

Albino Augusto Carneiro de Carvalho

Sobre a evolução

do

Mixedema congénito

(A propósito de um caso clínico)

Tese de doutoramento

apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



Julho-1922

Tipografia Marques

Rua Gonçalo Cristóvão, 191

Porto

Sobre a evolução

do

Mixedema congénito

Albino Augusto Carneiro de Carvalho

Sobre a evolução

do

Mixedema congénito

(A propósito de um caso clínico)

Tese de doutoramento

apresentada à

Faculdade de Medicina do Porto



Julho-1922

Tipografia Marques

Rua Gonçalo Crislóvão, 191

Porto

Saculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR INTERINO - Prof. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INTERINO - Prof. Carlos Faria Moreira Ramalhão

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão.
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica.	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidemiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia topografica e medicina operatoria	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrologia medica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deontologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifillografia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias, lente catedrático.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de
Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

A' memória de minha Mãe

Recordar-vos, é despertar n'alma
a sensação duma saudade eterna.

A meu querido Pai

Eterna gratidão de quem tudo
vos deve.

A minha Esposa

Ai tens o meu último trabalho
e com ele o ardente desejo de te ver
feliz. Aceita-o como testemunho de
profunda dedicação e amizade.

A minhas irmãs

Maria Augusta e Lucília Maria

e

A meus cunhados, cunhadas
e sobrinhos

Amizade sincera.

Aos meus Ex.^{mos} Sogros

Abilio Pinto Leite de Magalhães

e

D. Ana Emilia Lopes de Magalhães

Reconhecimento pelo muito que
vos devo.

A meus Tios e Primos

Amizade e estima.

Aos Ex.^{mos} Srs.

Antônio Augusto de Castilho
Artur Ferreira da Cunha
Jorge Ferreira Campos

Um grande abraço.

Aos meus condiscípulos e amigos

e em especial aos

Dr. Pedrosa Júnior

Dr. Costa Pais

Dr. Bernardino Ribeiro

Um abraço de despedida.

Ao ilustre Corpo Docente

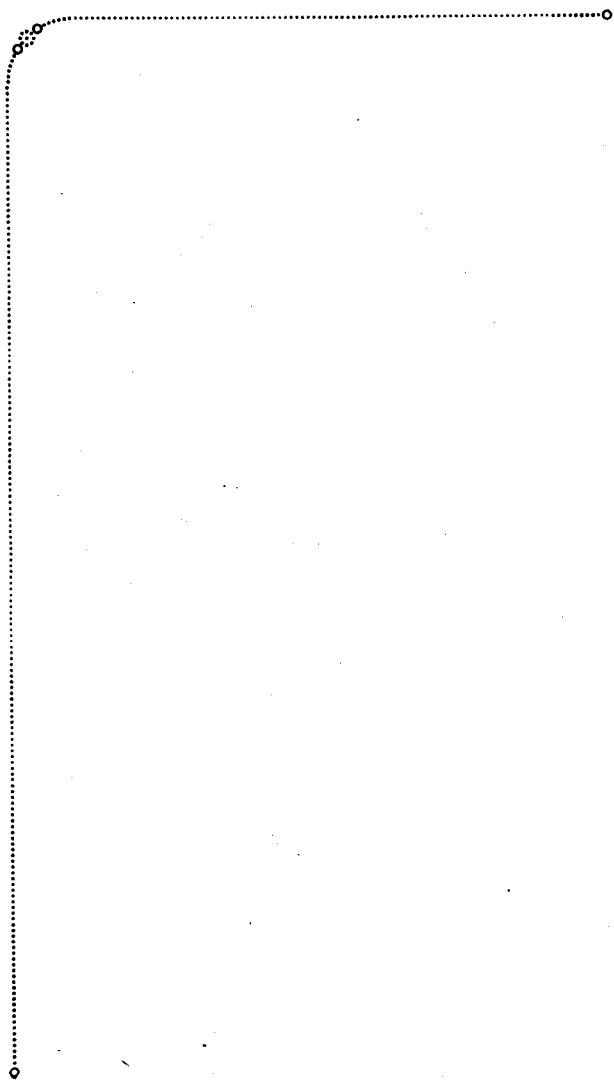
da

Faculdade de Medicina do Porto

Ao meu ilustre Professor
e dignissimo presidente de lese

Dr. António de Almeida Garrett

Homenagem do discípulo reco-
nhecido.



I

O mixedema é a doença conseqüente da diminuição ou abolição da função tiroidêa. A alteração desta função está muitas vezes ligada à ausência, à atrofia ou à pequenês da glândula tiroidêa.

Apesar do quadro clínico do mixedema ser conhecido somente desde 1859 e de só mais tarde ser tido como doença definida, pôde a medicina, auxiliando-se da sua dependente, a cirurgia, estabelecer as noções necessárias para o estudo desta doença.

Foi com Schiff que a etiologia da insuficiência tiroidêa, começou a ser estudada. Êste cirurgião notou que a extirpação da glândula tiroidêa a um cão, dava em resultado o aparecimento de uma determinada doença que depois teve o nome de mixedema.

As suas experiências foram feitas através de

trinta anos, terminando em 1884. Em 1873, Gull descreveu cinco casos de um estado cretinoide, em mulheres adultas, que não quadraram noutra síndrome. Outros médicos ingleses estudaram melhor a nova entidade clínica, a que Ord pôs o nome de mixedema. Bourneville, em 1880, pôde relacionar o mixedema com a idiotia. Kocher, em 1884, publicou um trabalho em que menciona que em cem enfermos tireoidectomizados, trinta haviam apresentado um quadro clínico muito característico que intitulou caquexia estrumipriva.

Dois anos antes, Reverdin estabelecera as relações entre essa operação e o mixedema. Estes trabalhos, os de Horsley e os da comissão nomeada para o estudo do mixedema pela Sociedade de Medicina de Londres, assentaram definitivamente que o quadro clínico que aparece com a extirpação do corpo tireoide é o mixedema dos autores ingleses, como é a caquexia estrumipriva de Kocher.

Os resultados operatórios levaram Schiff e Horsley a tentar a transplantação da tireoide de um animal para o animal tireoidectomizado e assim conseguiram dar-lhe vida. Mais tarde Jorge Murray e Howytz puderam constatar que a administração do extrato de glândula tireoide por via bucal, pode servir para substituir a função desta glândula. Thibierge, em 1891, estudou as formas frustes do mixedema.

Eis a largos traços a história dos conhecimentos sucessivamente adquiridos sobre o mi-

xedema, colhida em monografias sôbre êsse assunto (1-2-3).

O mixedema apresenta-se sob quatro formas, segundo Debove e Sallard, para nos apoiarmos num livro de prática de clínica geral:

1.º O mixedema espontâneo dos adultos, que é o mais comum na opinião dos mesmos autores;

2.º O mixedema endêmico do cretinismo;

3.º O mixedema congénito ou idiotia mixedematosa;

4.º O mixedema post-operatório.

A estas variedades de mixedema devemos juntar os vários aspectos do mixedema fruste, ao qual pertencem todos os doentes que, comquanto não apresentem completamente a sintomatologia do mixedema, apresentam comtudo um pequeno quadro clínico só próprio dos mixedematosos.

Como nos interesse especialmente, hoje, o mixedema congénito, referir-nos hemos sòmente a êste estado mórbido, procurando dar uma resenha do quadro mais vulgar do mixedema congénito.

*

* * *

O mixedematoso de origem congénita, apresenta uma anormalidade física e intelectual. As perturbações físicas existem na dependência do esqueleto, das mucosas e dos tegumentos. As perturbações do esqueleto são as seguintes: a

estatura é pequena e nada em relação com a idade; a fronte é baixa e estreita e a fontanela anterior persistente. O crânio é estreito adiante e muito longo posteriormente. Os dentes irregularmente implantados são constantemente atingidos de carie precoce. A coluna vertebral apresenta-se cifótica e escoliósica; as últimas costelas estão projectadas para fora. Os membros são grossos e curtos; os ossos são incurvados como nos raquíticos e algumas vezes as suas articulações apresentam-se noduladas. As mãos e pés são muito curtos.

As alterações das mucosas são as seguintes: as pálpebras cobrindo os olhos, encontram-se edemaciadas e cianosadas. As bochechas são inchadas e flácidas; a língua está aumentada de volume e pendente para fora. As perturbações tegumentárias que os mixedematosos apresentam, são as seguintes: cabelos grossos e rijos como crinas, ordinariamente abundantes excepto ao nível da região temporal. Os pêlos da barba, do púbis e das axilas são muito raros, e quando aparecem só o fazem muito tardiamente; as sobrelanceiras não apresentam cauda. Sobre o couro cabeludo e outras regiões do corpo nota-se muitas vezes a existência duma erupção eczematosa. O nariz é achatado, apresentando a séla nasal. A pele é branco-amarelada, infiltrada e seca. As orelhas bem conformadas são um pouco espessas. Os lábios são grossos e cianosados, voltados para fora, especialmente o inferior. Há sempre um escoamento, pela boca entreaberta,

duma saliva viscosa. O pescoço parece curto e encravar-se nas espáduas; a sua palpação não permite descobrir o corpo tiroide e dá a sensação da existência nos cavados supra-claviculares de massas pseudo-lipomatosas cheias de gânglios hipertrofiados. Estas massas também existem nas regiões infra-claviculares e axilares. A pele da região inter-escapular é infiltrada de gordura e coberta de pêlos numerosos e compridos. O ventre é grande e largo como o dos batráquios; a fraca construção da sua parede permite a saída de hérnias. Há uma paragem do desenvolvimento dos órgãos genitais: os testículos são pequenos e a sua migração é incompleta ou retardada; os lábios da vulva nunca atingem as dimensões normais. Não há puberdade. A amenorrêa é muitas vezes absoluta; algumas vezes quando a menstruação se estabelece, ela faz-se por uma ou duas vezes para desaparecer para sempre. Os seios são rudimentares. A dificuldade dos movimentos existe, talvez conseqüente de infiltração edematosa. Além das alterações citadas, há perturbações termogenésicas: são muito sensíveis ao frio e a temperatura não sobe nêles a 36 graus. O pulso é pequeno e freqüente; a respiração é irregular e o menor movimento provoca cansaço. A voz é rouca. O apetite é moderado, e há uma repugnância pela carne. São obstipados, o que dá causa ao aparecimento de hemorroidas e muitas vezes ao prolapso retal. As perturbações psíquicas colocam os mixe-dematosos como idiotas ou imbecis. Teem al-

guma memória, podem prestar alguma atenção e são capazes duma afeição; o seu carácter agrada. Podem tomar hábitos de limpeza, como podem também aprender a comer e a vestir-se. Enfim, são verdadeiros atrasados ou melhor são indivíduos que mantem sempre o estado mental próprio de crianças.

*

* *

Atribui-se a existência do mixedema congénito a antecedentes hereditários do doente.

Incrimnam-se o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose dos pais como a causa do aparecimento do mixedema congénito. A falta de cuidados higiênicos dos pais como da criança, também parece contribuir para o aparecimento do mixedema congénito. A consanguinidade, as impressões morais vivas e os traumatismos durante a gravidês, têm sido apontados como factores ocasionais. Emfim, são várias causas que contribuem para o aparecimento do mixedema. A verdade é que a nosologia desta doença vive ainda de presumpções, e por isso muitas vezes não se sabe a causa, apesar de todas as pesquisas para encontrarmos algum antecedente que nos leve ao ponto de partida. A frequência maior dos casos de mixedema nos adultos, levam-nos a supor que a hereditariedade se prepara o terreno do mau funcionamento tiroideo, este é exagerado pelas taras adquiridas pelo indivíduo

até atingir a idade adulta, e assim o factor infeccioso tem alta importância, que se pode estender à etiologia do mixedema congénito. Mas, em regra, o mixedematoso não é filho de outro ente patológico da mesma natureza, porque a esterilidade é a regra nestes doentes. Essa doença torna-se mais nítida quando mais se aproxima a data do desmame, porquanto até então a secreção mamária da mãe vai suprimindo a falta da função tiroidêa da criança.

Silva Carvalho (4) diz ter encontrado vinte e dois casos em quarenta e oito mil crianças pobres, doentes, e, contrapondo-se a Baillayer que diz que o mixedema é mais freqüente no sexo feminino, diz que os seus casos foram em maior número do sexo masculino e numa percentagem que se pode dizer é dupla.

A patogenia é ainda insuficientemente conhecida, pelo que se refere ao mecanismo da insuficiência tiroidêa. É bem sabido que o mixedema depende duma paragem do desenvolvimento da glândula, mas escapa o mecanismo da insuficiência em resultado de infecções ou intoxicações, se bem que, desde os trabalhos de Roger e Garnier (5), continuação mais lata dos de Hurltl (1898) sobre sífilis da tiroidêa, se tenham estudado as lesões de atrofia e de esclerose da substância glândular.

II

Os portadores de mixedema congénito teem um caminho de vida variável com a importância que a família liga à sua doença. Se os pais querem que o mal de seus filhos se atenuie ou quasi desapareça procuram na medicina os elementos que lhes permitam obter o almejado fim. Se pelo contrario a família liga pouca importância à doença, o mixedema mantem-se, as faltas psiquicas e físicas mantem-se igualmente e o doente sucumbe aos progressos da caquexia ou por uma doença intercurrente que o pode atingir numa idade relativamente curta. Comquanto a evolução do mixedema seja lenta, a verdade é que a falta de tratamento apropriado dá um estado de menor resistência orgânica, talvez dependente da reciprocidade e equilibrio do trabalho das glândulas endocrínicas. O tratamento opoterápico melhora as condições de equilibrio orgânico,

podendo por isso o doente mais facilmente atingir uma idade relativamente avançada (40 anos e mais). O mixedematoso não é um indivíduo curável absolutamente, porque a função tiroideia não melhora, seja ela dependente da ausência, atrofia ou pequenez da glândula tiroide; porque o tratamento não dá ao organismo uma nova glândula tiroide como também não dá hipertrofia ou aumento, para o normal, da mesma glândula. O mixedematoso vê a sua cura clínica porque vê desaparecer a sintomatologia que o tornava anormal, mas está sujeito a nova crise de mixedema quando abandone o tratamento, não curativo, mas profilático, porque este último visa a suprir a função de uma glândula que não mais existirá. Estes doentes, regra geral, não atingem um perfeito equilíbrio orgânico e psíquico e isto porque a função tiroideia normal não é absolutamente suprida pelo tratamento. São sempre atrasados, mas isso não impede que se possam dedicar a uma profissão. As doenças intercorrentes são sempre para temer, porque a reacção orgânica é sempre má, porque existe falha da função anti-tóxica da glândula e o equilíbrio do funcionamento endocrínico é precário. Eis em resumo a evolução do mixedema.

Vejamos agora o que dizem vários autores sobre a marcha do mixedema congénito.

Hutinel e Tixier (2) referem a acentuação progressiva dos sintomas quando os casos não são tratados; o crescimento efectua-se com extrema lentidão, não excedendo em geral 4 ou 5

milímetros por ano; o estado precário do indivíduo pode contudo prolongar-se durante bastantes anos. Em regra os mixedematosos morrem cedo, mas alguns chegam aos quarenta anos. Se o mixedema resulta da ausência completa da glândula tiroidêa, as funções intellectuaes não se manifestam e o doente fica um sêr de vida vegetativa (homem-planta de Roesch), apesar do tratamento opoterápico. Êste dá melhoras notáveis muito rápidamente, no comêço do tratamento: a pele torna-se menos sêca, aumenta o apetite, a criança fica mais alegre e com o olhar mais vivo e a mímica mais expressiva; desaparece a sua falsa gordura, e depois engorda verdadeiramente; a diurese aumenta; o crescimento passa a fazer-se muito mais activamente; a temperatura orgânica normalisa-se.

O retrocesso dos sintomas não é muitas vezes uniforme: pode ser mais acentuado sôbre o nanismo, ou sôbre as deficiências psíquicas. Em regra, as manifestações cutâneas são as mais prontamente influenciadas.

Comby, (8) observa que o tratamento tiroideo é muito eficaz mesmo târdiamente empreendido e que administrado durante vários anos atenua o prognóstico da caquexia mixedematosa. Para demonstrar o efeito da acção do medicamento, cita o facto de uma criança de 13 anos e meio medindo 98 cm. apresentar uma estatura de 1^m,50 aos 18 anos, ou seja depois de 5 anos de tratamento.

Debove e Sallard (6) diz que sob a influência

do tratamento durante algumas semanas, desaparecem: o edema tegumentar, o resfriamento, a apatia intelectual e a astenia muscular. Sendo a medicação opoterápica principalmente eficaz no mixedema espontâneo do adulto e no mixedema operatório, não dá senão melhoras relativas na idiotia mixedematosa.

Leopold Levi (9) refere, que a anorexia na hipotiroídia é devida a uma pequena actividade celular e que esta é estimulada pela opoterapia tiroideia. O apetite aumenta geralmente desde o princípio da medicação e é muitas vezes proporcional à quantidade de substância activa introduzida no organismo; diminue durante os intervalos da opoterapia. Esta actua igualmente sobre a termogenese elevando a temperatura do mixedematoso, assim como sobre a erupção dentária. Assinala um caso de mixedema descrito por Marfan em que essa erupção muito retardada fez-se extremamente depressa sob a influência do tratamento tiroideo. A ingestão do corpo tiroide diminue o peso do corpo e por esse facto aumenta os processos metabólicos (Mendel, Ord e White; Vermehren, etc.), activa as oxidações (Magnus Levi), aumenta a diurese (Mendel, Napier, Ver Eecke) e assim desperta a actividade do indivíduo. O tratamento tiroideo pode servir para acautelar e sobretudo prevenir a senilidade precoce.

Marcel Maillet (10) refere que as crianças de 4 a 20 mezes que apresentam, além dum atrazo físico muito acentuado, uma apatia intelectual

profunda e uma hipo-tonicidade muscular acentuada, a opoterapia tiroideã dá resultados notáveis.

Os aumentos de pêso muitas vezes muito notáveis desde a primeira série do corpo tiroide, repetem-se a cada série e o desenvolvimento geral é rapidamente influenciado.

Quanto aos efeitos sôbre o desenvolvimento psíquico e sôbre a tonicidade muscular, são algumas vezes extraordinários pela sua rapidez. Êstes casos são de hipotrofias que se podem aproximar do mixedema fruste.

Osler (11) diz que os resultados da medicação opoterápica são, em geral, notáveis. Num período de seis semanas, um doente cujas faculdades mentais são extintas, pode recobrar a sua saúde mental e física. A diminuição do pêso é um dos primeiros efeitos e dos mais acentuados, referindo o facto de um dos seus doentes perder mais de 11 kilos no espaço de tempo citado. Rápidamente desaparece a infiltração tegumentar, a sudação aparece, a lassidão atenúa-se, a memória volta, a temperatura eleva-se, o pulso acelera-se, as urinas aumentam. Os idiotas mixedematosos cessam de gritar, pronunciam algumas palavras e algumas vezes aprendem a ler e a contar. Contudo, estas melhoras cessam quando a opoterapia é suspensa e recomeçam quando a medicação é retomada.

Silva Carvalho (4) diz ter obtido resultados notáveis e apreciáveis com a medicação opoterápica, não sòmente para a elevação gradual da

temperatura, a melhora evidente do estado cretinoide, mas também para a modificação favorável de todos os outros sintomas. Cita o caso de uma criança de 10 meses tendo uma macroglossia verdadeira, congênita, tão considerável que tinha dois centímetros de procidência da língua; em 4 meses de tratamento obteve a redução completa da língua, ao mesmo tempo que todo o estado geral melhorava consideravelmente.

Jeandelize (12) diz que «sob a influência benéfica duma opoterapia bem conduzida, vê-se as melhoras surgir progressivamente; a inteligência retardada começa a despertar-se; o anão retoma a sua estatura; a pele edematosa, sêca e rugosa, torna-se mole; a espuma desaparece; os órgãos genitais desenvolvem-se». Mas tem esta frase sôbre os benefícios que ao prognóstico trouxe a opoterapia: «o prognóstico das insuficiências tiroidêas é muito menos grave, sobretudo se se trata de mixedema atenuado», o que leva à conclusão de que a cura não é segura, quando o mixedema é completo.

E de facto, na leitura das suas observações, não há um caso de volta ao perfeito estado normal, no mixedema total. Em outro lugar, conclue que ao tratamento opoterápico «deve-se associar, principalmente nas crianças, um tratamento pedagógico»; o que denota a insuficiência dos resultados da opoterápia sôbre as funções psíquicas retardadas.

Paul Carnot (17) diz que «o grau de crescimento dos doentes foi reconhecido como o me-

lhora critério dos efeitos da opoterápia. Em 377 casos, o crescimento da estatura foi particularmente considerável, ultrapassando 18^{cm} durante os primeiros anos da vida. A partir de 8 anos, o crescimento tornava-se menos rápido, mas para aumentar de novo depois dos 15, e sobretudo na idade dos 20 anos. Em 143 crianças, observou-se uma melhora manifesta e rápida: a hipertrofia da língua, a salivação, a hiposudação, as erupções eczematosas melhoraram; o estado mental, a palavra, o ouvido, melhoraram igualmente; os dentes começaram a despontar; o temperamento tornou-se mais vivo, e os órgãos genitais tomaram um desenvolvimento normal».

Pfaundler (7) diz que o tratamento opoterápico tem uma influência brilhante nos casos de hipotireose, e particularmente no mixedema congénito ou adquirido. Mas raros são os mixedematosos congénitos que chegam ao segundo decénio da vida.

A sintomatologia do mixedema demonstra que a glândula tiroide por si ou pelo desequilíbrio que resulta do seu hipo-funcionamento, traz alterações para todos os sistemas e aparelhos do organismo. Percorrendo as citações que acabamos de exarar, conclui-se que o tratamento tiroideo vai estabelecer o equilíbrio endocrínico, vai aumentar as condições de resistência orgânica, vai dar o aspecto normal ao mixedematoso. A marcha do mixedema diante do tratamento é uma regressão de sintomas, a princípio na dependência do sistema nervoso, demons-

trada numa maior facilidade de actividade muscular pela elevação de temperatura resultante do tratamento, pelo desaparecimento das massas pseudo-lipomatosas e infiltração tegumentar, pela volta da memória e doutros sintomas psíquicos, enfim pela volta à normalidade física aparente e tendência para a normalidade intelectual.

Mas, se o estado físico melhora rapidamente e se o estado intelectual melhora também, êste último não é influenciado, em geral, por forma a restabelecer-se a normalidade intelectual, tornando o mixedematoso um ser útil à sociedade, capaz de se bastar a si próprio. De resto, a melhoria é muito variável de indivíduo para indivíduo, cada caso reagindo por forma mais ou menos rápida, mais ou menos completa, à terapêutica opoterápica, tratamento fundamental do mixedema.

*

* *

A terapêutica deve ser efectuada em dois períodos, como refere Murray. Um, em que se administram doses suficientes até se obter o efeito curativo; o outro, em que se empregam permanentemente doses pequenas, porém suficientes para manter o equilíbrio orgânico normal. Nos casos de cretinismo, parece que é necessário o emprêgo indefinido da medicação, pois devido à interrupção na administração do extracto, têm-se observado vários casos de recaídas acentuadas. Quanto aos agentes medica-

mentosos, podemos empregar, quer a glândula tiroide frêscas de carneiro, quer pastilhas de tiroide pulverisada e dessecada, sendo utilizada actualmente esta última forma, devido à dificuldade em obter no mercado produtos absolutamente asépticos. No entanto, sabe-se que a glândula tomada em estado frêscas como na forma de extracto aquôso ou glicerinado, ou dessecada e pulverisada, possui a mesma eficácia. A glândula dessecada e pulverisada e o extracto glicerinado são as formas mais empregadas actualmente. Convém começar por administrar a glândula dessecada e pulverisada e o extracto glicerinado, na dose de 1 a 6 centigramas, três vezes ao dia, podendo-se ir aumentando gradualmente esta dose, até que o doente tome 10 centigramas a 1 grama por dia, isto segundo a idade dos doentes. Obtidas melhoras, espaçam-se e reduzem-se progressivamente as doses (Osler).

Comby, aconselha começar por meia pastilha de iodotirina de Know ou de Bayer tomada numa colher de leite ou água assucarada. Esta dose quotidiana, será tomada duas ou três vezes ao dia. Continua-se durante oito dias; faz-se uma interrupção de quatro dias, recomeçar-se há oito dias e assim sucessivamente. Se a primeira dose é bem suportada, dá-se uma pastilha inteira, depois uma e meia, depois duas, etc., reduzindo-se depois as doses empregadas.

O tratamento indicado por Silva Carvalho é igualmente feito por meio da iodotirina de Know. «Como dieta, proíbe as bebidas alcoólicas,

carnes e especiarias e em geral tudo o que poderia favorecer a infecção ou a intoxicação gastro-intestinal que nos mixedematosos está sempre iminente, e que, além do mal que ela determina directamente, tem o inconveniente de impôr a interrupção forçada do tratamento. Estes incidentes que se manifestam sempre por febre, vômitos, diarreia e uma grande prostração devem ser bem conhecidas da família, não sòmente para serem evitados, mas para serem rápidamente remediados. O processo que tenho adoptado sempre, tem sido de princípio a interrupção na administração da iodotirina, dieta láctea absoluta e a administração de salol, três doses por dia de um decigrama nas crianças de idade de menos de um ano e meio». Os efeitos nocivos da medicação opoterápica são pouco freqüentes, mas deve suspender-se a medicação desde que apareçam sinais de saturação, como: agitação, taquicardia, trémulo, diarreia, chôros, risos, palpitações, polidipsia, insónia, vômitos e cefaleia. Contam-se dois ou três casos de morte, mas em indivíduos atingidos de enfermidades cardíacas antigas. Para evitar incidentes no tratamento tiroideo, convêm, diz Leopold Levi: «1.º Empregar uma boa preparação; 2.º Utilisar doses fracas ou médias. A dóse de 1 grama de glândula fresca representa a dose mais geralmente prescrita. Exceccionalmente podemos ultrapassal-a até 2 gramas ou 2^{gr},50, mas muitas vezes não ultrapassamos 0^{gr},25 e 0^{gr},10; 3.º Interpor períodos de repouso entre os períodos de tratamento

(depois de 10 dias de medicação, suspender cinco dias); 4.º Vigiar o doente, sobretudo no princípio do tratamento e quando se aumentam as doses».

Parece que nos mixedematosos aos efeitos nocivos da glândula tiroide, juntam-se os que resultam da reabsorção dos produtos tóxicos, provavelmente contido nas malhas do tecido conjuntivo.infiltrado.

O tratamento cirúrgico do mixedema foi praticado pela primeira vez, no homem, em 1890, por Lannelongue, mas sem resultado. Com o aperfeiçoamento da técnica, Bircher, Kocher, Bettencourt, Serrano, Merklen e Walther praticaram com sucesso o enxerto tiroideo, mas as melhoras foram apenas temporárias, pois desapareceram quando o enxerto foi reabsorvido.

Em 1906, Payer, pôde melhorar notavelmente uma cretina de 6 anos, fazendo um enxerto de glândula tiroide, tirada da mãe da doente, pelo método de inclusão intraesplénica.

Nêste mesmo ano, Charrin e Cristiani obtiveram resultados apreciáveis pela inclusão no tecido celular sub-cutâneo de fragmentos de glândula tiroide. Êste último cirurgião, recomenda fazer os enxertos com bocados muito pequenos de tecido tiroideo: sem o qual o meio do enxerto degenera.

Ê preciso por outro lado que os bocados enxertados tenham uma das suas superfícies recoberta por um bocado de cápsula do corpo tiroide.

No enxêrto feito com bom êxito, há uma parte que se revivifica, uma parte que se regenera: a irrigação sanguínea restabelece-se; há a neoformação de tecido tiroideo, e o enxêrto pode adquirir duas, três, quatro vezes o seu volume primitivo. As melhores condições de êxito, obteem-se tirando os enxertos de indivíduos jovens e implantando-os igualmente em jovens: nos velhos há muitas vezes a necrose dos enxertos.

Kummer em vários casos de enxertos tiroideos notou: rápido desaparecimento do mixedema; as perturbações que o acompanhavam atenuaram-se; a inteligência tornou-se mais viva; o desenvolvimento sofreu um abalo notável, principalmente numa rapariga mixedematosa de 19 anos, que em dois meses aumentou cêrca de 15 centímetros.

Da leitura duma revista de Paul Carnot (17) sôbre êste assunto, depreende-se que a cirurgia dá no mixedema bons resultados, mas inconstantes.

Como tratamentos auxiliares, deve ser mencionado o anti-sifilítico, porque a sífilis é uma das principais causas das perturbações endocrínicas. Não intervindo na maioria dos casos, directamente, manifesta contudo a sua acção nociva durante a vida embrionária por intermédio das toxinas específicas que provocam alterações dos órgãos glandulares (O. Pentagna).

Quando a sífilis é directamente a causa de perturbações endocrínicas, é sempre útil empre-

gar conjuntamente com o tratamento opoterápico, o tratamento específico (Marcel Maillet).

Conquanto O. Pentagna diga que o tratamento mercurial poucos resultados dá, é sempre bom tentar êsse tratamento, especialmente quando às manifestações que traduzem alteração da função endocrínica se ajuntam outras manifestações sifilíticas.

* * *

O déficit mental, que a opoterapia não pode anular, tem de ser visado pela psicoterapia usada para com os mentalmente anormais, os idiotas e os imbecis. Pode servir de exemplo a empregada por Bourneville na Fondation Vallee, próximo de Paris, relatada pelo professor Almeida Garrett (13).

«O método educativo adoptado é o de Seguin, ligeiramente modificado por sucessivos aperfeiçoamentos. O tratamento varia com o grau de degenerescência do educando.

Para o idiota completo, que não sabe andar nem falar, ser puramente vegetativo, o tratamento começará por estimular os músculos e articulações por meio de fricções e movimentos repetidos, e despertar neles por pequenos choques a sensação de contacto com o meio exterior. Estão em uso para êste fim na Fondation Vallée baloiços colocados em face dum estrado vertical contra o qual vem bater os pés da criança quando o baloiço é posto em movi-

mento. Em seguida vem a aprendizagem da marcha com a ajuda dum aparelho formado por duas barras paralelas que, segurando a criança pelos sovacos, a habituam à posição vertical.

O idiota ensaia assim os seus primeiros passos, que educará depois dentro de andadores de variados modelos, nos quais vai possuindo uma liberdade cada vez maior. O ensino da marcha é completado pela aprendizagem da subida e descida de escadas e por exercícios de salto. Começa depois a educação da mão e do braço por meio de exercícios em escadas de corda e pelo manejo de sólidos de diferentes pesos e feitios.

Esta série de exercícios de desenvolvimento muscular, prepara a educação mais avançada dos órgãos dos sentidos.

No idiota a percepção não existe; conserva-se indiferente a tudo que o rodeia. É preciso começar por lhe despertar a sensibilidade por excitações que violentem os sentidos: a vista por um jacto de luz, o ouvido por um ruído forte, etc. À medida que as sensações vão sendo percebidas, a alteração vai-se desenvolvendo pouco a pouco, começam a aparecer apetências que são logo aproveitadas para novos progressos e o instinto de imitação até aí nulo, faz a sua feliz aparição.

É pelo instinto de imitação que nêle se revelam os primeiros sinais de inteligência e o seu aproveitamento constitue a mais poderosa alavanca da educação dos idiotas. Não cabe nos

limites desta carta a descrição detalhada dos engenhosos processos empregados para a educação dos órgãos dos sentidos. Todos eles se reduzem a uma prática pacientemente repetida do ensino de sensações começando por sensações extremas como o calor e o frio, uma superfície lisa e outra rugosa, etc., e passando gradualmente às sensações intermédias.

A educação dos sentidos faz-se ao mesmo tempo para todos eles; o desenvolvimento dum deles arrasta por correlação o desenvolvimento dos outros. Na idiotia mesmo ligeira a incontinença de fezes é de regra.

Como um tratamento apropriado, que consiste em provocar uma defecação regular, a horas certas, a cura obtem-se, por vezes em algumas semanas. O mutismo dos idiotas, sendo devido a uma impotência funcional e não a defeito orgânico, é susceptível de ser tratado pela gymnastica dos diversos músculos que concorrem para a articulação fonética, e ao mesmo tempo que se provoca a imitação pela repetição sistemática de diversos sons. Consegue-se assim a produção de sons glóticos regulares, dos quais se passa para as sílabas, depois a sílabas de sonoridades muito diversas, para acabar pela pronúncia da palavra completa. Chegado a êste grau de perfectibilidade mental, sabendo andar, falar e fixar um pouco a atenção, o ensino da leitura, da escrita, da numeração e do desenho pode ser começado com êxito e a criança pode frequentar as classes destinadas à educação da imbecilidade. Nestas

classes desenvolve-se a inteligência e ministram-se conhecimentos elementares, apelando para o instinto de imitação, por meio de exercícios a princípio muito simples que vão aumentando pouco a pouco com dificuldade. Assim, por exemplo, o ensino da leitura começará por familiarizar o espírito da criança com os sinais das letras e dos números, ensinando-a a colocar letras e números de madeira, sobre sinais idênticos pintados numa táboa.

Mais tarde ligar-se-há à imagem visual a imagem auditiva, relacionando cada sinal com o som que representa, etc. Este ensino de classe é muito difícil e deve ser feito constantemente com lições das coisas, todos os conhecimentos devendo entrar simultâneamente pelos sentidos, não ensinando nunca uma palavra sem a noção perfeita do objecto que ela representa. Os minus habens, imbecis simples, possuindo todos os elementos da vida de relação, seguem estes cursos com rápido aproveitamento.

Desde que o idiota sabe andar, comer só e vertir-se só, desde que compreende o que se lhe diz e tem a inteligência desenvolvida a ponto de reproduzir sem dificuldade um trabalho feito diante dêle, é enviado à oficina para começar a aprendizagem dum ofício.

O seu tempo fica repartido entre a escola, que não deve abandonar, sob pena de perder o que aprendeu, e a oficina que lhe vai principiar a fornecer elementos de vida independente.

Para os que não possuem aptidões para uma

profissão sedentária a jardinagem e a horticultura são ocupações proveitosas».

Assim se podem tornar em indivíduos úteis, deficientes mentais, mesmo em elevado grau. Mas, evidentemente, êste tratamento psíquico só pode ser feito em instituições asilos-escolas, especialmente destinados a tal, e não pode ser tarefa do médico na sua clínica particular. O que mais vem acentuar a dificuldade dum perfeito tratamento dos mixedematosos congénitos, visto que o papel do clínico não é só melhorar a parte somática do doente, mas procurar o estabelecimento da normalidade funcional, física e psíquica, a que chamamos — saúde.

III

O caso que motivou a escolha do assunto que hoje tratamos, refere-se a F. M., de 11 anos de idade, residente em Lordelo do Ouro, Porto.

O doente pesa 22 quilos e apresenta pequenez de estatura (1 metro), contrastando com as dimensões do crânio que se encontram aumentadas. A cabeça apresenta-se volumosa sobretudo na sua parte posterior; a fronte é pequena e um pouco achatada. Os dentes encontram-se mal implantados e cariados, tendo-se produzido a erupção dentária muito tardiamente — dois anos e meio. A primeira dentição tem durado até à idade que hoje tem e só agora tem mudado alguns molares. Nota-se na região dorsal uma ligeira curvatura e hipertricrose na região interescapular. Apresenta uma escoliose dorso-lombar de convexidade esquerda bastante acentuada; as costelas inferiores mostram-se proje-

ctadas para fora. Os membros são grossos e curtos; as mãos e pés mais largos que compridos e os dedos volumosos. As pálpebras apresentam-se pálidas e tumefactas e diminuem por este facto a fenda palpebral; os lábios estão um pouco cianosados, encontrando-se o inferior tumefacto e excedendo o lábio superior. Apresenta a língua aumentada de volume; a boca geralmente entreaberta deixa escoar espontaneamente ao nível das comissuras labiais, ao dormir, uma saliva viscosa. Tem a mucosa bucal e gengivas tumefactas. Os cabelos são grossos e secos; as sobrancelhas e pestanas são irregularmente implantadas e pouco desenvolvidas. O nariz apresenta-se achatado e largo na base. A pele de todo o corpo, pálida e espessada, é além disso seca e rugosa; tem umas cicatrises espalhadas por todo o corpo, resultantes da varíola. Pode-se verificar a presença de pêlos no lábio superior, assim como uma ligeira descamação furfurácea na região torácica; o ventre apresenta-se aumentado de volume. Há a presença de tumefacções supra-claviculares bilaterais, atenuando-se com o tratamento e situadas na base do esterno-cleido-mastoideo; a presença destas massas pseudo-lipomatosas torna o pescoço grosso e curto. Os órgãos genitais encontram-se atrofiados. Há arrefecimento das extremidades assim como ausência de secreção sudoral. Tem anorexia e é um obstipado. Tem falta de forças nos membros inferiores e cança facilmente depois duma pequena marcha ou esforço. Esta marcha



Fig. 1

F. M. — Fotografia aos 5 anos de idade

é pesada e quando a faz nota-se um balanço lateral e alternativo do corpo. Tem falta de inteligência e é-lhe impossível a articulação da palavra e difícil a emissão de qualquer som. É muito sensível à música; tem o gênio tranqüilo e é de fácil afeição.

Eis a história da doença, segundo refere a mãe. Cinco dias depois do nascimento e consecutivamente à ingestão dum purgante, foi o doente tomando uma côr amarelada, côr essa que persistiu, atenuada. Depois, notou a falta de desenvolvimento de seu filho que aos dois anos e meio ainda não andava, nem falava, e tinha um aspecto diferente do das crianças sãs. Resolveu levá-lo à consulta da Assistência Nacional aos Tuberculosos, onde lhe instituíram o tratamento pela glândula tiroidêa em pó. Melhorou muito, passando a fisionomia a aproximar-se do das crianças normais, deixando de ser tão espessa, adquirindo mais expressão, como o mostra um retrato que lhe mandou tirar, tinha a criança uns cinco anos, ou seja cêrca de dois anos e meio depois de começar o tratamento (fig. 1). Ia a criança para oito anos quando o tratamento foi interrompido, em consequência de ter sido atacado pela varíola; interrupção essa que, por motivos particulares, durou até há pouco tempo. Desde então os sintomas reapareceram-lhe e agravaram-se de tal maneira que levaram o doente a apresentar o aspecto que se nota nas figuras 2 e 3. Tendo agora recommçado o trata-

mento, verificou-se novamente a atenuação de todos os sintomas físicos.

Como antecedentes pessoais, além da varíola, já mencionada, apenas algumas bronquites. Foi criado primeiro ao seio e ao biberão, depois a biberão só.

Como antecedentes hereditários, apenas há a notar, da parte do pai, diversas doenças entre as quais se destacam uma hidropisia e uma pneumonia; sofre de hemorroidas, e encontra-se actualmente de cama, com reumatismo sifilítico (?). O doente teve mais dois irmãos que faleceram, um, de dez e outro de onze mezes: o primeiro com uma infecção intestinal e o segundo com uma bronquite (?).

*

*

*

O facto do doente ter andado durante largo período em tratamento no Dispensário da Assistência Nacional aos Tuberculosos (Consulta de Pediatria — Prof. Almeida Garrett), onde foi inscrito com o n.º 3:422 — permite-nos seguir a evolução do caso. Tinha 28 meses de idade quando ali foi pela primeira vez. Apresentava o quadro clínico clássico do mixedema congénito: hipotrofia, facies espesso, língua saindo pelos lábios grossos, ausência de secreção sudoral, obstipação, etc. Foi instituído o tratamento tiroideo e todos os sintomas se atenuaram. Esse tratamento, primeiramente feito com

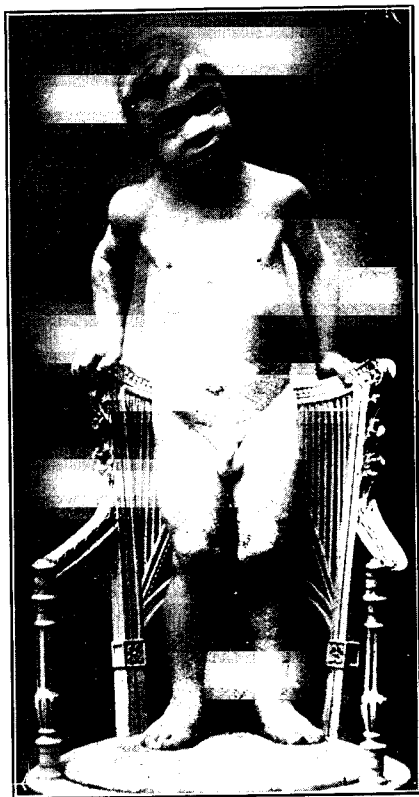


Fig. 2

F. M. — Fotografia aos 11 anos de idade



Fig. 3

F. M. — Fotografia aos 11 anos de idade

todas as cautelas de dose, passou, desde que se verificou a ausência de acidentes, a consistir na administração diária de 5 centigramas de corpo tiroideo, e depois de 10 centigramas, mas o tratamento não foi sempre seguido, porque entre cada série de 10 doses (de 10 centigramas cada) a mãe deixara decorrer sempre alguns dias. No primeiro ano, de maio de 1913 a Dezembro de 1913, tomou 9 gramas de glândula tiroide em pó. Nos anos seguintes, as doses totais foram de: 1914, 14 gr.; 1915, 14 gr.; 1916, 15 gr.; 1917, 16 gr.; 1918 (até 17 de Setembro), 9 gr.

Nesta data abandonou a consulta, só voltando agora (começo de Maio de 1922) a frequentá-la. Já referimos como a mãe expõe as melhoras que a criança experimentou e que são bem explícitas na fotografia aos 5 anos (fig. 1), e como houve uma regressão, traduzível nas fotografias agora feitas (fig. 2 e 3).

É preciso esclarecer que as melhoras foram no aspecto físico, não tendo sido seguidas, pelo menos com tanta evidência, por melhoras do estado mental. A inteligência do doente foi-se desenvolvendo muito lentamente, ficando sempre muito atrasado.

Nunca chegou a articular qualquer palavra, e apenas emitia sons confusos, raramente; a audição é, porém, boa, como se verifica pela obediência ao que se lhe indica. A estatura foi medida quando o doente entrou para a consulta da Assistência Nacional aos Tuberculosos, aos 7 anos, e agora. As medidas tomadas foram res-

pectivamente de 78 cm., 92 cm. e 100 centímetros. As pesagens, feitas em diversas épocas, deram os seguintes resultados: Maio de 1913 (28 meses), $10^k,200$; Março de 1914 (3 anos e 2 meses), $11^k,400$; Março de 1916 (5 anos e 2 meses), $13^k,200$; Julho de 1918 (7 anos e meio), $17^k,600$; Maio de 1922 (11 anos e 4 meses), 22 kilos.

A comparação destes números com as medidas da tabela de Variot e Chaumet, sobre o crescimento em estatura e pêso das crianças, é muito interessante (fig. 4).

Mostra a influência benéfica da opoterapia sobre o aumento de pêso, sem contudo conseguir a normalisação do crescimento ponderal. A estatura, porém, não acompanha o pêso, aumenta em proporção menor, de modo que as duas linhas (estatura e pêso) vão divergindo cada vez mais.

Este facto, já visível quando o doente estava sujeito à opoterapia, acentua-se quando deixa de fazer tratamento. Há pois uma tendência ao nanismo, por assim dizer, inevitável e com uma desproporção entre a estatura e o pêso, sendo este muito superior ao normal.

Assim, na tabela de Variot e Chaumet, à estatura de 92 cm. corresponde um pêso de $13^k,5$ e não de $17^k,6$; à estatura de 1 metro corresponde um pêso de 15^k e não de 22^k . Aos 7 anos, a desapareição dos sinais físicos do mixe-dema era completa, mas a estatura era de uma criança de 4 anos de idade. O estado mental era ainda mais atrasado, podendo comparar-se com

o de uma criança de ano e meio a dois anos. A disparidade entre os resultados obtidos sobre a parte somática e sobre a parte psíquica, é mani-

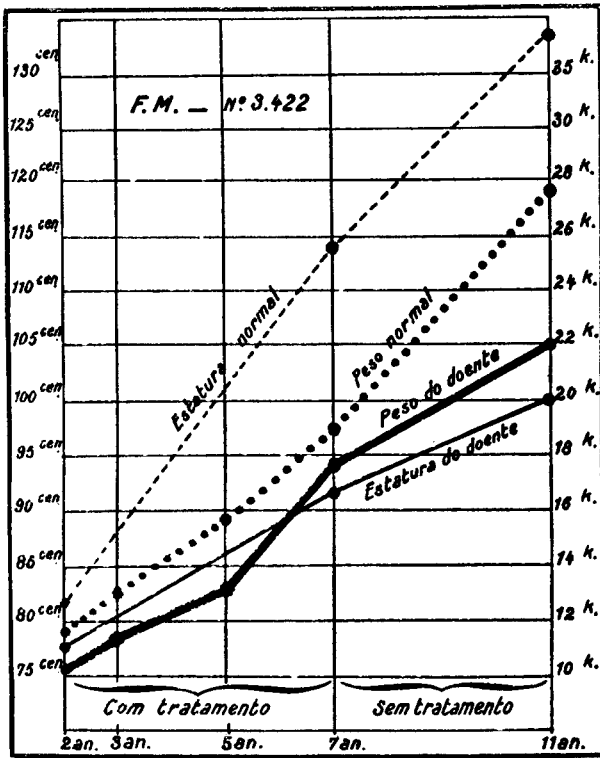


Fig. 4

festa. A insuficiência da acção da opoterapia sobre o desenvolvimento corporal, mormente sobre o crescimento em extensão dos ossos longos, é bem visível.

Estes factos parece-nos dignos de registo, porque, se, conforme expusemos, as citações de autores que têm tratado o assunto, levam a constatar evoluções variáveis em cada doente, do conjunto dessas citações se deduz que em regra o psiquismo dos mixedematosos congénitos é pouco influenciado pela opoterapia, e que o desenvolvimento corporal fica sempre abaixo do normal, dando o nanismo, tal como sucedeu no nosso caso. Do que se infere todo o interesse para o prognóstico, tanto sob o ponto de vista somático como psíquico, a necessidade de meios especiais de educação mental que estes atrasados, ao mesmo tempo que o nanismo mixedematoso faz levantar interessantes problemas de dependências endocrínicas de crescimento. Deixando êste ponto, e limitando-nos à prática clínica, discordamos das asserções muito absolutas, e que como regras gerais nos parecem falsas, exaradas em alguns livros de uso corrente entre nós, sobre doenças das crianças. Está nestes casos o de Apert (14), que diz:

“O tratamento tiroideo produz uma transformação completa. A infiltração mixedematosa desaparece; a actividade física e intelectual renasce; o desenvolvimento corporal retoma o seu curso, como se não tivesse sido interrompido”.

Conclusões

O mixedema congénito é devido à falta da glândula tiroide, e é incurável definitivamente; mas os seus sintomas desaparecem com a substituição funcional realizada pela administração da glândula tiroide de animais.

As alterações mixedematosas são imediatamente modificadas com a opoterapia, e são de todas as perturbações as mais constantemente beneficiadas; o facies dos doentes melhora rapidamente.

Os benefícios da opoterapia estendem-se ao desenvolvimento corporal e psíquico do doente, mas não tem sobre eles a influência decisiva que tem sobre as manifestações propriamente mixedematosas.

Há uma tendência ao nanismo que a opoterapia em regra só consegue atenuar, e que, dando aos doentes a conformação que é levada

ao máximo nos casos não tratados, faz com que a curva ponderal tenha uma evolução superior à da estatura.

O estado mental dos mixedematosos congénitos exige, em regra, um tratamento especial, psicoterápico, a juntar ao tratamento geral, opoterápico.

VISTO

Almeida Garrett,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins,
Director interino.

BIBLIOGRAFIA

1 COMBE — Mixœdème, in-*Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby), 2.^a edição, Paris, 1904.

2 HUTINEL ET L. TIXIER — Maladies du corps thyroïde, in-*Les maladies des enfants* (V. Hutinel) — T-II, Paris, 1909.

3 THIBIERGE — *Le mixœdème* — Paris, 1919.

4 SILVA CARVALHO — Le mixœdème congénital ou très précoce à Lisbonne, in-*XV.^e Congrès international de médecine*. T. V. Lisboa, 1906.

5 ROGER ET GARNIER — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses, in-*Presse Médical*, n.º 31 de 1899.

6 DEBOVE ET SALLARD — Le mixœdème, in-*Précis de pathologie interne* T. II, — Paris, 1913.

7 PFANDLER — Patologia de las glândulas de secrecion interna, in-*Tratado de enfermedades de*

los niños, de E. Feer (Traducção espanhola) — Barcelona, 1922.

8 JULES COMBY — *Traité des maladies de l'enfance* — Paris, 1907.

9 LEOPOLD LEVI ET HENRI DE ROTHSCHILD — *Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde* — Paris, 1908.

10 MARCEL MAILLET — *Opothérapie thyroïdienne chez certains nourrissons hypotrophiques* in-*Presse Médical*, n.º 26 de 1922.

11 FRANCISCO BIAGGI — *Tratado de patologia interna de Guillermo Osler* (tradução espanhola), 8.ª edição — T. II, Barcelona, 1915.

12 P. JEANDELIZE — *Insufisance thyroïdienne et parathyroïdienne* — Paris, 1903.

13 ALMEIDA GARRETT — *Assistencia às creanças mentalmente anormaes*, in-*Gazeta dos Hospitales*, n.º 15, 2.º ano, 1908.

14 E. APERT — *Précis des maladies des enfants* — Paris, 1909.

15 A. LAFITTE — *Le mixoedème spontané de l'enfant*, in-*Traité de Médecine*, T. II — Paris, 1909.

16 LEON BERARD — *Le corps thyroïde*, in-*Nouveau Traité de chirurgie* — T. XX, Paris, 1908.

17 PAUL CARNOT — *Opothérapie* — Paris, 1911.