vezes manchada, porque a anemia favorece a pigmentação cutânea.

A descoloração é particularmente acentuada nas orelhas, bochechas, e na base do pescoço.

É principalmente ao nível das mucosas que o estado anémico se aprecia bem nas conjuntivas e melhor ainda, nas gengivas e na face interna dos lábios e bochechas.

A anemia acompanha-se de fadiga, astenia, inaptidão para o trabalho e às vezes de emagrecimento.

Sintomas funcionais. — O empobrecimento do sangue faz-se sentir em todos os aparelhos do organismo e produz perturbações, que constituem os sinais indirectos do estado anémico.

No *aparelho circulatório*, observa-se: taquicardia, ou instabilidade do pulso, palpitações, sôpros extra-cardíacos e hipotensão arterial.

No *aparelho respiratório*, observa-se: frequentemente dispneia de esforço.

No *aparelho digestivo*, observa-se: perturbações dispépticas, diminuição ou perda de apetite, gostos caprichosos, lentidão da digestão, sensação de peso, meteorismo gastro-intestinal, constipação e hipoclorídria.

No *aparelho urinário*, observam-se: urinas pálidas, diminuídas na sua densidade, ricas em ureia e oferecendo a reacção da uro-hematina.

No *aparelho genital*, observa-se: amenorreia e dismenorreia.

Sistema nervoso. — Cefaleias, vertigens, zumbidos de ouvidos, alucinações, tendências sincopais, dores nevralgicas. Psiquicamente os doentes são muito nervosos, irritáveis, emotivos e neurasténicos.

Caracteres hematológicos. — O sangue é modificado no seu *aspecto macroscópico*, nas suas *reações químicas* e na sua *estrutura histológica*.

Macroscopicamente, o sangue é pálido, fluido e coagula mal. A sua densidade está diminuída, assim como a percentagem da hemoglobina e do ferro.

Histologicamente, o número de glóbulos vermelhos (N) é notavelmente reduzido (hipoglobulia). Em vez do número normal de 5 milhões de hematias por mm^3 , encontram-se, apenas, 4, 3, 2 milhões e ainda menos.

Na prática, pode admitir-se que há anemia, desde que o número de hematias desce a 4 milhões.

Ao mesmo tempo há diminuição da riqueza globular (R), quer dizer, da quantidade da hemoglobina contida num mm^3 de sangue.

Pelo contrário, há geralmente elevação do valor globular (G), quer dizer, da quantidade de hemoglobina contida em cada glóbulo.

O valor globular obtem-se, dividindo $\frac{R}{N}$.

A maior ou menor diminuição dos números de hematias, aproximada da riqueza globular e do valor globular, permite estabelecer os graus da anemia.

Hayem, diz que há *anemia ligeira*, quando o número das hematias, isto é, quando $N = 5$ a 3 milhões, $R = 4$ a 3 milhões e $G = 1$ a 0,65; *anemia*

média quando $N = 4$ a 3 milhões, $R = 3$ a 2 milhões e $G = 0,70$ a $0,50$; *anemia intensa* quando $N = 3$ a 1 milhão, $R = 2$ a 1 milhão e $G = 1$ a $0,40$; *anemia extrema* quando $N = 2$ a 1 milhão, $R = 1$ milhão a $800:000$ e $G = 1$.

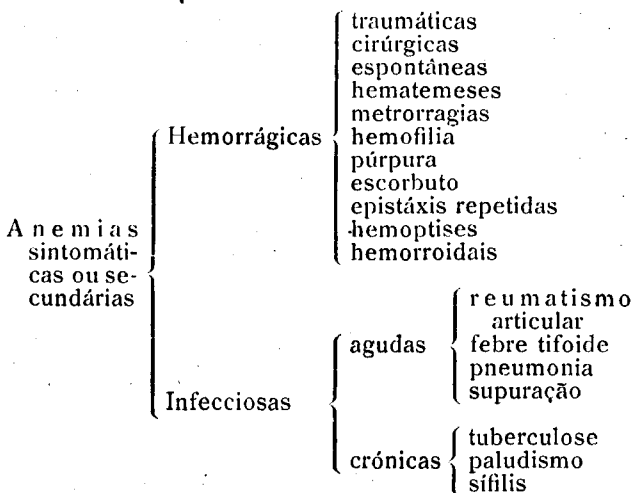
No caso das grandes anemias, pode verificar-se a aparição no sangue, de leucocitos mononucleares granulados (mielocitos) e de hematias nucleadas.

Admite-se, geralmente, que a presença das hematias nucleadas, é índice de uma irritação dos órgãos hematopoiéticos, em particular da médula ossea.

Como desejamos apenas tratar em especial a clorose, vamos dividir as anemias em grupos.

Assim temos:

1.º Grupo:



Anemias sintomáti- cas ou se- cundárias	Tóxicas	{ saturnismo oxi-carbonadas mercurial arsenical morfina
	Cancerosas	{ epiteliomas das vísceras: estômago fígado intestino útero
	Órgãos hema- topoiéticos	{ adenopatias esplenomegalias linfadenia
	Caquéticos e das doen- ças gerais e locais	{ mal de Bright gôta dispepsias diarreias crônicas parasitas intestinais icterícia inanição excessos fadigas privações insónia perturb. nervosas

2.º Grupo:

Anemias primitivas criptogénicas	{ anemia perniciosa leucemia clorose
-------------------------------------	--

É da clorose que nos vamos ocupar no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

Clorose

Considerações gerais. — Confunde-se infelizmente ainda a clorose com a anemia, estabelecendo uma correlação entre estas duas doenças, apesar de que a clorose não é senão uma simples variedade da anemia, cujos caracteres são muito semelhantes aos das anemias sintomáticas e que deve principalmente o seu isolamento nosográfico à sua extraordinária predominância na rapariga.

A anemia não é senão um sintoma de doenças diferentes, que impedem a nutrição normal do organismo, ou é produzida pela falta de nutrição convencional ou por outros agentes anti-higiênicos.

Por isso em vez de considerar a clorose no termo vago da anemia, é preciso considerá-la como *uma doença específica, essencial, caracterizada pela sua aparição espontanea* (fóra de toda a causa conhecida) *e por se encontrar no sexo feminino e no período da puberdade e pelos sintomas bem característicos que a*

acompanham, como a côr pálida da pele e das mucosas, a nutrição em geral conservada, e sobretudo a constituição de sangue.

História. — A clorose é uma doença desde muito tempo conhecida.

Hipocrates mencionou-a.

Em todas as épocas, os médicos tem-na observado e descrito sob nomes muito explicitos: *morbus virginus* (*Lange*); *caquexia virginum* (*Ambroise Paré*); etc. O nome de clorose foi dado por *Varandal* (em 1620).

Etiologia. — Duas condições denominam a etiologia da clorose: o *sexo* e a *idade*.

Sexo. — A clorose é por excelência a anemia das raparigas.

Esta extraordinária preferência obedece evidentemente aos fenómenos particulares da vida genital da mulher, ao estabelecimento das regras, à dificuldade que há em a rapariga reparar as suas primeiras perdas de sangue, sobrevinda numa época de grande crescimento.

A clorose é muito pouco freqüente nos rapazes e quando existe é ligeira.

Idade. — A clorose aparece sempre dos 14 aos 24 anos, e em média aos 17 anos, quer dizer na época da puberdade e nos anos que se seguem ao começo

da função menstrual. É pouco freqüente e discutível fóra destes limites.

Causas.—*Potain* diz que as filhas de uma clorótica, são quasi todas cloróticas, quaisquer que sejam as condições em que vivam e às vezes as crianças do sexo masculino não escapam a essa predisposição.

A opinião de *Potain* é verdadeira, mas a clorose aparece também naquelas que não são descendentes de cloróticas.

Assim, ela parece atingir com grande predilecção os descendentes de tuberculosos, de escrofulosos, de reumáticos, de gotosos, de raquíticos e talvez de sífilíticos.

Os factores da clorose muitas vezes revelados nos antecedentes pessoais dos doentes são: as infecções (febres eruptivas, febre tifoide, difteria, etc.), as intoxicações, a alimentação, a falta de ar e de luz, o esfalfamento físico, intelectual, moral (emoções, desgostos, preocupações), trabalhos manuais excessivos, bailes, as mudanças de ar e género de vida e de uma maneira geral, todas as más condições de hygiene, quaisquer que elas sejam.

Apezar de haver casos de clorose em raparigas robustas, vivendo sempre em boas condições higiénicas e respirando bom ar, tem-se visto raparigas vivendo em más condições higiénicas que não são cloróticas.

A dispepsia, as perturbações menstruais, as per-

turbações nervosas citadas por certos autores devem ser consideradas como sintomas da clorose, muito embora existam em outras afecções.

Assim, a falta de nutrição convencional não pode ser a causa de clorose, atendendo a que se encontra também muitas vezes nas mulheres de condição abastada e que as mulheres cloróticas distinguem-se das anêmicas geralmente pela sua boa robustez. Êste último facto exclui, igualmente, como causas da doença, as perturbações digestivas, que nos casos onde se observam, tem geralmente a sua origem nas perturbações nervosas.

Para supôr que as perturbações nervosas sejam as causas da clorose, é preciso antes de tudo que elas sejam um efeito da doença.

Muitas vezes consideram-se as mulheres pálidas e fracas, apresentando sintomas nervosos, como cloróticas, neste caso é preciso recorrer ao exame do sangue.

Entre todos os factores da clorose, é preciso, como diz *Landouzy* e *Marcel Labbé*, pôr em evidência, em primeiro lugar, talvez, a tuberculose discreta, latente.

A clorose seria assim muitas vezes função duma infecção tuberculosa, sem tendência invasora, não evoluçionando, mas fazendo sentir os seus efeitos por perturbações hemáticas pronunciadas. Ê certo que um grande número de cloróticos acabam tuberculosos.

Sintomatologia. — A invasão da clorose pode fa-

zer-se com rapidez em consequência de uma hemorragia, de uma fadiga excessiva, de uma emoção, de uma infecção, de uma intoxicação; mas isto não é senão um modo de começo ordinário.

A maior parte das vezes, a doença instala-se lenta e progressivamente.

Os primeiros sintomas reveladores da clorose são: a palidez dos tegumentos, a astenia geral, a perda de apetite, as perturbações dispepticas, as palpitações, a irritabilidade nervosa.

O sintoma mais aparente da clorose, como de toda a anemia, é a descoloração da pele e das mucosas. Por muito pouco intensa que seja a clorose, o aspecto é típico.

O rosto é descorado, branco, ou mesmo branco verde, principalmente a fronte, as orelhas (orelhas diafnas), e os lábios.

Todavia, as bochechas apresentam algumas vezes uma placa rósea ou vermelha encarnada, de origem emotiva. Os cloróticos coram com facilidade.

As pálpebras, as bochechas, estão freqüentes vezes ligeiramente inchadas; a fisionomia toma uma expressão de aflição e de tristeza particular; os olhos são circulados de negro.

A palidez das mucosas é ainda mais notada do que a da pele.

Os lábios, as gengivas, as conjuntivas, são descoradas.

No tronco e membros verifica-se igualmente a palidez anormal dos tegumentos.

O doente pode ser magro, mas o facto está longe de ser constante. É mesmo freqüente, pelo contrário que os cloróticos conservem um certo gráu de *en-bonpoint*.

Os membros inferiores são muitas vezes a sede dum ligeiro edema peri-maleolar.

A clorose manifesta-se ainda por *perturbações cardio-vasculares, respiratórias, digestivas, genitais e nervosas*.

Sintomas cardio-vasculares. — Do lado do coração e dos vasos, a clorose dá lugar a *fenómenos subjectivos* e a *sinais objectivos* importantes.

Fenómenos subjectivos. — Consistem em palpitações, algumas vezes sensação de pulsações arteriais, no pescoço e no epigastro.

As palpitações sobrevem por acessos sob a influência duma emoção, duma má digestão, dum pequeno esforço, duma marcha um pouco precipitada.

O coração salta então violentamente no torax e então a palpação precordial, assim como a auscultação, podem revelar a intensidade exagerada das suas pulsações.

As emoções provocam ao mesmo tempo os rubores congestivos da face.

Tem-se notado algumas vezes a sensação do dedo morto.

Sinais cardíacos. — As autopsias mostram que

o coração dos cloróticos é mais pequeno do que o coração normal. Também se pode observar esta diminuição no vivo, pela percussão aconselhada por *Potain*, ou pelo processo do Dr. *Prazeres*, ou ainda pela projecção em verdadeira grandeza sobre um *ecran* radioscópico.

Acontece às vezes ver na superfície de projecção o coração maior do que no estado normal; mas um exame minucioso permite em geral, verificar que a dimensão transversal da maciszez cardíaca, predomina sobre a dimensão vertical, o que traduz a existência duma dilatação das cavidades direitas do coração. A dificuldade de circulação confirma esta interpretação.

Encontram-se, mas raras vezes, cloróticos, cujo coração tem dimensões normais.

O carácter mais observável do coração dos anémicos em geral e dos cloróticos, em particular, é a nascença na região precordial de ruídos de sopros diversos, sem que êle seja atingido de menor lesão orgânica: são os *sopros anorgânicos*.

Algumas vezes, estes sopros não se encontram nos cloróticos e pelo contrário, existem com os mesmos caracteres em indivíduos sãos.

A patogenia dos sopros anémicos tem sido muito discutida. Hoje, com algumas excepções, a maior parte dos autores liga-se à opinião de *Potain*, que os divide em sopros *extra-cardíacos* e *cardio-pulmonares*, devido às compressões e às aspirações produzidas pelas contrações cardíacas sobre as lâminas pulmonares vizinhas do coração.

A frequência destes sopros na clorose nasce sem dúvida da excitabilidade cardíaca própria dos cloróticos. A sua existência e a sua intensidade não estão em relação com o grau da desglobulização. Eles são principalmente intensos nos anêmicos de média intensidade.

Quando a clorose é muito pronunciada, os sopros são repartidos sobre toda a região precordial; mas nos casos menos intensos predominam em certos pontos determinados.

Os lugares de eleição são:

a base do coração, a proximidade do foco pulmonar e a região preventricular esquerda.

Também se notam, às vezes, na região pré-aórtica e xifoideia.

Os sopros são quasi sempre sistólicos, sem propagação, suaves, superficiais, móveis, inconstantes e variáveis com os movimentos respiratórios e modificam-se por uma simples mudança de atitude do doente.

No foco pulmonar, ouve-se também um sopro suave sistólico.

No foco aórtico ouve-se também um sopro sistólico, mas não é tão geral.

Estes sopros são musicais e teem um timbre harmónico particular.

Na ponta ou um pouco acima, no 4.º espaço intercostal esquerdo, ouve-se um sopro suave, que *Potain*, considera como um sopro cárdio-pulmonar.

Sinais vasculares. — Na clorose, como em todas as anemias, o sangue, em consequência de modificações ainda imprecisas (tensão, velocidade) da circulação e talvez também em consequência da fluidez exagerada, tem uma tendência particular em vibrar e em toar nos vasos.

Assim, ao nível das artérias, o sopro sistólico de compressão que se provoca normalmente, comprimindo, com o pavilhão do stetoscópio, a femoral, a sub-clávia, a carótida primitiva, mostra-se muitas vezes na clorose mais vibrante e mais prolongado do que de ordinário.

Quando também se comprime muito ligeiramente, com a polpa do dedo o vaso, produz-se um frêmito sistólico (pulso vibrante).

Nas veias, passam-se fenómenos análogos.

Quando se auscultam os grossos vasos de pescoço, *no foco carotideo*, quer dizer, entre os dois feixes de inserção inferior do esterno-mastoideu, à esquerda ou à direita, mas principalmente à direita, ouvem-se quasi sempre ruidos intensos.

O mais importante é o ruído contínuo, reforçado a cada revolução cardíaca, que se chama o *ruído de roda de engenho de fiar* ou ruído do diabo.

O ruído do diabo é um ruído normal, que se ouve muitas vezes nos indivíduos sãos, principalmente nos indivíduos novos, mas aonde se ouvem melhor é nas anemias e principalmente na clorose.

A patogenia do ruído do diabo, tem dado lugar a algumas discussões.

É admitido, classicamente, que este ruído é de origem nervosa e seria devido ao escoamento do sangue nas jugulares.

A corrente venosa contínua, daria lugar ao ruído contínuo; mas quanto ao reforçamento, admitido que ele seja diastólico, seria devido a uma aceleração de velocidade desta corrente, em consequência do afluxo do sangue para o coração durante a primeira parte da diástole.

Encontram-se também ruídos musicais, de origem venosa, mas é difícil indicar qual é a condição física que os produz.

Sintomas pulmonares. — A clorose após uma ascensão, uma corrida dá muitas vezes lugar a dispneia de esforço, ou a uma sensação de opressão e a algumas perturbações do ritmo respiratório, principalmente, a uma respiração irregular. Estas perturbações do ritmo, são designadas por *Lorain*, pelo nome de ataxia respiratória.

Aparece, às vezes, submaciçez e diminuição de murmúrio vesicular nos vértices pulmonares, assim como uma tosse clorótica, seca e impertinente.

É preciso, neste caso, duvidar se se trata de clorose, ou de uma tuberculose discreta.

Perturbações digestivas. — Não existe clorose sem perturbações digestivas. O apetite é caprichoso. Nesta doença, o estômago está dilatado nos dois terços dos casos; a dispepsia é geral, as digestões são

lentas, penosas, acompanhadas, segundo os casos, de tensão epigástrica, abaulamento do ventre, eructações, pirose, gastrálgia e vômitos.

Quando estas perturbações são mais pronunciadas, elas realizam uma forma especial, que *Hayem*, designa com o nome de *clorose dispéptica*.

O quimismo estomacal, é quasi sempre perturbado e corresponde muitas vezes aos tipos hiperpépticos.

Os cloróticos também são constipados.

Alterações da urina. — A urina dos cloróticos é pálida, pouco densa e fracamente ácida; elas contem indicam, provavelmente por causa da constipação, e urobilina, por causa da destruição globular.

A quantidade de ureia é diminuída, os fosfatos e os cloretos, são igualmente diminuídos.

A quantidade do ácido úrico é normal.

A clorose provoca, algumas vezes, uma ligeira albuminúria.

Acontece, às vezes, que certas cloroses ou anemias do tipo clorótico, coexistem com uma nefrite. Há, portanto, associação de clorose e de nefrite, dando lugar a uma combinação de sintomas de anemia, (palidez, sopros, etc.), e de brightismo (edemas, sensação do dedo morto, cefaleia, etc.).

É por isso que se designa esta forma sob o nome de *cloro-brightismo* (*Dieulafoy*).

Perturbações genitais. — A maior parte do tempo, as regras são diminuídas, com o sangue descorado,

ou suprimidas e são, algumas vezes, dolorosas e difíceis. As cloróticas tem quasi sempre perdas brancas abundantes. E *Metchnikoff*, quiz fazer da leucorreia o ponto de partida da doença.

O útero e os ovários são pouco desenvolvidos. No entanto a fecundação é possível nas cloróticas, e tem-se attribuido a cura da clorose à gravidez.

Citam-se menorrhagias (clorose menorragica de *Trousseau*), elas resultam, provavelmente, de complicações locais accidentais: metrites, blenorragia, ou de aperto mitral.

Perturbações nervosas. — As cloróticas, são tristes, incapazes do menor esforço. Tem palpitações, reveladas por crises e simulando, algumas vezes, a angina do peito. As nevralgias são frequentes e existem, muitas vezes, pontos dolorosos ao nível dos 6.^o e 7.^o espaços intercostais.

Cefaleia, acompanhada de alucinações, zumbidos, insónias, vertigens. Os cloróticos, são em geral, nervosos irritáveis e emotivos.

A clorose associa-se, muitas vezes, à histeria, à coreia, aos estados neurasténicos e hipocondríacos.

Em certos casos, verificam-se perversões de appetite, que conduzem os doentes a ingerir substâncias as mais extravagantes e mesmo as mais repugnantes.

Caracteres hemotológicos. — A clorose, é antes de tudo, uma doença do sangue. Os seus caracteres hemotológicos, constituem os seus melhores sinto-

mas. Por meio de uma picada num dedo, pode reconhecer-se no sangue os caracteres seguintes: que o sangue é muito fluido, pouco corado, a sua coagulabilidade um pouco aumentada ou normal, a sua densidade diminuída e a sua alcalinidade normal.

O número de glóbulos vermelhos está, algumas vezes, diminuído, mas, outras vezes, é normal. Em média, o número de glóbulos é de 3 a 4 milhões por mm^3 , em vez de 5 milhões.

Os glóbulos vermelhos são bastante descórados e traduzem, pela sua palidez, a redução considerável da sua hemoglobina. Fixam pouco as cores ácidas.

Ao exame microscópico, eles apresentam dimensões muito irregulares, diminuídos de diâmetro, pequenos; mas nas cloroses intensas, encontram-se glóbulos grandes, gigantes.

Há freqüentemente deformações globulares: elíticos, raquete e bastonete.

O equilíbrio hemo-leucocitário fica normal, não há nem aumento, nem diminuição dos glóbulos brancos, nem mudança nas proporções relativas das suas diversas variedades.

Gilbert e Weil, descreveram alterações dos glóbulos brancos; os polinucleares, apresentam um núcleo de contorno muito irregular, desigualmente corado nas diversas partes e o protoplasma apresenta uma sobrecarga hemoglóbica.

A fibrina não é aumentada.

A anemia clorótica é, sob o ponto de vista quí-

mico, caracterizada pela grande diminuição da quantidade de hemoglobina do sangue.

Esta quantidade é, muitas vezes, reduzida a metade, em relação à normal.

O valor globular, quere dizer, a riqueza de cada glóbulo em hemoglobina, é sempre consideravelmente diminuído de metade, dois terços; êle é inferior à unidade (0,50 — 0,60).

Esta diminuição do valor globular é a alteração dominante, característica da clorose.

O poder de absorpção do oxigênio pelo sangue é igualmente diminuído; a actividade de redução da oxi-hemoglobina, é inferior à normal.

Acrescentemos que o sôro do sangue dos cloróticos tem um poder globulicida; êle exerce uma acção alterante e destrutiva sôbre as hematias.

Os glóbulos vermelhos alteram-se manifestamente mais depressa neste sôro do que no sôro normal.

Em suma, a clorose, é principalmente caracterizada, sob o ponto de vista hematológico, pela fraca diminuição do número de glóbulos vermelhos, que contrasta com o grande abaixamento da quantidade de hemoglobina, pela grande diminuição do valor globular, sempre muito inferior à unidade, e, pela riqueza do sangue em hematoblastas (*Hayem*) e pelas alterações dos glóbulos brancos (*Gilbert e Weil*).

O conjunto dêstes caracteres, não tem nada de específico, porque numerosas anemias sintomáticas, ligeiras, benignas, teem a mesma fórmula hematólogica.

Evolução. — A clorose desenvolve-se insidiosamente e progride lentamente, e, uma vez constituída, representa uma doença crónica, de longa duração.

Os cloróticos emagrecem pouco, no entanto, êste emagrecimento é por vezes acompanhado por um edema difuso ao nível dos maléolos, das pernas.

As urinas são pouco abundantes.

Bouchard, insiste, desde há muito tempo, nas pigmentações que se notam nos cloróticos, e que são principalmente observadas ao nível da face dorsal e partes laterais dos dedos.

Algumas vezes, há cloroses ligeiras, que bem tratadas, curam em um ou dois meses e não se reproduzem mais. Outras vezes, pelo contrário, são demoradas na cura e recidivam.

Hayem, diz, que existem cloroses «constitucionais» de reparação sempre incompleta e de recaídas incessantes.

A cura é observada pelo exame do sangue, pelo aumento do número dos glóbulos vermelhos e pela volta ao estado normal do valor globular.

Muitas vezes a temperatura dos cloróticos é inferior à normal. No entanto *Stoll* notou cloroses febris, «febris alva». Em presença dêsses cloróticos, é preciso suspeitar sempre da associação da clorose com a tuberculose.

Em certos casos sobreveem complicações: *flebites* e *tromboses venosas*, *nefrites* e *hemorragias*.

As tromboses dos cloróticos não são freqüentes; elas manifestam-se quási sempre nos membros inferior-

res, mas também podem afectar, exclusivamente, os seios cranianos e a artéria pulmonar.

As nefrites dos cloróticos são ligeiras, curáveis, pelo menos quando elas não estejam sob a dependência da aplasia arterial.

A tendência hemorrágica dos cloróticos não é muito pronunciada.

As menorragias e metrorragias abundantes revelam quasi sempre complicações uterinas; as hemoptises são devidas à tuberculose e as hematemeses às ulcerações gástricas.

Quando não existem complicações, a clorose, termina quasi sempre pela cura.

Algumas vezes ela deixa restos: um pouco de anemia persistente, perturbações dispépticas, uma predisposição às anemias tardias, que podem sobrevir sob influências diversas.

Anatomia patológica. — Além das lesões do sangue, existem nos cloróticos, segundo os trabalhos de *Rokitansky* e principalmente de *Virchow*, alterações cárdio-vasculares e genitais.

As lesões do aparelho cárdio-vascular consistem numa distrofia congenita do coração e dos grossos vasos.

O coração é diminuído de volume. A aorta e em geral todo o sistema arterial tem sido encontrado uniformemente diminuído de calibre. Tem-se visto a aorta estreita, aproximando-se das dimensões da femoral. As suas paredes, adelgaçadas, elásticas, ofere-

cem algumas vezes, na sua superfície interna, manchas ou estrias amareladas de degenerescência gordurosa.

As origens das artérias intercostais e lombares são irregulares e assimétricas.

A hipoplasia genital é freqüente nos cloróticos.

O útero e os ovários são pouco desenvolvidos. No entanto a fecundação é possível nos cloróticos.

Os órgãos hematopoiéticos não oferecem grandes alterações.

O corpo tiroide é mais ou menos hipertrofiado.

Patogenia. — A clorose é uma anemia que sobrevém na idade da puberdade, nas raparigas atingidas de uma distrofia do aparelho cárdio-vascular e do aparelho genital.

Pondo de lado a teoria de *Virchow*, *Hayem*, que considera a clorose sôbre a dependência única da aplasia arterial e que não explica, porque é que a doença aparece na puberdade e cessa logo que as funções genitais estejam regularmente estabelecidas, deve admitir-se, como diz *Bouchard*, que a doença está ligada nestes predispostos a uma perturbação na evolução dos órgãos genitais.

Potain nas suas observações, notou a realidade e mesmo a freqüência da hereditariedade directa da clorose. No entanto, sabe-se, que semelhantes mal-formações, podem ser observadas, logo que exista nos geradores, as doenças mais variadas: tuberculose, sífiis, paludismo, etc.

Charrin e *Cley*, nas suas experiências, mostra-

ram a frequência das malformações e das monstruosidades na descendência dos animais inoculados com toxinas microbianas.

A distrofia cárdio-arterial e genital, pode ser congénita, mas também pode ser adquirida.

A causa da doença parece ser uma auto-intoxicação, ligada à supressão das regras.

Charrin, diz, que o sangue menstrual é tóxico e que os órgãos genitais tem um papel de eliminação a respeito de certos venenos.

Se se tem em conta o facto de que nos cloróticos, a estreiteza das artérias torna a depuração urinária, intestinal, pulmonar, já precária, compreende-se como na ocasião da puberdade, logo que os produtos de desassimilação tornados subitamente abundantes, são elaborados de uma maneira viciosa, a obstrução da via depurativa genital pode realizar um estado de auto-intoxicação durável, que toma parte na constituição da clorose.

Todas as alterações do sangue, todos os sintomas que se encontram nesta doença, pertencem, com efeito, à categoria das desordens, que se podem provocar experimentalmente por injeção de substâncias tóxicas.

A estimulação que trás aos órgãos genitais a prática repetida do coito, é suficiente para activar a circulação na pequena bacia, assegurar a volta das regras e explicaria, porque é que o casamento tem sido considerado, por quasi todos os médicos, como o remedio soberano contra a clorose.

Esta teoria da clorose por insuficiência menstrual explica, pois, todos os factos.

Mas por muito importante que seja a parte da auto-intoxicação na génese da clorose, outros factores interveem, a predisposição, principalmente, que impede de fazer entrar esta afecção no capítulo das doenças por auto-intoxicação e obrigam a considerá-la, antes de tudo, como uma doença do aparelho cárdio-vascular e do sangue.

Diagnóstico. — O diagnóstico da clorose é fácil de fazer. Toda a anemia, mais ou menos espontânea, na rapariga, na idade da puberdade, pode ser devidamente considerada como uma clorose.

No entanto é preciso que o clínico faça um exame rigoroso, para afirmar se a anemia é essencial, criptogenética e não sintomática de uma tuberculose, de uma sífilis, de uma nefrite em evolução, etc.

As anemias ligadas a causas patentes são, antes de tudo pelos seus caracteres clínicos e hematológicos particulares, diferenciadas da clorose sob o nome de anemias sintomáticas ou *falsas cloroses*, porque estes caracteres são pouco diferentes.

É preciso, todavia, descortinar estas falsas cloroses.

As mais comuns são: a *anemia tuberculosa*, *sifilítica*, *palúdica* e *hemorrágica*.

Anemia tuberculosa ou cloro-anemia tuberculosa.

Marcel Labbé compara a clorose com a anemia

sintomática de uma tuberculose desconhecida; é certo que a tuberculose toma muitas vezes a aparência da clorose. A anemia, a tosse impertinente, as palpitações, a dispneia, as perturbações digestivas e a amenorreia, são sintomas comuns às duas afecções.

No entanto na tuberculose a cor da pele é terrosa, em vez de amarela esverdeada, o emagrecimento é mais acentuado.

Na clorose a febre falta e quando existe é menos intensa do que na tuberculose.

É preciso procurar os sinais físicos da tuberculose pulmonar, os antecedentes e os sinais actuais.

A *anemia sífilítica ou cloro-anemia sífilítica*: — Reconhecer-se há pelos sinais actuais e estigmas antigos da infecção (sífilide pigmentar do pescoço, cicatrizes tibiais, etc.).

As *anemias hemorrágicas, palúdica, as anemias secundárias às infecções, as anemias tóxicas e em particular a anemia saturnina, a anemia oxi-carbonada* (dos cozinheiros, amoladores), *as anemias parasitárias e anemia cancerosa*, são só postas em evidência pela exploração clínica completa dos doentes.

Dieulafoy diz, que a anemia *brightica* é muitas vezes considerada nas raparigas como clorose e como o tratamento é diferente nos dois casos, é preciso procurar sempre a albumina nas urinas.

A *anemia perniciosa* é uma anemia grave. A sua fórmula hematológica é bem característica.

As *leucemias* distinguem-se nitidamente pela sua

leucocitose e pelas hiperplasias esplénicas, ganglionares, hepáticas, etc.

A *hemofilia*, a *púrpura*, produzem a anemia por hemorragias. Estas hemorragias são fácilmente postas em evidência e os caracteres do sangue nestas afecções auxiliam a fazer o diagnóstico.

Prognóstico. — A clorose é uma doença benigna, mas é preciso observá-la e tratá-la com cuidado, por causa do estado de inferioridade orgânica, na qual ela conserva a doente durante um tempo muito longo.

As cloroses com amenorreia, são em geral favoráveis.

As cloroses com perturbações nervosas muito intensas, com dispepsia, com febre, são cloroses muito refractárias.

O hipoglobulia marca a grande importância da doença.

Formas clínicas. — A clorose pode ser *ligeira média e intensa*, segundo a anemia.

A clorose *ligeira*, nas raparigas ainda não menstruadas, mesmo que tenham passado a idade da puberdade, é geralmente benigna.

As cloroses *graves*, com anemia extrema, são raras; podem ser febris e podem dar lugar a hemorragias.

Clorose dispéptica. — A clorose dispéptica é a

clorose que se caracteriza pela importância das suas perturbações digestivas.

Clorose tardia. — A clorose tardia é uma clorose que sobrevém aos 30 anos ou na idade da menopausa, nas mulheres que foram afectadas de clorose na idade da puberdade.

Clorose masculina. — A clorose dos rapazes é rara, mas pode observar-se nos individuos que se dedicam ao onanismo, confinados nos internatos, etc. É ligeira e fácilmente curável.

Cloro-anemias. — Sob o nome do cloro-anemia, designa-se, algumas vezes, (*Hayem*), as anemias complexas, que parecem devidas, por sua vez, a uma afecção anemiante defenida como: a tuberculose, sífilis, etc., e ao conjunto de factores obscuros da clorose.

Tratamento. — O tratamento da clorose consiste, a princípio, em reduzir ao mínimo o trabalho fisico e intelectual dos doentes.

Segundo o grau da anemia, restringe-se mais ou menos a actividade fisica e mesmo nos casos intensos, impõe-se o repouso absoluto na cama, durante um período mais ou menos longo, como *Hayem* o tem preconisado.

Em todo o caso, suprime-se toda a occupação penosa.

Recomenda-se o descanso prolongado ao ar, principalmente depois da refeição e regulam-se os exercícios musculares segundo o estado geral do doente.

A ventilação larga, a habitação no campo, as curas de ar na montanha, em altitude média (500 a 1000 metros), são sempre indicadas. A habitação à beira-mar, que dá muitas vezes lugar a uma excitabilidade nervosa desfavorável, não é em geral, para aconselhar.

A alimentação fará objecto de cuidados especiais. O régimen compreende alimentos de fácil digestão: leite, sopas no leite, ovos, peixes, aves domésticas, carnes vermelhas em pequena quantidade, compotas, etc. Varia-se, segundo os seus efeitos, mas sem aderir a um sistema exclusivo.

Suprimem-se, também, as bebidas excitantes: vinhos, cerveja, café, chá, etc.

A hidroterapia (douches tépidos a princípio, depois frios, em jacto, ou em chuva), fricções ligeiras em todo o corpo, quási sempre são úteis.

A medicação essencial da clorose é a medicação marcial

O *ferro* é considerado como específico da doença.

Por isso vamos dedicar um capítulo especial para o *ferro*.

CAPÍTULO III

Ferro

O emprêgo do ferro em medicina é muito antigo. É a partir de *Sydenham* que se tem estudado particularmente as suas indicações na anemia e se considera como específico da clorose.

O ferro existe na natureza sob várias formas: óxido, sulfureto, carboneto, etc. A maior parte das substâncias vegetais e elementos de animais (sangue, músculos, bilis, etc.), contem uma certa quantidade de ferro.

Faz parte da nossa alimentação qualquer que ela seja. Os alimentos que contem mais ferro são: aveia, lentilhas, favas, ovos, carne de boi, pão branco, espinafres, peixes, milho, carne de vitela, leite, batatas e arroz (*Boussingault*).

O ferro encontra-se no *organismo*, principalmente no sangue, no quilo, linfa, bilis, leite, substância nervosa, fígado, músculos, pulmão, baço e medula vermelha dos ossos.

É no sangue que o ferro desempenha o principal papel e encontra-se exclusivamente nos glóbulos vermelhos (*C. Schmidt*) onde contribui a formar a matéria corante, pela sua combinação química com uma substância albuminoide (hemoglobina).

O ferro do fígado, dos ossos e provavelmente dos outros órgãos, desempenha o papel de reserva (*Quinke*).

O sôro não encerra ferro.

O sangue do homem contém mais ferro do que o da mulher e o sangue dos recém-nascidos encerra, relativamente, mais do que o dos adultos.

A quantidade de ferro, aumenta pouco durante os 6 primeiros meses da vida, depois vai aumentando de 1 aos 40 anos, para depois diminuir lentamente.

O sangue arterial é menos rico em hemoglobina, do que o sangue venoso.

É o fígado que parece conter maior quantidade de ferro (ferro de reserva); o baço encerra menos (*Stahel*).

No *estado fisiológico* o ferro sofre uma certa eliminação pelas diversas secreções: urina, bilis, suor, saliva, suco gástrico, secreções intestinais e suco pancreático.

Elimina-se ainda uma mínima quantidade de ferro pelo leite e pus.

É duvidoso que o estômago elimine uma quantidade notável de ferro (*Dheré*).

Quando o organismo tem necessidade dum ex-

cesso de ferro, utiliza uma quantidade maior do que possui na alimentação, mas esta utilização parece não ser directa.

A criança para o seu desenvolvimento, utiliza metade do ferro introduzido pelo leite (*Von Höulin*).

Ação fisiológica. — As preparações ferruginosas não são absorvidas pela pele.

As soluções fracas podem ser absorvidas pelo tecido celular, mas as fortes não, porque destroem os tecidos.

A questão da absorção do ferro medicamentoso pela via digestiva, é muito discutida.

Há várias opiniões:

1.^a *O ferro medicamentoso não é absorvido.* — Esta opinião é de *Claude Bernard*. Introduziu no estômago de animais, limalha de ferro e lactato de ferro e não encontrou no sangue da veia porta mais ferro do que o costume; mas encontrou nas matérias fecais, quasi tanto ferro como o que foi ingerido, sob a forma medicamentosa.

Becquerel, Hamburger, Jehring, dizem que depois da ingestão do ferro medicamentoso, a quantidade que se elimina pela urina não aumenta.

2.^a *O ferro medicamentoso é absorvido.* — *Trousseau e Pidoux*, etc., dizem que *Tiedmann e Gmelin*, encontraram ferro na bexiga e principalmente no

sangue das veias mesaraicas e da veia porta de um cavalo.

Rabuteau tendo introduzido no estômago de vários cães protocloreto de ferro, verificou, passadas umas horas, que o estômago destes animais, continha uma quantidade mínima deste composto, e que o intestino encerrava um pouco mais; mas a maior parte tinha penetrado no sangue.

Bistrow, fazendo ingerir lactato ferroso a uma cabra, em doses crescentes, (1 a 3 gr.) notou que a proporção do ferro no leite aumentou.

O ferro aumenta no sangue dos anêmicos, submetidos a um tratamento ferruginoso.

Nestes últimos anos *Kunkel*, *Gottlieb*, etc., estabeleceram que depois da ingestão do ferro inorgânico, há um aumento de ferro no organismo e particularmente no fígado.

A experiência mais decisiva, sob o ponto de vista da absorção do ferro, é a de *Cloëtta*.

Alimentou três cães novos com leite. A um, juntou ao leite ferrotina; a outro juntou ao leite lactato de ferro; e ao terceiro deu-lhe só leite. Fêz durante dois meses, análises de hemoglobina e notou que o sangue dos dois primeiros apresentava uma composição normal, ao passo que a hemoglobina diminuía 50% no sangue do terceiro cão.

O ferro actua duma maneira indirecta. Ninguém contesta a eficácia do ferro na clorose.

Claude Bernard diz que o ferro é um excitante dos órgãos da digestão. Outros dizem que o ferro

absorvido no estômago, seria transportado até ao fígado, o qual estimularia a função hematopoiética e depois seria eliminado.

A assimilação foi também demonstrada por *Kunkel* para o albuminato de ferro.

Hayem, propôs, uma opinião de meio termo.

Se é ainda possível admitir, uma certa duvida, sobre a absorção do ferro no estado fisiológico, dizia e afirmava, que este medicamento é absorvido pelos anémicos. Esta conclusão, resulta, da comparação, que estabelecem, entre a absorção e a eliminação, as necessidades do organismo.

Em resumo, a absorção do ferro *alimentar* não é duvidosa; quanto à do ferro *medicamentoso*, é menos certa, pelo menos nos doentes com *déficit* deste metal. A questão de assimilação, está igualmente resolvida pela afirmativa, quer o ferro esteja em combinação orgânica ou inorgânica.

Sob que forma é o ferro absorvido?

Há três hipóteses:

1.^a Penetração directa do ferro no sangue sob a forma de um sal inorgânico e combinação ulterior deste sal com as substâncias albuminoides do sangue;

2.^a Combinação directa do ferro e dos *albuminoides* no estômago e intestino depois da absorção;

3.^a Absorção por estes dois processos, por sua vez (*Scherpf*).

O lugar mais importante da absorção parece ser

o *duodeno*, segundo as experiências de *Quincke*, *Hall*, *Gaule*, etc.

A eliminação, efectua-se, principalmente com as matérias fecais, no meio de diversas secreções, que se reúnem no intestino e pela mucosa do intestino (*Gaule*, *Cloëta*). Faz-se, também, pela urina e por todas as outras secreções.

Indicações. — Sob a influência do tratamento ferruginoso, o sangue dos cloróticos, sofre importantes modificações.

O processo de renovação do sangue, compreende, duas fases (*Hayem*).

1.^a fase ou *multiplicação dos hematias*;

2.^a fase ou *aperfeiçoamento dos hematias*, na qual os glóbulos se regularizam e adquirem uma maior riqueza em hemoglobina, e o valor globular aumenta progressivamente.

A cura não é completa senão quando o sangue adquire todos os caracteres normais.

O modo da administração do ferro é muito importante.

Hayem, diz que o ferro é o medicamento específico da clorose.

Trousseau e *Pidoux*, aconselham começar o tratamento pelas preparações metálicas, mas estas teem produzido freqüentes insucessos.

É preciso, evidentemente, que o ferro seja absorvido e assimilado; por isso, é necessário prescrevê-lo sob a forma solúvel ou fácilmente solubilizável pelo suco gástrico.

Os protossais, são os que dão melhores resultados, e entre eles *Hayem*, aconselha em primeiro lugar o protoxalato.

Soulier, dá também preferência às preparações insolúveis e afirma, que, em fraca dose, são melhor suportadas e mais rapidamente absorvidas, porque a forma de combinação em que o ferro entra, é no estado nascente.

Na clorose de média intensidade, a quantidade de ferro, é reduzida a cerca de metade e, nos casos extremos de $\frac{2}{3}$ ou de $\frac{2}{5}$, é preciso que os glóbulos fixem 1^{gr},5 a 2^{gr},5 de ferro, para que a cura seja verdadeira.

Hayem, aconselha principiar por 0^{gr},20 de protoxalato de ferro, por duas vezes e, se o medicamento é bem tolerado, aumentar progressivamente a dose durante 5 ou 8 dias a 0^{gr},30 e depois a 0^{gr},40, que é inútil ultrapassar.

Ao mesmo tempo e principalmente no começo do tratamento, prescreve-se uma alimentação especial a que já nos referimos no tratamento da clorose.

Quando a clorose se complica duma dispepsia grave, *Dujardin Beaumetz*, prefere o arsénico ao ferro, que agrava os sintomas estomacais.

Hayem, pelo contrário, diz que o ferro é bem suportado e cura a dispepsia, sob a dupla condição de escolhermos uma preparação fácil de digerir e de prescrevermos um regimen apropriado.

Quando o ferro é mal suportado pelo estômago,

não o devemos administrar, senão depois de alguns dias de repouso e de regímen.

Facilita-se a digestão do ferro e dos alimentos, prescrevendo uma colher duma solução de ácido clorídrico a 1 % em água açucarada, depois de duas horas das refeições, prática eficaz na clorose acompanhada de hipocloridria.

Interrompe-se o ácido no fim de três ou quatro semanas (*Hayem*).

Quando existe constipação *Trousseau* e *Pidoux*, aconselham a associar ao ferro, 0^{gr},05 a 0^{gr},10 de áloes e 0^{gr},01 a 0^{gr},02 de extracto de beladona.

Todavia, se há menorrhagia, em lugar de áloes, que é emanagogo, prescreve-se ruibarbo, magnésia, ou qualquer outro laxativo, à noite, antes de deitar.

Quando há nos cloróticos disposição à diarreia, os mesmos autores aconselham não começar o tratamento pelo ferro, mas pelo sub-nitrato de bismuto, colombo, fosfato de cálcio (0^{gr},25 a 0^{gr},50), etc.

O ferro também pode ser administrado por meio de injeções hipodérmicas: Arseniato de ferro, cacodilato de ferro, etc.

Hayem nunca notou nos cloróticos submetidos ao ferro, elevação de temperatura.

Perturbações diversas ligadas à clorose

Perturbações nervosas:

a) *Gastralgia*: O ferro é útil na gastralgia clorótica. *Trousseau* diz que se pode empregar, com

a condição de não as prescrevermos no princípio do tratamento, as preparações solúveis, que aumentam muitas vezes a dor.

b) *Neuralgias*: O ferro é útil na cloro-anemia, principalmente nas perturbações nervosas, nas neuralgias (dores de cabeça, estômago, pernas, etc.); mas como não se pode contar com um resultado imediato, utilizam-se os calmantes, atendendo ao melhoramento da clorose (*Trousseau e Pidoux*).

c) *Menorragia, Amenorreia, Dismenorreia, Leucorreia, Esterilidade*: Numa clorótica que tenha amenorreia, o ferro restabelece a saúde e o fluxo uterino.

Trousseau e Pidoux, aconselham o ferro mesmo nas metrorragias repetidas, que acompanham, algumas vezes, a menopausa.

Na dismenorreia, o ferro emprega-se com sucesso.

A esterilidade ligada à clorose, pode ser curada pelo ferro, facto já observado por *Hypócrates*.

A leucorreia dos cloróticos cura ao mesmo tempo que o sangue se regenera.

d) *Epitáxis*: As epitáxis repetidas dos cloróticos, desaparecem sob a influência dos ferruginosos, logo que não haja hipertensão.

Contra-indicações: O ferro é formalmente contra-indicado nos cloróticos suspeitos de tuberculose, com tendência à congestão e às hemoptises com febre.

É contra-indicado, também, na anemia dispéptica, que se confunde, muitas vezes, com a clorose (*Fernet*).

CAPÍTULO IV

Observações

I

Enfermaria 7 — Sala Senhor Jesus

C. J., de 38 anos, solteira, carrejona, do Pôrto.

ESTADO ACTUAL:

Descoloração da pele e mucosas.

Fraqueza geral.

Cansaço fácil.

Apetite, tendo alguma repugnância pela carne.

Sensação de afrontamento epigástrico após as refeições.

Azia à tarde.

Diarreias repetidas.

Suores depois da ceia.

Cefaleias frontais.

Vertigens.

Fluxo menstrual reduzido a um dia e esse mesmo muito descorado.

Corrimento branco no intervalo das menstruações.

Polaquiúria — urina esbranquiçada.

Sôpro da veia jugular direita.

Ligeiro sôpro sistólico mitral, propagando-se levemente para a axila, mas não para o dorso.

Aparelho respiratório normal.

Gânglios inguinais.

Temperatura — 37°.

Pulso — 80 pulsações.

Albumina	} não contêm.
Glucose	

HISTÓRIA DA DOENÇA :

Aos 16 anos teve um parto, ficando de aí por por diante com corrimento no intervalo das menstruações.

Há cerca de dois meses começaram a faltar-lhe as forças.

ANTECEDENTES PESSOAIS :

Adoece bastantes vezes. Já aos 20 anos teve anemia. Nega antecedentes venéreos.

ANTECEDENTES FAMILIARES :

Pai e mãe saudáveis. Irmãos saudáveis, tendo morrido um de doença que ignora.

TRATAMENTO:

Em 3-x-915 a 2-xi-915 — protoxalato de ferro —
2 hóstias por dia de 10 centigr.

Em 2-xi-915 a 23-xi-915 — duchas.

Em 23-xi-915 a 30-xii-915 — protoxalato de ferro.

PÊSO:

	Quilos
Em 20-x-915	52,600
» 28-x-915	53
» 3-xi-915	53,200
» 13-xi-915	54,5
» 3-xi-915	56,300
» 9-xi-915	57,100
» 17-xi-915	56,600

Exame do sangue antes do tratamento (11-x-915):

	Hemoglobina	43 %
	Glóbulos rubros	2.280:000
	» brancos	7:000
Porcentagem {	Polinucleares neutrófilos . .	76,1 %
	Mononucleares . . . 4,4	6,1 %
	De transição . . . 1,7	
	Linfocitos.	16,5 %
	Eosinófilos	1,3 %

Leve deformação globular e alguns glóbulos rubros nucleados.

Exame do sangue depois do tratamento (24-xi-915):

	Hemoglobina	71 %
	Glóbulos rubros	4.000:000
	» brancos	9:200
Porcentagem	{ Polinucleares neutrófilos	63,3 %
	{ Mononucleares 8,1 }	10,9 %
	{ De transição 2,8 }	
	Linfocitos	21,3 %
	Eosinófilos	4,3 %
	Mielo-eosinófilos	0,2 %

Deformação globular e glóbulos rubros nucleados.

DIAGNÓSTICO: — Clorose.

RESULTADO: — Muito melhorada.

II

Enfermaria 7 — Sala Senhor Jesus

A. P., de 23 anos, solteira, criada, do Pôrto.

ESTADO ACTUAL:

Descoloração da pele e mucosas.

Fraqueza geral.

Fadiga fácil.
Apetite.
Fluxo menstrual descorado.
Corrimento branco no intervalo das menstruações.
Ausência de edemas.
Tosse.
Escarros mucosos.
Palpitações em decúbito lateral esquerdo e após a marcha.
Sopros cardíacos múltiplos.
Respiração diminuída à direita.
Vibrações aumentadas à direita.
Broncofonia à direita.
Cuti-reacção negativa.
Temperatura — $36^{\circ},5$.
Albumina — não contém.

HISTÓRIA DA DOENÇA :

Há cerca de 3 meses começaram a faltar-lhe as forças. Cansaço fácil e palpitações.
Desde há 2 anos tosse seca.
Nunca teve suores nocturnos.

ANTECEDENTES PESSOAIS :

Variola em criança. Constipações repetidas.

ANTECEDENTES FAMILIARES :

Pais vivos e saudáveis. Três irmãos vivos e três falecidos de doença que ignora.

No dia 3-xi-915 sôpro sistólico no foco pulmonar; sôpro no foco aórtico e sôpro no foco mitral.

TRATAMENTO:

Em 2-xi-915 a 2-xii-915 — Protoxalato de ferro
— 2 hóstias por dia de 10 centgr.

Pêso:

	Quilos
Em 3-xi-915	54,200
» 13-xi-915	54,900
» 19-xi-915	55,600
» 25-xi-915	55,700

Exame do sangue antes do tratamento (1-xi-915):

	Hemoglobina	42 %
	Glóbulos rubros	2.720:000
	» brancos	4:600
Percentagem	Polinucleares neutrófilos . .	67,8 %
	Mononucleares . . . 6,8	9,5 %
	De transição . . . 2,7	
	Basófilos	1,4 %
	Eosinófilos	0,6 %
	Linfocitos.	20,7 %

Exame do sangue depois do tratamento (6-xii-915):

	Hemoglobina	85 %
	Glóbulos rubros	4.800:000
	» brancos	6:100
Porcentagem	{ Polinucleares neutrófilos . .	69,5 %
	{ Mononucleares . . . 2,9 }	5,3 %
	{ De transição. . . . 2,4 }	
	Eosinófilos	2,6 %
	Linfocitos.	22,6 %

Alguns glóbulos rubros nucleados.

DIAGNÓSTICO : — Clorose.

RESULTADO : — Muito melhorada.

III

Enfermaria 7 — Sala Senhor Jesus

A. J., de 20 anos, solteira, criada, do Pôrto.

ESTADO ACTUAL:

Descoloração da pele e mucosas.

Fraqueza geral.

Cansaço fácil com a marcha (mais nas subidas).

Apetite.

Dores gástricas 2 horas após as refeições. A dor diminui com a ingestão de leite quente.

Dejecções regulares.

Fluxo menstrual reduzido e descorado.

Zumbidos.

Palpitações.

Sopros cardíacos.

Desdobramento do segundo ruído no foco aórtico no fim da inspiração e começo da expiração.

Pulsação supra-esternal da aorta.

Instabilidade do pulso nas diferentes posições da doente.

Respiração diminuída na base do pulmão direito. Não se encontra o baço a palpação.

Temperatura 36°,5.

Albumina — não contém.

HISTÓRIA DA DOENÇA:

Há 5 anos teve sezões durante 15 dias. Depois amenorria durante 22 meses. Desde há 15 dias astenia.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Paludismo há 5 anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

O pai morreu de pneumonia. A mãe faleceu de doença que ignora. Tem uma irmã com uma úlcera no estômago.

TRATAMENTO:

Em 7-I-916 a 7-II-916 — protoxalato de ferro —
2 hóstias por dia de 10 centigr.

Em 15-I-916 — óleo de ricino.

Em 10-II-916 a 19-II-916 — cacodilato de ferro.

PÊSO:

	Quilos
Em 6-I-916.	48,900
» 13-I-916.	50,200
» 21-I-916.	49,5
» 29-I-916.	50,5
» 5-II-916.	51,700
» 11-II-916.	52
» 18-II-916.	54

Em (22-II-916). A doente apresentava côr rosada da face e não tinha cansaço; os sopros cardíacos, bem como o desdobramento do segundo ruído tinham desaparecido.

Exame do sangue antes do tratamento (17-I-916):

Hemoglobina	50 %
Glóbulos rubros	1.960.000
» brancos	5.700
Polinucleares neutrófilos.	61,7 %
Mononucleares . . . 3,2 }	7,8 %
De transição . . . 4,6 }	
Eosinófilos	2,9 %
Linfócitos.	27,7 %

Notável desigualdade de volumes dos glóbulos rubros.

Exame do sangue depois do tratamento:

	Hemoglobina	74 %
	Glóbulos rubros	5.312:600
	» brancos	7:000
Percentagem	{ Polinucleares neutrófilos	51,66 %
	{ Grandes mononuc. 7,66	11,66 %
	{ De transição. . . . 4,00	
	{ Eosinófilos	4,66 %
	{ Linfocitos	32,00 %

DIAGNÓSTICO: — Clorose.

RESULTADO: — Curada.

IV

Enfermaria 7 — Sala Espirito Santo

E. R., de 22 anos, solteira, doméstica, do Pôrto.

ESTADO ACTUAL:

Palidez geral.

Astenia.

Gengivas descóradas.

Fraqueza da vista.

Cefaleias frontais, alucinações e vertigens.
Crises de tristeza, com vontade de chorar.
Crises de abatimento e aborrecimento.
Menstruação regular, mas pouco abundante.
Palpitações cardíacas, acentuadas ao subir uma escada ou fazer esforços.
Sopros funcionais variados, um mitral, prolongando-se para o dôrso.
Expiração prolongada do vértice do pulmão esquerdo.
Pequenos sinais de histeria.
Pulso — 70.
Temperatura — 36,5.

HISTÓRIA DA DOENÇA:

Sofre desde a idade de 15 annos. É a 4.^a vez que recolhe ao hospital. Sai melhorada e racai lá fora no trabalho.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Teve escrófulas, sarampo e bexigas.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pais saudáveis. O único irmão que tinha morreu tuberculoso.

TRATAMENTO:

Em 26-II-916 a 27-III-916 — protoxalato de ferro — 2 hóstias por dia de 10 centigr.

PÊSO :

	Quilos
Em 2-III-916	52,200
» 11-III-916	51,200
» 17-III-916	52

Exame do sangue antes do tratamento (28-II-916):

Hemoglobina	71 %
Glóbulos rubros.	4.224:000
» brancos	7:300
Percentagem { Polinucleares neutrófilos . .	68,6 %
Grandes mononucl. 4,63 }	6,99 %
De transição . . 2,33 }	
Eosinófilos	3,33 %
Linfocitos.	15 %

Exame do sangue depois do tratamento (27-III-916):

Hemoglobina	87 %
Glóbulos rubros	4.900:000
» brancos	7:500
Percentagem { Polinucleares neutrófilos . .	69,33 %
Grandes mononucl. 5,22 }	8,22 %
De transição. . . 3 }	
Eosinófilos	4,33 %
Linfocitos.	14 %

DIAGNÓSTICO: — Clorose.

RESULTADO: — Melhorada.

V

Enfermaria 7 — Sala Senhor Jesus

C. R., de 40 anos, solteira, costureira, do Pôrto.

ESTADO ACTUAL:

Descoloração intensa da pele e mucosas.

Astenia acentuada.

Não pode andar de pé.

Apetite.

Língua branca, como tôda a face interna da
bôca.

Vertigens e zumbidos.

Dôres à pressão 2 dedos abaixo do umbigo.

Ligeira constipação.

Auzencia de palpitações.

Ligeiro sôpro sistólico na região da ponta, sem
frêmito nem propagação.

Intenso «sôpro do diabo» na jugular direita.

Vestígios de sufusões sanguíneas sub-cutâneas na
face anterior do antebraço direito.

Duas pequenas petéquias no seio esquerdo.

Pulso pequeno — 132.

M. r. — 20.

Temperatura — 36°,5.

Albumina — não contém.

HISTÓRIA DA DOENÇA:

Há cerca de 3 meses apareceram-lhe pequenas manchas vermelhas, não desaparecendo pela pressão: primeiro nos braços, depois no pescoço, frente, tórax, abdomen e membros inferiores.

Bastava a doente fazer uma pequena pressão sobre a pele, para que imediatamente se produzisse uma equimose. Teve epistaxis e metrorragias abundantes e demoradas e passado um mês, pouco apetite, palidez intensa e lipotímias. Depois de entrar no hospital é que pararam as metrorragias.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Trabalhou durante 8 anos numa fábrica de molduras.

Teve cólicas. Cefalalgias. Astenia. Parou há um ano de trabalhar nessa fábrica.

TRATAMENTO:

Em 10-III-916 a 31-III-916 — protoxalato de ferro — 2 hóstias por dia de 10 centigr.

Em 11-III-916 — Óleo de rícino.

Em 11-III-916 a 20-III-916 — Supositórios.

Em 2-IV-916 a 2-IV-916 — Poção de clorato de cálcio.

Em 6-IV-916 a 16-IV-916 — Injeção de cacodilato de ferro.

PÊSO :

	Quilos
Em 17-III-916	43,600
» 24-III-916	43,200
» 29-III-916	43,100
» 7-IV-916	44
» 14-IV-916	45

Exame do sangue antes do tratamento (14-III-916):

Hemoglobina	30 %
Glóbulos rubros.	2.204:000
» brancos	5:200
Polinucleares neutrófilos.	71,1 %
Grandes mononucl. 6,76 }	8,20 %
De transição. 1,44 }	
Eosinófilos	0,96 %
Linfocitos.	18,84 %
Mielócitos neutrófilos	0,96 %

Exame do sangue depois do tratamento (19-IV-916):

Hemoglobina	71 %
Glóbulos rubros	3.944:000
» brancos	5:000
Polinucleares neutrófilos.	59,9 %
Mononucleares 9,5 }	15,4 %
De transição 5,9 }	
Eosinófilos	1,0 %
Linfocitos	23,7 %

DIAGNÓSTICO : — Clorose.

RESULTADO : — Curada.

VI

Enfermaria 7 — Sala Espírito Santo

V. J., de 19 anos, solteira, doméstica, de Vizeu.

ESTADO ACTUAL:

Palidez geral.

Debilidade.

Orla castanho-arroxeadas nas pálpebras.

Côr azulada das conjuntivas oculares.

É pouco menstruada.

Fluxo menstrual descorado.

O esforço provoca suores frios.

Alucinações e vertigens.

Sôpro funcionais acentuados na ponta.

Pulso — 80.

Temperatura — 36°.

HISTÓRIA DA DOENÇA:

Há dois meses que começou a sentir-se debilitada.

Desde o começo da doença a menstruação ia diminuindo e descorando.

A debilidade e palidez foram-se progressivamente acentuando, até à entrada no hospital.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Teve uma pneumonia (aos 4 anos) e sarampo por duas vezes em pequena.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pais falecidos, ignora de que doença; teve 4 irmãos, falecidos, ignora de que doença.

TRATAMENTO:

Em 24-v-916 a 20-vi-916 — protoxalato de ferro — 2 hóstias por dia de 10 centigr.

Pêso:

	Quilos
Em 19-v-916	53,990
» 24-v-916	52,700
» 1-vi-916	54,5
» 8-vi-916	56,5
» 16-vi-916	55,600

Exame do sangue antes do tratamento (24-v-916):

Hemoglobina	53 %
Glóbulos rubros	2:960:000
» brancos	5:900
Polinucleares neutrófilos	49 %
Mononucleares 2,66	3,99 %
De transição 1,33	
Eosinófilos	3,5 %
Linfocitos	26,6 %

Exame do sangue depois do tratamento (29-vi-916):

	Hemoglobina	71 %
	Glóbulos rubros	3.580:000
	» brancos	7:200
Porcentagem	Polinucleares neutrófilos . .	50,6 %
	Mononucleares . . . 3,3 }	5,7 %
	De transição. . . . 2,4 }	
	Eosinófilos	5,5 %
	Linfocitos	38,2 %

DIAGNÓSTICO: — Clorose.

RESULTADO: — Melhorada.

NOTA. — Todos estes casos de clorose apareceram nas nossas salas da 2.^a clínica médica, durante o ano lectivo 1515-1916.

CONCLUSÕES

Pelas observações feitas nas nossas doentes, verificamos que todas melhoraram pela administração do ferro, por isso concluímos:

- a) Que a clorose é uma doença específica;
 - b) Que o ferro é o medicamento específico da clorose.
-

Proposições

Anatomia. — A anatomia explica a frequência de lesões testiculares esquerdas.

Histologia. — Não se deve confundir, como é hábito, histologia com anatomia microscópica.

Patologia geral. — Deve fazer-se sempre o exame do sangue num clorótico antes e depois do tratamento pelo ferro.

Fisiologia. — A abstinência sexual demasiada prolongada, produz uma verdadeira intoxicação do sistema nervoso.

Matéria médica. — A aplicação do alvaiade nas equimoses só transforma uma superfície negra numa superfície branca.

Medicina operatória. — As amputações quanto mais afastadas fôrem da raiz do membro, melhores são.

Clínica médica. — Das qualidades do pulso, em qualquer aneurisma, a mais importante é a tensão.

Clínica cirúrgica. — Na exploração dos trajectos fistulôsos, o estilete é a continuação do dedo do cirurgião.

Anatomia patológica. — Não se sabe nada de positivo sôbre a origem e a genése da célula gigante.

Medicina legal. — Os abortos criminaes são mais freqüentes nas cidades do que nas aldeias.

Higiene. — O cardíaco deve fazer uma hygiene perfeita da pele, mucosas, vestuário (roupas brancas) e habitação (quarto).

Obstetrícia. — Toda a pneumonia sobrevindo numa mulher grávida, é uma complicação muito grave para a mãe e para a criança.

Visto.

Thiago d'Almeida,
Presidente

Imprima-se.

Candido de Pinho,
Director

ERRATAS.

Pag.	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
10	4	Azevedo	Azeredo
32	16	sôpros	sopros
45	27	ouvem	ouve
51	16	diz,	diz
54	8	diz,	diz
56	24	<i>Dieulafoy</i> diz,	<i>Dieulafoy</i> , diz
64	14	<i>Gottlieb</i>	<i>Gottlieb</i>
66	6	<i>Cloëta</i>	<i>Cloëtta</i>
69	23	Epitáxis	Epistáxis
73	11	3-xi-915	3-xii-915
73	12	9-xi-915	9-xii-915
73	13	17-xi-915	17-xii-915
80	3	tratamento:	tratamento (7-ii-916)
88	14	1515-1916	1915-1916