MANUEL J. FERREIRA
Licenciado pela Faculdade de Medicina do Pôrto

A PELAGRA

NO CONCELHO DA PÓVOA DE LANHOSO

224 FMP

1927
Tipografia Pôrto Médico, L.da
Praça da Batalha, 12 - A — PORTO

A PELAGRA

MANUEL JOAQUIM FERREIRA
Licenciado pela Faculdade de Medicina do Pôrto

A PELAGRA

NO CONCELHO DA PÓVOA DE LANHOSO

ESTUDO CLÍNICO E ANALÍTICO
DE 35 OBSERVAÇÕES PESSOAIS

1927
Tipografia Pôrto Médico, L.da
Praça da Batalha, 12 - A — PORTO

Dissertação de candidatura ao grau de doutor, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Pôrto.

Corpo Docente da Faculdade de Medicina

DIRECTOR

Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar

SECRETÁRIO

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

PROFESSORES CATEDRÁTICOS

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior	Higiene
Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar	Patologia geral
Dr. Carlos Alberto de Lima	Patologia cirúrgica
Dr. Luiz de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifiligrafia
Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães	Terapêutica geral
Dr. António Joaquim de Sousa Júnior	Anatomia patológica
Dr. Tiago Augusto de Almeida	Clínica médica
Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima	Anatomia descritiva
Dr. Álvaro Teixeira Bastos	Clínica cirúrgica
Dr. António de Sousa Magalhães Lemos	Psiquiatria
Dr. Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal
Dr. Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia
Dr. António de Almeida Garrett	Pediatria
Dr. Alfredo da Rocha Pereira	Patologia médica
Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão	Bacteriologia e doenças infecciosas
Dr. Hernâni Bastos Monteiro	Anatomia cirúrgica
Dr. Manuel António de Morais Frias	Clínica obstétrica
Vaga	Fisiologia geral e especial
Vaga	Farmacologia
Vaga	Parasitologia e doenças parasitárias

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

Art.º 29. § 3.º A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

(Regulamento da Faculdade de Medicina do Porto,
de 20 de Janeiro de 1928 — Decreto n.º 14:948).

À memória de Francisco de Assis Souza Vaz, do conselho de Sua Magestade, comendador das ordens de Nosso Senhor Jesus Cristo e de S. Maurício e S. Lázaro, doutor em medicina, lente jubilado da Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto, nascido a 7 de agosto de 1797 e falecido a 6 de Abril de 1870, o qual havendo projectado deixar um legado à dita Escola para o seu rendimento ser aplicado ao aperfeiçoamento e derramamento dos conhecimentos médicos, bem como a subsidiar alguns alunos necessitados e não tendo podido realisar tão útil pensamento, foi este interpretado por sua irmã e herdeira D. Rita de Assis de Souza Vaz, legando à mesma Escola e para o fim indicado sessenta inscrições da dívida pública nacional do valor nomide 1.000$00 cada uma. Em testemunho de gratidão

O. D. C.

O aluno pensionário

Manuel J. Ferreira.

À MEMÓRIA

de

meu Pai

de

minha Irmã

e de

meu Tio

P.e Luiz Maria de Macedo

A minha Mãe.

A minhas Irmãs.

À minha Noiva

A meus Tios

D. Maria do Carmo Lopes Veloso
Joaquim Manuel Pereira Rego

À Ex.ma Senhora

D. Augusta dos Santos Fernandes

Aos meus condiscípulos.

Ao Dr. Fernando dos Santos Fernandes

Meu companheiro das lides
e vigílias escolares.

Ao Ex.mo Senhor

Prof. Gonçalo Sampaio

A minha gratidão.

À Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao Ex.mo Senhor

Prof. Tiago de Almeida

Tributo da mais profunda veneração do discípulo agradecido.

Ainda aluno de medicina, quando em férias, pela minha aldeia e no Hospital da Póvoa de Lanhoso vários casos de pelagra tinha podido observar.

A afecção, diagnosticava-a simplesmente pelos eritemas, que os meus conhecimentos não permitiam que mais longe fôsse.

Eram, porém, tantos os doentes do fígado *que a sua abundância me impressionou; não precisava de saír da minha freguesia para os encontrar e sempre entre aqueles que mourejam de sol a sol o pão com que à custa de fadigas e suor manteem a sua existência.*

Terminado o meu curso pensei na tese, dirigi-me confiàdamente, como quem sabe que vai ser atendido, porque a todos os seus alunos ouve e guia, ao meu Ex.mo Mestre, o Snr. Prof. Tiago de Almeida e pedi-lhe assunto sôbre que houvesse de fazer a dissertação legal.

A minha naturalidade evocou ao seu espírito a endemia pelagrosa, que eu, a-pesar-de um pouco familiarizado com o Mal de la Rosa, *não me abalançaria a tratá-lo sem a sua indicação.*

Elaborado o plano dêste trabalho, os seus conselhos e os seus ensinamentos de muito me valeram para o poder levar ao fim.

Estava em vias de conclusão, quando foi publicado o Esta-

tuto de Instrução Universitária de 2 de Outubro de 1926, que abolia as teses nas Faculdades de Medicina, por isso aproveitei-o, completando-o, para me servir de dissertação de doutoramento.

As observações que apresento são trinta e cinco, mas poderiam ser mais, mesmo muitas mais, que doentes havia-os e há-os, infelizmente em larga escala, pelas freguesias do meu concelho.

O exame clínico, cuidei-o quanto pude, procurando recolher todos os sinais físicos e subjectivos de modo a ter elementos para estabelecer as modalidades características, coordenando e sintetizando tudo o que a observação me foi fornecendo e me prendeu a atenção.

Pensei de princípio em traçar um quadro demográfico, em marcar a distribuïção dos pelagrosos pelas respectivas paróquias, de-pressa contudo reconheci e senti a impossibilidade; para isso seria necessário andar de logar em logar, fixar-me em cada aldeia, que, doutro modo, uma estatística aproximada da verdade não era viável.

A primeira dificuldade a vencer foi o tempo disponível para a realização do plano estabelecido; a minha situação oficial de assistente de Botânica na Faculdade de Sciências obrigava-me a residir no Pôrto, quando os doentes viviam longe.

Superei-a, aproveitando e trabalhando durante os meses de férias, o de Agosto e o de Setembro, os únicos de que podia dispor e ainda pelas férias da Páscoa; e foi no decurso de três anos consecutivos que, pelo verão ou na primavera, reüni e anotei as observações sôbre que assento o meu estudo, àcêrca de uma afecção que tantas polémicas levantou e que, hoje ainda, continua envolta em sombras pelo que respeita à sua etiologia.

A finalidade do meu trabalho é principalmente clínica; quereria dar-lhe uma base histo-patológica que os dados clínicos indicam e lhe reconhecem, desejaria ensaiar tôdas as provas terapêuticas acomodadas à sua patogenia e pôr em relêvo, salientando-a bem, a físio-patologia do síndrome, porém, pouco consegui realizar, que, como é óbvio, a tarefa era árdua e estava acima das minhas fôrças.

Que outros, entre nós, se lembrem de o fazer, pois a pelagra, entidade nosológica definida, entra nos domínios dos desiquilíbrios neuro-glandulares e do problema intrincadíssimo, apenas esboçado, da nutrição celular, como no seu logar próprio, no capítulo sôbre a étio-patogenia tento mostrar, os quais são de uma actualidade flagrante e de um interêsse cada vez maior.

Laboratorialmente, apenas pude conhecer como a desassimilação se operava, como funcionavam alguns órgãos, designàda-

mente a glândula hepática, obtendo para doze pelagrosos as análises de urinas e estudar os elementos figurados do sangue em todos os doentes, cujos resultados exporei na altura devida.

As análises de urinas foram feitas no Laboratório Nobre da Faculdade de Medicina, a requisição dos serviços da 2.ª Clínica Médica do Snr. Prof. Tiago de Almeida. A Sua Ex.cia, por tudo quanto lhe devo, a minha mais profunda e indelével gratidão.

As fórmulas hemo-leucocitárias, fi-las no Instituto de Histologia sob a direcção do Ex.mo Prof. Abel Salazar que tudo pôs à minha disposição; a Sua Ex.cia e à minha colega a Snr.ª D. Adelaide Estrada apresento os protestos do meu melhor agradecimento pelo auxílio que me prestaram, amparando-me nos primeiros passos.

Pôrto, Julho de 1927.

História da pelagra em Portugal

«La table rase n'est pas, en médecine, une méthode éfficace; vivre volontairement dans le passé, c'est puiser dans cette méditation rétrospective le moyen de mieux déchiffrer l'énigme du présent».

TEISSIER.

Fazer a enumeração e analizar, ainda que sucintamente, os trabalhos dos médicos portugueses sôbre a endemia pelagrosa, não podia deixar de ser o primeiro capítulo desta minha dissertação. Traduzem as ideias em voga, no tempo em que apareceram, sôbre a natureza do mal, constituem o nosso esfôrço, o esfôrço dos portugueses para o seu esclarecimento.

E bastante se tem feito; quási todos êsses trabalhos pertencem a filhos da Escola do Pôrto, o que não admira, a pelagra campeia nos distritos do norte do paiz.

Lá fóra, nomeàdamente na Itália, obras de fôlego se produziram e muitos dos seus autores terei de citar, sobretudo quando abordar a etiologia da afecção, mas não os sigo par e passo; abstenho-me de historiá-los, já porque me não era possível fazê-lo, já porque também daí não adviriam vantagens.

De resto, essa compilação e estudo, até 1904 e respeitante a diversos países, realizou-os o Dr. Pereira da Silva na sua dissertação inaugural; se alguma coisa pretendesse, seria a sua continuação desde essa época até nossos dias.

Data dos fins do século passado a história da pelagra em Portugal; o primeiro trabalho clínico é da autoria do Prof. Miguel Bombarda e foi publicado em 1896 na «Revista de Medicina e Cirurgia Práticas».

Se anteriormente nenhum estudo se encontra, se nenhuma observação pessoal é descrita, não significa êste facto ignorância ou desprezo dos médicos de Portugal pela afecção, que o seu diagnóstico vinha sendo feito desde há muitos anos, como se prova pelos registos de alguns hospitais.

O Dr. Pereira da Silva, nas suas investigações, encontrou o primeiro diagnóstico de pelagra apontado em 1866 nas tabelas do hospital de Guimarães pelo Dr. Avelino Germano da Costa Freitas; no de Barcelos fazia-se desde 1888 e no de Paredes de Coura desde 1887.

Exceptui-se a Itália, a Espanha e a França e não vemos que os outros paizes se tivessem anteposto ao nosso no estudo da endemia e dela tivessem cuidado com mais interêsse.

Castellani e Chalmers na terceira edição do seu «Manual of Tropical Medicine», London, 1920, referem-se com desenvolvimento à contribuïção portuguesa para os progressos da patologia exótica, salientando a obra de Kopke, Bettencourt, Rezende e Froilano de Melo; porém no capítulo sôbre a pelagra escrevem:

Pellagra is known to exist in Portugal, but we are in the same conditions as older writers, in that we can give no history of its recognition or spread.

Não passou sem a resposta, devida e merecida, esta afirmação menos verdadeira, feita em 1920.

O ilustre Prof. J. A. Pires de Lima compila os trabalhos portugueses, àcêrca dêles publica em 1923 um artigo em «A Medicina Moderna» e manda tirar separatas sob o título: *La Pellagre en Portugal.*

Saem em língua francesa; é que o eminente Prof. não quer que depois se adusa como pretexto o desconhecimento da nossa língua ou das nossas revistas.

O seu artigo exprime um protesto, representa uma

desafronta do brio médico nacional, e nele se encontra quási tôda a bibliografia portuguesa, faltando apenas o que outros depois escreveram.

Em 1920, numa nota intitulada: *La Question de la Pellagre* e apresentada na sessão de Outubro ao Comité de l'Ofice International d'Higiène, o ilustre Prof. Ricardo Jorge tinha já abordado êste assunto, referindo-se também à afirmação dos autores ingleses.

Confessa que o conhecimento da pelagra em Portugal fôra com efeito muito tardio, cita o Prof. Bombarda, as investigações clínicas do Prof. Alfredo de Magalhães, as dissertações do Prof. João de Meira e do Dr. Pereira da Silva e espraia-se em considerações de ordem epidemiológica e etiológica, passando em revista as várias teorias conhecidas.

Nesta sua nota, o autor tem um objectivo semelhante ao do artigo do Prof. Pires de Lima, porém não aponta vários outros trabalhos, o que faz o Prof. Pires de Lima, com certeza porque para o seu fim principal — apreciação epidemiológica e etiológica — os enumerados constituíam prova suficiente.

A crítica de Castellani e Chalmers é, pois, menos justa e pouco feliz.

Se todas as probabilidades são para admitir que a afecção deve grassar, desde há muito, no nosso país — a pelagra fôra notada por Feijóo em 1740 na Galiza e identificada por D. Juan Andres Henriques por meados do seculo XIX nas populações ribeirinhas do Douro, perto da fronteira — se havemos de confessar com o Prof. Ricardo Jorge que é tardiamente que aparece a primeira notícia clínica portuguesa escrita, temos contudo elementos para nos convencermos de que os médicos da nossa terra, muito antes do aparecimento do relatório do Prof. Bombarda conheciam e diagnosticavam o *mal de la rosa;* basta ler-se

a carta do Dr. Costa Lima dirigida ao Prof. Bombarda publicada na «Revista de Medicina e Cirurgia Práticas» de 1 de Janeiro de 1897.

Depois, aos autores ingleses não sobeja autoridade para, embora delicadamente, nos imputarem um desleixo, que, afinal, não era tão grande como supunham; os seus conterrâneos não fizeram mais, o conhecimento da endemia nas Ilhas Britânicas começou, a bem dizer, com as pesquisas de Sambon e Chalmers.

No seu extenso artigo — *La Pellagre* — publicado em «La Presse Médicale» de 1916, diz o Dr. Sambon: *Les cas que j'ai vus ou qui m'ont été signalés dépassent la centaine, et je puis affirmer de la manière la plus formelle que la pellagre règne, à l'état endémique en Angleterre, en Ecosse, au Pays de Galles, dans l'Irlande et aux îles Shetland.*

Anteriormente o que havia escrito àcêrca dela? Pode afirmar-se que nada.

É o mesmo autor quem nos elucida a êsse respeito, quem lhes faz a história no seu país; os primeiros casos, dois sómente e de diagnóstico provável, foram vistos pelo Dr. Brown na Escócia e notificados ao Dr. Billod que os descreve no seu «Traité de la Pellagre», Paris, 1865; depois, só em 1906 aparece uma ligeira nota sôbre um outro e em 1909 a descrição de mais um pelos Drs. Dods Brown e Crauston Leow no «Edinburgh Medical Journal».

Nos Estados Unidos da América não houve maior deligência.

Wiliam Osler na sexta edição do seu livro «Pratice of Medicina» afirmava em 1906 que a afecção não tinha sido observada no seu país e, segundo E. Wood, foi Searcy quem, em 1907, a assinalou no asilo de alienados de Halabama, declarando no seu artigo — *The Appearence of Pellagra in the United States,* inserto em «The Journal of the American

Medical Association» de 24 de Julho de 1909 — que desde aquela data tinha sido reconhecida num grande número de asilos dos Estados do Sul, havendo-se publicado mais de 200 casos.

Mas ainda não é tudo; no relatório de Sambon saído a lume em 1913 sob o título *The Natural History of Pellagra* em «The British Medical Journal», 1913, lê-se: «Sabe-se que a pelagra prepondera em nada menos de 33 Estados e que desde o seu reconhecimento em 1908 se calcula terem sido verificados para cima de 30.000 casos, segundo Lavinder.»

Diga-se, pois, afoitamente que Portugal não foi o último retardatário no estudo da endemia; não ocupamos os logares de honra, mas outros há que mais tarde ainda se aperceberam da existência dela na sua pátria.

Antes de fazer referências ao trabalho clínico do Prof. Bombarda não devo olvidar o «Ensaio Dermosográfico» publicado em 1820 por Bernardino Antonio Gomes. Livro êste, curioso e interessante.

No prefácio o autor justifica a sua importância começando por afirmar: «não há enfermidades sôbre cujo diagnóstico, patologia e terapêutica haja, em geral, ideias menos claras que sôbre a maior parte das doenças cutâneas.»

Entre as causas da escassez de conhecimentos apresenta uma que se adapta perfeitamente à pelagra, porquanto, diz, «sendo muitas crónicas e só triviais em gente pobre, a qual atenta a grangear o sustento diário despreza os males suportáveis com que se tem familiarizado, é forçoso confessar que tais enfermidades tarde e menos vezes do que convinha se apresentam à observação dos práticos; e como elas não são acompanhadas de perigo imediato os práticos, por menos receosos das conseqüências, naturalmente as olham com menor atenção.»

O Dr. Bernardino Gomes imita Wilian e Bateman como

êstes imitaram Linneu. Entusiasmados com os progressos que o célebre naturalista imprimiu à Botânica assentam no mesmo critério scientífico os processos para a classificação das afecções cutâneas, esquecendo-se, porém, dêste princípio de ordem clínica, que há doentes e não doenças.

E que assim é, no assunto que me ocupa, repare-se em que o autor apresentou como sendo duas espécies diferentes a mesma enfermidade — a pelagra; uma espécie descreve-a com o nome *Psoriasis asturienses* vulgarmente *mal de la rosa*, a outra com o de *Psoriasis pellagra*, de nome popular, pelagra.

Mas, seguindo a orientação de Bateman, o Dr. Bernardino Gomes vai mais longe, porque, se Bateman trata quási sómente das doenças que teve ocasião de observar, êle introduz modificações na colocação das ordens e géneros, adiciona-lhes muitos outros géneros e espécies e indica os nomes portugueses que a acepção vulgar ou a de alguns escritores sancionaram.

Pelo que respeita às duas espécies que apresenta inclusas na ordem *Squamae*, infere-se que os caracteres, que lhe serviram para as separar, foram a forma das malhas psoriásicas e os sintomas nervosos; porém, a *Psoriasis asturiensis* é a *Psoriasis pellagra*, num estado mais avançado ou com um maior número de anos de reincidências, como se vê pelas suas descrições.

Psoriasis asturiensis.—*Malhas psoriacas, escabrosas, denegridas, comumente com fendas profundas e dolorosas, recorrentes pelo equinóccio do verão, precedidas de rubor mui vivo e acompanhadas de vacilação da cabeça, melancolia, incêndio geral no calor da cama, ardor na bôca, vesículas nos beiços e debilidade mais notável nas pernas. Situação nos metacarpos e metatarsos, às vezes no pescoço em forma de cólar. Descamação no estío seguida de man-*

cha pálida sub-rubra, deprimida e permanente. Mal de la Rosa. Casal. Hist. Nat. e Med.

Remédios ainda desconhecidos. Bons alimentos, evacuações sangüineas e gástricas ou alvinas, cosimento de fumária, agrimónia, chicória, etc. Sucos anti-escorbúticos foram uteis a alguns.

Psoriasis pellagra. — *Malhas psoriásicas, indolentes, anualmente recorrentes pela primavera e fenecentes com o verão, acompanhadas de debilidade geral e intermitente, de tendência à diarreia e de transpiração mal cheirosa, agravadas às vezes por salsugem superveniente e seguidas, no decurso de anos, de pulso tardo e de sintomas gástricos ou nervosos comumente fatais. Situação na cara, peito, costas das mãos, peitos dos pés e quaisquer partes descobertas e expostas ao sol. Descamação seguida de mancha mais branca que a pele circumvizinha e lisa.*

Remédios ainda mal conhecidos. São uteis os quinados e tòpicamente nata, banhos de soro de leite, fugir dos raios do sol, dieta e alguns corroborantes.

Conheceria, teria visto o Dr. Bernardino Gomes, algum caso de pelagra? Nada nos autoriza a essa inferência.

De maneira que a primeira comunicação clínica tem por autor o Prof. Miguel Bombarda que, sob o título *A Pelagra em Portugal,* a publica na «Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas» de 15 de Novembro de 1896.

Durante êste ano, entram no Manicómio de Rilhafoles dois doentes com o diagnóstico provável de pelagra, ambos naturais de Barcelos, um enviado pelo Dr. António Martins de Souza Lima, o outro pelos Drs. Costa Maia e Dias Socorro, de Vila do Conde, onde vivia o doente.

É êste que o Prof. Bombarda aproveita e àcêrca dêle, faz o seu estudo e relatório; o seu fim principal é o des-

pertar nos médicos que fazem clínica nos logares da afecção, o interêsse que o assunto reclama.

Invoca o dever profissional, suscita a ideia dum inquérito e pede comunicações para o XV Congresso de Medicina a realizar em Lisboa em 1906.

Êsse inquérito faz-se, respondem 288 médicos, sendo encarregado de relator o Prof. Alfredo de Magalhães, que de há muito vinha estudando a endemia, bem como o Prof. Souza Júnior, e apura-se a sua existência, pela denúncia de vários casos, em muitos concelhos da província do Minho, do Douro, de Traz-os-Montes, Extremadura e Ilha de S. Miguel.

Dizia o Prof. Bombarda ao lançar o seu apêlo: «Por êsse ou por outro modo é preciso esclarecer êste assunto. A sua importância no ponto de vista das condições higiénicas das classes trabalhadoras não pode ser excedida. A pelagra é a doença de alimentação (o milho verde-ramado) é a doença dos pobres. Tanto basta para que nos esforcêmos por que saia das trevas em que nêste país se envolve».

O doente que lhe serviu para objectivar as suas considerações, não apresentava a famosa tríade, faltavam as alterações digestivas, sendo nítidas as psicopáticas.

O ilustre psiquiatra frisa um elemento importante de diagnóstico e vem a ser o que respeita à marcha da afecção, ou às suas recrudescências vernais.

Curiosa é a maneira como as explica.

Ei-la: «Tem-se tentado interpretar as recrudescências da primavera pela acção do sol sôbre a pele, de modo que o exantema apareceria de preferência sôbre as partes descobertas.

Sem o sol não há pelagra, chega a proferir um autor. Mas a verdade é que as recrudescências não só afectam as alterações cutâneas, mas o conjunto da doença, com os seus sintomas mentais, dérmicos e gastro-intestinais.

A interpretação é, pois, errónea.

Eu ligaria antes essas recrudescências a alguma coisa da evolução do parasita, que provàvelmente se desenvolve no milho pôsto no celeiro e é a causa da doença.

A erupção cutánea não seria senão um reflexo trófico da doença que teria a sua sede principal no sistema nervoso. As lesões medulares fortalecem esta opinião.

É claro que a preferência da sede do exantema não dependeria senão da marcha centrípeta das distrófias, como sucede noutras intoxicações — o saturnismo por exemplo.

Se há influência da radiação solar é apenas adjuvante».

Após esta comunicação, aparece em Julho de 1899 a dissertação inaugural do Dr. Manuel Gomes Barreto defendida na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, intitulada «Breves considerações sôbre a Pelagra».

Encara o assunto baseando-se sôbre quinze observações pessoais e mais quatro do Dr. Tomáz Valera e Jimenes recolhidas em Livintamar del Rey.

São porém escassíssimas de sintomatologia algumas das suas descrições, tão pobres que mal se compreende como pôde fazer o diagnóstico.

Assim: «Obs. n.º 2 — Filipe N. (Maxiais), 50 anos.

Apareceu-lhe pelos 40 anos uma lesão no lábio, que lhe produzia tais dores e lhe dava tal sensação de calor, que o acordava de noite. Estas dores diminuïam quando humedecia o lábio.

Fez uso de sulfato de cobre (lápis) e conseguiu curar-se.

Esta lesão aparecia sómente no verão».

«Obs. n.º 3 — João L. (Maxiais), 55 anos. Pelos 30 anos começou a sofrer do lábio inferior que se desipedermizava em cada primavera.

Fez uso do sulfato de cobre e curou-se completamente da lesão, há 5 anos. Desde a páscoa dêste ano tem desca-

mação no dorso das mãos com ligeira tumefação, mas sem dor, nem ardor. O doente faz uso absoluto do centeio.»

Obs. n.º 4—(Mulher do precedente), 50 anos. Nunca sofrera da pelagra; êste ano apareceu-lhe no antebraço direito, face externa, tumefação com vermelhidão, exacerbando-se êstes sintomas pelo calor.

A pressão dá a sensação de pó de amido, nesta zona tumefacta.»

O autor começa por versar a etiologia da afecção, insurgindo-se contra o argumento básico dos zeistas que fazem coincidir o seu aparecimento com a introdução do milho na alimentação.

Escreve o Dr. Gomes Barreto: «Para mim, a pelagra será uma doença cujo início se perderá nos tempos hipocráticos, mas que scientificamente só começa desde Casal. Que a multidão de nomes que a doença recebeu por tôda a parte provam bem que o povo já tinha, de há muito, notado a sua presença.

É a pelagra uma doença infecciosa, que para o afirmar reüne-se o contágio, a hereditariedade e a epidemicidade. Poderá, não o nego, o agente etiológico encontrar-se no milho, mas o milho nem por isso deixará de ser um simples meio de contágio.

A realização do mesmo tipo mórbido pertence quási exclusivamente às doenças infecciosas. Se a estas considerações juntarmos as minhas observações, veremos ainda que mais um argumento nos aparece, a acção antiséptica do sulfato de cobre em lesões pelagrosas.

Qual o agente que assim modifica uma lesão por envenenamento? Porque não havemos de admitir que, ali, debaixo daquela epiderme fendilhada e macerada há um agente vivo, causa única de todo o mal, a quem o sulfato de cobre vai matar, e fazer por êste meio tôda a lesão obra dêsse agente?»

O estudo e a descrição clínica da afecção resente-se dêste critério etiológico e dá-lhes como base as suas observações.

Aproxima o *mal de la rosa* dos outros processos infecciosos crónicos e reconhece-lhe três períodos, o primeiro caracterizado pelas lesões cutâneas, o segundo pelas viscerais e o terceiro pela caquexia.

«Êstes três estados, diz o Dr. Gomes Barreto ao iniciar o seu capítulo sôbre a sintomatologia, se não são completamente distintos, teem a vantagem de aproximar a pelagra de outros estados mórbidos e apresentá-la de um modo que, não tendo a pretensão de ser filosófico, tem, pelo menos, a de ser clínico.

Nos meus doentes um dos modos mais vulgares de início do primeiro período foi uma lesão do lábio inferior, que se mantinha há bastantes anos em alguns; e tôda a lesão pelagrosa pode não ter outra manifestação, mas a maior parte das vezes novas lesões se dão nas partes expostas á luz: dorso das mãos, face externa e anterior dos ante-braços, parte inferior das pernas e dorso do pé.»

Já o disse, não faço apreciações críticas; quero sómente, seriando os trabalhos portugueses, pela ordem do seu aparecimento, ao apontá-los, fazer resaltar a maneira de ver dos seus autores sôbre uma afecção que tão intensamente tem sido ventilada.

De resto, adiante, nos seus capítulos próprios, terei ocasião de enfrentar os pontos de vista etiológico e clínico e de dizer o que sôbre êles penso através do estudo e da observação dos meus doentes.

É com o artigo do Prof. Alfredo de Magalhães, publicado na «Gazeta Médica do Pôrto», 1901, que começa o esfôrço da Escola, da qual veio a ser ilustre ornamento.

O autor, que depois desveladamente se havia de dedi-

car às investigações sôbre a endemia, apresenta-nos um caso que conhecera e tratara em Grândola.

Àcêrca dêle vem a seguinte nota na dissertação inaugural do Dr. Pereira da Silva: «O próprio autor desta comunicação que hoje conhece bem a doença ao passo que naquela época muito poucos casos tinha podido observar, segundo nos confessou, põe hoje francamente em dúvida o seu diagnóstico, pouco inclinado a admitir casos esporádicos de pelagra.»

Seja como fôr, o facto é que o doente serviu-lhe para resumidamente descriminar as hipóteses étio-patogénicas então correntes e dar-nos uma descrição clínica do mal, focando os seus sinais fundamentais.

E, pelo que respeita às manifestações cutâneas, escreve o Prof. Alfredo de Magalhães:

«Também não posso considerar a pelagra como uma dermatose própriamente, porque o eritema pelagroide não representa mais do que uma fase já avançada dum estado mórbido geral, ordinàriamente grave».

Não esmorece, pelo contrário, intensifica-se e alastra o interêsse pelo estudo da endemia; os trabalhos lá fora multiplicavam-se, sobretudo na Itália, e Portugal não podia ficar indiferente.

O pioneiro maior desta crusada continua sendo o Prof. Bombarda; não perde ocasião de mostrar o dever de lançar luz sôbre êste assunto e de levar por diante o inquérito, cuja ideia aventara a quando da sua primeira comunicação e a que já me referi.

Assim, em 1902, na sessão de 19 de Abril da Sociedade de Sciências Médicas, de novo o preconisa, deliberando-se eleger a comissão, de que ficam fazendo parte em Lisboa, além dêle o Prof. Ricardo Jorge e Zeferino Falcão.

No decurso dêste ano nova observação se publica na «Medicina Contemporânea», subordinada ao título *a Pela-*

gra em Portugal. Assina-a o Dr. Luiz da Costa Maia, para quem o zëismo é a teoria perfilhada.

Os redutos da pelagra, para êle, são no Minho, a terra dos espigueiros.

No 2.º volume de «Os Alienados nos Tribunais», 1903, é agora o Prof. Júlio de Matos, que, a propósito de um caso de loucura nos fala sôbre a afecção.

Tratava-se dum crime de homicídio praticado por Manuel Rodrigues de Chouza, natural de Cabanamaior; os peritos sugeriram a ideia duma possível simulação, embora tivessem notado, sem lhe ligarem valor, a existência dum bem caracterisado eritema na face dorsal das mãos, e o doente tivera de ser internado.

Examinando-o, advertira logo o Prof. Júlio de Matos que a suspeita de simulação era infundada e pensou no diagnóstico que teria de apor-se-lhe.

Para o confirmar, como as exacerbações primaveris são a regra, esperou.

«Ocorreu-nos também, escreve o citado Prof., que a tratar-se duma intoxicação pelagrosa, o eritema voltaria na primavera, desde que nos parques do Manicómio exposessemos o doente uma considerável parte do dia á influência solar; e o eritema, como conjecturamos, voltou em março, ocupando a face dorsal das mãos e pés».

A seguir ao relatório que fôra enviado ao 2.º distrito criminal faz um resumo da sintomatologia da afecção, cujo desconhecimento, nomeàdamente dos sinais nervosos, explica o êrro dos peritos.

E a êste propósito afirma: «tenho fortes razões para crer que os sintomas de ordem nervosa, sobretudo os psíquicos, não são geralmente conhecidos entre nós, apoiando-me no facto de durante vinte anos não entrar no Conde Ferreira um único doente com diagnóstico de pelagra, embora para lá venham muitos agricultores do Minho.

Os médicos não relacionaram o eritema, que reconheceram, com os sintomas da avançada depressão do argüido.

Se os conhecessem não teriam conjecturado a simulação».

Ainda em 1903, nova comunicação é feita na Sociedade das Sciências Médicas pelo Dr. Zeferino Falcão.

Versa sôbre um doente, natural do Minho, em que põe, pelos padecimentos de que se queixa, o diagnóstico de pelagra.

A seu respeito, acentua a dificuldade que há para os médicos não habituados a verem pelagrosos de diagnosticarem a afecção.

Desde 1902 a 1906 «A Medicina Contemporânea» não deixa de se referir a êste assunto, cuja importância e extensão mal se vislumbravam, como depois o vieram provar as investigações do Dr. Pereira da Silva e do Prof. João de Meira.

Entre os artigos que viram a luz da publicidade destaco uma carta do Prof. João de Meira, em que nota a extraordinária desproporção entre o alastramento, a intensidade e gravidade da afecção, que aflige uma região importante do país e o que há feito para combatê-la.

O estudo da endemia apaixonara-o profundamente, *pelo número das victimas que sacrificava, recrutadas entre os camponeses, esmagados pelo duro labutar e pela miséria, em que vivem.*

A sua campanha humanitária, começa-a por uma série de artigos publicados no jornal «Independente» de Guimarães, sob o título *A Pelagra,* e escritos quando ainda quartanista de Medicina.

Tinha primeiro conseguido que a Câmara Municipal enviasse circulares aos párocos, porém as respostas, como era de esperar, foram insuficientes.

Então, toma sôbre si a tarefa pesada de levar a cabo a

sua obra e realiza-a brilhantemente na sua dissertação inaugural, a que terei ocasião de reportar-me.

Antes, porque foi apresentada em 1905, outra dissertação inaugural se nos oferece, defendida perante a Escola do Pôrto pelo Dr. António Joaquim Pereira da Silva, intitulada *A Pelagra — (Subsídio para o estudo da endemia pelagrosa em Portugal).*

O seu trabalho, assenta-o e firma-o sôbre 54 observações de doentes na sua maioria pertencentes aos concelhos da Póvoa de Lanhoso e de Guimarães.

Muitos trazem a nota de comerem pão com *saibo;* a preocupação da teoria maídica avulta atravéz de todos os capítulos.

Pretende focar a afecção sob todos os seus aspectos, salientando uma erudição vasta; e, de facto, consegue-o, condensando tudo o que havia sido feito em Portugal e nos outros países, sobretudo na Itália. O Dr. Pereira da Silva decide-se abertamente pelo ponto de vista de Lombroso: depois de explanar com bastante minúcia as investigações dêste professor e dos seus discípulos, as suas análises e pesquisas químicas, bacteriológicas, fisiológicas, citando bacilos fungos e experiências em animais com extratos, conclui que a pelagra é «resultante de uma intoxicação produzida pelos venenos que um certo número de espécies de cogumelos desenvolvem no milho, alterando-lhes as substâncias albuminoides.

«Ainda não encontramos um pelagroso, diz, em regiões onde o milho não constitua a base alimentar, como numa grande parte de Traz-os-Montes, que percorri e onde o centeio era por si só para os pobres trabalhadores o seu magro sustento».

Não é de extranhar que o autor se inclinasse para a teoria zeista e a preferisse; era a doutrína corrente e, como êle o afirma, os subsídios com que abordou a endemia eram

todos de ordem clínica e os progressos da medicina não lhe permitiam ir mais longe na interpretação do quadro nosológico. A parte clínica trata-a na verdade, com bastante desenvolvimento, dando-nos ainda a sua maneira de ver.

«Nos primeiros períodos, diz, é a pelagra um mal sempre dominável, bastando para isso suspender o uso do milho avariado; não se jugulando os acidentes iniciais, quando não se estorve a entrada contínua do veneno, a doença desenvolve-se numa sucessão de estados característicos do progresso da intoxicação.

«Os sintomas de começo, escapam muitas vezes, quási sempre, e a pelagra confirmada compreende três graus definidos pelos sintomas novos que vão surgindo e em que dominam os do sistema nervoso».

Para êle, o chamado tifo pelagroso não é mais que uma manifestação aguda da intoxicação, certamente agravada por infecções secundárias.

Seguindo a ordem cronológica, aparece-nos o «Pôrto Médico», que em anos sucessivos, desde 1905 a 1909, não abandona o assunto, publicando artigos e chamando a atenção dos clínicos para a endemia que alastra e se denuncia pelas respostas dos médicos que acederam ao inquérito promovido pelo xv Congresso Internacional de Medicina.

Dentre êsses artigos, avultam o que vem firmado pelo ilustre Prof. Souza Junior, intitulado — *Um caso de pelagra em Braga* — publicado em 1905 e o que sob a rúbrica — *A Pelagra* — saiu em 1908.

Na doente que o Prof. Souza Junior descreve, as manifestações cutâneas primavam sôbre as demais, o eritema era generalizado e, porque o seu caso era nítido, sente-se propenso a admitir a forma que na classificação de Neusser, 8.º grupo, é conhecida por simples dermatose. Pelo que respeita à prognose tem a seguinte afirmação bem digna de

registo: «A gravidade da pelagra provém, primacialmente, do ataque do sistema nervoso.»

Relatório clínico interessante, valioso e completo, e chamo-lhe relatório porque assim, modestamente, o designou o seu autor, é o que sob o título *Mielite pelagrosa* publicou em 1910 na «Gazeta dos Hospitais do Pôrto» o então aluno do 5.º ano médico Manuel Gomes, hoje ilustre Professor da Faculdade de Medicina. Era um caso de pelagra que pudera estudar na enfermaria da 2.ª Clínica Médica e que lhe proporcionara ensejo para encarar nos seus pontos fundamentais êste problema da patologia. O diagnóstico, fizera-o, como confessa, baseando-se na anamnese e na sintomatologia geral; e tão bem fôra pôsto, que nada lhe faltava, nem o eritema pela primavera, nem o recrudescimento do cortejo de sinais próprios da afecção, segundo lhe declarara a doente, facto êsse que há quatro anos se vinha repetindo. Os sintomas de mielite, descreve-os o autor com minúcia, discute-os com clareza, sôbre êles assenta com tôda a segurança o seu diagnóstico e conclui que era a pelagra apenas a entidade responsável de todo o quadro nosológico.

Depois da dissertação do Dr. Pereira da Silva e perante a Escola do Pôrto mais três se defenderam em anos diferentes, tendo objectivo idêntico; uma da autoria do falecido Prof. João de Meira. — *O concelho de Guimarães (Estudo de dermografia e nosografia)* 1907, outra do Dr. Camilo Salazar — *Breves notas sôbre a Pelagra,* 1917 e a terceira do Dr. Francisco Manuel da Fonseca e Castro — *Casos de Pelagra,* 1922.

O Prof. João de Meira faz um inquérito sôbre a pelagra, procura-a pelas aldeias do seu concelho e conta 249 casos, em que 87 são do sexo masculino e 162 do feminino, confessando, porém, que o número rial deve ser muito maior.

Notando a superioridade da percentagem das mulheres sôbre os homens, discorda da interpretação que do facto dava o Dr. Pereira da Silva; enquanto que êste explicava-o, por que ao homem compete o encargo de sustentar tôda a família e a custo pode abandonar a faina, só recorrendo em último caso ao hospital, para o Prof. João de Meira uma das razões era a maior fragilidade do organismo feminino, sendo a mais poderosa a sua pior alimentação, pois no Minho, assevera, é sempre ao homem servido o melhor bocado nas parcas refeições caseiras.

Uma circunstância põe em relevo, a qual mais tarde Sambon reedita, como argumento a favor da sua teoria parasitária, é o predomínio dos pelagrosos nas freguesias que se estendem pelos vales dos rios.

A afecção, define-a como a diátese da miséria. «No Minho, escreve, come-se caldo, o tradicional cosimento de couve galega com raros feijões boiando e um parco fio de azeite e come-se boroa. E assim como a carne produz o artritismo, a boroa produz a pelagra».

Não admite grandes centros pelagrológicos, o que há são pontos onde a doença se encontra melhor estudada e os seus casos relacionados; ela deve grassar com intensidade sensivelmente igual em toda a região que se alimenta de milho.

«No Minho, afirma, pelagrosos há-os aos milhares, talvez às dezenas de milhar. Considera-a como uma intoxicação lenta, tanto assim que o maior número dos seus doentes tinham entre 61 e 70 anos.

A dissertação do Dr. Camilo Salazar é feita sobre dois casos, que pertenciam também ao concelho de Guimarães. Escrevera-a em circunstâncias excepcionais, atingido pela mobilização.

O diagnóstico, estriba-o principalmente no eritema que os doentes apresentavam; e quanto à etiologia segue a dou-

trina maídica, que, para êle, a doença só existe onde há milho, nêle está a causa eficiente.

Igualmente sôbre dois casos versa a tese do Dr. Francisco Manuel da Fonseca e Castro, porém as suas descrições são completas e cuidadosas; estavam internados na enfermaria de 2.ª Clínica Médica e examinara-os com minúcia, fornecendo-se de todas as análises laboratoriais que lhe pareciam trazer elementos.

Acentua a corrente actual que tende a relacionar os sintomas das doenças por deficiência alimentar com os de certas afecções endócrinas e no quadro clínico dos seus doentes aponta as anologias com o da insuficiência supra-renal.

A etiologia, tratada à luz dos modernos estudos sôbre as doenças por carência fá-lo inclinar-se para a teoria que na Inglaterra e América tem defensores e experimentadores como Mac Collum, Wheeler e Goldberger, ou seja a teoria que considera a pelagra como uma doença por carência alimentar complexa.

Em 1923, perante a Faculdade de Medicina de Lisboa, A. Trindade defendeu a tese — *Um caso de Pelagra* —: não me foi possível obtê-la, por isso àcêrca dela nada digo.

A «Medicina Contemporânea», além dos artigos, que atraz deixo referidos, outros publicou, salientando sempre o interêsse que a afecção possui; se uns, como o do Dr. Arruda Furtado escrito em 1910 sob a rúbrica *Eritema Pelagroide,* é uma simples nota, o mesmo não acontece com o do Dr. Antonio de Azevedo — *Pão e Pelagra* — publicado em 1917, e sobretudo com a série dos que o Dr. Alvaro Lapa em 1924 escreve com o título — *A História da Pelagra em Portugal.* Começa o Dr. Alvaro Lapa por prestar a sua homenagem aos médicos pela Faculdade do Pôrto.

«A observação clínica da moléstia, diz, e principal-

mente a descrição pormenorisada dos fócos mais importantes da pelagra existentes no Minho, tem sido trabalhos que exclusivamente se devem aos médicos da Escola do Pôrto».

São quatro os casos que tivera ocasião de estudar no Hospital do Desterro e o seu exame clínico é detalhado.

Mas foi sobretudo a etiologia do síndrome que lhe mereceu a maior atenção; nos seus artigos o autor versa-a com bastante largueza.

Põe em destaque as disputas travadas e as contradições que se acotovelam para a explicação de todos os factos. Ao mesmo tempo que lhe reconhece a importância sente quão difícil é a resolução do assunto em face das controvérsias, a que tem dado origem.

Todavia, a-pesar-de afirmar: o problema da etiologia da pelagra mantem-se ainda num campo de discussão vago e impreciso em que os argumentos aduzidos pelas diferentes escolas se equivalem, apresentando um valor scientífico quási idêntico, não põe de parte a concepção parasitária.

E assim é que escreve: «pelo carácter especial da afecção; pela recrudescência vernal e outonal dos sintomas peculiares à pelagra; pela história da doença; pela marcha caprichosa da endemia que salpica de fócos, de intensidade e morbilidade vária, populações de hábitos alimentares quási idênticos; pela ignorância da acção biológica da luz solar, diferente conforme as quadras do ano; por todo êste conjunto de razões somos forçados a não regeitar *in limine* a hipótese da existência dum germen infeccioso específico desta afecção».

Para terminar êste capítulo que não é, como ao iniciá-lo disse, mais do que um modesto preito ao esfôrço dos que em Portugal estudaram e procuraram desvendar o síndrome pelagroso, só me falta referir aquêle que foi o inspirador e o guia seguro dêste meu desvalioso trabalho, o venerando Prof. Tiago de Almeida. Atravez dos seus livros

todos os problemas da patologia se encontram actualizados; tendo de iniciar os seus alunos nas sínteses da clínica, nada lhe escapa, fornecendo-lhes os elementos, de que êles, médicos, poderão secorrer-se, longe dos laboratórios, para o estabelecimento dum diagnóstico e o tratamento dos seus doentes.

A pelagra, portanto, endemia que sabe muito bem existir no Minho e outras províncias, não a esqueceu; e assim, no seu terceiro volume das Lições Clínicas, a propósito dum doente, o Prof. Tiago de Almeida expõe as vistas actuais da sciência sôbre tão controvertida questão nosológica.

Encara-a sob os seus pontos basilares, o clínico e o etiológico, definindo-os com justeza.

«*Clinicamente,* diz, *a pelagra na sua forma mais vulgar caracteriza-se pela existência dum eritema residindo na face dorsal dos pés e das mãos, por uma diarreia pouco abundante acompanhada de apetite e por uma profunda astenia muscular, respiratória e cárdio-vascular*».

Realça a particularidade de o eritema repetir-se e agravar-se na estação quente, lembra que a afecção pode revestir múltiplas formas, inclusivamente a de pelagra sem *pele agra* e enumera muitas perturbações nervosas, que em regra a acompanham, escrevendo a êste respeito que a pelagra pode atacar todo o eixo encéfalo-medular.

Sôbre a etiologia o Prof. Tiago de Almeida, depois de referir-se às hipóteses principais formuladas, reconhecendo a insuficiência de cada uma isoladamente, termina as suas apreciações com a frase que transcrevo e que é a conclusão e a dedução lógica de tudo quanto a êste propósito se tem feito; *seja como for, a verdade é que a etiologia da pelagra espera novas investigações para ser definitivamente estabelecida.*

Depois dêste apanhado ligeiro sôbre os trabalhos por-

tugueses, mais uma vez o afirmo bem alto, não se repita que a medicina da minha Pátria pelos filhos das suas Escolas, especialmente pelos da do Pôrto e por alguns dos seus professores de maior prestígio e profundo saber, descurara o estudo da endemia pelagrosa, quando outros povos que a teem adentro das suas fronteiras, mais tarde do que nós a reconheceram e lhe dedicaram a suas atenções.

Observações

«O estudo clínico dum doente deve ocupar o primeiro logar no trabalho para estabelecer a natureza do seu mal e prescrever conscientemente o tratamento respectivo».

PROF. TIAGO DE ALMEIDA.

I

M. R. P. de 70 anos, viuva, jornaleira, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Emmagrecimento e astenia geral profunda.

Tom bronzeado da pele e mucosas anemiadas. A depressão moral acentuada, preocupações melancólicas acabrunham-na, vive muito triste e cheia de inquietações. Impressionável, por um motivo ligeiro incomoda-se e irrita-se.

Cefaleias, pêso da cabeça, vertigens, movimentos involuntários propulsivos e quedas freqüentes.

As vertigens amiüdadas, nada a deixam fazer. Muitas vezes a sensação de que a casa anda de redor. A marcha incerta, cambaleante. Paresia dos membros inferiores e atrofias musculares. Amnésia. Ideação morosa e as funções superiores do espírito deprimidas e confusas. Criestesias.

Arrepios a cada passo, suores nocturnos profusos. Nevralgias intercostais. Pruridos e sufusões sangüineas nos membros superiores. Estalidos articulares. Raquialgias, sobretudo na região lombar. Sensação de queimor na planta dos pés, pondo-os a descoberto, mesmo em noites de inverno.

Caímbras nas pernas, arrefecimento, entorpecimento e formigueiro das extremidades. Acrocianose e acroparestesia. Sobressaltos nocturnos. Vesículas de líquido seroso entre os dedos das mãos e dos pés. Pesadelos. Edemas nas regiões maleolares e palpebrais, que demoram dias e desaparecem.

Onixis. Fenda palpebral diminuïda e mióse. Ardimento conjuntival e lacrimação. Alucinações visuais elementares e figuradas: diz ver de noite figuras de velhos ou animais e às vezes, quando acorda, luzes, relampagos. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Acuidade auditiva muito reduzida e alucinações. Anosmia. Preversão do paladar. Gôsto amargo intolerável. Apetite. As digestões rápidas, com afrontamento de pouca dura. Estomatite vesiculosa. A língua com recortes profundos e toda despapilada. Parece-lhe ter pimenta na boca, onde experimenta um calor e secura insuportáveis. As gengivas túmidas, vermelhas e sangrentas; nas comissuras labiais ardimento e fissuras.

Náuseas, vómitos, eructações e flatulência. Do estômago não se queixa, nem do mais leve ardor. Obstipação. Murmúrio vesicular diminuïdo. Crises asmatiformes nocturnas. Respiração suspirante. Movimentos respiratórios 28. Ruídos cardíacos ensurdecidos em todos os focos. Palpitações. Pulso rítmico, pequeno. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11,5; Tm = 6,5. I. O. = 2.

Número de pulsações 76. R. O. C. negativo.

Ardimento e muito calor na região vulvar. Polaquiuria e nicturia. Reflexos patelares e olecranianos vivos. Eritemas simétricos, nos membros superiores ocupando todo o ante-braço e estendendo-se até às segundas falanges, nos inferiores indo do têrço inferior das pernas até às falangetas e na face ocupando as regiões frontal, zigomáticas e nasal.

A pele das extremidades, sobretudo das superiores, apresenta-se áspera, sêca, enrugada, mosqueada aqui e ali

de placas fòrtemente pigmentadas, alternando com zonas brilhantes e de tom levemente avermelhado. A descamação em retalhos. Era o segundo eritema do ano corrente, que surgira no mês de setembro.

ANTECEDENTES: Acusa uma febre tifóide e a disenteria bacilar. Cinco filhos vivos, três são pelagrosos.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Células das vias génito-urinárias, raros leucócitos.

II — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas.	1.000 cc.
Côr	Amarela
Aspecto	Levemente turvo
Depósito	Pouco abundante
Cheiro.	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1,0257

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos minerais	21,961	—
Elementos orgânicos	33,039	—
Total das matérias dissolvidas . . .	55,000	—
Acidez total (em $P^2 O^5$)	1,277	—
Ureia	13,201	—
Ácido úrico	1,310	—
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	1,530	—
Cloreto de sódio (em Na Cl). . . .	14,157	—
Urobilina	0,100	—

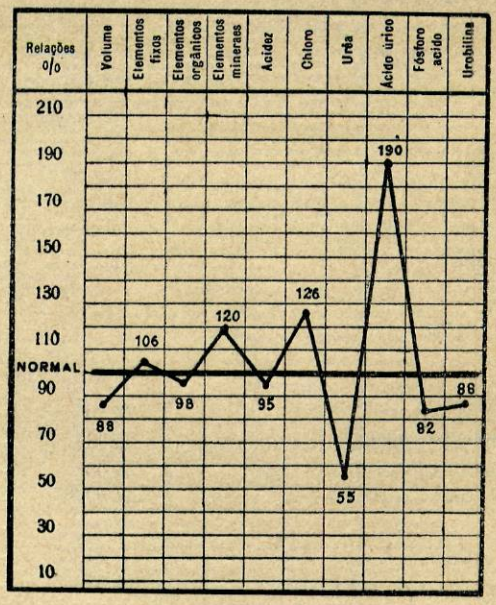
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pequena porção

V — *Relações urológicas* %:

Úrica = 9,8 (normal 2,9).
Ureica = 39,9 (normal 70,4).
Desmineralisação = 39,9 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 11,5 (normal 7,8).

VI — *Resumo urográfico:*



II

J. de O., de 62 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Garfe, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Pele de côr bronzeada e anemia das mucosas. Emmagrecimento notável, astenia pronunciada. Fadiga fácil. Emotiva, impressionável, cheia de apreensões e desconfiada. Uma tristeza profunda a deprime e acabrunha. Concentra-se e isola-se.

Amnésia. Cefaleias difusas, tão grande pêso na cabeça, que só está bem, quando a tem pousada. Vertigens e movimentos propulsivos, desordenados, com quedas amiudadas. Incoordenação motora.

Nada pode fazer, porque querendo trabalhar mais freqüentes se tornam as vertigens e as quedas. Estalidos dentro da cabeça e calor nas bossas parietais. Criestesia — não há roupa que a aqueça — acrocianose. Arrepios a cada passo, à sombra e ao sol, com ondas de calor consecutivas por todo o corpo e suores.

Efidrose e ardor na planta dos pés. Prurido. Caímbras nas pernas, formigueiros, arrefecimento e entorpecimento das extremidades, sobretudo dos membros superiores. Sobressaltos nocturnos. Dores erráticas. Estalidos articulares. Raquialgias na região lombar, onde sente muito calor. Insónias

pesadêlos. Picadas nas mucosas conjuntivais e lacrimação. Obnubilação visual. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Alucinações visuais elementares e figuradas. Acuidade auditiva assaz diminuïda. Alucinações: apitos, chiadas, afigura-se-lhe ouvir vozes extranhas, julga-se seguida de pessoas que falam. Olfacto quási abolido.

Preversão do paladar. Apetite. Gôsto amargo e regurgitações de uma aguadilha de mau sabor de manhã e durante a noite, tão abundantes de noite, que chegam a acordá-la.

Polidipsia. Digestões rápidas. Eructações, pirose, náuseas, vómitos sêcos. Estomatite vesiculosa. Na língua recortada e despapilada nos bordos ardor como que tivesse pimenta na bôca. A mucosa bucal e labial despegando-se aos retalhos e as comissuras labiais fendidas e dolorosas. Flatulência e meteorismo. De gastralgias actualmente não se queixa, mas já as teve intensamente dolorosas, não se podia mover, tinham de a levar para casa, se a dor sobrevinha nos campos.

Fígado reduzido de volume. Enteralgias em picada. Dolorosos à pressão os pontos epigástrico e de Martineau. Obstipação.

Murmúrio respiratório diminuïdo. Inspirações profundas, respiração por vezes difícil, suspirante. Sons cardíacos enfraquecidos e desdobramento do primeiro ruído. Palpitações. Pulso pequeno. Freqüência 96. Tensões ao Pachon, na umeral dir. TM = 11. Tm = 7. I. O. = 2. Ardência uretral quando urina e na região vulvar, onde sente muito calor. Polaquiuria, nicturia. Amenorreica desde os 35 anos e sempre leucorreica. Paresia espástica e reflexos patelares exagerados.

Eritemas simétricos dos membros superiores, ocupando o têrço inferior dos ante-braços, dorso das mãos e primeiras falanges e dos membros inferiores, que se estendem do

têrço inferior das pernas até aos dedos. A pele áspera, sêca, enrugada, a descamação em lamelas.

Placas cutâneas atróficas de tom escuro, aqui e ali.

ANTECEDENTES: Pais falecidos, tendo sofrido dos eritemas muitos anos. Durante tôda a sua vida, tomou um purgante e o remédio para a ténia.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Células das vias urinárias, raros leucócitos, alguns cristais de fosfato amoníaco-magnesiano.

II — *Caracteres gerais:*

Volume das 24 horas	1300 c-c.
Côr	Amarelo-pálida
Aspecto	Límpido
Depósito	Pequeno
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1, 0127

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	16,204	21,065
Elementos minerais	10,196	13,254
Total das matérias dissolvidas	26,400	34,319
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,354	0,460
Ureia	5,933	7,712
Ácido úrico	0,806	1,047
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,380	0,494
Cloreto de sódio (em Na Cl)	6,903	8,973
Urobilina	0,080	0,104

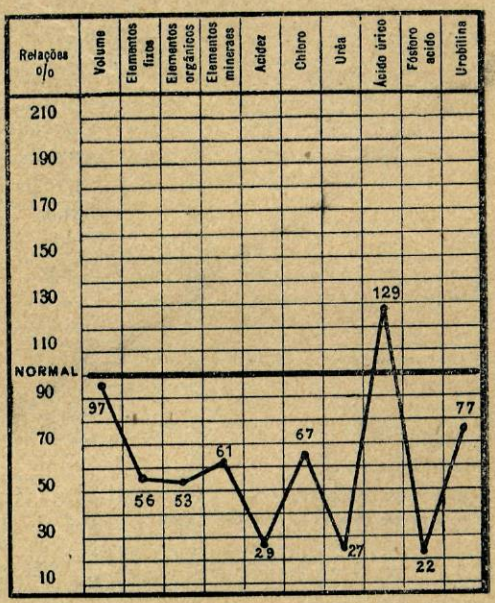
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios leves
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Abundante

V — *Relações urológicas* % *:*

Úrica = 13,5 (normal 2,9).
Ureica — 36,6 (normal 70,4).
Desmineralisação = 38,6 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 6,4 (normal 7,8).

VI — *Resumo urográfico:*



III

M. J. B., de 70 anos, viuvo, lavrador, da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctico. Pele de tom bronzeado e acentuada anemia das mucosas.

Emmagrecimento e astenia geral profunda.

Facies parada, ideação morosa. É com dificuldade que responde, sem desfitar os olhos do chão, parecendo alheado de tudo, numa concentração quási invencível. Uma tristeza imensa e um aborrecimento constante o envolvem e deprimem; não sái de casa, onde se isola, que não quer, nem pode suportar, a convivência com os seus vizinhos. De emotividade exagerada.

Cefaleias difusas, gravativas, pêso extraordinário da cabeça, vertigens e quedas amiudadas, movimentos involuntários propulsivos ou com vacilação. Amnésia. Hipertonicidade muscular. Trémulo das mãos e da cabeça.

Prurido generalizado intenso. Suores profusos, de dia e de noite, em regra precedidos de arrepios e duma sensação geral de muito calor.

Efidrose nos pés, que mal pode andar calçado; nas pernas e sobretudo na planta dos pés o calor é tal, que o desespera, não os suportando, na cama, debaixo da roupa, ainda que seja em noites de inverno.

Formigueiros, entorpecimento, arrefecimento e cianose das extremidades.

Sobressaltos nocturnos. Onicorrexis. Estalidos articulares e sufusões sangüineas. Criestesia. Insónias e os sonos curtos agitados por pesadelos.

Raquialgias lombares que difundem pelo abdómen. Fenda palpebral diminuïda e mioses. Alucinações visuais elementares e figuradas. Diplopia, moscas volantes, ambliopia e hemeralopia. Ardimento na mucosa ocular. Rudeza auditiva e alucinações; afigura-se-lhe estar a ouvir a cada passo zoêdos ou sinos a tocar.

Anosmia. Preversão do paladar. Apetite. Digestões rápidas. Sialorreia. Mau gôsto e secura na bôca e faringe. Náuseas, vómitos, eructações e regurgitações de aguadilha insípida de manhã e durante o dia. Estomatite vesiculosa; as gengivas túrgidas e sangrentas, a mucosa bucal desprendendo-se aos retalhos. Língua completamente despapilada e profundamente recortada. No estômago sensação de queimadura e enteralgias em picada. Diarreia serosa abundante. Pontos solar e epigástrico dolorosos à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Murmúrio respiratório diminuïdo e nos vértices expiração prolongada e broncofonia.

Dispneia de esfôrço e crises asmatiformes nocturnas. Respiração suspirante.

Primeiro ruído soprado no foco mitral e o segundo um pouco batido no foco aórtico. Palpitações. Pulso rítmico e pequeno. Tensões ao Pachon, na umeral dir.: TM = 12. Tm = 7. I. O. = 4. Polaquiuria e nicturia. Reflexos olecranianos, radiais e rotulianos exagerados.

Eritemas simétricos, ocupando as pernas e dorso dos pés, os membros superiores até às falanginhas, a região frontal e malar, as regiões antero-laterais do pescoço até ao esterno. A descamação faz-se nos membros aos retalhos

fòrtemente pigmentados. A pele é sêca, rugosa, com fendas ou excoriações nos pés, tipo de pele anserina.

Êste doente morreu seis meses depois que o observara.

O enfraquecimento muscular aumentara a ponto de ficar paraplégico, com relaxamento dos esfíncteres, numa incontinência de fezes e urinas, com que se conspurcava, em nítida confusão mental.

ANTECEDENTES: Pais falecidos; sofriam de eritemas nas extremidades. Duas irmãs foram também pelagrosas.

Teve o sarampo em criança e mais tarde uma cólica intestinal. Os eritemas, há dez anos que lhe veem aparecendo todas as primaveras.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Numerosos cristais de fosfato amoníaco-magnesiano, alguns de fosfato de amónio e colónias microbianas de inquinação.

II — *Caracteres gerais:*

Volume	800 c. c.
Côr	Amarelo-pálida
Aspecto	Turvo
Depósito	Abundante
Cheiro	Amoniacal
Consistência	Flúida
Reacção	Alcalina
Densidade a 15º	1,0187

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	23,388	18,710
Elementos minerais	16,212	12,969
Total das matérias dissolvidas	39,600	31,679
Acidez total (em $P^2 O^5$) Alcalina		
Ureia	6,000	4,800

	Por litro	Por 24 h.
Ácido úrico	0,672	0,537
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$).	1,050	0,840
Cloreto de sódio (em Na Cl)	10,530	8,424
Urobilina	0,090	0,072

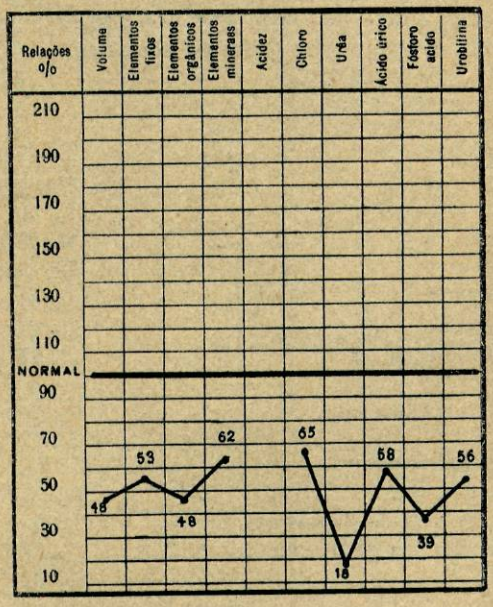
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pequena porção

V — *Relações urológicas* %:

Úrica = 11,2 (normal 2,9)
Ureica = 25,6 (normal 70,4)
Desmineralisação = 40,9 (normal 35,1)
Fosfo-ureica = 17,5 (normal 7,8).

VI — *Resumo urográfico:*



IV

M. C. N., de 43 anos, casada, proprietária, natural da freguesia de Garfe, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Palidez terrosa e anemia das mucosas. Astenia pronunciada, fadiga fácil. Sempre triste, desconfiada e muito apreensiva. Qualquer contrariedade, ainda que mínima, a incomoda e deixa prostrada.

Evita a convivência, isola-se.

Muito emotiva, as lágrimas brotam fácilmente, bastando perguntar-lhe se vive satisfeita.

Cefaleias de predomínio frontal, pêso enorme na cabeça, que mal a pode erguer, vertigens, ouras e quedas, quando não tem a que apoiar-se. Andar cambaleante, como de ébrio, por vezes. Criestesia e acroparestesia. Caímbras nas pernas, entorpecimento das extremidades e sobressaltos nocturnos.

Insónias; e quando adormece, o sono salpicado de pesadelos.

Arrepios que começam pelo ráquis e se generalizam, seguidos de ondas de calor, que a deixam a suar. Os arrepios surgem vários por dia e a qualquer hora; tem-nos à sombra e tem-nos ao sol. Suores profusos, nomeàdamente nocturnos. Estalidos articulares. Prurido generalizado e dores

erráticas. Dermografismo. Muito calor e dores na região lombar, que a envolvem em cintura. Na planta dos pés, ora ardência e calor que a levam a descobri-los mêsmo em noites de inverno, ora frio. Ardimento na mucosa ocular que se avermelha e lacrimação, duas ou três vezes por ano, durante o verão.

Moscas volantes, diplopia, hemeralopia e ambliopia. Hipoacusia e alucinações auditivas. Olfacto muito diminuïdo.

Apetite. Afrontamento após as refeições. Preversão do paladar, gostando dos alimentos muito salgados e de azedos ou amargos.

Digestões rápidas. Mau gôsto. Regurgitações da uma aguadilha amarga, tanto de manhã como de dia. Eructações, náuseas e vómitos sêcos.

Secura da bôca e faringe, mais de noite que de dia, deitando-se com uma garrafa de água perto de si, para beber, que é insuportável o seu mal-estar.

Estomatite vesiculosa, que se repete duas e mais vezes durante o verão, as gengivas tumefazem-se e tornam-se sangrentas, a mucosa bucal descama-se aos retalhos, as comissuras labiais estão vermelhas e gretadas e na língua tal ardimento que lhe dificulta o comer.

Língua intûmescida e despapilada com recortes profundos. Abóbada palatina ogivada. Gastralgias de carácter constritivo, que surgem de repente, a qualquer hora e terminam bruscamente.

Pirose, meteorismo e enteralgias em picada.

Diarreia serosa, que dura há quatro meses, tendo sido anteriormente obstipada, por vezes com tenesmo e fezes muco-sangüinolentas. Pontos epigástrico, celíaco e de Martineau dolorosos à pressão.

Insuficiência respiratória geral: diminuïção do murmúrio vesicular, expiração prolongada e broncofonia nos vértices e inspirações profundas, de quando em vez.

Dispneia de esfôrço e de decúbito; muitas vezes, de noite, acorda dispneica.

Ruídos cardíacos ensurdecidos. Palpitações. Pulso rítmico, pequeno, com 64 pulsações.

Tensões ao Pachon, na umeral dir.: TM = 11 Tm = 7 I. O. = 2.

R. O. C. positivo. A freqüência baixa de 64 a 44.

No verão ardimento uretral ao urinar e vulvar com sensação de calor. Polaquiuria e nicturia. Menstruação descorada. Leucorreia. Menstruada pela primeira vez aos 17 anos. Reflexos patelares, olecranianos e radiais vivos.

Eritemas nos membros, teve-os muitos anos seguidos, mas há dois que deixaram de lhe aparecer, exceptuando a fronte e regiões malares, onde continuam a surgir pela primavera, repetindo-se duas ou três vezes no verão.

Nos ante-braços e dorso das mãos a secura, a rugosidade e a falta de elasticidade da pele afiançam a existência dos passados eritemas.

ANTECEDENTES: Pai pelagroso, já falecido e a mãe viva e saüdável.

Em criança teve o sarampo e há uns quinze anos que vem sofrendo dos padecimentos de que se queixa.

Nenhum abôrto e sete filhos, todos vivos. Examinei três filhas, que são pelagrosas.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Células das vias génito-urinárias, alguns cristais de fosfato amoníaco-magnesiano, raros leucócitos.

II. — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas	1.300 c-c.
Côr	Amarelo-alaranjada
Aspecto	Turvo
Depósito	Pequeno
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1,0219

III. — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	38,960	50,648
Elementos minerais	7,240	9,412
Total das matérias dissolvidas	46,200	60,060
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,301	0,391
Ureia	8,164	10,613
Ácido úrico	0,504	0,656
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,960	1,248
Cloreto de sódio (em Na Cl)	4,212	5,475
Urobilina	0,120	0,156

IV. — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios muito leves
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Abundante

V. — *Relações urológicas* o/o *:*

Úrica = 9,8 (normal 2,9).
Ureica = 39,9 (normal 70,4).
Desmineralisação = 39,9 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 11,5 (normal 7,8).

V

R. E., de 49 anos, casada, jornaleira, da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. A pele de côr amarelo-esverdeada e as mucosas anemiadas. Cansaço; a depressão física e moral acentuadas.

Sempre imersa em ideias pèssimistas, descoroçoada de viver pelo desalento que a traz prostrada. Foge do convívio, isolada é que se encontra bem. Desconfiada, pensativa e scismática. A sua tristeza fá-la chorar quási todos os dias. Cefaleias frontais, a cabeça pesada, ouras e vertigens, movimentos propulsivos e quedas freqüentes. Marcha cambaleante de quando em vez necessitando de amparar-se.

Obsessão de poder morrer queimada, caindo ao lume, quando à lareira. Calores na abóbada craniana, que minora com panos de água fria. Amnésia. Insónias, sonhos, pesadelos. Prurido generalizado. Raquialgias na região cervical e na dorsal superior, na região lombar sensação de grande calor. Nevralgismo. Suores nocturnos. Criestesia. Arrepios seguidos de ondas de calor e suores frios. Trémulo da cabeça e das mãos, que aumenta com os movimentos. Estalidos articulares, como se fosse lenha sêca, diz a doente. Equimoses fáceis. Edemas palpebrais e maleolares, que demoram poucos dias. Planta dos pés dolorida, não po-

dendo descalçar-se. Arrefecimento, entorpecimento e formigueiros das extremidades.

Sobressaltos nocturnos e caímbras nas pernas. Onixis. Míose e fenda palpebral diminuïda. Picadas na mucosa conjuntival e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Acuidade auditiva reduzida e alucinações.

Olfacto e paladar, por vezes abolidos. Anorexia. Secura e gôsto amargo, regurgitações de líquidos aquosos a qualquer hora. Náuseas, vómitos sêcos, eructações.

Estomatite aftosa; as gengivas sangram com facilidade, a mucosa bucal rasga-se aos pedaços e na língua, completamente despapilada, tal sensação de espinhos que lhe dificulta o comer.

Ptialismo. Disfagia. Afrontamento após as refeições, meteorismo. Gastralgias de tipo constritivo; dores violentas, umas vezes, que a imobilisam, outras, são fogueiras que a entontecem. Enteralgias e obstipação, tenesmo e fezes muco-sangüinolentas. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Fígado hipertrofiado.

Rudeza inspiratória, expiração prolongada e broncofonia nos vértices. Dispneia de esfôrço e crises pseudo-asmáticas noturnas. Movimentos respiratórios 24. Sons cardíacos abafados. Pulso pequeno e instável. Número de pulsações 68. Tensões ao Pachon, na umeral dir.: TM = 12; Tm = 7,5. I. O. = 3. Sensação de muito calor e ardimento na região vulvar. A urina produz ardência na passagem pela uretra. Disuria e polaquiuria. Menstruada aos 19 anos e sempre leucorreica. Viveza dos reflexos olecranianos e patelares.

Eritemas simétricos, estendendo-se nos membros superiores do têrço inferior dos ante-braços até às segundas falanges e ocupando nos membros inferiores o têrço inferior das pernas e dorso dos pés. A pele sêca e rugosa, sem elasticidade, com manchas melanodérmicas.

ANTECEDENTES: No seu passado mórbido, o sarampo, a varíola, e uma pneumonia. O seu actual padecimento é antigo, embora mais atenuado; os eritemas, há muitos anos que lhe sobreveem pelo verão. Tem quatro filhos, queixando-se todos, e dois morreram em criança de gastro-enterite. Houve dois abôrtos.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Células das vias génito-urinárias, raros leucócitos, alguns cristais úricos e de oxalato de cálcio.

II. — *Caracteres gerais:*

Volume das 24 horas	1.100 c-c.
Côr	Amarelo-pálida
Aspecto	Turvo
Depósito	Pouco abundante
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15º	1,0181

III. — *Componentes normais:*

	Por Litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	22,469	24,715
Elementos minerais	17,131	18,844
Total das matérias dissolvidas	39,600	43,559
Acidez total (expressa em P^2O^5)	0,798	0,877
Ureia	13,623	14,015
Ácido úrico	1,000	1,108
Ácido fosfórico (em P^2O^5)	0,420	0,461
Ácido sulfúrico (em SO^3) mineral	1,054	1,159
Ácido sulfúrico (em SO^3) dos sulfos conjugados	0,074	0,081
Enxofre neutro (em SO^3)	0,332	0,365
Cloreto de sódio (em NaCl)	11,817	12,948
Urobilina	0,100	0,110

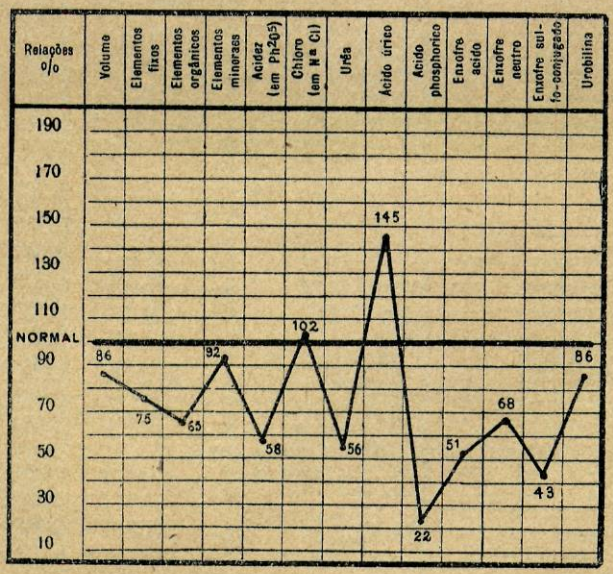
IV. — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios leves.
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pouco abundante

V. — *Relações urológicas* °/₀*:*

Úrica = 3,7 (normal 2,9).
Ureica = 60,6 (normal 70,4).
Desmineralisação = 43,2 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 3,0 (normal 7, 8).
Sulfo-ureica = 8, 2 (normal 9, 1).
Fosfo-sulfúrica = 37,2 (normal 86,3).
Sulfo-conjugação = 6,5 (normal 7,7).
Sulfúrica = 22,7 (normal 17,1).

VI. — *Resumo urográfico:*



VI

M. A. da C., de 40 anos, solteira, tecedeira, natural da freguesia de Garfe, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Fraqueza muscular, fadiga fácil e emmagrecimento pronunciado. Tom esverdeado da pele e anemia das mucosas. Emotividade. Abatimento moral; a tristesa em que vive é tanta que só lhe apetece chorar. Loquacidade. Cefaleias frontais, vertigens e pêso na cabeça. A marcha incerta por vezes. Queda do cabelo. Criestesia. Arrepios freqüentes, à sombra e ao sol, seguidos de calor por todo o corpo.

Hiperidrose. Insónias rebeldes, não conseguindo conciliar o sono, durante noites seguidas. Picadas pelo torax, petéquias pelo tronco e membros.

Prurido generalizado. Dor e calor na região lombar, não podendo abaixar-se, nem mexer-se, quando a dôr se fixa e intensifica. Caímbras nas pernas, formigueiros, arrefecimento e adormecimento das extremidades inferiores. Sobressaltos nocturnos. Estalidos articulares. Sensações em picada na mucosa conjuntival, moscas volantes, diplopia e ambliopia. Zumbidos. Apetite.

Afrontamento após as refeições. Estomatite aftosa. Sêde enorme, ainda que com salivação abundante.

Regurgitações de uma aguadilha amarga, sobretudo de

manhã. Náuseas e vómitos. Por vezes mau gôsto e paladar abolido.

Amígdalas vermelhas e volumosas. A língua intumescida, despapilada nos bordos.

Gastralgias em picada. Meteorismo. Pontos epigástrico e celíaco dolorosos à pressão.

Rudeza respiratória nos vértices, broncofonia e expiração prolongada.

Crises asmatiformes. Respiração suspirante. Sons cardíacos abafados. Palpitações. Pulso pequeno e rítmico.

Tensões ao Pachon e na umeral dir: TM = 11,5; Tm = 7. I. O. = 2. Número de pulsações 92. Ao urinar ardimento uretral, ardor e sensação de calor na região vulvar.

Há um ano que não é menstruada, e quando o era, a menstruação sempre descorada.

Leucorreia. Polaquiuria e nicturia.

Reflexos patelares vivos.

Eritemas, nos membros superiores, estendendo-se desde o têrço superior do ante-braço, até às falanginhas e nos membros inferiores ocupando o têrço inferior das pernas e o dorso dos pés. A pele áspera e sêca, descamando em lamelas.

ANTECEDENTES: Os pais mortos não sabendo dizer com quê. Tivera o sarampo e uma febre intestinal.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Células das vias génito-urinárias, raros leucócitos, alguns cristaes de fosfato amoníaco-magnesiano e micróbios de inquinação.

II — *Caracteres gerais:*

Volume das 24 horas	1800 c-c.
Côr	Amarelo-pálida
Aspecto	Levemente turvo
Depósito	Pequeno
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15º	1, 0132

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	16,349	29,428
Elementos minerais	12,251	22,051
Total das matérias dissolvidas	28,600	51,479
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,479	0,862
Ureia	8,751	15,750
Ácido úrico	0,571	1,027
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,620	1,116
Cloreto de sódio (em Na Cl)	8,131	14,635
Urobilina	0,080	0,144

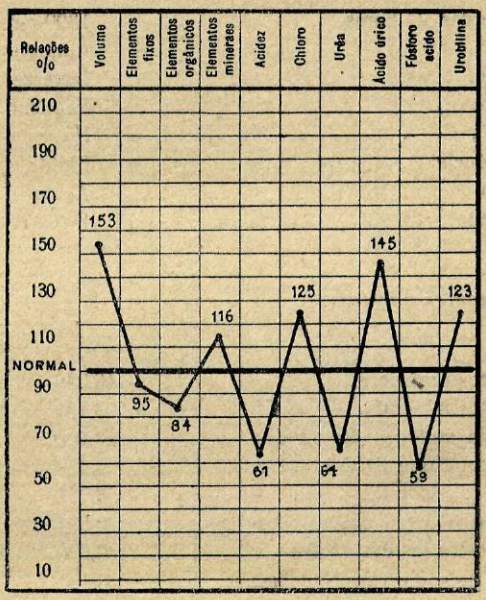
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios muito leves
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pouco abundante

V — *Relações urológicas %:*

Úrica = 6,5 (normal 2,9).
Ureica — 53,5 (normal 70,4).
Desmineralisação = 42,9 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 7,0 (normal 7,8).

VI — *Resumo urográfico :*



VII

A. de J. F., de 32 anos, casada, jornaleira, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Palidez e anemia das mucosas.

Astenia acentuada, que lhe custa, diz, levantar os braços para se pentear. Grande tristeza e aborrecimento. Isola-se, tem dias que não pode encontrar-se com alguem, só lhe apetece chorar.

Cefaleias de predomínio frontal, pêso na cabeça, vertígens e ouras. Calor na abóbada craniana, quedas do cabelo.

Andar cambaleante, indeciso amiüde. Dores erráticas.

Insónias freqüentes. Sonhos, pesadelos.

Criestesia. Arrepios a cada passo, seguidos de calor por todo o corpo, ficando depois coberta de suor. Os arrepios surgem a qualquer hora, qualquer que seja a temperatura ambiente.

Hiperidrose. Na planta dos pés ardência e queimor. Entorpecimento e formigueiros das extremidades. Sobressaltos nocturnos. Caímbras nas pernas. Picadas na mucosa ocular e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, xantopsia e obscurecimento da visão, de quando em quando. Aluci-

nações visuais e auditivas. Olfacto diminuïdo e às vezes abolido. Gosta de salgados e azêdos. Mau gôsto e secura da bôca e faringe. Apetite. Náuseas, vómitos e pituitas abundantes. Estomatite vesiculosa. Comissuras labiais gretadas. Língua descorada, complètamente despapilada e com recortes profundos. Afrontamento após a refeição.

Gastralgias. São dores de carácter cortante, irregulares na sua aparição; às vezes um ardor que irradia pelo esófago e lhe susta o respirar.

Meteorismo pronunciado, tendo-se lembrado se está grávida.

Obstipação. Muco-membranas nas fezes.

Dor à pressão, nos pontos epigástrico e solar.

Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Respiração diminuïda e expiração prolongada nos vértices. Respiração suspirante e crises asmatiformes, sobretudo nocturnas.

Ruídos cardíacos ensurdecidos. Palpitações. Pulso pequeno, ritmico. Tensões ao Pachon: TM = 12, Tm = 7. I. O. = 2. R. O. C. positivo. A freqüência baixa de 64 para 52.

Sensação de calor e dores na região lombar. Polaquiuria. Arritmia de eliminação, umas vezes urinas claras, outras, diminuïdas, carregadas, dando um depósito côr de tijolo. Prurido e ardimento vulvar. Menstruação irregular, espaça-se dois, três meses, descorada e pouca abundante. Leucorreia. Foi menstruada, pela primeira vez, aos 18 anos.

Eritema das extremidades, do ante-braço, dorso das mãos e duas primeiras falanges, do têrço inferior das pernas e dorso dos pés.

A pele áspera, sem elasticidade, em descamação por lamelas pigmentadas.

Um ardor e prurido intolerável nas regiões em que o eritema aparece. Reflexos normais.

ANTECEDENTES: Pai falecido e mãe viva e pelagrosa, cuja descrição faço tambem. (Ob. XVI).

Sofre há 15 anos; disseram-lhe ser a anemia e dela se tratou mas, a-pesar-do tratamento, as perturbações nervosas e gástricas jamais a deixaram.

Os eritemas irromperam pela primeira vez há seis anos.

Tem dois filhos. Abôrtos não houve. Acusa sómente a varíola.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Células das vias génito-urinárias, raros leucócitos, elementos de inquinação.

II. — *Caracteres gerais:*

Volume das 24 horas	600 c-c.
Côr	Vermelho-amarela
Aspecto	Turvo
Depósito	Pouco abundante
Cheiro	Urinoso
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15º	1,0182

III. — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	21,878	13,127
Elementos minerais	17,721	10,632
Total das matérias dissolvidas	39,600	23,759
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,603	0,361
Ureia	9,511	5,706
Ácido úrico	0,302	0,181
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,490	0,294
Cloreto de sódio (em Na Cl)	12,168	7,300
Urobilina	0,300	0,180

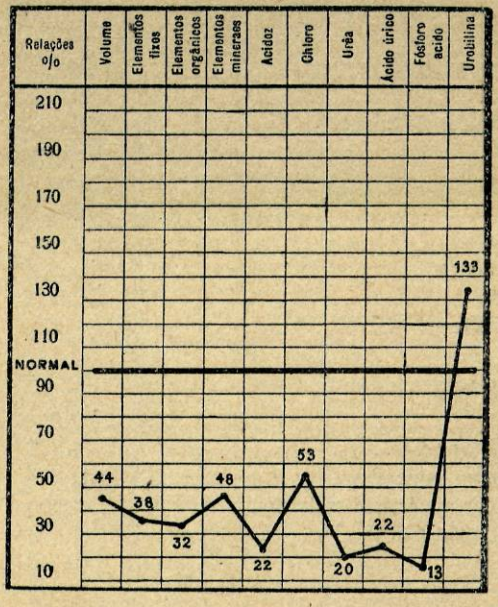
IV. — *Componentes anormais:*

Albumina.	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Contem
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pequena porção

V. — *Relações urológicas* °/₀*:*

Úrica = 3,1 (normal 2,9).
Ureica = 43,4 (normal 70,4).
Desmineralisação = 44,7 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 5,1 (normal 7, 8).

VI. — *Resumo urográfico:*



VIII

M. R. R., de 38 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Friande, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Astenia geral. Anemia das mucosas.

Abatimento moral, caracterizado por uma tristeza inexplicável, por um estado de melancolia, que a faz chorar e afasta da convivência.

Tímida e apreensiva, sem vontade e fôrças para o trabalho de que tem de viver.

Emotiva, as lágrimas provocam-se fàcilmente, bastando dizer-lhe que não tem motivos para tal prostração.

Cefaleias frontais e pêso na cabeça, vertígens, ouras, quedas, em geral para a frente.

A marcha incerta, cambaleante, quando as ouras a apoquentam. Quedas de cabelo. Dorme muito pouco e, se adormece tem sonhos e pesadelos.

Criestesia acentuada. Arrepios generalizados, de ficar tôda a tremer, seguidos de calores difusos e de suores.

Na região lombar raquialgias pronunciadas.

Caímbras nas pernas, arrefecimento, entorpecimento e formigueiros nos membros inferiores. Picadas por todo o corpo com predominância nos membros superiores. Sobres-

saltos nocturnos. Estalidos articulares. Dermografismo Ardência na mucosa ocular e lacrimação. Moscas volantes, diplopia e xantopsia.

Rudeza auditiva e zumbidos. Anosmia incompleta.

Apetite. Secura na bôca e faringe, dificultando-lhe a deglutição e obrigando-a a beber água a cada passo.

Mau gôsto e paladar quási-abolido.

Estomatite difusa, vesiculosa.

Língua vermelha, túmida e recortada. Plenitude após as refeições. Regurgitações, náuseas e vómitos. Gastralgias de carácter constritivo, irregulares na aparição e na duração. Meteorismo. Enteralgias em picada. Por vezes, crises de diarreia serosa. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Pontos celíaco e epigástrico dolorosos à pressão. Diminuïção geral do murmúrio vesicular. Dispneia nocturna e de esfôrço.

Sons cardíacos atenuados em todos os focos e palpitações.

Pulso rítmico, pequeno. Tensões ao Pachon e na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 7. I. O. = 2. Número de pulsações 76. R. O. C. positivo; a freqüência baixa de 70 a 60. Sensação de calor na região vulvar e ardimento na uretra, quando urina. Polaquiuria e nicturia. Urinas, ora claras e abundantes, ora concentradas e em pequena quantidade.

Menstruação descorada e pouco abundante, tendo sido amenorreica meses seguidos. Leucorreia. Reflexos patelares vivos.

Eritemas simétricos dos membros superiores, que se estendem desde o têrço médio dos ante-braços até às falanginhas, já em declínio, a pele sêca a descamar em pequenas lamelas.

ANTECEDENTES: Mãi saüdável e o pai pelagroso. Seis irmãos vivos, tendo falecido um. Uma irmã apresenta pela primavera eritemas semelhantes aos seus.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Raras células das vias génito-urinárias, raros leucócitos.

II. — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas	1.850 c-c.
Côr	Amarela
Aspecto	Límpido
Depósito	Pequeno
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1,014

III. — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	16,014	30,426
Elementos minerais	14,786	28,093
Total das matérias dissolvidas	30,800	58,519
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,319	0,606
Ureia	6,974	12,913
Ácido úrico	0,470	0,893
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,500	0,950
Cloreto de sódio (em Na Cl)	10,062	19,117
Urobilina	0,100	0,190

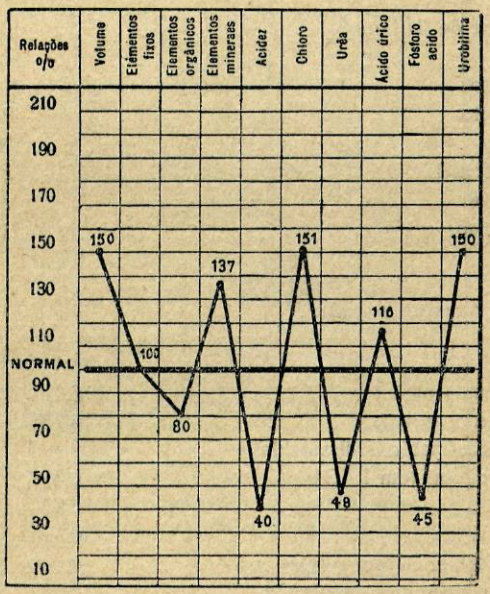
IV. — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pequena porção

V. — *Relações urológicas o/o :*

Úrica = 6,9 (normal 2,9).
Ureica = 42,4 (normal 70,4).
Desmineralisação = 48,0 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 7,3 (normal 7,8).

VI. — *Resumo urográfico*:



IX

R. A., de 35 anos, solteira, proprietária, natural da freguesia de Ferreiros, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Astenia muscular, abatimento físico e moral. Muito impressionável e de susceptibilidade exagerada, o menor contratempo a concentra numa tristeza de lágrimas e a deixa trémula. Pouco expansiva, comprazendo-se em viver e andar isolada. Tudo a irrita e aborrece, um mal-estar geral a invade e prostra.

Na cabeça é um pêso constante, um «doudem» e vertígens, que a fazem cair se não se ampara seja ao que fôr, e o seu andar, várias vezes, quando as tonturas a perseguem, lembra um ébrio, aos ziguezagues. Isto, mais que o resto, acabrunha-a e põe-na apreensiva.

Criestesia, entrecortada de arrepios amiüdados seguidos de calores difusos e de suores. Dermografismo. Efidrose nos pés e mãos. Sobressaltos nocturnos e pesadelos, que lhe povoam o sono e a deixam intranqüila.

Raquialgias na região lombar. Caímbras nas pernas, adormecimento e formigueiros das extremidades inferiores.

Ardimento na mucosa ocular, moscas volantes e diplopia. Zumbidos. Apetite. Digestões rápidas, que duas horas depois das refeições encontra-se com a mêsma vontade de comer.

Ptialismo. Estomatite difusa vesiculosa, as gengivas vermelhas túrgidas e sangrentas e a mucosa bucal despegando-se aos retalhos. Língua vermelha e entumescida e algo recortada.

Gôsto amargo, náuseas, vómitos, eructações e regurgitações de uma aguadilha de mau sabor. Meteorismo. Enteralgias. Dejecções normais. Ponto celíaco doloroso à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Díminuïção do murmúrio respiratório e expiração prolongada nos vértices.

Ruídos cardíacos atenuados e palpitações. Pulso pequeno, rítmico. Número de pulsações 72. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12,5, Tm = 7, I. O. = 3. Ardimento e calor na região vulvar.

Polaquiuria e nicturia. Menstruação descorada e leucorreia. Reflexos patelares vivos.

Eritemas ocupando, nos membros superiores, os antebraços, o dorso das mãos e as falanges e nos membros inferiores o têrço inferior das pernas e dorso dos pés.

ANTECEDENTES: A mãe viva, o pai falecido. Tem uma irmã com eritemas todos os anos pela primavera.

Acusa o sarampo e nenhuma outra doença, a não ser esta de que se queixa. Os seus eritemas há dez anos que os vê aparecer pelo verão.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Raras células das vias urinárias, alguns leucócitos.

II — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas	1.000 c. c.
Côr	Amarelo-alaranjada
Aspecto	Levemente turvo
Depósito	Pequeno
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15º	1,0197

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	25,859	25,859
Elementos minerais	15,941	15,941
Total das matérias dissolvidas	41,800	41,800
Acidez total (em $P^2 0^5$)	0,603	0,603
Ureia	12,501	12,501
Ácido úrico	0,557	0,557
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,740	0,740
Cloreto de sódio (em Na Cl)	10,647	10,647
Urobilina	0,120	0,120

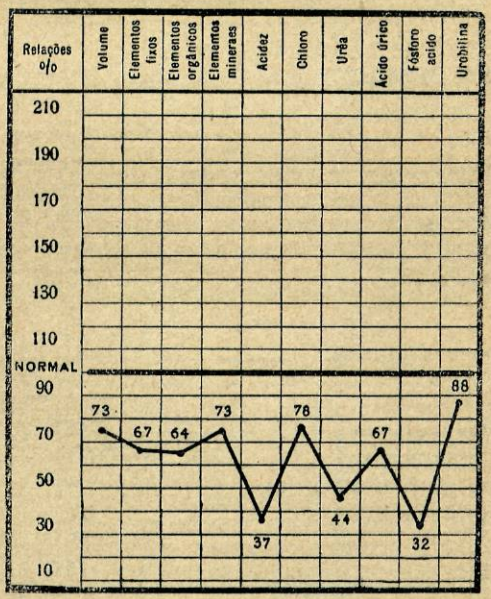
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Vestígios muito leves
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Indican	Abundante

V — *Relações urológicas* %:

Úrica = 4,4 (normal 2,9)
Ureica = 48,3 (normal 70,4)
Desmineralisação = 38,1 (normal 35,1)
Fosfo-ureica = 5,9 (normal 7,8).

VI — *Resumo urográfico:*



X

A. da S., de 18 anos, solteiro, jornaleiro, residente na freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctico. Pele e mucosas anemiadas. astenia e abatimento moral. Aborrecido e gostando de andar só.

Cefaleias frontais, pêso na cabêça e vertigens. Queda do cabelo.

De quando em quando, acessos de calor por todo o corpo, seguidos de suores abundantes.

Nevralgias intercostais e dores e calor na região lombar.

Edemas palpebrais fugazes. Sonhos freqüentes e pesadelos.

Caímbras nas pernas, entorpecimento e formigueiro nos membros inferiores. Sobressaltos nocturnos. Ardência na mucosa ocular e lacrimação. Diplopia. Zumbidos. Apetite. Mau gôsto e regurgitações de uma aguadilha amarga, a cada passo. Muita sêde. Secura na bôca e faringe.

Disfagia. Náuseas e vómitos. Estomatite catarral. As gengivas vermelhas e sangrentas, a língua túrgida, vermelha, não despapilada e com recortes na parte média. Abóbada palatina ogivada, as amígdalas entumescidas. Afrontamento

após as refeições. Gastralgias de caracter cortante, assaz amiüdadas. Calores no abdómen e meteorismo. Pontada, ora no hipocôndrio direito, ora no esquerdo.

Obstipação. Ponto epigástrico doloroso à pressão.

Diminuïção generalizada do murmúrio respiratório. Sons cardiacos abafados e palpitações. Pulso rítmico. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2,5. Número de pulsações 80. R. O. C. positivo. A freqüência baixa de 80 a 64.

Ardor uretral à passagem da urina, parece que o queima.

Polaquiuria e disuria.

Reflexos patelares vivos.

Eritemas simétricos do têrço inferior dos ante-braços e dorso das mãos. Tem-nos duas e três vezes por ano, a primeira pela primavera.

Sensações de prurido e calor nas regiões em que êles surgem. A descamação é furfurácea e a pele fica muito sêca e áspera. Desde os dez anos, que os eritemas lhe aparecem.

ANTECEDENTES: Não acusa outras afecções. Pais vivos e pelagrosos.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Células das vias urinárias, raros leucócitos.

II — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas.	1.450 c. c.
Côr	Amarelo-alaranjada
Aspecto	Límpido
Depósito	Quási nulo

Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1,0235

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	28,060	42,090
Elementos minerais	22,540	33,810
Total das matérias dissolvidas	50,600	75,900
Acidez total (em P^2O^5)	1,242	1,863
Ureia	11,832	17,748
Ácido úrico	0,504	0,756
Ácido fosfórico (em P^2O^5)	1,300	1,950
Ácido sulfúrico (em SO^3) mineral	1,233	1,849
Ácido sulfúrico (em SO^3) dos sulfos conjugados	0,090	0,135
Enxofre neutro (em SO^3)	0,491	0,736
Cloreto de sódio (em NaCl)	14,800	22.200
Urobilina	0,120	0,180

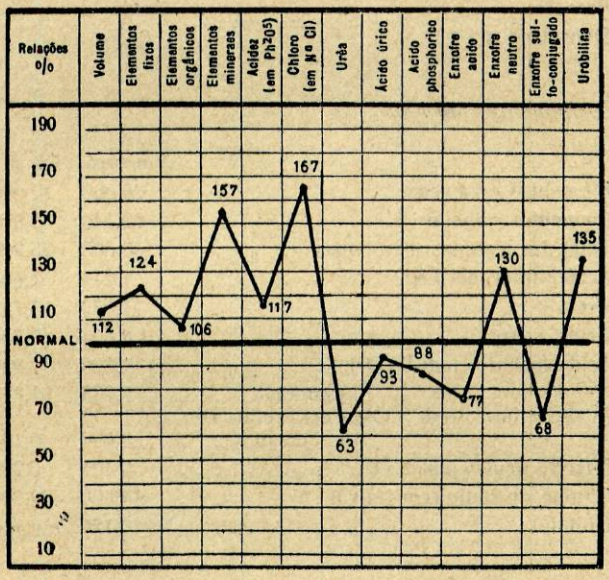
IV — *Componentes anormais:*

Albumina	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pouco abundante

V — *Relações urológicas* %:

Úrica = 4,2 (normal 2,9).
Ureica = 42,1 (normal 70,4).
Desmineralisação = 44,5 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 10,9 (normal 7,8).
Sulfo-ureica = 11,1 (normal 9,1).
Fosfo-sulfúrica = 98,2 (normal 86,2).
Sulfo-conjugação = 6,8 (normal 7,7).
Sulfúrica = 27,0 (normal 17,1).

VI — *Resumo urográfico:*



XI

M. E., de 25 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Galegos, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Palidez acentuada da pele e anemia das mucosas. Emmagrecimento notável, miastenia e depressão moral. Emotividade.

Cefaleias difusas, vertigens, movimentos propulsivos que a fazem cair. Pesadelos. Quedas do cabelo. Prurido. Suores profusos. Criestesia. Edemas maleolares, duros, de pouca demora,

Raquialgias. Caímbras das pernas. Formigueiros, arrefecimento e entorpecimento das extremidades. Sobressaltos nocturnos. Pescoço volumoso com gânglios salientes, havendo à esquerda cicatrizes de adenites supuradas. O aspecto da face e do pescoço contrastam com o resto do corpo, duma magresa acentuada. Cabelos louros, os olhos azuis. Ardimento na mucosa conjuntival.

Diplopia e moscas volantes. Alucinações auditivas. Apetite. Sêde. Mau gôsto e regurgitações amargas. Vómitos, náuseas e eructações. Estomatite. Língua vermelha e despapilada. Abóbada palatina ogivada. Afrontamento após as refeições. Ardor no estômago. Flatulência. Enteralgias. Diarreia serosa. Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Murmúrio vesicular diminuïdo, broncofonia e expiração prolongada nos vértices. Movimentos respiratórios 24. Crises asmatiformes, respiração suspirante.

Sons cardíacos abafados em todos os focos. Palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Número de pulsações 96. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm = 7., I. O. = 2. Polaquiuria e disuria.

Calor na região vulvar e ardimento uretral.

Menstruação irregular e descorada, sendo menstruada pela primeira vez aos 19 anos. Leucorreia. Reflexos patelares vivos.

Eritemas simétricos dos ante-braços, do dorso das mãos e dos pés. Descamação furfurácea da pele.

ANTECEDENTES: De passado mórbido o sarampo, a varíola e a disenteria bacilar. Os eritemas, tem-nos há quatro anos.

Análise da urina

I. — *Exame microscópico:*

Numerosos cristais de fosfato, amoníaco-magnesiano, raras células das vias génito-urinárias.

II. — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas	700
Côr	Amarelo-pálida
Aspecto	Muito turvo
Depósito	Abundante
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15°	1,0165

III. — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	23,818	16,672
Elementos minerais	11,382	7,967
Total das matérias dissolvidas	35,200	24,639
Acidez total (em $P^2 O^5$)	0,390	0,273
Ureia	12,325	8,627
Ácido úrico	0,269	0,138
Ácido fosfórico (em $P^2 O^5$)	0,350	0,245
Ácido sulfúrico (em $S O^3$) mineral	0,974	0,681
Ácido sulfúrico (em $S O^3$) dos sulfos conjugados	0,078	0,054
Enxofre neutro (em $S O^3$)	0,278	0,194
Cloreto de sódio (em Na Cl)	7,780	5,449
Urobilina	0,100	0,070

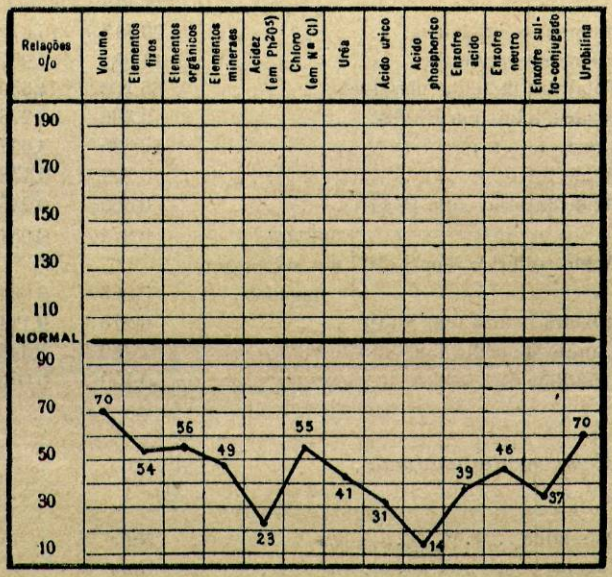
IV. — *Componentes anormais:*

Albumina	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pequena porção

V. — *Relações urológicas %:*

Úrica = 2,1 (normal 2,9).
Ureica = 51,7 (normal 70,4).
Desmineralisação = 32,3 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 2,8 (normal 7,8).
Sulfo-ureica = 8,5 (normal 9,1).
Fosfo-sulfúrica = 33,2 (normal 86,3).
Sulfo-conjugação = 7,4 (normal 7,7).
Sulfúrica = 20,9 (normal 17,1).

VI. — *Resumo urográfico*:



XII

A. R., de 24 anos, solteiro, criado de lavoura, natural da freguesia de Serzedelo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctico. Tom pálido da pele e anemia das mucosas. Astenia acentuada, cansaço fácil, qualquer esfôrço o extenua. Tristeza e aborrecimento. Vertígens, cefaleias de predomínio frontal, pêso na cabeça.

Quedas de cabelo. Sonhos e pesadelos.

Arrepios, depois muito calor por todo o corpo, sente-se afogueado e começa a suar.

Hiperidrose. Sensação de calor e ardimento na planta dos pés. Criestesia. Prurido. Picadas na mucosa ocular. Moscas volantes e diplopia. Obscurecimento visual, de quando em vez. Alucinações auditivas.

Mau gôsto, regurgitações de uma aguadilha amarela e amarga, náuseas e vómitos. Secura na bôca e faringe, bebendo muita água. Estomatite aftosa. Apetite. Afrontamento após as refeições. Língua totalmente despapilada. Abóbada palatina em ogiva. Flatulência. Ardor e por vezes uma dor fina no estômago. Ponto epigástrico doloroso à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Obstipação. Sensação de alfinetadas pelos cólones. Murmúrio respiratório diminuïdo. Dispneia de esfôrço e crises asmatiformes.

Ruídos cardíacos ensurdecidos. Pulso pequeno e rítmico. Número de pulsações 96. Tensões ao Pachon, na umeral dir: Tm = 10,5, Tm = 6,5, I. O. = 1,5.

Dores e calor na região lombar. Formigueiros, entorpecimento das extremidades e sobressaltos nocturnos. Caímbras. Edemas fugazes e indolentes nos maléolos e palpebras. Polaquiuria. Ardência uretral, quando urina. Reflexos olecranianos vivos. Sinal de Babinski.

Eritemas simétricos, estendendo-se desde o têrço inferior do ante-braço até à falanginha e ocupando nos membros inferiores o dorso dos pés.

Por ocasião dos eritemas, que aparecem duas e três vezes por ano, formam-se, nas regiões em que êles irrompem, bolhas de líquido seroso.

ANTECEDENTES. O pai falecido e a mãe viva e pelagrosa. Eram nove irmãos, dos quais vivem apenas cinco, não sabendo dizer com que morreram os quatro. Em criança tivera o sarampo.

Pela primeira vez, há cinco anos, fizera eritemas, embora há mais tempo se sentisse muito fraco, triste, com dores arráticas, cefaleias e vertígens e se queixasse do estômago.

Análise da urina

I — *Exame microscópico:*

Numerosos cristais de fosfato amoníaco-magnesiano.

II — *Caracteres gerais:*

Volume de 24 horas	1.000
Côr	Amarelo-alaranjada
Aspecto	Límpido
Depósito	Quási nulo
Cheiro	Normal
Consistência	Flúida
Reacção	Ácida
Densidade a 15º	1,0159

III — *Componentes normais:*

	Por litro	Por 24 h.
Elementos orgânicos	19,079	19,079
Elementos minerais	13,921	13,921
Total das matérias dissolvidas	33,000	33,000
Acidez total (em P^2O^5)	Alcalina	
Ureia	7,357	7,357
Ácido úrico	0,638	0,638
Ácido fosfórico (em P^2O^5)	0,350	0,350
Cloreto de sódio (em Na Cl)	9,594	9,594
Urobilina	0,120	0,120

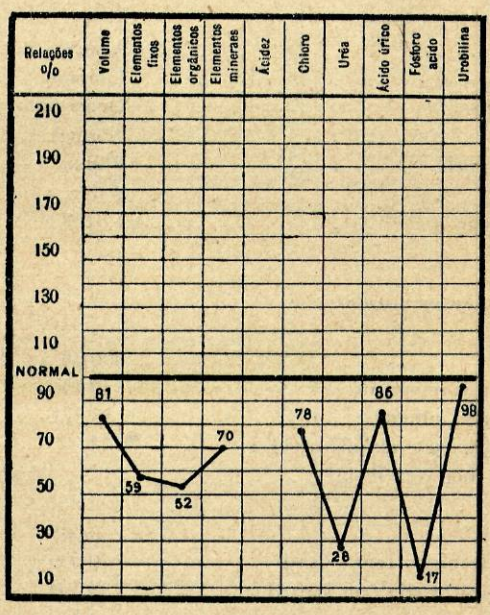
IV. — *Componentes anormais:*

Albumina	Nula
Glucose	Nula
Pigmentos biliares	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican	Pouco abundante

V — *Relações urológicas %:*

Úrica = 8,6 (normal 2,9).
Ureica — 38,5 (normal 70,4).
Desmineralisação = 42,1 (normal 35,1).
Fosfo-ureica = 4,7 (normal 7,8).

VI. — *Resumo urográfico:*



XIII

J. B. de A., de 73 anos, viuvo, proprietário, natural da freguesia de Louredo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctico. Astenia profunda e emmagrecimento acentuado. Atrofias musculares; o seu andar cambaleante, sempre amparado a um pau denota e marca o seu exaurimento somático. E a inércia das funções do seu espírito não é menor; assim é que a amnésia é quási completa, a associação de ideias faz-se com dificuldade, respondendo morôsamente e a custo ao interrogatório que se lhe faz e na esfera afectiva a indiferença pelos seus fere e magôa os que com êle convivem. Concentrado e desconfiado, apraz-lhe a solidão, levando uma vida de aborrecimento e tristezas.

Duma emotividade que confrange, queixa-se a chorar, lastimando a sua sorte, o seu sofrimento interior, o aniquilamento físico em que se encontra, mal podendo andar porque vertígens amiüdadas o atiram ao chão.

Tom bronzeado da pele e lividez da mucosa labial.

Cefaleias difusas, tonturas, pêso na cabeça.

Criestesia, um frio constante, que o não deixa; ainda nos dias de maior calor, lá anda envolto num capote, sempre arrepiado. De quando em quando, tremuras, quer de verão,

quer de inverno, seguidas de calores pelo corpo. Trémulo persistente das extremidades superiores, que se agrava com os movimentos.

Insónias tenazes; são noites seguidas que não consegue adormecer e nas que dorme algumas horas, o sono povoado de pesadelos. Prurido generalizado e dôres erráticas. Raquialgias, especialmente acentuadas na região lombar.

Caímbras nas pernas, sobressaltos nocturnos, arrefecimento, entorpecimento e formigueiros das extremidades. Picadas na planta dos pés. Sufusões sangüineas pelos membros e estalidos articulares. Edemas fugazes, palpebrais e maleolares. Suores profusos. Onicorrexis. Alucinações visuais, diplopia. Hipoacusia e alucinações auditivas.

Anosmia. Bolimia e polidipsia. Afrontamento após as refeições, digestões rápidas, passadas poucas horas o mêsmo apetite como se não tivesse comido.

Mau gôsto e muita secura na bôca e faringe.

Paladar abolido. Estomatite vesiculosa. Ptialismo. Língua complètamente despapilada e com recortes. Pituitas. Eructações, náuseas e vómitos. Meteorismo. Gastralgias e enteralgias em picada. Por vezes a impressão de que um bicho se revolve adentro do abdómen.

Diarreia serosa, sem cólicas; durante anos e anos fôra, porém, um obstipado.

Pontos epigástrico e celíaco dolorosos á pressão.

Fígado atrofiado. Diminuïção generalizada do murmúrio vesícular, acentuada nos vértrices, com expiração prolongada e broncofonia.

Dispneia de esfôrço, crises asmatiformes, sôbretudo nocturnas. Ruídos cardíacos muito ensurdecidos em todos os focos. Palpitações.

Pulso pequeno e rítmico. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm = 6, I. O. = 1,5. Freqüência 80. Ardor uretral ao urinar.

Nicturia e polaquiuria.

Reflexos patelares, olecranianos e radiais exagerados.

Hipoestesia ao tacto, à dor e ao calor nas extremidades.

A pele do têrço inferior dos ante-braços e dorso das mãos rugosa, sêca e com placas pigmentadas, descamando-se em largos retalhos. No dorso dos pés a pele muito áspera e com excoriações profundas nos calcanhares.

ANTECEDENTES: Pais falecidos, a mãe duma pneumonia, o pai não sabe com quê, mas era pelagroso. Em criança o sarampo e em 1918 a gripe. Dos eritemas sofre há trinta anos, pouco mais ou menos.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA: Viveu êste doente oito meses apenas, depois que o examinei e morreu, como morrem os pelagrosos, quando atingem a confusão mental, com insónias rebeldes, não associação de ideias, articulando palavras sem nexo, desorientação no espaço e no tempo, não precisando o logar em que estava, a cama, nem a época do ano, com incontinência de fezes e urinas.

Dez anos antes tivera já um acesso amencial, traduzido por agitação motora; rasgava a roupa, vagueava alucinado e só falava em suïcidar-se por afogamento. Fôra necessário vigiá-lo de perto e constantemente, emquanto não melhorara.

XIV

A. J. S., de 60 anos, viuvo, mendigo, natural da freguesia de Monsul, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: — Apiréctico. Tom bronzeado da pele e mucosas anemiadas. Astenia profunda e emmagrecimento acentuado. Cansaço permanente. Fácies apática, impregnada duma tristeza, que o desalenta. Debaixo do pêso duma melancolia esmagadora anda sempre a chorar, aborrecido de tudo. O seu maior desejo seria não se encontrar com alguem. Interrogado àcêrca dos motivos da sua tristeza não responde, chora; mas se mudarmos de assunto já nos escuta e dá resposta.

Se o incomodam, se o contrariam, fica todo a tremer. Anorexia. Come qualquer coisa, diz, para não morrer; mas a sêde é tanta que lhe tem apetecido deixar-se ficar nas fontes, onde vai beber. Na bôca é tamanha a secura e tal o calor no ventre que desejaria uma calha de agua para o refrescar continuamente. Amnésia de fixação. Cefaleias difusas. Pêso na cabeça, tonturas, vertígens, sensação de lume nas bossas parietais. Insónias rebeldes. Na cabeça, lá dentro, guinadas. Movimentos involuntários propulsivos e quedas a cada passo, sempre para a frente.

Arrepios freqüentes, de dia e de noite, seguidos de muito calor por todo o corpo e de suores abundantes. Na planta dos pés sensação constante de calor; mesmo em

noites de inverno não os pode agasalhar. Criestesia. Suores nocturnos profusos. Dores erráticas, sobretudo raquialgias. Prurido generalizado intenso.

Caímbras nas pernas, entorpecimento, arrefecimento e formigueiros das extremidades. Estalidos articulares. Sufusões sangüineas nos braços e ante-braços. Acrocianose. Onicorrexis. Picadas nas conjuntivas e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, xantopsia, hemeralopia e ambliopia.

Alucinações visuais. Acüidade auditiva muito diminuïda, zumbidos, alucinações: ouve ruidos, vozes a chamarem-no. Anosmia. Anorexia polidipsia e agueusia. Hábitos alcoólicos. Mau gôsto na bôca constante. Regurgitações de uma aguadilha amarela e amarga, principalmente de manhã. Ptialismo desmarcado. Náuseas, vómitos, eructações. Estomatite vesiculosa; os lábios gretados, especialmente nas comissuras e as gengivas descoradas, túrgidas e sangrando fàcilmente.

A língua complètamente despapilada, com recortes profundos de predominância longitudinal e com movimentos vermiculares. Gastralgias de caracter cortante e por vezes raquialgias com dores em cintura, lancinantes. Por todo o ventre um calor enorme, parece uma fornalha, diz o doente; êsse calor sobe pelo esófago, tolda-o e fá-lo cair. Abdómen meteorisado e enteralgias em picada. Diarreia serosa. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Pontos epigástrico, solar e de Martineau dolorosos à pressão. Fígado reduzido de volume. Diminuïção generalizada do murmúrio vesicular, expiração prolongada e broncofonia nos vértices. Movimentos respiratórios 40. Respiração suspirante. Dispneia de esfôrço e acessos dispneicos nocturnos. Sons cardíacos abafados em todos os focos. Palpitações. Pulso pequeno, com 88 pulsações. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm = 7, I. O. = 2. Polaquiuria e nicturia.

Urinas ora claras, ora carregadas, dando um depósito

vermelho escuro e provocando grande ardimento na passagem pela uretra. Reflexos olecranianos, radiais, patelares e aquilianos exagerados. Paresia espástica dos membros inferiores.

Eritemas ocupando os ante-braços, a região dorsal das mãos e as primeiras falanges, as pernas e a região dorsal dos pés, as regiões malares, a frontal, as laterais do pescoço e o punho do esterno, constituindo a gravata de Casal; estava na fase de declínio, a pele descamando-se em lamelas escuras, de superfície áspera, rugosa e sêca.

Com êste tom das escamas contrastava o aspecto liso e avermelhado dos pontos, onde a descamação já se tinha dado. É assim, diz o doente, que a pele, nas regiões citadas, lhe sai aos retalhos todos os anos, duas e três vezes; mas antes, quando o rubor aparece, formam-se bolhas de um líquido sero-sangüinolento nos ante-braços e dorso das mãos e entre os dedos vesículas de líquido seroso. Essas regiões ficam edemaciadas, edema que pouco a pouco vai regressando.

No início é uma ardência, um prurido insuportáveis, depois, êsse mal-estar atenua-se e desaparece por fim.

ANTECEDENTES: Acusa uma pneumonia e a gripe em 1918.

Há anos, não podendo precizar há quantos, aparecem-lhe pela primeira vez os eritemas; foi trabalhando sempre na lavoura, embora nos últimos anos com muito custo, porque as fôrças iam-lhe faltando até que, não podendo mais, principiou de mendigar.

Afirma ter tido, de quando em quando, edemas nos pés, nas pernas e nas palpebras, que desaparecem passados dias.

Teve quatro filhos. Um morreu, não sabe com quê, e dos três restantes nâo pode dar informações, que vivem fóra do país. Seus pais tinham eritemas nas extremidades todos os anos.

XV

M. J. da S., de 65 anos, solteira, jornaleira, natural de Monsul, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Astenia profunda, amiotrafias pronunciadas. A pele de tom bronzeado e as mucosas anemiadas. Fraqueza, lassitude, um torpor físico que a prostra. Aborrecendo o convívio, sai de casa raras vezes.

Os traços apagados, os olhos fixos no chão, todo o seu aspecto denota o estado de abatimento em que o seu espírito se encontra. Sempre triste, umas vezes chora de pensar no seu viver, outras sem motivo.

De uma impressionabilidade exagerada irrita-se por uma razão fútil e deixa de falar para a sobrinha, por quem fôra muito dedicada, e para a irmã, com as quais vive. Muito tímida e desconfiada.

Amnésia. Nega afirmações que fizera há pouco e, se a contrariam, fica numa grande excitabilidade, barafusta e insulta.

Nos domínios da vontade há perturbações da actividade consciente e ordenada; qualquer trabalho que principie é incapaz de o levar ao fim.

Cefaleias difusas, vertígens e quedas freqüentes. Pêso e sensação de marteladas dentro da cabeça. Incoordenação motora.

Criestesia, acroparestesia e acrocianose. Hiperidrose. Tremuras de quando em quando, para em seguida ficar afogueada. Calor e grande ardimento na região plantar.

Estalidos articulares. Prurido. Raquialgias na região lombar. Caímbras nas pernas e formigueiros das extremidades. Sobressaltos nocturnos. Oníxis. Insónias incompletas e pesadelos. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Miose e fenda palpebral reduzida. Alucinações visuais elementares e figuradas.

Hipoacusia e alucinações auditivas. Anosmia. Bolimia e preversão do paladar. Polidipsia. Ptialismo. Estomatite vesiculosa. Disfagia. Língua complètamente despapilada e com recortes profundos. Náuseas, vómitos, eructações e regurgitações amargas. Pirose. Meteorismo. Enteralgias.

Obstipação, alternando com crises diarreicas. Sensação de calor no abdómen. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Ponto epigástrico doloroso á pressão. Murmúrio vesicular diminuïdo. Dispneia de esfôrço e acessos asmatiformes. Ruídos cardíacos ensurdecidos. Palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Numero de pulsações 68. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm = 8, I. O. = 1,5.

Ardimento uretral. Polaquiuria e nicturia.

Reflexos olecranianos e patelares exagerados.

Eritemas no ante-braço, dorso das mãos e primeiras falanges, no têrço inferior das pernas e dorso dos pés. A descamação em placas escuras e sêcas; nos pontos em que a exfoliação se tinha feito, a pele friável e dum tom avermelhado; era o terminar da segunda irrupção no presente ano.

ANTECEDENTES: Pais falecidos. São sete irmãos todos vivos. Uma irmã, a que conheço, é também pelagrosa.

Nunca tivera outras doenças além desta de que se queixa e do sarampo. Os eritemas apareceram-lhe há trinta anos e dêles vem sofrendo todos os anos.

XVI

M. T. F., de 61 anos, viuva, costureira, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Tom esverdeado da pele e anemia das mucosas. Emmagrecimento e astenia geral pronunciada; a depressão física e a prostração moral correm parelhas, faltam-lhe as fôrças para poder trabalhar e a vida, enevoada de apreensões, agüenta-a como a um pesadelo.

O isolamento, procura-o propositàdamente, que as conversas dos outros incomodam-na e irritam-na. Cefaleias frontais, de preferência nocturnas, estalidos dentro da cabeça, ouras, freqüentes vertígens, que a fazem cambalear e cair. Quando as ouras insistem, o seu andar é aos ziguezagues, o que lhe acontece muitas vezes, de manhã, ao levantar. Trémulo da cabeça e das mãos, por vezes. Calores generalizados, descobrindo-se quando está deitada, após os quais surgem arrepios e uma sensação de frio extraordinário. Dores erráticas e picadas ou prurido na planta dos pés. Caímbras nas pernas, formigueiros, arrefecimento e entorpecimento das extremidades, sensação de dedo morto e sobressaltos nocturnos. Unhas grossas e crescendo muito. Suores profusos. Estalidos articulares. Insónias pertinazes, são noites seguidas sem conseguir adormecer e quando concilia o sôno, pesadelos fre-

qüentemente lhe perturbam o repouso e a acordam. Queda de cabelo. Dores na região lombar, que a apertam em cintura, imobilizando-a. Alucinações visuais, moscas volantes, diplopia, xantopsia e ambliopia. Acüidade auditiva assaz diminuïda e alucinações. Anosmia. Paladar abolido. Apetite. Ptialismo. Mau gôsto e secura na bôca e faringe. Estomatite vesiculosa. Lingua profundamente golpeada. Regurgitações de uma aguadilha insípida, vómitos, náuseas, eructações e pirose. Plenitude após as refeições com digestões rápidas. Flatulência e meteorismo. Gastralgias de tipo constritivo, que surgem de repente, a qualquer hora, e terminam bruscamente. Enteralgias e obstipação.

Pontada no hipocôndrio esquerdo. Pontos celíaco e epigástrico dolorosos a pressão.

Murmúrio vesicular diminuïdo e expiração prolongada nos vértices. Dispneia de esfôrço e crises asmatiformas. Inspirações profundas, respiração suspirante. Ruídos cardíacos ensurdecidos em todos os fócos e palpitações. Pulso pequeno e instável. Número de pulsações 60. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm. = 7, I. O. = 2. Sensação de calor e ardimento na região vulvar. Polaquiuria e secreção urinária irregular, as urinas, ora claras e abundantes, ora carregadas, dando um depósito grande.

Reflexos patelares vivos. A pele dos ante-braços e dorso das mãos e dos pés sêca, rugosa e friável. Durante trinta anos pouco mais ou menos, nunca deixaram de lhe aparecer os eritemas vernais nas extremidades, há dez é que não mais voltaram, tendo-se-lhe agravado os seus padecimentos gástricos e nervosos.

ANTECEDENTES: Pais falecidos tendo sido a mãe pelagrosa. Acusa uma febre tifóide e o sarampo. Tem três filhos e duas filhas; dos filhos um é epiléptico e outro pelagroso e as filhas ambas pelagrosas, das quais descrevo uma. (Obs. VII).

XVII

P. R., de 66 anos, viuva, doméstica, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Pele de tom esverdeado e anemia das mucosas. Fadiga geral, acentuada de manhã. Muita tristesa, sempre aborrecida.

O seu mal-estar é tamanho, que a torna apreensiva e sem gôsto pela vida. Procura o isolamento, o convívio incomoda-a. Emotiva.

Cefaleias frontais, pêso na cabeça, vertígens, sensação de que tudo anda de redor. Senta-se para não cair; de resto, tem dado muitas quedas. Sempre com receio de achegar-se do lume, para cosinhar, temendo morrer queimada. Movimentos propulsivos, marcha cambaleante, aos ziguezagues. Criestesia. Arrepios freqüentes, seguidos de calor por todo o corpo e de suores abundantes. Raquialgias lombares, que difundem pelo abdómen, apertando-a em cintura. Nevralgias intercostais. Caímbras nas pernas, entorpecimento e formigueiro das extremidades, sobressaltos nocturnos. Trémulo da cabeça e trémulo intencional das mãos. Pruridos. Hiperidrose. Estalidos articulares. Sensação de muito calor na planta dos pés.

Edemas maleolares e palpebrais, duros, pouco persistentes.

Picadas na mucosa ocular e lacrimação. Obnubilação visual e alucinações. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Hipoacusia e alucinações auditivas. Olfacto reduzido. Agueusia. Anorexia. Na bôca muita secura e mau gôsto.

Eructações, náuseas, vómitos sêcos. Estomatite vesiculosa, a mucosa bucal desprendendo-se em largos retalhos, a saliva tão pouca que lhe custa falar. Depois, passada a estomatite, sialorreia. Língua grossa, recortada e com trémulo vermicular. Dor fina, de picada de agulha no estômago; diz ainda parecer-lhe ter lá dentro uma fogueira que lhe esquenta o esófago, e o abdómen. Meteorismo. Pontos epigástrico e de Martineau dolorosos quando premidos. Enteralgias.

Murmúrio vesicular diminuïdo e expiração prolongada nos vértices. Inspirações profundas, respiração suspirante. Crises dispnéicas nocturnas, que chegam a acordá-la e tem de levantar-se. Ruídos cardíacos abafados.

Palpitações freqüentes. Pulso pequeno. Número de pulsações 68. R. O. C. positivo (a freqüência baixa para 56). Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 6, I. O. = 2. Calor vulvar e ardimento na uretra à passagem da urina. Polaquiuria, nicturia e disuria. Exagêro dos reflexos patelares.

De eritemas nunca sofreu, embora o seu mal seja antigo, agravando-se ultimamente os sintomas nervosos e abdominais.

ANTECEDENTES: Acusa sómente o sarampo. Nenhuma outra doença, a não ser esta de que se queixa presentemente e de que há muitos anos vem sofrendo. É engeitada. Teve sete filhos, dos quais vivem três; um morrera de varíola, outro de disenteria, o terceiro na grande guerra, o quarto tuberculoso. Não houve abôrtos.

XVIII

M. do R., de 65 anos, casada, jornaleira, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Astenia e emmagrecimento notáveis, a panícula adiposa extremamente reduzida.

A depressão física tão acentuada que o pouco que trabalha, fá-lo com grande custo. Pele e mucosas anemiadas. Tristeza e emotividade. Hemicrania esquerda, pêso na cabeça e sensação de marteladas dentro dela. Vertígens e quedas amiúde para a frente. Marcha ziguezagueante muitas vezes. Criestesia. Caímbras nas pernas, arrefecimento, entorpecimento e formigueiros das extremidades. Sobressaltos nocturnos. Dor e calor na região lombar.

Ardimento e queimor na planta dos pés. Estalidos articulares. Picadas pelo corpo. Sufusões sangüíneas nos membros superiores. Prurido generalizado. Edemas palpebrais e maleolares fugases. Onicorrexis. Insónias. Arrepios freqüentes, seguidos de uma sensação de muito calor. Picadas na mucosa conjuntival e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Alucinações visuais. Hipoacusia e alucinações auditivas. Apetite. Digestões rápidas. Eructações, regurgitações, náuseas e vómitos.

Gengivas vermelhas, túrgidas e sangrando fàcilmente.

Lábios gretados, sobretudo nas comissuras.

Secura, mau gôsto e calor na bôca, tendo de beber muita agua, mesmo de noite.

Ardimento na língua, custando-lhe comer.

Língua complètamente despapilada e recortada.

Preversão do paladar, gostando muito de azedos e salgados.

Pirose. Meteorismo. Enteralgias. Dejecções normais. Pontada no hipocôndrio esquerdo, raras vezes no direito. Pontos celíaco, epigástrico e de Martineau dolorosos à pressão. Murmúrio vesicular diminuïdo e expiração prolongada nos vértices. Movimentos respiratórios 20. Dispneia de esfôrço e crises asmatiformes nocturnas.

Sons cardíacos atenuados. Palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Freqüência 72. Tensões ao Pachon na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 6, I. O. = 2. Ardor uretral. Calor e ardimento na região vulvar.

Polaquiuria e disuria.

Reflexos tendinosos diminuïdos. A pele do têrço inferior dos ante-braços e dorso das mãos friável, sêca, com escamas pigmentadas. Os eritemas, tem-nos duas e três vezes no ano, em março, por maio ou junho e no outono. Acompanham-se de prurido e muito calor e duram duas a três semanas; a descamação faz-se em retalhos deixando uma pele lisa e de tom róseo.

ANTECEDENTES: Pais falecidos. A mãe tivera eritemas. muitos anos. Uma sua irmã é também pelagrosa. Não houve filhos. Acusa o sarampo, a varíola e uma febre tifóide.

XIX

R. M. da S., de 55 anos, solteira, jornaleira, natural de Monsul, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Anemia da pele e das mucosas. Fadiga fácil, depressão moral, emotividade e tristeza, que lhe escurentam a existência.

Tímida e desconfiada, julga que todos dela falam e a malsinam.

Sem fôrças, e um cansaço, uma lassidão que a oprimem. Pêso na cabeça vertígens e quedas. Loquacidade.

Hemicrania esquerda ou cefaleias difusas.

Marcha indecisa, cambaleante. Hipertonicidade muscular. Estalidos articulares. Criestesia. Raquialgias, mais acentuadas nas regiões cervical e lombar. Dores erráticas. Hiperidrose. Arrepios seguidos de calores por todo o corpo e de suores abundantes.

Na planta dos pés um queimor tal, que os descobre, na cama, em noites de inverno.

Formigueiros, sobretudo nos membros superiores, caímbras nas pernas. Sobressaltos nocturnos. Insónias. Pesadelos. Moscas volantes, diplopia, xantopsia e ambliopia. Alucinações visuais. No verão ardência na mucosa ocular e lacrimação. Hipoacusia e alucinações auditivas.

Anosmia. Gôsto amargo constante e de manhã regurgitações abundantes dum líquido escumoso e de mau sabor.

Hipogueusia. Vómitos, eructações freqüentes e náuseas. Secura na bôca e faringe. Inapetência.

Estomatite vesiculosa.

Sente picadas na bôca, mais na língua, e um calor tal que lhe apetecia estar sempre a beber água. Língua entumescida, vermelha e despapilada na parte média.

Gastralgias; ora dores violentas, ora um queimor ou a sensação de arranhadura.

Meteorismo; teem-na julgado grávida, tamanho o abaloamento do seu abdómen.

Alfinetadas pelos cólones e obstipação. Tenesmo e fezes com muco-membranas. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Pontos solar, epigástrico e de Martineau dolorosos à pressão.

Diminuïção geral do murmúrio respiratório e inspiração scindida. Respiração suspirante.

Sons cardíacos abafados em todos os fócos. Palpitações. Pulso instável, pequeno. Freqüência 72. R. O. c. positivo; a freqüência baixa de 72 a 60.

Tensões ao Pachon, na umeral dir. TM = 11,5, Tm = 7, I. O. = 2. Ardência uretral ao urinar. Polaquiuria. A diurese diminuïda. Leucorreia.

Reflexos patelares e olecranianos quási abolidos. Hipoestesia térmica e à dor.

De eritemas nunca sofreu, contudo a sua vida tem-se passado ao sol, nos trabalhos do campo.

ANTECEDENTES: Na sua história mórbida regista-se uma febre tifóide e a disenteria bacilar.

XX

F. de A., de 56 anos, casado, pedreiro, natural da freguesia de Santo Emilião, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctico. Mucosas anemiadas. A pele de tom bronzeado. Astenia pronunciada e músculos atrofiados. Panícula adiposa reduzida. Abatimento moral profundo. Uma tristeza sombria lhe deprime o espírito e lho povôa de ideias pessimistas. A sua fácies apática, a ideação morosa. Amnésia.

Cefaleias difusas, gravativas e um pêso insuportável na cabeça. Vertígens, ouras, movimentos propulsivos desordenados e quedas para a frente. Sensação de labaredas na abóbada craniana, resfrescando-a com compressas de água com vinagre. Prurido, dores erráticas e calor na planta dos pés.

Edemas maleolares e palpebrais, e estalidos articulares. Raquialgias. Sensação de muito calor na região lombar. Deambulação incerta, cambaleante, como a dum ébrio.

Insónias incompletas, sonhos e pesadelos. Caímbras nas pernas. Formigueiros e entorpecimento das extremidades, sobressaltos tendinosos e sensação de dedo morto. Sufusões sangüineas nos membros superiores. Alucinações visuais elementares. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Alucinações auditivas e acüidade auditiva muito reduzida.

Anosmia. Paladar diminuïdo e prevertido.

Secura e calor da bôca e faringe. Mau gôsto constante e regurgitações amargas freqüentes e abundantes. Anorexia. Afrontamento. Náuseas, vómitos e eructações. Estomatite vesiculosa, a mucosa bucal despega-se aos retalhos. A língua complètamente despapilada e recortada profundamente. Lábios e comissuras vermelhos e com fissuras dolorosas.

Gastralgias de carácter constritivo, sensação de queimadura que se propaga pelo esófago.

Meteorismo. Pontos epigástrico e celíaco dolorosos à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo e ainda no direito.

Enteralgias em picada. Obstipação. Rudeza respiratória, inspiração intercisa e broncofonia nos vértices. Crises asmatiformes. Ruídos cardíacos surdos e o primeiro desdobrado. Pulso rítmico. Freqüência 100. Frigidez genital e ardor uretral. Reflexos patelares e olecranianos diminuïdos.

Eritemas simétricos, ocupando nos membros superiores os têrços inferiores dos ante-braços, dorso das mãos e primeiras falanges, nos membros inferiores o dorso dos pés e na face as regiões malares e frontal.

A pele nos membros é rugosa e sêca e a descamação em lamelas.

ANTECEDENTES: Pais falecidos. Teve o sarampo e a disenteria bacilar. Sofre dêste mal que o apoquenta, há muitos anos, ha vinte contados pelos eritemas. Um filho doente, que apresenta os eritemas primaveris.

XXI

M. de M., de 50 anos, casada, lavradeira, residente na freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Pele e mucosas anemiadas. Astenia acentuada, fadiga fácil. Tristeza, aborrecimento, e emotividade. Foge do convívio e uma contrariedade mínima deixa-a trémula e impressionada.

Cefaleias difusas, vertígens, tonturas e pêso na cabeça, mais de manhã.

Na abóbada craniana tanto calor, que a cada passo a refresca com água fria. Insónias amiúde e, quando adormece, pesadelos. Queda do cabelo.

Criestesia. Suores profusos. De quando em quando sensação de afogueamento por todo o corpo, seguido de muito frio.

Pruridos. Nevralgias torácicas. Raquialgias na região dorsal e na cervical. Acroparestesia. Dermografismo.

Onicorrexis. Estalidos articulares. Sensação de espinhos na planta dos pés. Formigueiros, entorpecimento e arrefecimento das extremidades. Caímbras dos dedos das mãos e das pernas. Sobressaltos nocturnos. Ardimento na mucosa ocular e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, obnubilação visual e hemeralopia. Alucinações visuais.

Hipoacusia e alucinações auditivas. Anosmia. Preversão

do paladar e muitas vezes abolição. Apetite caprichoso; ocasiões em que é reduzido, outros em que a vontade de comer é grande.

Gôsto amargo e regurgitações aquosas de mau sabor.

Sêde; bebe muita água para acalmar a fogueira, que por dentro a queima. Vómitos sêcos, náuseas, eructações, pirose. Estomatite aftosa; as gengivas vermelhas e inchadas sangram fàcilmente e a mucosa sai-lhe aos retalhos. Os lábios, nas comissuras, fendidos e doloridos.

Na língua entumescida e despapilada apenas na região média, sensação de espinhos. Flatulência. Plenitude após as refeições. Ardor no estômago. Meteorismo e picadas pelos colones. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Fígado normal. Pontos celíaco e de Martineau dolorosos à pressão. Diminuïção generalizada do murmúrio respiratório e expiração prolongada nos vértices. Movimentos respiratórios 20. Acessos dispnéicos e inspirações profundas. Ruídos cardíacos surdos. Palpitações.

Pulso pequeno e rítmico. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2,5. Freqüência 84. Ardimento uretral e calor e prurido vulvar. Disuria, polaquiuria e nicturia.

Reflexos exagerados. Tinha vinte anos, quando principiou a ser menstruada. É-o ainda. A menstruação deslavada e leucorreica. Eritemas simétricos nas extremidades, teve-os anos consecutivos, dez, pouco mais ou menos; há quinze, que não mais voltaram.

ANTECEDENTES: Sarampo e coqueluche em criança. Há trinta anos que sofre do que agora acusa. Três filhos vivos e um abôrto. Uma filha de 14 anos é pelagrosa, bem como um filho de sete.

Os pais pelagrosos e já falecidos, sempre os conhecera com os eritemas vernais.

XXII

E. R., de 40 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Rendufinho, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Palidez. Mucosas anemiadas. Emmagrecimento, cansaço, abatimento moral. Emotiva e concentrada. A sua tristeza é grande, vive num mal-estar e aborrecimento constantes. Cefalalgias frontais. Pêso na cabeça, vertígens e quedas para a frente. Andar aos ziguezagues, de quando em quando.

O sono sobressaltado por pezadelos e insónias incompletas.

Prurido. Dores erráticas. Queda do cabelo. Raquialgias na região lombar e sensação de muito calor. Hiperidrose. Criestesia. Arrepios e afogueamento consecutivos, que a deixam a suar. Efidrose nos pés, edemas maleolares e palpebrais de pouca dura. Unhas distróficas, grossas e crescendo muito.

Formigueiros, arrefecimento e entorpecimento dos membros inferiores. Caímbras nas pernas e sobressaltos nocturnos. Picadas na mucosa conjuntival, moscas volantes, diploplia, xantopsia e hemeralopia. Hipoacusia e alucinações. Preversão do paladar; gosta de azedos e salgados. Pouco apetite. Sêde e secura na bôca e faringe. Mau gôsto e regurgitações de uma aguadilha amarga. Disfagia. Estomatite vesiculosa. Ardimento na língua recortada e complètamente

despapilada. Náuseas, vómitos sêcos e eructações. No estômago sensação de queimadura ou de picadas. Flatulência. Enteralgias e obstipação. Fezes, às vezes, muco-sangüinolentas.

Pontada nos hipocôndrios.

Fígado ligeiramente hipertrofiado. Pontos celíaco, de Martineau e cístico dolorosos.

Diminuïção do murmúrio vesicular e expiração prolongada nos vértices.

Respiração suspirante.

Movimentos respiratórios 25. Crises, geralmente nocturnas, de dispneia. Ruídos cardíacos ensurdecidos em todos os focos.

Palpitações. Pulso instável, pequeno. Freqüência 64. Tensões ao Pachon, na umural dir: TM = 11, Tm = 7, I. O. = 2,5. Disuria e polaquiuria. Ardor uretral à passagem da urina e na região vulvar muito calor.

Aos trinta e cinco anos deixou de ser menstruada; a menstruação fôra sempre descorada e seguida de leucorreia. Reflexos olecranianos, radiais e patelares exagerados.

Eritemas simétricos, nos membros superiores estendendo-se desde o têrço superior do ante-braço até às segundas falanges e nos membros inferiores ocupando o têrço inferior das pernas e o dorso dos pés. A descamação fazendo-se por escamas, deixando espaços avermelhados e brilhantes.

ANTECEDENTES: Sarampo em criança e nenhuma outra doença. Durante a sua vida purgou-se duas vezes. Os pais falecidos, tendo sido a mãe pelagrosa. Tem duas irmãs que sofrem do estômago e de perturbações nervosas.

XXIII

B. da C., de 38 anos, casada, jornaleira, natural da freguesia de Galegos, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Astenia muscular, fraqueza geral e emmagrecimento. Pele e mucosas anemiadas.

Abatimento moral e emotividade.

Cefaleias difusas, gravativas, de predomínio frontal. Pêso na cabeça, vertígens e quedas para os lados. Marcha incerta, cambaleante, para não caír assenta-se ou ampara-se.

Quedas do cabelo.

Arrepios difusos, freqüentes, que a deixam com muito frio. Suores profusos.

Criestesia. Sensação de muito calor na região lombar, que se espalha pelo ráquis.

Insónias incompletas e pesadelos. Dermografismo.

Estalidos articulares. Dores erráticas pelo tórax. Efidrose na planta dos pés e um calor e ardimento insuportáveis.

Caímbras nas pernas, sobressaltos nocturnos, entorpecimento e formigueiros dos membros inferiores.

Anisocoria com irregularidades na púpila mais dilatada, conservando porém os reflexos sensório-motrises à luz e à distância. Moscas volantes, diplopia e hemeralopia.

Zumbidos. Apetite. Preversão do paladar, gostando muito de salgados e azedos.

Afrontamento após as refeições e digestões rápidas.

Secura na bôca e faringe, precisando de beber água amiüde.

Estomatite. Lábios vermelhos e excoriados nas comissuras. Língua recortada e despapilada na parte média.

Náuseas, eructações, regurgitações de uma aguadilha amarga de manhã e durante o dia e vómitos. Queimor no estômago e enteralgias em picada. Meteorismo. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Ponto celíaco doloroso. Diminuïção generalizada do murmúrio respiratório, expiração prolongada e broncofonia nos vértices. Respiração suspirante. Segundo ruído batido no foco aórtico. Palpitações. Pulso rítmico e pequeno.

Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2. Número de pulsações 68.

Calor e ardimento na região vulvar e na uretra à passagem da urina. Polaquiuria e irregularidade na excreção urinária. Menstruação descorada e leucorreia.

Reflexos patelares e olecranianos exagerados. Sensibilidades normais. Eritema simétrico do têrço inferior dos ante-braços e do dorso das mãos.

ANTECEDENTES: O pai falecido e a mãe viva, pelagrosa. Dos eritemas vem sofrendo há onze anos, bem como de outras perturbações gerais. Doença aguda não tivera nenhuma. De onze filhos, apenas uma filha de 13 anos é viva, pelagrosa também, todos os outros morreram em criança.

Acusa um abôrto. R. Wa. positiva.

XXIV

R. J. de O., de 70 anos, viuva, mendiga, natural da freguesia de Fontarcada, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Tom esverdeado da pele e mucosas anemiadas. Miastenia. Emotividade. Cefaleias e pêso na cabeça, vertígens, tonturas, movimentos propulsivos e quedas amiüdadas para a frente. Amnésia. Insónias; sonhos e pesadelos. Criestesia. Arrepios. Suores profusos. Prurido. Raquialgias lombares que difundem pelo obdómen e a imobilizam. Estalidos articulares e sufusões sangüineas. Arrefecimento, entorpecimento e formigueiros das extremidades. Onicorrexis. Caímbras das pernas e dos dedos das mãos. Sobressaltos nocturnos. Moscas volantes, xantopsia, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Alucinações visuais. Ardimento na mucosa conjuntival e lacrimação. Hipoacusia e alucinações auditivas. Anosmia. Anorexia. Paladar abolido.

Sêde, mas nem sempre. Mau gôsto e regurgitações de aguadilha amarga. Secura na bôca e faringe. Estomatite vesiculosa. Ptialismo. Língua vermelha, totalmente despapilada e recortada. Náuseas, vómitos e eructações. Pirose. Flatulência. Gastralgias de carácter constritivo. Enteralgias e obstipação. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Fígado atrofiado. Pontos epigástrico e de Martineau dolorosos.

Rudeza respiratória, broncofonia e expiração prolongada nos vértices. Dispneia de esfôrço. Acessos asmatifor-

mes. Movimentos respiratórios 24. Respiração suspirante. Sons cardíacos abafados. Palpitações. Pulso instável, pequeno. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7,5, I. O. = 3. Muito calor e ardimento na região vulvar. Disuria, polaquiuria, nicturia. Reflexos normais. Deixou de ser menstruada antes dos quarenta anos.

Eritemas simétricos do têrço inferior dos ante-braços e do dorso das mãos até às falanginhas.

A pele fendida, encarquilhada e sêca. Placas pigmentadas nos ante-braços.

ANTECEDENTES: Na sua história mórbida conta a gripe e o sarampo. De remédios tomou sómente dois purgantes.

Há trinta anos, que vem sofrendo dos eritemas e do *nervoso*.

Teve sete filhos, três dos quais morreram em criança com doenças várias. O pai morreu demente, a mãe não a conheceu.

XXV

M. de O., de 45 anos, casada, lavradeira, natural da freguesia de S. Martinho do Campo, concelho da Póvoa do Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Tom esverdeado da pele e mucosas anemiadas. Miastenia, a depressão física e moral acentuada.

Sente-se constantemente envolta em tristeza, dando-lhe para chorar, e fugindo da convivência.

Muito apreensiva e impressionável. O menor ruído a perturba e deixa trémula. Amnésia. Cefaleias difusas, pêso na cabeça, vertígens, e quedas freqüentes. Na abóbada craniana tanto calor, que se vê obrigada a pôr compressas de água fria. Insónias. Sonhos e pesadelos.

Prurido generalizado, Criestesia. Hiperidrose, mais de noite. Queimor na planta dos pés, ficando com êles a descoberto nas noites de inverno. Raquialgias lombares e sensação de frio pelo ráquis. Queda do cabelo. Entorpecimento, formigueiros dos membros inferiores e sobressaltos nocturnos.

Sensação de dedo morto e caímbras nas pernas. Picadas na mucosa ocular e lacrimação. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia. Alucinações visuais e auditivas. Acuïdade auditiva diminuïda.

Parosmia. Anorexia. Paladar quási abolido. Sêde e

secura na bôca e faringe. Mau gôsto, vómitos matutinos e eructações. Regurgitações amargas.

Estomatite vesiculosa; as gengivas sangram com facilidade, as comissuras labiais gretadas e a mucosa bucal descamando-se aos retalhos. Aspereza na língua que é descorada e despapilada na parte média. Abóbada palatina ogivada.

Afrontamento após as refeições. Do estômago jámais sofreu. Meteorismo. Alfinetadas pelos cólones. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Pontos epigástrico e de Martineau dolorosos à pressão. Obstipação e calores abdominais. Murmúrio vesicular diminuïdo, expiração prolongada e broncofonia nos vértices.

Dispneia de esfôrço e crises dispneicas nocturnas. Sons cardíacos abafados e palpitações. Pulso rítmico. Freqüência 68. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2. Polaquiuria, nicturia e disuria. Calor na região vulvar e ardimento uretral. Leucorreia. Reflexos patelares vivos.

Edemas das pernas, regiões maleolares e palpebrais, fugazes. Há dez anos que deixaram de aparecer-lhe os eritemas pela primavera; tivera-os durante doze anos.

ANTECEDENTES: É engeitada. Sete filhos vivos e dois abôrtos. Sabe que tivera o sarampo e nenhuma outra doença.

XXVI

J. A. G. R., de 50 anos, viuvo, jornaleiro, natural da freguesia de Serzedelo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctico. Anemia das mucosas e pele de tom esverdeado. Astenia profunda e emmagrecimento notável. Depressão moral acentuada; emotivo e sempre muito triste.

Concentrado, isola-se e evita, o mais que pode, a convivência. Cefaleias frontais, pêso na cabeça, vertígens, ouras e quedas freqüentes para a frente e para os lados. Prurido, nevralgias intercostais e caímbras nas pernas. Criestesia. Acrocianose. Arrepios amiüdados, seguidos de muito calor por todo o corpo.

Queimor na planta dos pés. Estalidos articulares e equimoses nos membros. Amnésia. Sonhos e pesadelos. Edemas maleolares e palpebrais fugazes. Dor e calor na região lombar. Entorpecimento, arrefecimento e formigueiros das extremidades. Sobressaltos nocturnos.

Ardimento na mucosa conjuntival. Moscas volantes, diplopia e ambliopia. Alucinações auditivas e audição rude. Anorexia. Mau gôsto e secura da bôca e faringe. Regurgitações amargas abundantes e náuseas. Estomatite vesiculosa. Comissuras labiais vermelhas e fissuradas. Língua despapilada e com recortes profundos. Disfagia. Gastralgias de carácter cortante, violentas. Enteralgias em picada e

diarreia serosa profusa. Pontos epigástrico e celíaco dolorosos a pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Murmúrio respiratório diminuïdo e expiração prolongada nos vértices.

Crises asmatiformes. Respiração suspirante.

Ruídos cardíacos ensurdecidos e palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM=12, Tm = 8, I. O. = 2,5. Número de pulsações 80. R. O. C. positivo, a freqüência baixa de 80 a 66.

Ardor uretral ao urinar. Polaquiuria e nicturia.

Frigidez genital. Reflexos normais.

Eritemas simétricos dos membros superiores, ocupando o têrço inferior do ante-braço, dorso das mãos e primeiras falanges. A pele sêca, enrugada, mosqueada de placas pigmentadas. A descamação em lamelas.

ANTECEDENTES: Pais falecidos.

Acusa o sarampo e nada mais. Êste seu mal, os eritemas, tem-nos há muitos anos. É pelo verão que os seus padecimentos se agravam, que no inverno passa melhor.

XXVII

M. A. de F., de 55 anos, solteira, jornaleira, da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Astenia profunda, músculos atrofiados e emmagrecimento notável. Facies apática, olhar fixo e ideação morosa. Amnésia. Cefaleias difusas, tanto calor na cabeça — parecem labaredas —, que lhe tem apetecido mergulhá-la em rêgos de água.

Vertígens, ouras, movimentos propulsivos e quedas freqüentes. Marcha incerta, cambaleante; anda amparada a um pau, mas nem assim evita cair. Prurido intenso generalizado. Criestesia. Arrepios seguidos de muito calor.

Hiperidrose. Acrocianose. Queimor na planta dos pés; de noite, no inverno, descobre-os, que os não suporta debaixo da roupa. Quedas do cabelo. Insónias e, quando concilia o sono, pesadelos.

Onicorrexis. Caímbras nas pernas. Formigueiros e entorpecimento das extremidades. Sobressaltos tendinosos. Nevralgias pelo tórax. Edemas das pernas e palpebrais fugazes.

Sensação de picadas na mucosa ocular. Moscas volantes, diplopia, ambliopia e hemeralopia.

Alucinações auditivas figuradas. Acuïdade auditiva diminuïda. Anosmia.

Paladar prevertido e quási abolido. Gôsto amargo constante. Regurgitações abundantes. Vómitos e náuseas.

Ptialismo exagerado, a bôca constantemente cheia, a saliva a escorrer-lhe pelos lábios. Apetite irregular.

Sêde. Estomatite vesiculosa. Língua descorada e despapilada. Ardimento no estômago. Abaloamento do abdómen. Enteralgias em picada. Diarreia serosa. Ponto epigástrico doloroso á pressão. Rudeza respiratória nos vértices, respiração suspirante. Crises dispnéicas nocturnas. Ruídos cardíacos surdos e o primeiro desdobrado. Palpitações. Pulso rítmico e pequeno.

Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 7, I. O. = 2. Freqüência 100. Calor e ardor vulvar e uretral Polaquiuria. Hipertonicidade muscular e reflexos patelares e olecranianos exagerados. Eritemas simétricos, ocupando nos membros superiores os dois têrços inferiores do antebraço, dorso das mãos e primeiras falanges, nos membros inferiores, a região dorsal dos pés e falanginhas.

A descamação em lamelas, a pele rugosa e sem elasticidade.

ANTECEDENTES: Pais falecidos, não sabendo dizer com quê. Acusa o sarampo e a gripe. Sofre há vinte anos, teve, durante muitos, gastralgias violentas, que desapareceram.

XXVIII

A. T., de 57 anos, viuva, costureira, natural da freguesia de Serzedelo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Pele de tom esverdeado e anemia das mucosas. Astenia muscular e abatimento moral. Emotiva. Muitos são os dias, que passa imersa em tristeza, a chorar, que pela vida pouco apêgo pode ter.

Desconfiada e concentrada, propositàdamente se isola.

Cefaleias difusas quási constantes, um pêso enorme na cabeça, vertígens e quedas para a frente e para os lados. Picadas e pruridos difusos. Criestesia.

A cada passo, mais no verão, arrepios e em seguida ondas de calor, que a deixam a transpirar. Suores fáceis, principalmente nos pés.

Tem a sensação de quem anda por cima de tojos pelas picadas que experimenta na planta dos pés e mal pode andar descalça.

Caímbras nas pernas, entorpecimento, arrefecimento e formigueiros das extremidades. Sobressaltos nocturnos. Insónias. Estalidos articulares e sufusões sangüineas nos membros. Nevralgias intercostais. Onicorrexis. Ardimento na mucosa conjuntival. Obscurecimento da visão de quando em vez. Moscas volantes, diplopia e hemeralopia. Audição rude e zumbidos.

Anosmia. Paladar quási abolido.

Apetite. Ptialismo e mau gôsto, dum amargor intolerável. De manhã e durante o dia, regurgitações de uma aguadilha insípida em abundância.

Náuseas, eructações, vómitos. Estomatite difusa, as gengivas túrgidas e sangrentas, a mucosa bucal despegando-se aos retalhos e a língua descorada, despapilada e recortada.

Gastralgias de carácter cortante e enteralgias do mêsmo tipo. Obstipação com tenesmo e muco-membranas nas fezes de quando em quando.

Pontos celíacos e epigástrico dolorosos quando premidos. Rudeza respiratória nos vértices, expiração prolongada e broncofonia. Movimentos respiratórios 30. Dispneia de esfôrço e crises asmatiformes. Ruídos cardíacos abafados e palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Freqüência 72. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 3.

Ardor e calor vulvar e, quando urina, ardimento na uretra. Polaquiuria e disuria.

Reflexos patelares e olecranianos exagerados.

Eritemas simétricos, nos membros superiores estendendo-se desde o têrço médio dos ante-braços até às falanginhas e nos membros inferiores ocupando o dorso dos pés; estavam na fase terminal, a pele sêca e friável descamando-se em lamelas pigmentadas dum tom escuro.

Há cinco anos que os eritemas irrompem pela primavera ocupando as mêsmas regiões, embora não se exponha ao sol.

ANTECEDENTES: Pais mortos, sendo a mãe pelagrosa.

Teve a gripe em 1918 e nunca tomou remédios a não ser por essa ocasião.

Nove filhos vivos, um abôrto e um nado-morto.

Duas filhas há anos que sofrem da pelagra pelos eritemas que lhes aparecem.

XXIX

A. F., de 60 anos, viuva, proprietária, natural da freguesia da Esperança, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Anemia das mucosas e pele de tom esverdeado. Astenia, emmagrecimento e depressão moral. Apreensiva e desconfiada. Emotiva e triste, o seu espírito perturbado por ideias pèssimistas.

Cefaleias difusas, pêso na cabeça, vertígens e ouras, quedas para a frente. Amnésia. Prurido. Hiperidrose. Estalidos articulares e equimoses nos membros superiores. Onicorrexis.

Sensação de muito calor e dores na região lombar. Criestesia. Arrepios que principiam pelo ráquis e difundem por todo corpo, seguidos dum afogueamento geral que a entontece. Insónias, sonhos e pesadelos.

Marcha cambaleante, por vezes. Caímbras nas pernas, entorpecimento e arrefecimento das extremidades, sobressaltos tendinosos. Loquacidade. Alucinações visuais, moscas volantes, diplopia e ambliopia. Rudeza auditiva e alucinações. Preversões do paladar. Inapetência. Secura da bôca e faringe.

Regurgitações de uma aguadilha amarga. Vómitos, náuseas e eructações. Estomatite vesiculosa, ardimento insuportável na língua, que é despapilada e recortada. Excoriações nas comissuras labiais. No estômago sensação de

queimadura, que se propaga ao esófago e a deixa toldada. Meteorismo. Enteralgias.

Ponto epigástro doloroso. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Obstipação alternando com crises diarreicas indolores. Murmúrio respiratório diminuïdo e expiração prolongada nos vértices. Crises dispnéicas, asmatiformes. Sons cardíacos atenuados e palpitações. Pulso instável, pequeno. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2. Número de pulsações 92.

Sensação de calor vulvar e ardimento uretral, quando urina. Polaquiuria e nicturia. Diurese irregular. Reflexos normais. Eritemas no dorso dos pés e no da mão direita sómente, que se veem repetindo há trinta anos.

ANTECEDENTES: Pais falecidos. Quatro filhos vivos. Teve o sarampo apenas. Os seus padecimentos, agravados ultimamente, há muito que dêles sofre.

XXX

R. F., de 46 anos, casada, jornaleira, natural da freguesia de Garfe, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Anemia da pele e das mucosas.

Astenia. Abatimento moral, emotividade e tristeza.

Cefaleias difusas, pêso na cabeça vertígens, ouras, movimentos propulsivos e quedas.

Andar cambaleante de quando em quando. Prurido por todo o corpo. Criestesia. Arrepios e ondas de calor consecutivas e suores. Efidrose e ardor na planta dos pés. Edemas palpebrais e maleolares, fugazes. Queda do cabelo. Acrocianose. Caímbras nas pernas, arrefecimento e entorpecimento das extremidades, sobressaltos tendinosos.

Hipomnésia. Insónias. Pesadelos. Dores e calor na região lombar. Picadas na mucosa conjuntival e lacrimação.

Moscas volantes, diplopia e ambliopia.

Acüidade auditiva diminuïda e zumbidos.

Preversão do paladar. Apetite. Sêde. Estomatite. Regurgitações amargas, náuseas, eructações e vómitos. Afrontamento após as refeições. Disfagismo. A língua entumescida e vermelha, recortada.

Sensação de queimadura no estômago. Abaloamento do abdómen. Obstipação. Pontada no hipocôndrio direito. Pontos solar e epigástrico dolorosos à pressão.

Diminuïção generalizada do murmúrio respiratório, expiração prolongada e broncofonia nas vértices. Respiração suspirante.

Ruídos cardíacos ensurdecidos, palpitações freqüentes.

Pulso pequeno, rítmico. Número de pulsações 68. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 7, I. O. = 2,5.

Calor e ardimento na região vulvar e na uretra, quando urina. Polaquiuria. Leucorreia.

Reflexos patelares exagerados. Eritemas simétricos nos ante-braços, dorso das mãos e primeiras falanges.

A descamação em lamelas, a pele áspera e friável.

ANTECEDENTES: Pais falecidos.

Quatro filhos vivos, sendo uma filha, pelagrosa, observada por mim.

Teve a varíola e a disenteria bacilar. Os eritemas e demais sofrimentos perseguem-na há sete anos.

XXXI

M. de B., de 48 anos, viuva, tecedeira, natural da freguesia de Garfe, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Pele e mucosas anemiadas. Astenia acentuada e emmagrecimento. Tristeza e emotividade.

Cefaleias frontais, pêso na cabeça, na abobada craniana sensação de muito calor, vertígens e ouras, quedas para a frente.

Andar cambaleante, por vezes, para não cair, senta-se se tem tempo para o fazer. Picadas por todo o corpo. Dermografismo.

Criestesia. Arrepios amiüdados. Suores nocturnos.

Queimor na planta dos pés. Edemas palpebrais e maleolares. Queda do cabelo. Onicorrexis. Caímbra nas pernas, arrefecimento e entorpecimento das extremidades, sobressaltos tendinosos.

Sensação de picada na mucosa conjuntival e lacrimação. Moscas volantes, diplopia e ambliopia. Zumbidos.

Preversão do paladar. Apetite. Secura na bôca e garganta. Afrontamento após as refeições. Mau gôsto e regurgitações amargas e abundantes.

Náuseas, vómitos e eructações. Estomatite vesiculosa. Comissuras labiais com fissuras dolorosas. A língua vermelha, despapilada e recortada.

Durante anos consecutivos tem gastralgias violentas, eram dores insuportáveis e um calor que a entontecia; há quatro, porém, que não mais as experimenta, a não ser, de quando em quando, um leve ardimento.

Fôra uma obstipada com tenesmos e fezes muco-sangüinolentas, hoje deixou de o ser e tem, às vezes, crises diarreicas.

Abaloamento do abdómen. Diminuïção do murmúrio respiratório. Respiração suspirante. Ruídos cardíacos surdos e palpitações.

Pulso pequeno e rítmico. Número de pulsações 60. R. O. C. positivo; a freqüência baixa de 60 para 48. Tensões ao Pachon na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 7,5, I. O. = 2.

Ardimento e calor na região vulvar. Leucorreia. Polaquiuria. Reflexos patelares e olecranianos vivos.

Eritemas simétricos, ocupando o têrço inferior dos ante-braços, dorso das mãos e primeiras falanges, o têrço inferior das pernas e o dorso dos pés.

ANTECEDENTES: Pais pelagrosos. Um seu irmão era-o tambem. Tivera a gripe em 1918.

XXXII

I. de J., de 32 anos, casada, proprietária, natural da freguesia de Monsul, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Anemia da pele e das mucosas. Astenia, fadiga fácil.

Abatimento moral; sente-se muito triste e são dias e dias em que só lhe apetece chorar. Muito impressionável, qualquer contrariedade a perturba e incomoda muito.

Cefaleias difusas, vertígens, ouras e quedas amiüdadas, sensação de muito calor nas bossas parietais. Deambulação incerta, por vezes. Prurido por todo o corpo mais acentuado na planta dos pés.

Hiperidrose. Arrepios e acessos de calor consecutivos. Raquialgias na região lombar e na cervical. Dores erráticas, estalidos articulares. Queda do cabelo. Edemas das pernas, e dos pés e palpebrais, que duram dias. Caímbras nas pernas, formigueiros, arrefecimento e entorpecimento das extremidades.

Sensação de dedo morto. Sobressaltos nocturnos. Sensação de picadas na mucosa ocular, que se avermelha e lacrimação. Moscas volantes e diplopia. Fenda palpebral reduzida. Zumbidos e rudeza auditiva. Paladar prevertido. Gôsto amargo e regurgitações abundantes de uma aguadilha de mau sabor.

Pouco apetite. Afrontamento após as refeições. Vómitos,

eructações e náuseas. Tanta sêde e calôr, que o seu prazer, diz, seria ter sempre água a passar-lhe pela bôca.

Estomatite. A mucosa bucal desprende-se aos pedaços. Ardimento, sensação de queimadura no estômago, que se propaga pelas vias digestivas superiores. Meteorismo. Enteralgias e obstipação.

Pontada no hipocôndrio direito. Pontos epigástrico e celiáco dolorosos á pressão.

Murmúrio vesicular diminuïdo, expiração prolongada e broncofonia nas vértices.

Respiração suspirante. Crises asmatiformes.

Sons cardíacos abafados e palpitações freqüentes.

Pulso rítmico, pequeno.

Tensões ao Pachon, na umeral di: TM=11,5 Tm=7, I. O. = 2. Número de pulsações 96.

Calor e ardor vulvar e uretral. Menstruada pela primeira vez aos 18 anos. Menstruação pouco abundante e descorada. Leucorreia. Eritemas simétricos, manifestando-se sómente no têrço inferior dos ante-braços, dorso das mãos e primeiras falanges.

ANTECEDENTES: Pai falecido e a mãe viva e pelagrosa. Teve apenas a gripe em 1918.

XXXIII

H. de O., de 34 anos, casada, costureira, natural da freguesia de S. Martinho de Campo, concelho da Póvoa de Lanhoso.

Estado actual: Apiréctica. Tom esverdeado da pele e mucosas anemiadas. Astenia acentuada. Depressão moral e emotividade exagerada. Muito apreensiva e triste. Evita a convivência, gosta de estar sempre só, recolhida em sua casa.

Pêso na cabeça, vertígens, ouras e quedas freqüentes.

Cefaleias frontais, teve-as e intensas, presentemente não se queixa.

Prurido. Nevralgias intercostais. Criestesia. Arrepios amiüde, seguidos dum afogueamento generalizado. Hiperidrose.

Picadas nas pernas e na planta dos pés, onde experimenta muito calor. Equimoses nos membros superiores e estalidos articulares.

Raquialgias e calor na região lombar. Caímbras nas pernas. Entorpecimento e formigueiros das extremidades, sobressaltos nocturnos. Insónias e pesadelos. Hipomnésia Queda do cabelo. Edemas palpebrais e maleolares.

Sensação de picadas na mucosa conjuntival e lacrimação. Moscas volantes, diplopia e ambliopia. Zumbidos e acüidade auditiva algo reduzida.

Preversão do paladar, gosta muito de salgados e azedos. Anorexia. Ptialismo e amargor insuportável na bôca. Náuseas, vómitos e regurgitações freqüentes. Disfagia. Estomatite vesiculosa. A língua complètamente despapilada e recortada. Pirose.

Teve gastralgias violentas durante alguns anos, actualmente sofre dum ardor e calor, que bastante a incomodam. Mateorismo e obstipação. Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Diminuïção generalizada do murmúrio vesicular. Respiração suspirante. Dispneia de esfôrço. Sons cardíacos atenuados a palpitações.

Pulso pequeno e rítmico. Número de pulsações 68. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 12, Tm = 8, I. O. = 3.

Calor e ardimento vulvar e uretral quando urina.

Polaquiuria e nicturia. Reflexos normais.

Eritemas simétricos das extremidades, teve-os muitos anos, aparecendo-lhe pela primeira vez aos vinte; há três anos deixaram de se manifestar.

ANTECEDENTES: Uma infecção puerperal e nenhuma outra doença. Teve nove filhos, dos quais sete morreram de gastro-enterites. Um abôrto.

A avó morreu demente, a mãe e uma irmã são pelagrosas.

XXXIV

M. G., de 24 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Santo Emilião, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica.

Anemia da pele e das mucosas. Depressão somática, cansaço fácil e fatigabilidade muscular. Emotividade e tristeza; aborrece-se de tudo e foge da convivência.

Cefaleias de predomínio frontal, vertígens, ouras e quedas para a frente.

Andar cambaleante. Queimor e ardência na planta dos pés, não pode andar descalça. Hiperidrose. Criestesia.

Arrepios, que principiam pelo ráquis e se generalizam, seguidos de um calor que a deixa afogueada. Caímbras nas pernas. Prurido. Queda do cabelo.

Sonhos e pesadelos. Formigueiros e entorpecimentos das extremidades.

Dores e calor na região lombar. Ardimento na mucosa ocular. Moscas volantes e diplopia. Alucinações auditivas elementares.

Preversão do paladar. Inapetência. Gôsto amargo e regurgitações abundantes de mau sabor. Eructações, náuseas e vómitos. Sêde. Secura da bôca e faringe. Estomatite vesiculosa. A língua, vermelha e túrgida, é recortada transversalmente.

Afrontamento após as refeições. Sensação de queima-

dura no estômago. Abaloamento do abdómen. Enteralgias em picada e durante o verão diarreia serosa.

Ponto epigástrico doloroso à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo.

Murmúrio vesicular diminuïdo e inspiração intercisa. Respiração suspirante. Sons cardíacos abafados e palpitações.

Pulso pequeno, rítmico. Número de pulsações 60. R. O. C. positivo. A freqüência baixa para 50. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11,5, Tm = 7, I. O. = 2. Ardor vulvar e na uretra quando urina. Polaquiuria. Menstruação pouco abundante, irregular e descorada. Leucorreia. Eritemas simétricos, ocupando os membros superiores e os inferiores em toda a extensão, as regiões malares e frontal. Quando o eritema irrompe, sente um calor e prurido intolerável, formando-se, aqui e ali, vesículas de líquido seroso.

ANTECEDENTES: Mãe viva e pelagrosa. No seu passado mórbido conta o sarampo e a gripe em 1918. Há quatro anos que se lhe manifestaram pela primeira vez os eritemas.

XXXV

A. A., de 32 anos, solteira, jornaleira, natural da freguesia de Vilela, concelho da Póvoa de Lanhoso.

ESTADO ACTUAL: Apiréctica. Pele e mucosas anemiadas. Cansaço fácil e emmagrecimento. Tristeza e emotividade exagerada. Cefaleias de predomínio frontal, pêso na cabeça, vertígens, movimentos propulsivos e quedas para a frente.

Hiperidrose. Prurido na planta dos pés, dorso das mãos e espaços interdigitais. Marcha ziguezagueante de quando em quando. Nevralgias intercostais. Tanto calor na planta dos pés, que os não tolera na cama debaixo da roupa.

Criestesia. Arrepios e ondas de calor consecutivas.

Caímbras nas pernas, entorpecimento, arrefecimento e formigueiros nos membros inferiores. Raquialgias lombares que difundem pelo abdómen. Sobressaltos tendinosos. Insónias. Sonhos e pesadelos.

Onicorrexis. Queda do cabelo. Sensação de picadas na mucosa ocular e lacrimação.

Alucinações visuais, moscas volantes, diplopia e obscurecimento da visão. Rudeza auditiva e zumbidos.

Preversão do paladar. Inapetência. Ptialismo. De noite acorda pela abundância da saliva. Eructações amargas, náuseas e vómitos e mau sabor constante. Afrontamento após as refeições. Língua despapilada nos bordos. Estomatite vesiculosa.

A mucosa bucal desprendendo-se aos farfalhos.

Gastralgias de aparição irregular. Sensação de calor no estômago, que se propaga pelo esófago e a faz suar.

Abaloamento do abdómen. Ponto epigástrico doloroso à pressão. Pontada no hipocôndrio esquerdo. Enteralgias e obstipação. Fezes, de quando em vez, muco-sangüinolentas.

Diminuïção do murmúrio respiratório. Respiração suspirante. Sons cardíacos atenuados e palpitações. Pulso pequeno e rítmico. Número de pulsações 68. R. O. C. positivo; a freqüência baixa para 54. Tensões ao Pachon, na umeral dir: TM = 11, Tm = 7, I. O. = 2.

Calor na região vulvar, prurido e na uretra ardimento. Polaquiuria. Amenorreica há quatro anos. Menstruada pela primeira vez aos 18. Leucorreia. Reflexos patelares vivos.

Eritemas simétricos, ocupando nos membros superiores os dois têrços inferiores, o dorso das mãos e primeiras falanges, nos membros inferiores o têrço inferior das pernas e dorso dos pés e na face as regiões malares.

ANTECEDENTES: Pais falecidos. Três irmãos vivos. Teve em 1918 a gripe.

Sintomatologia

«C'est dans le trouble de la fonction que consiste la maladie».

LAENNEC

Para o estudo clínico que pretendo fazer, sem pôr de parte os elementos que me forneceram os tratados de patologia médica, de psiquiatria e de dermatologia, que em todos se encontram descrições, é principalmente sôbre os dados que da observação dos doentes pude colher, que baseio o assunto dêste capítulo.

Trinta e cinco são os casos apresentados, mas de muitos mais poderia tratar, que a messe era farta, a endemia grassa no meu concelho com intensidade alarmante.

Vi doentes de tôdas as idades, desde crianças com seis anos, até pessoas de sessenta e setenta.

Pude confrontar sintomatologias, estabelecer modalidades clínicas, sem contudo deixar de encontrar o quadro fundamental de sintomas, com que a afecção é nitidamente individualizada como entidade nosológica distinta.

Nem todos os que dela se ocuparam, assim o teem entendido; e não só nos tempos em que a sua figura nosográfica estava sendo marcada pela observação clínica, no período em que ia acesa a lucta entre zeistas e anti-zeistas, como ainda, pode dizer-se, modernamente. Fanzago confunde, a princípio, a pelagra com o escorbuto e faz-lhe terapêutica como tal, embora depois precize a sua identificação com o escorbuto alpino, designação vulgar porque era conhecida.

Dalla Bona pende indeciso entre confundi-la antes com a elefantíase ou com o escorbuto, do que com a sífilis.

Videmar, afirma que não é senão uma hipocondria acompanhada dum impetigo, muito semelhante à lepra e há quem diga ser uma simples dermatose.

E para Winternitz em 1862 e não há muito para Besnier e Perrin a pelagra não passa dum complexo sintomático existente em caquexias de vária orígem.

«La pellagre est une maladie que l'infime paysan a connue et denommée bien avant le médecin», dizia Louis Sambon em 1916; porém, muito antes, numa carta dirigida ao Prof. Bombarda e publicada na «Revista de Medicina e Cirurgia Prática» de 1 de Fevereiro de 1897, o doutor Costa Lima, de Barcelos, fazia uma afirmação semelhante, quando escrevia: entre o povo, aqui, a pelagra é conhecida pelo nome de *fígado* e chamam *figadal* à pessoa que apresenta a diátese.

Outrotanto acontece no meu concelho, como verifiquei, no de Guimarães, segundo o notou o Prof. João de Meira na sua excelente dissertação inaugural — *O Concelho de Guimarães — Estudo de dermorgrafia e nosografia* — e ainda nas regiões do norte do país, em que a afecção existe e da qual têem dado notícia escrita diferentes investigadores. Para o seu diagnóstico empírico, se assim se pode dizer, o povo tem quási sempre um critério apenas, o eritema, principalmente quando, depois de várias recrudescências vernais, a sua intensidade é maior e a descamação se faz por retalhos, quando a pele das extremidades, no seu falar, lhes sai como a de uma cobra; que nos primeiros anos, sendo a descamação, regra geral, furfurácea, a vermelhidão com sensação de calor e prurido atribui-a ao sol.

Os demais sintomas, o restante, constitui uma outra doença, dela é que se queixam, por sua causa é que procuram o médico, que para o *fígado* julgam não haver remédio.

Disse que, para o conhecer, o povo tem como critério,

quási sempre, o eritema; é que, quando os sintomas nervosos são carregados, quando as vertígens, as ouras, os zumbidos, a tristeza, a fuga do convívio e a impressionabilidade marcam pela sua agudeza, também aventa a hipótese —deve ser do *fígado;* o *nervoso* tem, então, êsse segnificado.

O Prof. João de Meira dá ainda, como designação vulgar da pelagra, a expressão — *climónia do sangue* — *acrimónia.*

Êste facto curioso, que se passa em Portugal, acontece e foi notado nos demais paizes; o próprio termo pelagra é de origem popular, segundo Frappoli, o primeiro médico italiano que sôbre ela fez uma comunicação em 1771. Não quer isto dizer que anteriormente, na Itália, não tivesse sido diagnosticada.

Segundo Odoardi, o Prof. Guiseppe Pujati tê-la-hia reconhecido desde 1740 no distrito de Feltri, onde lhe davam nomes diversos, entre outros o de *escorbuto alpino.* Mas a glória de a ter observado e apresentado como espécie mórbida, pertence a um médico espanhol, o Dr. Gaspar Casal.

Foi êle quem a individualisou em 1735, encontrando-a entre os agricultores de Oviedo, que lhe chamavam o *mal de la rosa.*

As suas investigações, contidas no livro «*Memórias de História Natural e Médica de Asturia*», só mais tarde em 1762, devido ao Dr. Juan Garcia Sevilhano, veem a luz da publicidade e assim, a primeira descrição da afecção, que aparece, é de outrem, do médico francês Thiéry, adido à embaixada de Madrid, que, a 3 de Maio de 1755, a publica no jornal de Wendermonde.

Thiéry chamou a atenção do mundo médico sôbre a doença de Casal e assinalou-a na Castela Nova, onde, quási um século depois, o Dr. Mendez Alvaro a reconheceu

sob o nome local de *Ilema salada*. Doença de predomínio rural, por tôda a parte, onde vai sendo estudada, as designações populares surgem, lançando por vezes a confusão nos espíritos, dando origem a discussões que terminam sempre pela sua identificação.

Essas designações variadas, umas são fàcilmente compreensíveis, o seu significado é obvio, traduzem ou a sua semelhança com outras afecções, ou alguns sintomas, daqueles que mais feriam os doentes, para outras, não se encontra explicação que baste.

Dentre estas, cite-se aquela com que o povo do Minho a apelida, baptisando-a sobretudo atravez dos eritemas e ainda pelos sinais nervosos, quando são intensos, com o nome de *doença do fígado*. Que na verdade êste orgão está tocado, que a sua hipofunção é nítida, vê-se pelas análises das urinas que apresentei no seu logar próprio e pelos sinais clínicos que terei ocasião de referir, mas a intuição do povo não podia ir tão longe a ponto de fazer tal ilação.

¿Como explicar pois o facto?

Êle existe e, porque existe, uma razão de ser, melhor ou pior, tem de admitir-se.

Qual será, não o posso dizer, nada tenho sôbre que basear-me e recorrer a hipóteses sem dados seria um abuso da minha parte; uma circunstância quero contudo frisar, é a de que na pelagra a hipocondria, a tristeza, ideias de desalento e desejos de solidão, a emotividade e as perturbações digestivas são sinais que não faltam.

¿Haverá neste facto algum vislumbre de justificação?

Recorde-se a velha teoria dos humores e o papel que ao fígado atribuía a antiga medicina na produção dos estados hipocondríacos, talvez aí esteja, em parte, a sua origem, ainda que muito enevoada.

O médico lançou o nome, que o povo conservou, quem sabe se adaptou, e de que não se esqueceu.

Antes de começar com a análise e exposição clínica desta, tristemente curiosa, endemia, devo assinalar ainda este fenómeno algo desconcertante, qual seja a correspondência frisante entre os seus nomes populares em alguns paízes.

O *mal de la rosa* das Asturias é o *mal della rosa* e o *mal rosso* da Lombardia, a *flema salada* da Castela Nova é o *umor salso* da Lombardia e a *acrimónia* em certas regiões de Portugal, segundo o Prof. João de Meira, o *mal del higado* de Aragão encontra-se em Veneza com o nome de *calore del fegato* e o de *fígado* na gente da minha terra e na de todo o Minho e a *pelagra* é do aldeão de Espanha e do da Lambardia.

Outras designações foram registadas, mas devem de ser regionais, que para essas não existe igual correspondência; assim, na Espanha a doença fôra chamada *mal del monte*, na Italia *escorbuto, mal del sole, scottatura di sole, risipola, lombarda, collera, pellarina, mal del padrone*, e na França *doença de Teste, dartres mauvaises, dartres, mal des Saintes Mains, la gale de Saint Ignace, la gale de Saint Agnant, mal de Sainte Rose.*

É a pelagra, ou melhor, o síndrome pelagroso, uma afecção crónica e de evolução longa e progressiva. Clinicamente costuma ser definida e caracterizada por uma tríplice série de perturbações, cutâneas, digestivas e nervosas, a que se acrescentam as psíquicas e a que se devem ajuntar outras, de origem glandular, não menos interessantes, cuja referência adiante terei de fazer.

Duma maneira geral isto é assim, o quadro clínico apresenta-se dessa forma, muitas vezes completa, embora com modalidades, principalmente nos sintomas digestivos; porém, nesta, como em qualquer afecção, há sintomas que podem faltar; pode não aparecer a conhecida tríade sintomática dos tratados e contudo o diagnóstico impor-se desde

que as características basilares, aquilo que a define e torna inconfundível, se manifeste.

Os autores que da pelagra se teem ocupado, não estão de acôrdo na maneira como a expoem e descrevem; entre alguns, há divergências profundas, mas na maioria apenas se notam pontos de vista de somenos importância.

Uns, como o Prof. Mouriquand, consideram-lhe dois períodos sómente, o pre-pelagroso e o período de estado; no primeiro os sintomas são ligeiros, indecisos, vagos, denunciam um estado de prècarência, no segundo acentuam-se todos os acidentes, o quadro corrige-se e aparece completo.

Outros, e entre êles devo citar o Dr. Pereira da Silva, convindo na admissão das manifestações primárias em que, dizem, quási sempre falta o eritema ou só vem muito tarde, dividem a afecção, a pelagra dita confirmada, em três graus, para cuja classificação, se o agravamento das anormalidades digestivas e do eritema entra em linha de conta, se baseiam nos sintomas nervosos existentes e no aparecimento de novas perturbações da mêsma natureza.

Strambio, assinala-lhe três formas, a intermitente, a remitente e a contínua e houve quem a classificasse em herpética ou eritematosa, nervosa e digestiva.

O Dr. Manuel Gomes Barreto, na sua dissertação inaugural — *Breves considerações sôbre a pelagra* — reconhece-lhe pròpriamente dois períodos, o das manifestações cutâneas e o das lesões viscerais, a que diz, se pode acrescentar, a exemplo de Tuczek, um terceiro, o da caquexia.

Para êle, as lesões cutâneas surgiam primeiro, «porque os processos irritativos, luz calor, etc., atacam de preferência a pele aos outros òrgãos mais escondidos e protegidos contra o mundo externo».

Teria razão o Dr. Gomes Barreto, se as observações em que se baseia, fossem rialmente de pelagrosos; porém

apresenta algumas tão falhas de sintomas, tão pobres, que não atino com o raciocínio que o levou a pôr semelhante diagnóstico.

Há apenas uma circunstância que resalta e por certo foi sôbre ela que se firmou, a do aparecimento da lesão pelo estío, que nada mais se nos depara na descrição de alguns casos. De resto, a êste facto já fiz referência no primeiro capítulo.

Que se recorde, para exemplo, uma das suas observações: «Filipe N. (Maxiais), 50 anos. Apareceu-lhe pelos 40 anos uma lesão no lábio que lhe produzia tais dores e lhe dava tal sensação de calor, que o acordava de noite. Estas dores diminuïam, quando humedecia o lábio. Fez uso de sulfato de cobre (lápis) e conseguiu curar-se. Esta lesão aparecia só no verão».

¿De tôdas as classificações clínicas qual a que melhor se harmonisa com os factos, a que se nos afigura mais adequada à sua evolução?

Afecção crónica, pesando continuamente sobre os indivíduos, em quem se instala e da qual, duma maneira geral, não se podem ver libertos por circunstâncias especiais da sua vida, podemos dentre as várias opiniões escolher uma que, sendo ecléctica, é a mais consentânea com muitos casos, que observei.

É admissível o período de prècarência do Prof. Mouriquand, como também o é a classificação em graus, a exemplo do que se faz com outras doenças.

O critério é da mesma forma o agravamento das lesões e sintomas ou o aparecimento de outros que são a resultante dum maior sofrimento dos orgãos primitivamente atacados ou daqueles que, por sinergia mórbida, entram em scena.

Deve haver um período de prècarência, mas chegada a afecção à fase em que o quadro se patenteia mais ou

menos completo, abandonada e actuando sempre as mesmas causas, mantem-se como tal, dentro das modalidades que pode assumir, durante muitos e muitos anos, para, por último, lançar as suas víctimas na caquexia, na demência, nas paralisias ou no chamado tifo pelagroso.

Podem, portanto, considerar-se três os seus períodos ou graus, a saber, o chamado prèpelagroso por Mouriquand, o período de estado e um terceiro e último, o de caquexia com ou sem demência quando as perturbações psíquicas, nervosas e de miséria orgânica atingem a gradação máxima. É dentro dêstes períodos, dos dois ultimos principalmente, que vou tentar a exposição clínica do síndrome, marcar a sua variabilidade e ainda salientar êste facto interessante, que em alguns doentes se passa, qual seja a atenuação ou o desaparecimento de sintomas, que antes os afligiam e tanto os faziam sofrer (Obs. 2, 31, 33).

Sintomas e descrição do síndrome pelagroso

Período de estado: — É a pelagra uma afecção periódica com remissões e exacerbações. Manifesta-se, irrompe geralmente no princípio da primavera, durante o estio as suas crises sucedem-se, agravam-se mesmo e, chegado o inverno, os sintomas desaparecem ou remitem para, no ano imediato, o cortejo voltar.

Tem um aspecto intermitente nos primeiros anos, mas depois, embora a atenuação no inverno se dê, ainda que o quadro se esbata e possa dizer-se que a afecção dormita e não existe pròpriamente, há perturbações que não passam, fenómenos que persistem.

São a resultante de lesões estabelecidas, o índice de alterações que não regressam. Por si nada podem definir e só o interrogatório bem orientado conseguirá atribuí-los à sua verdadeira causa.

Sintomas gerais não constituem quadro mórbido específico.

Os primeiros rebates do síndrome, o estado prèpelagroso, escapa sempre ou quási sempre, os doentes só tarde procuram os serviços médicos.

Os sintomas que se lhe enumeram são vagos, assaz imprecisos, tendo contudo já a caracterizá-los esta circunstância, que constitui, na verdade, um ponto de apoio importante, as suas recrudescências vernais.

Nesta fase, nota-se também como é geral a sintomatologia da afecção e como é pelo aspecto enantemático da mucosa bucal, que começam as suas manifestações objectivas.

Vi dois casos, um de 7, outro de 12 anos que podem considerar-se nêste estado e para chegar a essa conclusão baseei-me, não só na florescência sintomática vernal, mas ainda em dois factores de valia, o meio e a hereditariedade: eram filhos de pelagrosos, vivendo, portanto, em situações iguais. Apresentavam perturbações gerais, nervosas e digestivas.

Era a astenia, a anemia das mucosas, o torpor físico e moral. Não faltavam as cefaleias, o pêso na cabeça, as vertígens, os zumbidos, a obnubilação visual e dores aqui e ali.

Havia perturbações digestivas, náuseas e estomatite pela primavera com ardor bucal, preversão do paladar, o aparecimento de aftas e o mau gôsto. A língua túrgida, e vermelha, no estômago ardimento e calor, meteorismo e obstipação. Havia astenia respiratória e cárdio-vascular.

E todos estes sinais intensificavam-se e manifestavam-se no verão, o mal no inverno, esvaía-se.

Mas, se nêste período as dúvidas podem ser invencíveis,

desde que não tragamos em auxílio, como disse, o meio e a hereditariedade, o mêsmo não acontece no período de estado, haja ou não o eritema.

O complexo sintomático não se apresenta sempre da mêsma forma, há variantes, há modalidades, mas que não alteram o fundo, que não o modificam a ponto de o não reconhecermos.

Destas modalidades, algumas são lógicas, polarizam alterações que se fixam e denunciam perturbações que se estendem e agravam, outras são menos explicáveis, a sua razão de ser menos compreensível, como o desaparecimento de gastralgias que foram violentas e dos eritemas (Obs. 2, 31, 33, 15, 21, 25).

Que se tenha sempre presente êste facto curioso, êste dado digno de ponderação: a pelagra é duma evolução longa, persegue as suas víctimas anos e anos.

Pertencendo os doentes em geral à classe pobre, tarde procuram tratar-se e sem meios suficientes para o poderem fazer, as lesões não estacionam, progridem e complicam-se e por elas morrem, a não ser que qualquer outra doença os fulmine primeiro.

Na descrição que pretendo fazer é sôbre algumas dezenas de doentes que me firmo; já o disse e repito, se me fôsse possível e se, de mais a mais não fôra supérfluo, em vez de trinta e cinco poderia apresentar um número mais elevado.

Muitos tive ocasião de ver e interrogar, sem dêles fazer registo e não só do meu concelho, como de freguesias limítrofes dos concelhos vizinhos de Vieira, Guimarães e Braga. Isto significa que por lá deve acontecer facto semelhante ao que se passa na minha terra.

Da tríade clássica, que, como se verá, preciza de ser refundida, começarei pelos sintomas gerais e pelos nervosos.

Dos nervosos, uns são constantes, encontram-se sempre,

outros não aparecem nos primeiros anos, surgem depois, traduzem lesões que se foram formando.

Diz Mouriquand, no seu artigo *Les Maladies par carence,* acerca da pelagra: «*Signes nerveux.* Ils peuvent être contemporains des troubles cutanés et digestifs, mais apparaissent assez souvent de façon plus tardive. Ils marquent une plus haute gravité de la maladie».

Se o Prof. Mouriquand quer referir-se às paralisias, às paresias, à ataxia, aos trémulos, à hipertonicidade muscular, às contracturas e, entre as perturbações psíquicas, à loucura, na verdade, marcam uma mais alta gravidade da doença e aparecem tardiamente, não sendo assim, as observações que recolhi falam de modo assaz diferente.

São de tôdas as ordens, de todos os tipos, as perturbações nervosas na pelagra; sensitivas, motoras, vaso-motoras, psíquicas e sensoriais; de tôdas encontramos nos doentes que vêm sofrendo desde há anos e a sua intensidade vai-se agravando, regra geral, consoante as repetições vernais se vão fazendo.

Nos casos recentes os sinais motores não existem e os sensoriais e psíquicos podem ser ligeiros, mas os restantes manifestam-se duma maneira persistente.

SINTOMAS GERAIS E NERVOSOS: — É a astenia um sinal comum. Todos se queixam da sua fraqueza geral, da sua depressão física, do seu cansaço de predomínio matinal. As mulheres chegam a dizer que as suas fôrças são tão poucas que lhes custa levantar os braços para se pentear.

A vontade para o trabalho, de que vivem, não a teem, não a podem ter.

E esta astenia é progressiva arrasta-os para a prostração, lança-os na apatia.

A pele e as mucosas apresentam-se descoradas, anemiadas.

Porém, esta palidez substitui-se, nos casos graves, por um tom esverdeado (Obs. 17, 28, 29, 33), ou bronzeado, máscara melànodérmica em doentes de múltiplas recidivas (Obs 1, 23, 13, 14, 20). A queda do cabelo é freqüente, notada em 17 das minhas observações e o prurido igualmente, apontado em 24 casos.

Estalidos articulares, encontrei-os em 15 doentes; aparecem geralmente nos que teem já vários anos de afecção.

Acidentes característicos, sintomas de uma constância desconcertante são as cefaleias e as vertígens; o seu predomínio às vezes é tal, que juntos a outros de ordem nervosa constituem uma forma especial, a chamada pelagra com vertígens de Lombroso.

Esta forma aparece geralmente naqueles que muitos anos suportaram o mal e se encontram perto do fim (Obs. 1, 2, 3, 13, 14, 15, 20).

As vertígens, as tonturas, as ouras, como êles dizem, o pêso na cabeça, são, sem sombra de dúvida, de todo o seu sofrimento aquilo que mais os acabrunha e esmaga.

Constitui em muitos uma tortura permanente e inibe-os de todo e qualquer trabalho; nada podem fazer, porque a cada passo caem desamparados, quási sempre para a frente e menos para os lados ou para traz.

Não se achegam da lareira com mêdo de morrerem queimados e até de passarem na vizinhança dos rêgos de água se arreceiam, não vão lá cair e afogarem-se.

A êstes sintomas accrescem em alguns os movimentos propulsivos desordenados. Sentem-se arrastados para diante por uma fôrça misteriosa e para evitar as quedas amparam-se ao que estiver ao seu alcance ou assentam-se.

Êste estado é agravado pelas perturbações visuais e pela paresia espástica dos membros inferiores (Obs. 1, 3, 14).

Nesta altura vem a propósito uma afirmação do Dr. P. Masserini, assistente do Instituto de Patologia Médica da

Universidade de Pavia, no *Il Policlinico* de 1911, diz: *Non meno incostanti e più ancora proteiforme sono le perturbazioni nervosi: la cefalea, le vertigini, le sensazioni termiche anormali, i disturbi della vista e dell'udito, i gravi sconcerti psichici, il delirio non si presentano con alcuna constante successione ne con uniformità nel corso della malattia. Hanno poco di caracteristico.*

Que por si não definem a afecção essas perturbações nervosas, não o contesto, mas que, exceptuando os desarranjos psíquicos e os delírios, as demais não sejam constantes não é exacto, pelo menos nos doentes que estudei.

As cefaleias, são difusas e gravativas, de predomínio frontal na maioria dos casos ou tomam o aspecto de hemicranias (Obs. 18, 19).

Carácter, derivado das horas a que aparecem, não têem, a cabeça dói de dia como dói á tarde ou de noite.

São ainda acusadas por alguns, sensações extravagantes, como de chamas ou de muito calor na abobada craniana a ponto de a refrescarem com compressas de água fria e de marteladas dentro da cabeça (Obs 2, 5, 14, 20, 25, 27).

Os sonhos e os pesadelos, que lhes interrompem ou perturbam o descanso, e sobretudo as insónias são especialmente acentuados no casos algo avançados.

Noites e noites que passam vigilantes, sem conciliarem o sono, as alucinações visuais e auditivas em alguns sobressaltando-os e enchendo-os de terror.

Mas, insónias incompletas e sonhos, também os encontramos em formas mais leves.

São vulgares as dores intercortais e na região escapular, freqüentes as raquialgias lombares que, em alguns, difundem pelo abdómen, acompanhadas de sensação de calor, e há pelagrosos que se queixam ainda de raquialgias cervicais, de dores erráticas, de picadas pelo corpo ou de nevralgias faciais.

A pontada no hipocôndrio esquerdo, que encontrei em 20 observações, é bastas vezes sintoma que no espírito do doente sobrepuja a todos os outros; supoem-se afectados dos pulmões ou chegam a responsabilizar o coração.

Se muitos dela se queixam, há porém alguns que a teem só no hipocôndrio direito (Obs. 30, 33), ou então acrescida à do hipocôndrio esquerdo (Obs. 10, 18, 20, 22).

Entorpecimento, arrefecimento, formigueiros das extremidades, sobretudo das inferiores, e sobressaltos nocturnos são fenómenos, pode dizer-se, constantes.

Muitos experimentam na planta dos pés sensações extranhas, de queimor, de prurido, de picadas como se andassem por cima de tojos; e êstes sintomas em geral não remitem no inverno, os pelagrosos quando na cama descobrem os pés ou encostam-nos à parede e assim os refrigeram e acalmam o seu mal-estar (Obs. 1, 3, 4, 7, 19, 25). Associo na descrição a criestesia, os arrepios, a hiperidrose e a efidrose, sintomas de grande valor e realce, nesta afecção, pela sua freqüência.

Os suores profusos, nocturnos ou não, e a efidrose das mãos e dos pés, não podendo alguns segurar os tamancos, apresentam-se isolados, mas também são consecutivos aos arrepios que atormentam os doentes. Êstes, acometem-nos a cada passo, à sombra e ao sol, em casa ou em pleno campo, no meio dos seus trabalhos, nos dias ardentes dos meses do verão e ainda nos do inverno; em seguida, um afogueamento os invade, e êles, que há pouco aconchegavam do corpo a roupa pelo frio, que os fazia tremer, desapertam-se agora e põem-se à vontade, cobertos de suor.

Casos há, mas poucos, em que faltam os arrepios, o que não falta são as ondas de calor que, de quando em quando, os envolvem e a criestesia, que raramente predomina ao longo do raquis, a atestar iniludivelmente as perturbações endócrino-simpáticas (Obs. 4).

A acroparestesia e a acrocianose, sintomas da mêsma natureza que os antecedentes, encontrei-os, é certo, mas em pelagrosos de certa gravidade (Obs. 4, 14, 15, 21, 26, 27).

Os reflexos são geralmente vivos, sobretudo os reflexos patelar e olecraniano. O sinal de Babinski, e a dansa da rótula, o reflexo de Oppenheim e de Gordon teem sido anotados em casos de mielite pelagrosa; só encontrei os dois últimos e em dois casos apenas.

Como perturbações da sensibilidade, e ligeiras, registei sómente em poucos casos a hipoestesia tactil, térmica e dolorosa nos membros. Próprias duma fase mais avançada são as perturbações motoras; é então que se notam e se encontram os músculos atrofiados, a paresia espástica a desenhar-se e a preparar as paraplegias ou paralisias, a hipertonia, o trémulo intencional, os trémulos vermiculares da língua e a ataxia.

Atáxicos eram os meus casos n.os 2 e 15, trémulo da cabeça e das mãos apresentavam as observações n.os 3, 5, 13, 16, a hipertonicidade muscular, havia-a nos casos 1, 3 e a paresia espástica nos 1, 2, 14.

Nêles, a marcha é incerta, cambaleante, e alguns sentem-se impelidos por uma fôrça extranha que os faz cair ou bater de encontro aos objectos; não se julgue, porém, que êste andar, como de ébrio, aparece sómente em casos graves, de que o têem, às vezes, queixam-se os mais novos, os que sofrem há poucos anos.

Sinal muito freqüente são as caímbras nos membros, e em alguns há a sensação de dedo morto.

Os edemas fugazes, palpebrais e maleolares, anotei-os em 14 observações, e em 6, sufusões sangüineas nos membros (Obs. 1, 3, 5, 13, 14, 17) e em 5 o dermografismo. Apontam-se ainda, como podendo aparecer, as contraturas tetaniformes, as convulsões epileptiformes, o trismus e a polinevrite; devo dizer que são acidentes que em nenhum caso observei.

As alterações psíquicas, embora atenuadas, são precoces; é a tristeza, o abatimento, a depressão moral, um aborrecimento grande, a vida apresentando-se-lhes cheia de apreensões, a êles que têem de viver pelo esfôrço dos seus braços e se vêem sem fôrças.

A emotividade é característica: um contratempo sem importância fá-los chorar, as lágrimas brotam com facilidade bastando perguntar-lhes se vivem com alguma alegria.

As perturbações cenestésicas são pois vulgares e, por vezes, a obsessão destas perturbações; sendo fenómeno comum a melancolia, com o evolutir da afecção, a queda moral acentua-se, as funções intelectuais comprometem-se, torna-se dificiente a memória, a actividade motora, a vontade reduz-se e começam a delinear-se desvios afectivos.

É assim que alguns caminham para um dos estados terminais, o amencial, em que morrem.

Outro facto curioso, digno de anotar-se, é a procura do isolamento; o pelagroso compraz-se na solidão, evita nos seus períodos de exaurimento a convivência pela desconfiança que mantém para com os outros; impressionável, qualquer coisa o magôa e irrita.

E quando a baixa orgânica é profunda, quando o mal cavou lesões extensas e irremediáveis, o estado do seu espírito e da sua consciência reflecte-se bem na sua fácies, impregnada de apatia, olhos sem brilho, expressão sem movimento.

O mêsmo índice de progressividade depara-se nas alterações sensoriais, que em todos os orgãos dos sentidos mais ou menos acentuadas existem.

No aparelho auditivo, são as alucinações elementares, como os zumbidos, ouvindo êste sinos a tocar, ou grilos a cantar, aqueles, apitos de fábricas e zoêdos; e nos casos graves aparecem as alucinações figuradas (Obs. 1, 2).

A acüidade auditiva diminui em doentes de muitos anos.

No aparelho visual varios sinais se registam; alucinações elementares e figuradas, moscas volantes, diplopia, xantopsia, ambliopia e hemeralopia.

A diplopia e as moscas volantes, não houve um caso em que não fossem acusadas.

Na mucosa conjuntival muitos dizem sentir picadas e lacrimação e asseveram, o que em alguns verifiquei, a existência, na época do mal, de vermelhidão na conjuntiva.

As alterações olfactivas sómente em casos graves é que se manifestam e vão desde a diminuïção do olfacto até à parosmia e à anosmia.

Encontrei-as em 16 das minhas observações.

Sintomas do aparelho digestivo: — Os sintomas do aparelho digestivo, uns encontramo-los sempre no seu tipo fundamental em todos os pelagrosos, outros são de carácter variável, divergem dêste para aquele segundo a gravidade do caso e o tempo de evolução e doentes aparecem que, em anos passados, muito sofreram de perturbações gastro-intestinais e que depois as viram atenuar-se tanto que já os não preocupam.

Quando isto se dá, em geral acontece que avultam e assumem proporções maiores os sintomas nervosos e caracteriza-se uma forma da afecção, a forma nervosa, que, de resto, é aquela para que todos caminham, como sendo a terminação natural do síndrome.

O exame minucioso desta sintomatologia digestiva é duma importância clínica grande; é necessário que se faça com cuidado e rigor, do contrário, na ausência das manifestações cutâneas, erros de diagnóstico são possíveis e os doentes vão depois sofrer as conseqüências, nada melhorando com a terapêutica formulada.

Todo o aparelho digestivo, desde a bôca ao intestino, é

tocado; ao longo dêle podem recolher-se sinais reveladores das alterações mais ou menos profundas que as autópsias feitas, e muitas foram elas, teem denunciado e é seguindo-o que os irei anotando e descriminando.

É a estomatite o que primeiro nos chama a atenção, e que toma a forma catarral, aftosa ou vesiculosa.

Produzem-se alterações do paladar, a sensação de amargor e calor atormenta-os e alguns mal podem comer pela ardência que experimentam na língua. Uns, dizem ainda sentir picadas, outros, pimenta na bôca.

Por êstes sintomas foi que na Itália a pelagra recebera os nomes de *salso* ou de *umor salso*.

As gengivas tumefazem-se, tornam-se vermelhas e sangrentas, teem um aspecto escorbútico, donde a designação de *ecorbuto alpino*, com que a afecção fôra tambem conhecida; tôda a mucosa bucal é sede de alterações do tipo enantemático que se devem estender, por certo, a todo o conduto digestivo. As comissuras labiais são escoriadas e vermelhas em alguns.

O ardor faríngeo e a sensação de secura notáveis e, nos casos mais recentes, as amígdalas são túrgidas.

O ptialismo é exagerado (Obs. 3, 5, 9, 14, 15, 17), a saliva escôa-se em fio, naqueles que atingiram uma mais alta gravidade, que nos outros, e fôra o maior numero, a sua ausência é flagrante, de noite teem perto de si água para humedecerem a bôca.

A mucosa bucal descama-se, sai-lhes aos retalhos.

A língua, oferece aspectos diferentes, como querendo indicar os avanços e os estragos do mal; a língua de Sandwith, despapilada e fendilhada, é assaz comum, encontrei-a em 16 casos, mas tambem se apresenta com o despapilamento limitado à região média ou às regiões laterais ou com as papilas intactas.

Como o enantema a não poupa, quando o despapila-

mento ainda se não fez, encontramo-la vermelha e entumescida.

De resto, como se depreende, a sua côr, o seu fendilhado, com recortes mais ou menos profundos, o estado das suas papilas são função do doente e da fase em que o examinamos a braços com a sua afecção.

Trémulos vermiculares, notei-os em alguns casos graves.

Antes de proseguir, devo frisar êste facto que é mais característico e tem mais valor que o eritema: enquanto êste, como se verá, pode nunca aparecer ou deixar de surgir, tendo-se manifestado em anos anteriores, a estomatite jámais deixei de a observar.

Apresenta-se com uma freqüência absoluta, ela com as suas exacerbações, uma, duas e mais por ano é elemento do maior realce. O apetite foge a tôda a sistematização, se nuns existe, outros são anoréxicos, sitófobos mesmo, quer se trate de pelagrosos recentes quer de pelagrosos antigos.

O paladar vai-se perdendo até a agueusia e é, regra geral, prevertido, gostam quási todos de azedos e salgados.

Náuseas, vómitos sêcos, eructações, regurgitações de manhã, ou ainda a qualquer hora do dia de líquido amargoso ou insípido, são sintomas vulgares.

As digestões são rápidas e muitos experimentam após as refeições a sensação de plenitude que demora pouco tempo; dizem ter necessidade de comer amiúdadas vezes, pela fraqueza que os deprime.

As alterações de sensibilidade gástrica é o que há de mais variável, podendo conduzir fácilmente a confusões ou êrros de diagnóstico. Desde a simples hiperestesia estomacal até aos acessos gastrálgicos com irradiações em cintura, depara-se-nos de tudo; e como nota culminante, a dominar esta sintomatologia, apreenda-se esta circunstância, que por si constitui caracter inconfundível, qual seja a aparição dos fenómenos gástricos escapando a qualquer periodicidade, o

seu não condicionamento por causas ocasionais, a sua irregularidade, a sua falta de relação com as refeições.

Não há aqui síndrome com dores tardias, nem síndrome com dores precoces; há sensações dolorosas que surgem por acessos, ou sensações penosas e um mal-estar que acometem com assaz insistência.

Uma das formas do sofrimento gástrico pelagroso é a hiperestesia, traduzida a seu modo por cada doente; êste, queixa-se de ser roído por um bicho, que se move, aquele, de picadas, aqueloutro, de ser apertado por tenazes.

Outra manifestação do mêsmo sofrimento são as gastralgias, mais ou menos violentas, que, ao atenuarem-se, acompanham-se de um conjunto de perturbações, como desvios secretórios, eructações e vómitos.

Os seus caracteres subjectivos são variáveis; uns queixam-se de caímbras, outros de sensação de queimadura, dum fogo que os abrasa e os leva a beber muita água; e êsse calor irradia pelo esófago, tolda-os e entontece-os (Obs. 3, 29, 30, 32).

Em certos casos, as gastralgias tomam o aspecto de cólicas estomacais; o doente fica imobilizado, angustiado e quando a dor cede, depois duma demora maior ou menor, deixa uma fadiga enorme.

Outros caracteres revestem ainda as dores gástricas; nuns são cortantes (Obs. 7, 10, 14, 26, 28, 35) e noutros podem dar a sensação de constrição ou de torsão (Obs. 4, 5, 8, 16, 19, 20).

O seu máximo é ao nivel do epigastro e uma pressão ligeira exagera-as.

Todo o abdómen torna-se extremamente sensível e dentre as suas irradiações há uma digna de referência especial, é a irradiação freqüente para os hipocôndrios sobretudo para o esquerdo. Com pontos abdominais dolorosos à pressão deparei a cada passo; eram os pontos epigástrico,

celíaco e de Martineau, como nas observações 2, 4, 18, 19, 21, eram o epigástrico e de Martineau (Obs. 17, 24, 25) ou sómente o epigástrico (Obs. 10, 15, 27, 29, 34, 35).

Nesta altura, e muito a propósito, convém recordar o que em outro logar já disse; há pelagrosos, que tendo sofrido de gastralgias violentas, passados anos, viram-nas diminuïdas e até desaparecidas (Obs. 2, 31, 33).

O abdómen é geralmente abaloado e em certos casos tão pronunciado o meteorismo que as mulheres julgam-se grávidas ou com um tumor.

Dizem autores, entre eles o Prof. Mouriquand, *que l'intestin reagit rarement sous la forme de constipation, le plus souvent existe une diarrhée,* e o Dr. Georges Procopiu, que *la diarrhée se montre souvent;* devo, porém, afirmar que verifiquei o contrário.

As diarreias aparecem, sim, mas predominantemente nas formas avançadas e num ou noutro caso mais recente, de poucos anos de recidivas, quando a miséria somática é mais extensa, quando a intensidade da afecção se revela em maior grau; o que é vulgar nas formas médias e comuns — e são o maior número das minhas observações — é a obstipação com ou sem fezes múco-sangüinolentas e tenesmo, afigurando-se uma enterite muco-membranosa.

As diarreias são disenteriformes, serosas, sem cólicas; agravam o depauperamento orgânico, sombreiam o prognóstico, provocando uma evolução mais rápida. Em 4 doentes, que morreram e cujo estudo fizera, em nenhum deixaram de aparecer estas diarreias profusas (Obs. 1, 3, 13, 14). Afora êstes, sómente as encontrei em mais 6. (Obs 4, 11, 26, 27, 31, 34).

Perturbações freqüentes são ainda as enteralgias, expressas em geral por picadas, por alfinetadas.

SINTOMAS DE OUTROS APARELHOS: — A terceira série clás-

sica dos sintomas da pelagra, as alterações cutâneas, deixo-as para o fim, primeiro devo referir-me às perturbações dos outros aparelhos e dos outros condutos mucosos, que também são atingidos, pois a pelagra, afecção geral como é, sôbre êles incide e por êles se manifesta.

No aparelho pulmonar, é comum encontrar-se a diminuïção generalizada do murmúrio vesicular, acompanhando-a, muitas vezes, a broncofonia, a expiração prolongada ou a inspiração interciza nos vértices.

Fazem inspirações profundas ou queixam-se de respiração suspirante.

Acessos dispnéicos, de preferência nocturnos, crises asmatiformes, e dispneia de esfôrço que registei em casos graves, de muitos anos de recidivas ou nos que a afecção se revela com intensidade maior dos sintomas nervosos.

O aparelho cárdio-vascular ressente-se semelhantemente e tanto mais para ponderar são os seus sintomas quanto é certo que muitos pelagrosos passaram a sua vida sem outra doença que os visitasse, a não ser o sarampo ou as lombrigas.

Pois nos que não apresentam na sua história nosológica nada de suspeito que repercutisse sôbre o coração ou sôbre os vasos, o ensurdecimento dos ruídos e as palpitações são igualmente constantes, tornando-se as palpitações por vezes tão fortes que os perturbam e apavoram.

Os caracteres do pulso harmonizam-se com êstes sinais cardíacos: é pequeno, hipotenso, rítmico e, em alguns, duma instabilidade palpável.

A sua freqüência é variável duns para os outros, nêste há bradicardia com ou sem R. O. C. positivo, naquele taquicardia igualmente com ou sem R. O. C. A positividade dêste reflexo fôra nítida em 9 dos meus casos (Obs. 4, 7, 8, 10, 19, 26, 31, 34, 35).

Pelo que respeita ao aparelho génito-urinário primeira-

mente devo referir-me à nefrite de que falam os tratadistas: os exames necrópsicos concordam e revelam esclerose nos casos crónicos, que nos agudos aparece a degenerescência parenquimatosa, diz o Prof. Júlio de Matos no livro *Elementos de Psiquiatria.*

Nos meus doentes, o que observei como sinais clínicos foram as dores e a sensação de calor na região lombar, as irregularidades na diürese, reduzida duma maneira geral por ocasião da florescência vernal, a polaquiuria, a nicturia e a disuria.

Pesquisei os pontos renais, mas o resultado fôra negativo.

Doze foram as análises de urinas feitas e a concordância aproximada nos dados obtidos é flagrante.

Pelos resumos urográficos e pelas relações urológicas se verifica a baixa constante e pronunciada da ureia, a alta da relação úrica e do coeficiente de desmineralisação.

Em tôdas estas alterações analíticas e nas demais que os números acusam para os outros componentes normais e cujo comentário é descabido, tem de considerar-se e tomar em atenção o factor alimentar, o regime defeciente em elementos azotados, porém ao lado dêle devem de figurar as perturbações hepáticas que o exame clínico chega a patentear.

A disuria, de que falei e os ardores uretrais, de que se queixam os pelagrosos, há quem pretenda explicá-los pela reacção ácida da urina; eu suponho, afigura-se-me, que a sua razão de ser, como a de outros sintomas, é diferente e reside no estado da mucosa do conduto urinário.

Nesta deve passar-se o que admiti para a mucosa digestiva e para os outros revestimentos, o enantema tem proporções gerais, todos são atingidos por êle.

Assim, o ardimento uretral à passagem da urina é constante, todos o experimentam e as mulheres na região vulvar igualmente se queixam de ardimento e da sensação de muito calor; e, o que é para notar-se, isto não acontece em

qualquer época do ano, mas sómente durante o verão, quer dizer, êstes sinais estão sujeitos à mesma lei geral, a das recrudescências vernais.

As irregularidades menstruais, a menstruação descorada e pouco abundante, o seu aparecimento tardío, dos dezasete aos vinte anos, e o seu desaparecimento precoce, a leucorreia, a frigidez genital e a atrofia testicular, testemunhada por alguns observadores, são índices suficientes do ataque dos órgãos genitais.

ERITEMA PELAGROSO: — Constituem as manifestações cutâneas eritematosas o último elemento da tríade clássica dos sintomas do *mal de la rosa*. Teem sido consideradas por alguns como o primeiro sinal revelador da doença como o sintoma característico e até patognomónico, dizendo outros tornar-se muito difícil ou ser mêsmo impossível fazer o diagnóstico, se o eritema faltar; afirmo porém, sem lhe negar a importância clínica que representa, principalmente para aqueles que não estão familiarizados com a afecção ou nos casos obscuros, como o do Prof. Júlio de Matos, em que se tratava dum demente, que o eritema em si não passa de mero sintoma, embora dos mais característicos do síndrome.

O Dr. Gomes Barreto na sua tese já citada afirma «que êle vem ou pode vir depois de uma lesão que aparecia vulgarmente no lábio inferior nos doentes que observara e se repetia pela primavera desde há bastantes anos».

«Tôda a lesão pelagrosa, continua, pode não ter outra manifestação, mas a maior parte das vezes novas lesões se dão nas partes expostas ao sol».

Nas minhas observações, as lesões encontradas foram simplesmente os eritemas com a disposição que adiante descreverei; a sua freqüência é de frisar, contudo cuidei de pelagrosos que jàmais os apresentaram (Obs. 17, 19), como

outros examinei, que, tendo-os visto irromper anos consecutivos, notaram o seu desaparecimento desde uma dada época ou durante alguns anos, sem que por isso o síndrome deixasse de afirmar-se como tal (Obs. 16, 21, 25, 33).

Não é o eritema o primeiro sinal que se manifesta, é precedido geralmente pelo enantema, pelos sintomas digestivos e pelos sintomas nervosos.

A data da sua aparição não se pode fixar; na maior parte dos casos surge em Março ou Abril, mas como em muitos se repete duas e três vezes por ano, encontramo-lo em qualquer outro mês, mêsmo no Outono.

Não se diga, pois, como alguns autores o fizeram, que êle não irrompe depois de Junho.

Houve quem sustentasse que a sua sede exclusiva eram as partes descobertas, chegando Bouchard a asseverar que, *se se quizesse suprimir a pelagra, era preciso suprimir o sol.*

Ora isto é menos exacto; rialmente incide predominantemente sôbre as extremidades e sôbre outras regiões expostas mas também se desenvolve nas ocultas e é por vezes generalizado (Obs. 34).

Esta opinião, tem-na o ilustre Prof. Souza Junior, que a expendeu a propósito do caso que vira em Braga e descrevera. Diz assim: «O eritema não se limita exclusivamente às partes descobertas, não podendo ser atribuído à luz solar como pretenderam diversas sumidades clínicas. O meu caso tinha o eritema generalizado evidenciando os seus caracteres habituais naturais em tôda a parte — extremidades centrais dos membros, colo, torax, abdómen, flexura dos braços, regiões poplíteas, virilhas».

A sua freqüência maior é porém nas extremidades; é geralmente simétrico e aparece em todos os membros, como em 15 das minhas observações, mas pode manifestar-se sómente nos membros superiores (Obs. 7, 10, 18, 23, 24, 26, 30, 32), ou sómente nos inferiores, ser unilateral e en-

contrar-se apenas num membro superior ou nêste e nos inferiores (Obs. 29).

A sua incidência exclusiva são as regiões dorsais, desenvolvendo-se quási sempre, pelo que respeita aos membros superiores, nos ante-braços, punho, região dorsal das mãos, primeira e segunda falanges e nos inferiores sôbre as porções distais das pernas e região dorsal dos pés até à falanginha. Na face, quando existe (Obs. 1, 20), ocupa a fronte e as regiões malares e estende-se como nas observações 3, 14, pelas regiões laterais do pescoço até ao punho do esterno, formando a gravata de Casal.

E aparecem casos em que pode mostrar-se sómente na fronte e regiões malares (Obs. 4), tendo aparecido ou não em anos antecedentes nos seus logares de maior predilecção.

Irrompe o eritema, bruscamente; é uma mancha vermelha, que se acompanha de prurido, de sensação de calor e de edema muitas vezes e não desaparece fàcilmente à pressão. Dura em média duas ou três semanas e, passado êsse tempo, tratando-se de casos benignos ou recentes, o edema e as demais sensações desaparecem e faz-se uma descamação furfurácea. A pele fica um pouco áspera e sêca.

Mas as recidivas vão-se acumulando e novos aspectos, toma o exantema pelos fenómenos que se lhe acrescentam, pelos danos, que se vão produzindo. O processo congestivo intensifica-se, elementos papulosos ou vesiculosos organizam-se, constituem-se bolhas cheias de líquido turvo, amarelado ou sangüinolento, formam-se crôstas e a descamação é por lamelas, que, ao destacarem-se, deixam uma pele fina dum vermelho lívido.

Outras vezes notam-se placas salientes, eritemato-pigmentares, rugosas, que esfoliam.

A aspereza e a irregularidade ligeira que ficavam nos casos menos adiantados, tornam-se agora acentuadas; a

epiderme fendilha-se e chegam mêsmo a rasgar-se fissuras dolorosas.

A pele fica encarquilhada, friável, perdida a elasticidade e a sensibilidade diminuïda; nestas condições e coberta de escamas, deu-se-lhe a designação de *pele anserina.*

Se nos membros os acidentes eritematosos se passam desta forma, na face, regiões malares e pescoço processo semelhante se desenvolve, sómente ali as lesões são mais leves, a descamação é furfurácea e em pequenas lamelas finas e não me consta que se formem flictenas ou vesículas.

Dizem alguns tratadistas ser o eritema, algumas vezes, quási o único sintoma, que o doente apresenta, os outros, faltam ou são muito pouco apreciáveis; e Neusser, na sua classificação, admite a forma conhecida por simples dermatose. Confesso que esta forma nunca a encontrei, a-pesar-de ter observado várias dezenas de pelagrosos.

Podem dos outros sintomas alguns mostrar-se atenuados e os eritemas adquirirem extensão desusada, mas pesquizem-se bem que vários deparar-se-nos-hão, o que, de resto é de concluir da própria natureza do síndrome cujo estudo terei de abordar em capítulo especial; o ataque neuro-glandular nunca falta e as perturbações digestivas, ainda que ligeiras, existem sempre.

Clinicamente o que se patenteia é uma certa relação de oposição entre uns e outros; quando, por exemplo, os fenómenos gastro-intestinais e gerais sobrelevam e preocupam o doente, os nervosos passam a plano inferior e vice-versa.

Período final: — Longo, de muitos anos, é geralmente o período de estado da pelagra.

A sua cronicidade é das mais frisantes da patalogia; o organismo vai sofrendo cada ano novos assaltos do mal, o depauperamento acentua-se, lentamente alastram as lesões

e cavam-se desordens irremediáveis, traduzidas pelo agravamento dos sintomas.

As alterações nervosas e psíquicas dominam mais e mais a scena mórbida e as digestivas revelam-se como sendo a resultante daquelas e dos processos locais; tôda a economia nos seus órgãos fundamentais encontra-se decaída e o pelagroso a caminho da morte pela caquexia, paralítico ou demente, se uma infecção geral, o chamado tifo pelagroso, não estala ou o estado confusional do seu espírito o não leva ao suicídio pelo afogamento ou pelo enforcamento, ou se qualquer intercorrência, designàdamente a tuberculose, o não prostra primeiro.

É fatal a evolução desta afecção, desde que atinge certa gravidade e não foi atalhada e remediada a tempo; e compreende-se que assim aconteça, vistó grassar entre gente cujas condições de vida se manteem as mesmas e serem ineficazes os meios que lhe opoem.

Nêste período terminal a anemia é profunda. A pele toma um aspecto esverdeado ou bronzeado e a panícula adiposa reduz-se. O enfraquecimento muscular manifesto, a depressão física extrema.

Os arrepios, a acrocianose, a criestesia, as disestesias persistem com maior intensidade.

A estomatite faz a sua aparição como de costume e a anorexia é freqüente. A sialorreia contínua. As insónias completas quási sempre e o pouco que dormem não traz repouso pelos pezadelos que os sobressaltam. As vertígens muito amiüdadas, acompanhadas de cefaleias e pêso na cabeça.

A marcha cambaleante, andam amparados a um pau; as quedas para a frente ou para os lados de quando em vez, a paresia espástica nítida.

A ataxia dos movimentos, o trémulo da cabeça e dos membros superiores, os movimentos vermiculares da língua observam-se em alguns (Obs. 3, 13).

As alucinações visuais e auditivas figuradas repetem-se; ouvem vozes extranhas, ruídos confusos e vêem figuras e animais exquisitos (Ob 1, 2, 3).

Manchas equimóticas desenham-se sôbre o corpo e os membros. O eritema pouco saliente, pelo estado em que se encontra a pele, rugosa, coberta de escamas pigmentadas, friável e sem elasticidade. A sensibilidade especial grandemente comprometida; a acüidade auditiva e visual assaz reduzidas, diplopia, moscas volantes, desigualdade pupilar e miose.

Uma tristeza sombria os domina, são apáticos concentrados, obsediados pela desconfiança.

As faculdades de espírito enfraquecidas.

Muita sêde, secura intolerável na bôca e faringe (Obs. 2, 3, 13, 14, 15).

Acessos gastrálgicos ou uma sensação de calor intenso, de queimadura, que os afogueia (Obs. 14, 17),

Alguns, sem qualquer perturbação gástrica (Obs. 1, 2).

Meteorismo e diarreia rebelde ao tratamento, pode dizer-se, invencível — fluxo pelagroso de Strambio.

A caquexia começa de instalar-se. A nutrição deficiente torna-se cada vez mais precária, o intestino e órgãos anexos encontram-se em estado de não realisarem as suas funções. O enfraquecimento muscular força o doente a acamar.

Aparecem paralisias e freqüentemente o relaxamento dos esfíncteres, donde a incontinência das matérias fecais e da urina (Obs. 1, 3).

Dizem os autores, que às vezes, rebentam acessos epileptiformes, convulsões, trismus ou sinais de polinevrite.

Se a caquexia é conseqüência forçada para o pelagroso no último período, pela aniquilação progressiva dos órgãos essenciais da vida, pela intoxicação geral proveniente das suas funções subvertidas, acompanha-se, regra geral, de alterações psíquicas profundas.

Assim o verifiquei em três doentes que pude seguir até à morte (Obs. 1, 3, 13).

Para não me alongar em citações a êste respeito, que me baste apontar os dizeres do Dr. Georges Procupiu: «la dèmence est souvent concomitante de la cachexie et des paralysies diverses».

Esta loucura pelagrosa é de certa maneira, seqüência prevista pelos sinais nervosos, que são peculiares à afecção.

Na pelagra de média intensidade a melancolia simples manifesta-se sempre pelos sintomas com que o Prof. Júlio de Matos a define, a saber: negligência no trabalho, abandôno do convívio, depressão, tristeza e emotividade.

Notam-se ainda perturbações no humor e no carácter; uns desconfiados e respondendo a custo, outros salientando-se pela verbigeração.

O estado amencial, grau extrêmo, tem sido diversamente interpretado; fôra por alguns dividido em delírio agudo e em delírio crónico e êste considerado por Strambio sob as três formas — melancolia, demência e estupidez, podendo ser a melancolia, ou anciosa ou com estupor.

No seu livro *Elementos de Psiquiatria* o prof. Júlio de Matos resolve porém a questão, afirmando o seguinte: «Do lado mental foram descritas pelos autores clássicos duas ordens de psicoses: a melancolia e a mania. Estudos modernos vieram, porém, demonstrar que a psicose dos pelagrosos, como a de todos os intoxicados, é a confusão mental, cujas variedades asténica e agitada eram erradamente tomados por estados melancólicos e maníacos.

Êstes estados confusionais, umas vezes desaparecem, o doente recupera o exercício das suas faculdades superiores, outras persistem ou atenuam-se simplesmente».

Fôra considerada a melancolia como o estado demencial mais vulgar na pelagra e não admira que assim acontecesse pelo abatimento moral, pela tristeza que enevôa o espírito

do pelagroso; mas observando bem, vê-se que o que nêle se passa, o estupor em que a sua consciência é submersa é efeito, não duma inibição do sentimento, não se trata duma inércia motora de carácter inibitório, mas dum exaurimento cerebral e da falta de vida subjectiva. A sua máscara imóvel, amímica é a expressão do seu estado psíquico.

Cita-se como sendo uma variedade rara, um síndrome próprio da paralisia geral, a pseudo-paralisia pelagrosa com euforia e ideias de grandeza.

A mania religiosa ou a de perseguição podem manifestar-se em alguns; e a forma de demência alucinatória, aparece também, que pelo delírio, pela agitação motora permite a confusão com a mania aguda. Foi dada como característica da loucura pelagrosa a tendência ao suicídio, especialmente o suicídio por submersão — a hidromania de Strambio.

A sua explicação, fundamentavam-na, uns, no calor interior que abrazava os desgraçados, para outros, era êsse o género de suicídio preferido por estar mais ao seu alcance e Lambroso atribui-a a uma modificação particular da retina o vivo prazer que êles experimentam em face da superfície espelhenta da água.

Não é êste porém o único processo de que se servem, alguns enforcam-se e exemplos houve na minha terra segundo me informou o falecido Dr. Abílio Areias, ao tempo sub-delegado de saúde do meu concelho a quem esta endemia muito interessou e a quem devo judiciosos esclarecimentos.

Gente religiosa, conformada pela resignação cristã, alentando-os constantemente no seu duro labutar e na miséria a esperança dum mundo melhor, de compensações e de felicidade, suicidam-se, quando o desalento atinge o auge, desorientado o espírito, perdida a consciência.

Preferem o afogamento, provávelmente porque êsse é o processo mais fácil para êles.

Sôbre êste assunto da loucura na pelagra, ao terminar, quero fazê-lo com a citação de dois professores célebres, Bombarda e Lambroso.

« Os pelagrosos, diz o Prof. Bombarda, no livro póstumo *Lições de Psiquiatria,* são miseráveis-vagamundos, errantes, nómadas não permanecendo tempo algum aqui ou ali, mudando de residência sem motivo, com o espírito em completa confusão mental e o corpo em perfeita decadência orgânica ».

Lombroso exprime-se da maneira seguinte: «Se atravessardes as colinas da Brianza e do Canaveze sem dúvida lá encontrareis desgraçados simulacros de homens, descarnados, de olhar imóvel e vítreo, de rosto amarelo, terroso, de braços cheios de feridas como se tivessem sido queimados ou largamente feridos.

« Vede-os avançar, abanando a cabeça, titubeantes como bêbados ou então como que impelidos por uma fôrça invisível cairem para o lado, levantarem-se, correrem em linha recta, como cão atraz da preza e tornarem a cair com alvar gargalhada que vos fende o coração ou com um soluço que lembra uma criança ».

Como incidente que pode complicar o período da caquexia descrevem os tratadistas um estado febril, a que deram o nome de tifo pelagroso.

Pelo conjunto sintomático que lhe descrevem, pois que nenhum caso observei, suponho dever tratar-se duma septicemia produzida pelos micróbios da flora intestinal, que em face da decadência orgânica e do estado lesional do intestino, que em outro capítulo se verá qual seja, assumem grande virulência e invadem a torrente sangüinea.

De resto, nas autópsias feitas por diversos autores entre doentes vitimados pelo tifo pelagroso, as lesões encontradas eram insignificantes e só muito raramente as características da febre tifóide; porém, quando estas aparecem é

natural supor-se que se tenha feito uma infecção ebertiana, que se tenha realizado uma associação tifo-pelagrosa.

Reduzido, constituem assim o quadro clínico: os doentes estão numa prostracção extrêma, numa adinamia profunda. A língua sêca e fuliginosa, a transpiração fétida.

A febre é contínua, o pulso pequeno, filiforme e irregular. Geralmente em decúbito dorsal formam-se escaras nos pontos que suportam o pêso do corpo. «Ao contrário do que faz supor o nome de tifo, diz o Prof. Júlio de Matos, no livro *Elementos de Psiquiatria,* não há aqui hipertrofia do baço nem engrossamento das placas de Peyer, mas um exagêro considerável de tôda a sintomatologia descrita, nomeàdamente da entérica e mental, com presença de uma febre que excede 39º e pode atingir 42º.

«Mais do que uma verdadeira forma ou variedade de intoxicação maídica, o tifo pelagroso deve considerar-se um acidente sobreagudo da pelagra em fase avançada da cronicidade; êle está para o maísmo como o *delírium tremens* para o alcoolismo. Do lado motor sobreveem trémulos e ataxia dos movimentos com hipertonus muscular doloroso, exagêro dos reflexos tendinosos e convulsões. Enfim, do lado psíquico a confusão mental preexistente agrava-se, tornando-se profunda a obnubilação da consciência, múltiplas e aterradoras as alucinações, completa e absoluta a incoerência, trémula, interrompida e nasalada a palavra. A urina torna-se albuminosa».

Exposta a sintomatologia do síndrome pelagroso, apontados os seus sinais subjectivos e mentais, resta discutir o seu diagnóstico e considerar as suas modalidades.

A pelagra, diz o eminente Prof. Tiago de Almeida nas *Lições Clínicas,* III volume, *como todas as doenças reveste múltiplas formas clínicas desde as mais atenuadas às mais*

graves; dos seus sintomas alguns podem variar, havendo mêsmo pelagras sem pele agra.

Dentre as fórmas em que os tratadistas a classificam, três na sua expressão geral e pondo de parte os estados terminais foram as que constantemente se me depararam, a fórma dita nervosa, a gastro-intestinal e a sem *pele agra;* as duas primeiras, assim chamadas pela maior incidência e intensidade dos sintomas duma ou doutra natureza, que em qualquer delas nunca deixam de se revelar os sintomas nervosos e os digestivos podem ser muito reduzidos, atenuados até o tipo dispéptico, mas alguns aparecem sempre.

Outras fórmas são ainda apresentadas, todavia, ver-se-há ao referí-las, que não passam de variantes destas três fundamentais.

No complexo sintomático do síndrome a maior parte dos seus sinais são de ordem subjectiva e muitos dos objectivos encontram-se em outras afecções.

Não escasseiam porém, elementos para clinicamente se firmar o diagnóstico e arredar por vezes as dificuldades; não se diga como fazia Siler e Nichols no *Medical Record* de 15 de Janeiro de 1910 — «não se pode afirmar a pelagra se não há lesões cutâneas, as quais são sempre simétricas».

Admitido tal princípio, quantos casos seriam absolutamente indiagnosticáveis, ou porque os doentes nunca as tiveram ou porque, tendo-se-lhes manifestado anos consecutivos, de certa época em diante não mais surgiram.

O eritema é, sem dúvida, um sintoma assaz freqüente, mas a-pesar disso, não se deve conceder-lhe um valor que não merece. Dêle provém uma das designações do síndrome, porém, como já o disse, nem é êle a sua primeira manifestação, nem constitui o seu fundo patológico.

Depois, não é por sua causa, a que não ligam importância, que os doentes procuram o médico, é pelos outros padecimentos e por isso acontece muitas vezes, que, quando

consultam, já os eritemas desapareceram sem deixarem vestígios sensíveis.

A endemia grassa, domina e alastra-se pelo meu concelho; e o que nêle se passa é de presumir que noutros se dê.

Vi alguns doentes que pertenciam a freguesias dos concelhos limítrofes, como o de Guimarães, Fafe, Braga e atentas as condições em que ela aparece, por certo muitos por lá deve haver, bem como por todo o Minho.

Um facto de estatística me confirma esta opinião; sempre que alguem procurou pelagrosos achou-os em abundância.

Assim, o Prof. João de Meira apresenta, distribuïdos pelas aldeias do concelho de Guimarães, 249 colhidos no seu inquérito de 1904-1905 e cita outros concelhos ainda com um número muito inferior, na verdade, visto não o interessarem para o fim em vista e não lhe ser possível estender mais longe as suas indagações.

O Dr. Pereira da Silva, quando em 1904 apresentou a sua dissertação inaugural — *A Pelagra* — versou sobre 54 casos, sendo quási todos dos concelhos de Guimarães e da Póvoa de Lanhoso, não fez estatística, mas afirmou que no Minho, havia grandes centros pelagrológicos, considerando como tais, além dos concelhos citados, o de Barcelos, Paredes de Coura, Amarante e Braga.

E mais recentemente, em 1924, na *Medicina Contemporânea* o Dr. Álvaro Lapa, numa série de artigos, a que fiz referência no primeiro capítulo dêste desprentencioso trabalho, para provar como a endemia impera no concelho de Paços de Ferreira diz que os Drs. A. Campos e A. Matos só em Fevereiro de 1923, tinham observado 63 pelagrosos e que na freguesia de Serva, com 685 habitantes, havia 21 doentes de pelagra.

Em Paços de Ferreira, continua o autor, êsses médicos

teem notado desde 1918 um grande aumento do número de casos de pelagra.

Desde essa época a endemia de ano para ano não tem cessado de ganhar terreno.

Como o Dr. Pereira da Silva, tambem eu não faço estatística, por me ser impossível, por virtude das circunstâncias em que me encontrava e que já expliquei.

O número de observações a descrever era o que quizesse, mas para o estudo clínico que pretendo fazer, meu objectivo principal, bastam as apresentadas e não haveria necessidade, nem interêsse dum conjunto maior, porque muitas se sobrepunham na sua sintomatologia, na sua modalidade.

Com os parcos meios e o tempo de que dispunha, fiz o que pude; repeti, acumulei exames, quiz surpreender todos os sintomas, apanhar o quadro clínico em tôda a sua extensão e em tôdas as variedades individuais possíveis; e se por fim as conclusões a tirar dêste esfôrço são de nenhuma importância, ressalve-se ao menos a bôa-vontade que me animou.

Sula pellagra, diz Masserini, assistente da Universidade de Pavia, *possediamo scarsi dati di fatto relativi alla clinica;* e é freqüente ler-se em outros autores que sem as perturbações cutâneas só com os outros elementos clínicos, o diagnóstico é extremamente difícil, e que demarcar o quadro típico é duma dificuldade manifesta.

Considero arrojados êstes dizeres; com a pelagra dá-se o mêsmo que com outras afecções e se nestas, pela pobreza de sintomas, com que nos podem aparecer, somos constrangidos a instituir o diagnóstico diferencial, não é de estranhar que com ela usemos de procedimento igual.

Porém na pelagra há dados curiosos que a particularizam e lhe dão feição especial: são em primeiro logar as recrudescências vernais, êsse atear de tôda a sintomatolo-

gia, o aparecimento pela primavera de muitos sinais que durante o inverno e em todos os casos remitem e em segundo lugar o meio em que ela procura as suas vítimas, os indivíduos em quem se instala.

Não nego que haja por vezes sérios embaraços, que se nos deparem doentes duma sintomatologia escassa e que se tenha então de fazer um diagnóstico provisório; mas quando assim aconteça, a anamnese, desde que nos seja claramente fornecida, e os antecedentes, podem ainda resolver a questão, esclarecer-nos os casos duvidosos.

Nas suas épocas de agudeza o diagnóstico é fácil sôbretudo havendo eritemas, que são freqüentes, mas passada a crise, desaparecidas as lesões cutâneas, se não nos lembrarmos de que a pelagra é uma afecção com que temos de contar, se não orientarmos nêsse sentido o interrogatório, pelas queixas vagas que os doentes nos fazem, muitas vezes podemos passar de lado e irmos buscar a causa onde ela não está.

O que é preciso, pois, é que, sabidas as circunstâncias, em que ela se desenvolve, o meio que prefere e que lhe é próprio e as particularidades sintomáticas de que se reveste, nela se pense e com ela se faça diagnose diferencial.

No seu livro *Elementos de Psiquiatria* diz o Prof. Júlio de Matos: «na fase crónica da intoxicação nenhum êrro de diagnóstico é possível».

«Mas, ao princípio, quando a doença procede por acessos anuais, concebe-se, que em face dum pelagroso em que tenha desaparecido o eritema, o clínico hesite no diagnóstico pensando numa simples dispepsia ou numa neurastenia com predomínio de sintomas gastro-entéricos. Os anamnésticos e sobretudo o conhecimento médico da região, por isso que a pelagra é endêmica, bastarão para o orientar».

Não devo trazer para aqui, porque cairia em repetições inúteis, o complexo sintomático do síndrome pelagroso. Os

seus sinais foram descritos e analizados no decurso dêste capítulo, tendo tomado para base dessa exposição os doentes que examinei.

As afecções e as intoxicações que os autores apresentam e com as quais e a pelagra, dizem, é preciso fazer-se diagnóstico diferencial são muitas; limito-me a citá-las, que para as separar do síndrome pelagroso basta ter presente a sintomatologia dêste, as suas características especiais, para que as dúvidas se desfaçam.

Estas intoxicações e afecções são o hidragirismo e o arsenicismo, em que insistia Roussel, o ergotismo, as intoxicações alimentares e fúngicas, a ictiose, a acrodínia, as erupções acidentais provocadas pela acção de corpos químicos e o eritema solar. Porém, como diz o Prof. Júlio de Matos, é principalmente com perturbações gástricas, como a neurastenia de sinais gastro-entéricos intensos e ainda com a clorose e com a sífilis, pelos seus sintomas nervosos, que a pelagra pode dar confusões e para lá desviar o diagnóstico. A discussão que vou fazer é ligeira por supor desnecessário entrar em largas considerações, atendendo ao que fica escrito sôbre o assunto que vem sendo debatido.

As afecções do estômago e a neurastenia repercutem sôbre todo o organismo e podem suscitar desordens secundárias, nervosas, respiratórias, cardíacas e alterações da nutrição iguais às que se deparam no síndrome pelagroso; contudo nêste os fenómenos gástricos e os demais, analizando-os bem, apresentam particularidades que devem ser ponderadas e lhe denunciam uma origem extra-gástrica. Quer se trate de simples hiperestesia, quer de gastralgias, as suas relações com as ingestões são irregulares, a dor gástrica não é condicionada por causas ocasionais, principia bruscamente e a sua terminação é geralmente anunciada e seguida de erutações.

Além disto, dois factores se impõem ainda, primeira-

mente a marcha da doença, depois os antecedentes hereditários.

Alguns casos observei com perturbações do aparelho digestivo, sendo três com diarreia e sem os eritemas; pois bem, feito o diagnóstico, aconselhei-lhes um regime reconfortante, tonifiquei-lhes o sistema nervoso com medicação apropriada e as melhoras não se fizeram esperar, tendo desaparecido a diarreia que durava há meses.

Qualquer outro tratamento que se fizesse, nomeàdamente o dietético, supostas as perturbações gástricas e intestinais, por certo não daria resultado, o que tive ocasião de verificar em alguns.

Apontei como elemento a considerar os antecedentes hereditários; é que, afora qualquer consideração de outra ordem, contràriamente ao que escreveu o Prof. Giulio Alessandrini da Universidade de Roma em *Il Policlinico* de 1910 — *nella massima parte dei casi e direi quasi costantemente il numero dei veri pellagrosi in ogni famiglia è di uno* — raríssimas vezes verifiquei essa afirmação do Prof. italiano. Encontrei famílias em que a pelagra existia desde os avós aos netos.

Êste assunto da hereditariedade na pelagra tem sido bastante discutido, havendo muitos tratadistas a favor, como Odoardi, Ballardini, Tardieux, Lussana, Frua, Agostini e outros; e ainda não há muito, em 1916, Davenport em *The Archives of International Medicine,* tomo XVIII, o debateu. Para êle, como para a Comissão Americana, a pelagra é, segundo tôdas as probabilidades, uma doença infecciosa, específica e contagiosa, não podendo por isso excluir-se o factor hereditário.

Não sendo esta a altura azada para analizar a etiologia da afecção, querendo simplesmente apresentar a minha maneira de ver sôbre êste ponto — a hereditariedade —, devo dizer, desde já, que a transmissão que julgo ter de admitir-se,

será não a que supõe Davenport, mas sim a da debilidade constitucional, a da predisposição do terreno.

Não entrando mêsmo em linha de conta com êste factor, não admira, que adentro da mesma família observêmos vários casos; os indivíduos que a formam estão sujeitos a idêntico condicionalismo, iguais são as causas que actuam e as circunstâncias em que vivem.

E porque é muito raro encontrar-se um caso isolado, sem que nos antecedentes se acuse o síndrome, daqui decorre o valor, a grande importância, dêste dado para o estabelecimento do diagnóstico.

Não estão de acôrdo os pelagrólogos nas classificações que fazem das formas da pelagra; vou tão sómente apresentá-las, que para as apreciar e julgar basta lembrarmo-nos das palavras já citadas do Prof. Tiago de Almeida — *dos seus sintomas alguns podem variar de intensidade.*

Neusser dá-nos a seguinte classificação:

1.º Formas com alteração da inteligência.
2.º Tipo da esclerose lateral amiotrófica.
3.º Forma meningítica.
4.º Forma semelhante a tetania.
5.º Forma gastro-intestinal.
6.º Forma caracterizada pela degenerescência e atrofia dos órgãos.
7.º Forma semelhante à doença de Addison.
8.º Simples dermatose.
9.º Pelagra sem *pele agra.*

Para Lombroso cinco seriam as formas a considerar:

1.º Forma que predispõe à loucura.
2.º Forma que predispõe à hidromania.

3.º Forma com vertigens.
4.º Forma caracterizada pela bulimia.
5.º Forma caracterizada pela tendência a cair para traz.

Finalmente Georges Procopiu propõe a divisão:
1.º Forma gastro-intestinal, (compreendendo a forma diarreica de Guangiroli).
2.º Forma nervosa com mania.
3.º Forma nervosa com paralisia (mielite pelagrosa).
4.º Pelagra sem *pele agra*.
5.º Tifo pelagroso, considerando antes esta forma como uma complicação.

Dentre estas classificações é na verdade, a última, aquela que condiz, duma maneira geral, com os factos.

A forma gastro-intestinal e a forma sem *pele agra* merecem ser individualizadas, mas apenas no período de estado, que no período terminal uma só forma é a conseqüência da natureza do síndrome, é a nervosa com caquexia, demência ou com paralisias.

E para terminar êste despretencioso estudo clínico duma afecção curiosa, que tem zombado e continuará a zombar da sagacidade médica, que jàmais esmorece na ânsia insofrida de atingir a verdade, firmando-me sôbre dezenas de observações, que não admitiam dúvidas quanto ao seu diagnóstico, afigura-se-me poder concluir:

— A pelagra é um complexo sintomático constituindo o quadro clínico dum síndrome distinto e inconfundível.

— Grande parte da sua sintomatologia denuncia perturbações de origem neuroglandular.

— Os seus caracteres próprios e essenciais são as suas manifestações paroxisticas nas recrudescências vernais geralmente múltiplas.

—Estas recrudescências são acompanhadas sempre de alterações das mucosas, em que sobresai, pela sua objectividade, a estomatite, e quási sempre de lesões eritematosas, principalmente das extremidades, e ainda de certas regiões da face e do pescoço, sendo raras vezes mais generalizadas.

Étio-patogenia

«... ainda que se ignore onde está a verdade pode aprender-se, todavia, a conhecer onde ela não está».

MAETERLINK.

Um dos capítulos mais controvertidos e obscuros da patologia é, sem dúvida, êste, o da étio-patogenia da pelagra.

Teorias sôbre teorias se teem acumulado, pretendendo cada qual estar de posse da verdade, por julgar ter encontrado a causa produtora ou responsável da afecção.

As hipóteses são tantas que limitar-me-hei a expor as principais e resumidamente; elas traduzem as tendências gerais do tempo em que foram apresentadas e marcam as fases da evolução dos conhecimentos médicos.

Por pouco que se analize o síndrome pelagroso e se reflita nos seus sintomas, não se extranha que tal tenha acontecido; os investigadores, no desejo de lhe atribuïrem uma causa, tropeçaram, a maior parte dêles, na insuficiência dos dados que a sciência lhes fornecia.

Foi imenso o trabalho dispendido; organisaram-se congressos, travaram-se vivas e acesas discussões, professores ilustres tentaram desvendar o mistério, mas tudo em vão; só modernamente é que, parece, alguma coisa se começa a entrever, sem contudo podermos considerar a questão resolvida.

É que a pelagra entra nos domínios da nutrição celular, *problème complexe,* diz Lemoine, *où tant d'inconnues restent encore à solutioner.*

A primeira teoria etiológica exposta e que fôra abraçada por muitos pertence a Balardini. O notável médico italiano assim a deduzira:

«Se, pois, eu conseguir provar que a pelagra nem vem do ar, nem pelas bebidas, terei já provado, pelo método exclusivo, que mèramente depende da nutrição. Mas esta, não é outra senão o milho, sob a forma de polenta entre nós e de pão em outros logares, consumido durante todo o inverno sem substâncias animais em proporção notável. Portanto, êste alimento tirado do milho tardio, não maduro, muitas vezes abolorecido na primavera, deve nas circunstâncias indicadas, constituir a causa verdadeira e certa da pelagra».

Estavam lançadas, duma maneira geral, as bases da teoria maídica, que durante muitos e muitos anos perdura e que tem como sequazes, além de Marzari, Fanzago, Balardini, Roussel e, sobretudo, Lombroso.

Múltiplos eram os argumentos que os zeístas aduziam para afirmar uma íntima relação, como de causa para efeito, entre o milho e a pelagra.

Ela só aparecia onde êsse cereal formava a base da alimentação; nos países em que é rara, êsse facto justifica-se pelo seu fraco consumo.

É na população rural que quási exclusivamente escolhe as suas vítimas e é desconhecida nas regiões em que a cultura do milho ainda se não disseminou.

Mas esta teoria, toma diferentes aspectos.

Se a maior parte dos autores estão de acordo em ver na alimentação a causa da doença, as divergências começam quando querem explicar como ou qual o agente que no milho se contem para a produzir.

Marzari acusava-o «pela probreza em substâncias azotadas».

Baglioni, Lo Monaco e Camurri sustentam que no milho existe normalmente prèformada a substância que vicia as trocas nutritivas, cuja natureza para Baglioni é a de uma proteina complexa, para Camurri a das enzimas.

Balardini cria a teoria verderámica; o *Sporisorium maïdis,* fungo que ataca o embrião é a causa do mal; a farinha perde o seu sabor natural, torna-se amarga e produz uma sensação de calor na bôca.

Mas o estudo pormenorizado dos micro-organismos que aparecem no milho adulterado é objecto de análises minuciosas e não falta quem julgue ter provado que a causa determinante não pode ser o *Sporisorium maïdis.* Lombroso, cujos trabalhos se tornam notáveis, é dos que primeiro o contestam.

Fez múltiplas experiências em animais, isolou em culturas os seus parasitas e concluiu que a doença é resultante duma intoxicação produzida pelos venenos que algumas espécies de cogumelos desenvolvem no milho, nomeàdamente o *Penicillium,* o *Oidium* e o *Aspergillus.*

Chegou a preparar extratos alcoólicos e disse ter identificado a substância activa, a que chamou *pelagroseina,* de natureza alcaloide.

Êstes resultados foram impugnados e a luta foi tão viva, que o acoimaram de charlatão e levaram a Faculdade de Medicina de Pavia a pedir que fosse destituido.

Mas, uma das bases da teoria zeísta começava a ser contraditada pelos factos; a doença aparecia e era denunciada em regiões, onde, ou não se comia milho, ou entrava em pequena quantidade na alimentação.

Os zeístas quizeram ainda encontrar uma explicação no consumo de aguardente fabricada com milho alterado; mas fraco recurso êsse, que não podia resistir à crítica.

Ao lado da doutrina maídica outras surgem, julgando ter desvendado o problema; são propostas por scientistas de responsabilidade, por professores universitários. Causas de tôda a ordem são invocadas como sendo as productoras do mal.

Aschoff e Raubitzchek afirmam ser a pelagra uma

doença foto-dinámica e sustentam que as substâncias gordurosas e coradas do milho sensibilizam os tecidos à acção da luz. Esta acção pertence especialmente aos raios químicos e como na primavera a luz solar é mais rica dêstes raios, veem nisso a explicação das recrudescências dos eritemas e demais sintomas.

Para o Prof. G. Alessandrini *la pellagra e una malattia causata dall'ingestione di determinate acque.*

Ela só existe onde se beba água superficial e susceptível de se inquinar fàcilmente; a diminuïção ou desaparecimento da doença está em relação com a sua pureza.

Onde ela seja límpida e corrente nota-se a ausência absoluta do mal.

¿Mas qual é o agente, de habitat hídrico, que a produz?

Pela analogia clínica e anátomo-patológica emite a hipótese de que a afecção possa ser determinada por uma filária; as larvas encontram-se quási sempre nos poços artificiais e são tanto mais numerosas quanto mais intensa for a endemia não se encontrando, onde esta não existir.

Não advogou muito tempo esta sua hipótese, pois que tendo o Prof. Scala atribuido a etiologia da doença á intoxicação pela sílica coloidal, segue-a e institui o tratamento, que dela se deriva.

Uma forma microbiana é apresentada pelo Prof. Tizzoni como sendo o agente específico. Êste autor, de colaboração com Fazoli e Panichi afirma ter isolado do milho, das fezes e do sangue dos pelagrosos, um estrepto-bacilo polimorfo, cuja descrição faz e a que dá o nome de *strepo bacillus pellagrae.*

O seu ciclo evolutivo teria três fases, sendo o tipo inicial bacilar, o médio estreptocócico e o último estafilocócico.

A busca bacteriológica era tão importante que serviria para estabelecer a natureza do mal e para fazer o diagnóstico nos casos duvidosos.

Esta teoria tem a sorte das demais, a-pesar-do aspecto de rigor scientifico com que é defendida. O autor pretendeu apoiar-se na experimentação no caviá e na identificação das culturas.

Argumentando igualmente com os resultados experimentais o Dr. W. Harris, de Nova Orleães, chega a concluir o seguinte, que vem transcrito em *Il Policlinico* de 1913: *La pellagra sarebbe dunque dovuta ad un virus filtrabile come il variolo o la rabia.*

Em 1913 Sambon, baseando-se em dados epidemiológicos e na analogia com outras doenças aventa a sua hipótese.

Para êle o síndrome é uma doença parasitária, transmitida por insectos da familia dos *simulídeos* e da dos *quiromonídios*. Os seus focos, como acontece com o paludismo e com a doença do sôno, são nitidamente circunscritos e permanentes enquanto persistirem as circunstâncias ecológicas necessárias. O milho não pode continuar a ser incriminado, pois a distribuïção geográfica do mal não coincide com a da sua cultura, nem com a do seu consumo.

Depois, a frisante e característica recurrência do eritema e dos outros sintomas em cada primavera durante muitos anos, entre pelagrosos afastados do local da doença, só pelo parasitismo se pode compreender; a tratar-se duma substância tóxica, diz, esta eleminar-se-hia ràpidamente desde que não se ingerisse mais.

Percorreu diversos países e em todos encontrou a pelagra com os mesmos sinais clínicos e entre povos que não consomem a polenta, como, por exemplo, nas Ilhas Britânicas.

Como lei afirma, duma maneira formal, que é apenas nos seus focos que se contrae e geralmente no decurso do primeiro ano; tôdas as pessoas, que lá se instalem, estão sujeitas à infecção.

O parasita tem um intermediário, de preferência o *Simulium pubescens* ou o *Simulium ornatum;* a sua distribuïção no mundo é larga, êsses insectos dão-se igualmente entre os trópicos e nos climas temperados e vivem, em regra, ao longo dos cursos de água.

Os centros de endemia são justamente as regiões que os marginam ou dêles ficam perto.

Todavia, o agente não o isolou e como dado laboratorial apresentou o aumento do número dos mono-nucleares, fraco apoio a que terei de referir-me quando expuser os resultados das minhas análises de sangue.

Enquanto uns procuram a causa da afecção no parasitismo, outros continuam ainda a supô-la derivada duma intoxicação.

Não são já os fungos, não é o milho adulterado que se responsabiliza, é antes uma intoxicação de outra espécie operada pela sílica coloidal.

Dois professores, Scala e Alessandrini, desenvolvem esta nova hipótese, defendem-na e fazem a terapêutica que as conclusões teóricas autorisam, julgando ter obtido no tratamento a confirmação.

La pellagra escrevia o Prof. Scala em 1913, é *l'effeto di una intossicazione cronica, di cui é causa la silice in soluzioni colloidale in acque di diterminata composizione e percio esse può anche essere difinita una malattia da colloidi minerali.*

A argila, é a origem da doença; a água das chuvas, quer nos estratos superficiais, quer nos profundos, reagindo sôbre ela, que é um silicato de alumínio, provoca a hidrólise de que resulta o ácido silícico e a alumina hidratada, que ficam na água sob a forma coloidal.

Mas em solução, ao lado da sílica, podem existir sais neutros, uns que exaltem, outros que atenuem a sua acção maléfica.

Se a sílica aparece em tôda a agua, nem tôda é danosa; os sais alcalinos em geral e o carbonato de cálcio sobretudo, exercem uma influência neutralizante e destroem as suas propriedades patogénias.

¿E como explicar o mecanismo de acção da sílica coloidal?

«Nós cremos, dizem os Profs. Scala e Alessandrini, que a retenção do cloreto de sódio seja o primeiro efeito da sílica sôbre a substância proteica dos tecidos; ela actua como uma diástase e fixa o cloreto sôbre a micela azotada, substituindo uma ou mais moléculas de água; a desidratação é a conseqüência destas reacções bem como a libertação de ácido clorídrico, que deve ser a substância maléfica».

La pellagra, concluem os referidos professores, *ha la sua origine in una acidosi minerale che deve essere di grado piú elevato di quella che pure se deve avere nelle condizioni di sanità dell'organismo e che protremmo chiamare necessaria e benefica per la reazione tra cloruro di sodio e sostanze proteiche.*

A periodicidade da afecção interpretavam-na da seguinte forma: o ácido mineral é tanto mais irritante sôbre as partes expostas ao ar e aos raios directos do sol, quanto maior for a temperatura ambiente e a sua concentração nos tecidos.

Os eritemas manifestam-se no início da primavera só nos pelagrosos em cujos tecidos a concentração ácida é máxima e depois, aumentando a temperatura ambiente, naqueles em cujos tecidos essa concentração seja menor.

Sendo a pelagra uma acidose, a sua cura devia ser obtida por um alcalino; e, de facto, os autores, depois da experimentação no animal propoem o tratamento pelo citrato trisódico em solução a 10 %, de que injectam diàriamente 1 cc. Apresentam vários casos com bons resultados.

Para exposição de hipóteses que passaram e fizeram a

sua época já basta; expondo-as, quiz significar a dificuldade do assunto e o quanto a sciência se tem empenhado por o esclarecer.

Modernamente e a-pesar-dos progressos realizados nos domínios da medicína, as opiniões ainda não são concordes.

Segundo Funk a pelagra entra no quadro das avitaminoses. As relações clínicas e etiológicas, no seu entender, com o beri-beri e o escorbuto são frisantes. A vitamina anti-pelagrosa existiria no milho porém a descorticação dela o privaria.

Para a escola americana representada por Goldberger e Wheeler o síndrome é produzido pela deficiência de certos animo-ácidos e de vitaminas e para Mc Collum e Hogan constituïria uma carência múltipla de albuminas, elementos minerais e vitaminas.

Jobling e Petersen consideram-no como uma avitaminose simples, em que o excesso de alimentos hidrocarbonados teria a sua influência agravante e, em 1923, na *Revue Française d'Endocrinologie* escrevia o Prof. Mouriquand: *dans la pellagre qui resulte probablement d'une carence complexe portant surtout sur les aminoacides et les sels, c'est la peau qui est la plus atteinte et ensuite le tube digestif et le systéme nerveux.*

A noção da carência alimentar constitui uma das aquisições mais recentes da patologia.

As primeiras descobertas remontam a 1912 e é Shimamura, Odake e sôbretudo Funk que demonstram a existência na cutícula do arroz e na levedura de cerveja duma substância que actua em dose infinitesimal e duma maneira potente sôbre a polinevrite experimental do pombo e da galinha.

Essa substância baptisou-a Funk com o têrmo de vitamina.

Ao mesmo tempo Hopkins estabelece a necessidade

para o crescimento de elementos a que chama factores alimentares acessórios e Mc Collum e outros aplicam êstes dados à análise biológica da alimentação. Está pôsto um problema duma importância capital e cuja complexidade é grande.

Êle, com os síndromes que a carência acarreta, apaixona a todos, clínicos e fisiologistas. Bastante se tem adiantado já; factos existem que, parece, não admitem contestação, porém o caminho a percorrer é imenso, porque a sciência enfrentou a vida no que ela tem de mais emaranhado e misterioso — a nutrição.

Escrevia, em 1920, o Prof. Achard no seu tratado *Troubles des Échanges Nutritifs: la nutrition est l'un des sujets non seulement les plus importants, mais les plus difficiles de la biologie. Son étude résume, pour ainsi dire, la biologie, tout entière, de sorte que connaître la nutrition serait connaître la vie elle-même, car se nourrir est la veritable caractéristique de l'état vivant.*

Até há pouco tempo a concepção scientífica sôbre a alimentação era assaz diferente do que é hoje, julgava-se que os seus constituintes eram as proteinas, hidratos de carbono, gorduras e sais minerais; actualmente sabe-se que outras substâncias são também essenciais, ainda que presentes em tão pequena porção que a possibilidade da sua importância foi ignorada.

As experiências fizeram-se com ratos e outros animais e os resultados foram concludentes. Administre-se uma ração alimentar formada por substâncias no estado de pureza, a caseina purificada, o amido, o assucar e uma gordura vegetal: os animais novos não crescem e os adultos definham.

E todavia, os alimentos são dados em quantidade suficiente para uma alimentação normal.

Junte-se-lhe, porém, o leite e tudo se remedeia, evita-se o estado de carência.

E, como a maior parte das matérias contidas no leite adicionado já entravam na ração, temos de concluir que o que tornava eficiente êsse regime era um *quid,* uma substância muito especial que nêle se continha e que por êle se fornecia ao organismo.

Sem essas diminutas quantidades acessórias a ração absolutamente necessária ao equilíbrio orgânico não é utilisada.

É absorvida, mas a coordenação do metabolismo não existe. Essas substâncias especiais são as vitaminas.

A sua natureza química desconhece-se. Podemos extraí-las, precipitá-las, redissolvê-las, mas não podemos separá-las complètamente doutras substâncias com que andam unidas.

Quanto ao seu número divergem os autores.

Os Profs. Mouriquand, Weill e Hopkins, admitem, como melhor definidas no campo clínico e experimental, as três vitaminas A, B e C.

Rathery junta-lhe uma quarta C e Mc Collum e Davis descrevem sómente duas a que chamam factores acessórios. É o factor A ou *fat soluble* e o factor B ou *water soluble.*

A. Lumière propõe uma classificação diferente; segundo a sua maneira de ver as vitaminas devem ser separadas em dois grupos, o primeiro abrangendo as que são excitantes das glândulas de secreção externa, o segundo as que são necessárias às formações colodais específicas das células.

A vitamina A, encontra-se nas plantas verdes, nas reservas de gordura contidas nas sementes, mas principalmente na manteiga, na gêma de ôvo, no óleo de fígado de bacalhau e nos órgãos de tecidos ricos em elementos celulares, como o fígado, o ovário, etc.

A vitamina B, existe nos órgãos como o fígado, rim e pâncreas, mas sôbretudo na cutícula das sementes, no embrião, nas raízes e frutos.

Se êstes dois factores são assaz estáveis, outrotanto não se dá com o factor C, muito lábil, que se encontra nos vegetais frescos, nos frutos verdes e em grande quantidade no sumo da laranja e do limão.

O mecanismo da acção dêstes elementos admite-se que seja o de actuarem à maneira de fermentos. O calor ou a exsicação destroem-nos e os dissolventes eliminam-nos.

O Prof. Mouriquand e Mc. Carrisson afirmam que a nutrição dos núcleos dêles depende.

Seria interessante falar sôbre o valor de cada um dos componentes de um regime alimentar completo, porém isso levar-me-hia longe e desviar-me-hia do fim que me proponho, qual seja o de interpretar, até onde for possível, a étio-patogenia da pelagra; limito-me portanto a dizer duas palavras sôbre o papel dos albuminoides.

Os protéicos são indispensáveis ao organismo e nada os pode suprir. São simples como as globulinas, as albuminas e glutelinas e conjugados como as núcleo-proteinas, as glico-proteinas e fosfo-proteinas. O seu destino é duplo, servem para reedificação celular e fica uma parte no estado de albumina circulante que é queimada ao contacto dos tecidos.

O organismo pode fabricar assucar ou gordura dos albuminoides, o que não poderá é obviar ao déficit destas substâncias, quando o mínimo necessário não for assimilado. Depois, um determinado equilíbrio entre tôdas estas substâncias tem de ser mantido, do contrário acidentes do metabolismo se instalam; para tôdas, a exigência dum mínimo é imprescindível, de tôdas há uma necessidade específica.

«Mas, como diz Schaeffer, os albuminoides são entre estas grandes classes de alimento os que possuem a maior heterogeneidade; as diferentes albuminas não são equivalentes, o seu valor alimentar provém dos seus elementos

constituintes de que os mais importantes são os amino-ácidos».

A determinação do papel que cada um dêles representa e o seu valor no crescimento e no equilíbrio azotado tem sido objecto de buscas e experiências pelos fisiologistas modernos.

«O organismo, continua Schaeffer, não destroi a molécula albuminoide senão para lhe tirar um ou dois amino-ácidos, de que não pode privar-se e de que não pode fazer a síntese; tem de demolir um edifício para utilisar sómente uma ou duas pedras. O homem e os mamíferos superiores são incapazes de fazer a síntese de certos amino-ácidos, êstes devem-lhe portanto ser fornecidos pelos alimentos».

Hopkins, mostrou a importância do triptofano, Osborne e Mendel a da lisina e cistina e Hopkins e Ackroyd o valor da arginina e da histidina. Êstes estudos teem sido feitos principalmente sôbre os animais e muitas são as dificuldades a vencer; contudo uma noção fundamental se impõe, a de que na ração alimentar se tem de atender ao factor quantitativo e ao qualitativo.

Nesta ordem de trabalhos muito se teem notabilizado os Profs. Weill e Mouriquand; com êles direi, em resumo, que todo o regime para ser completo terá de compreender: o alimento calórico — hidratos de carbono, gorduras e albuminas; o alimento plástico — albuminas e elementos minerais e o alimento-fermento.

Êste deve ser ainda considerado sob o aspecto químico — necessidade de substâncias mínimas actuando como catalíticos (vitaminas, amino-ácidos e sais minerais) e sob o aspecto físico — necessidade do estado vivo e fresco dos alimentos.

Feito êste apanhado como que a servir-me de introdução, ¿qual será a étio-patogenia do síndrome pelagroso?

Êste assunto levará ainda muito tempo a ser pôsto com

aquela clareza, que o espírito humano para tudo procura; alguma luz comtudo se projecta já, horisontes ainda que confusos se delimitam e parece que começamos a pisar aquele caminho que conduzirá ao melhor esclarecimento dum síndrome, que apresenta um duplo interêsse, qual dêles o maior: cuidar dos pelagrosos, gente humilde que tem de labutar pela sua existência acorrentada aos pezados trabalhos do campo, e penetrar, aproveitando os avanços da sciência, no emaranhado problema biológico das relações neuro-glandulares.

Experimentadores não faltam e muitos animais teem sido sacrificados e precizo é que o continuem a ser; o rato, a cobaia e o pombo teem sido agentes preciosos de estudo.

Porém, infelizmente, no homem encontramos problemas que necessitam de ser desvendados; sem desdenhar do que a experimentação nos tem fornecido e possa fornecer, a clínica, a físio-patologia e a histologia patológica dar-nos-hão elementos mais directos e mais proveitosos.

De resto, a ideia não me pertence, a cada passo a incute aos seus discípulos o Prof. Tiago de Almeida.

Nos seus livros a encontramos sempre. Algures afirma: *o estudo clínico dum doente deve ocupar o primeiro logar para estabelecer a natureza do seu mal.*

Ora, quem percorrer as aldeias do meu concelho, quem clinicamente for recolher casos e casos de pelagrosos, observando tôdas as modalidades com que a afecção se lhe apresentar, notará êste facto duma constância absoluta: a pelagra é nos humildes, nos lavradores-caseiros e nos pequenos proprietários que se instala e desenvolve como em terreno próprio. Ao lado dêles, vivem os abastados e a pelagra jàmais os visitou. Na vila da Póvoa de Lanhoso vêem-se pelagrosos, mas nem um sequer entre os que dispõem de meios para uma alimentação variada e, todavia, o meio é o

mêsmo e estão sujeitos às mesmas condições de infecção, se em agente animado se devesse pensar.

Na pelagra tudo se conspira para que seja um síndrome por carência: o seu rico quadro sintomático, variado, mas bem frisante das alterações orgânicas de que êle é a tradução, a endemicidade, grassando em populações duma alimentação uniforme, pobre em gorduras, pobríssima em substâncias animais, em protéicos duma maneira geral e por último a sua evolução arrastada, apiréctica, em que ano a ano se vai cavando, lentamente, a queda orgânica e o déficit dos seus órgãos nobres.

Se nos fôssemos basear nas teorias actuais, sôbre a nutrição, admitindo-as como plenamente adquiridas, e no papel que a cada um dos alimentos se atribui, dir-se-hia que a pelagra é um síndrome em que actuam como causas produtoras principais, a deficiência do factor lipo-solúvel e dos albuminoides. O regime dos pelagrosos é predominantemente constituído por hidrocarbonados, em que os cereais, designàdamente o milho, como no Minho, os feijões, os legumes e os fructos são os seus alimentos.

Dizia o Prof. João de Meira: *o povo, êsse, ontem como hoje sempre passou a vida rilhando côdeas muitas vezes engeitadas pelos cães e de carne sabendo apenas que há um homem chamado carniceiro que a vende em lojas que se chamam talhos. No concelho de Guimarães como por todo o Minho não se come carne.*

Se alguma comem, é o toucinho e pelas festas do ano, a de boi, e isso mêsmo só os lavradores.

Porém, a-pesar-de tôdas estas considerações, qualquer conclusão dada como assente e tomada como definitiva seria arriscada e prematura, que o assunto continua em debate e ninguém poderá prever até onde será levado. Há alguns factos adquiridos, contudo a sua interpretação mantém-se ainda envolta em trevas.

Mas, se a etiologia da pelagra, como escreve o Prof. Tiago de Almeida, espera novas investigações para ser definitivamente estabelecida, conseqüentemente o mesmo acontece com a sua patogenia.

Como diz Halliburton êste assunto da patogenia das doenças por carência está no começo, conhecemos apenas um pequeno número de factos, a nossa ignorância é vasta.

Quem sôbretudo se tem dedicado ao seu esclarecimento é o Dr. Mc. Carrison, alimentando pombos com cereais descorticados.

Segundo as suas observações, comprovadas pela autópsia, os sintomas do síndrome provocado são devidos a uma inanição crónica, a desordens endócrinas, à desnutrição do sistema nervoso e a alterações funcionais dos órgãos da digestão e da assimilação.

Notou a atrofia dos ovários, testículos, tiróide, pâncreas, timus, coração e rins; as suprarrenais estavam edemaciadas.

«O regime rico em carbo-hidratos e pobre em vitaminas, afirma, tem como conseqüência a insuficiencia gastro-intestinal, hepática e pancreática.»

A anatomia patológica em animais carenciados tem sido objecto de buscas numerosas; pelo que respeita á pelagra seria para desejar que mais se tivesse feito.

Êste estudo preciza de ser actualizado, o que se conhece, pertence principalmente a Lombroso e à sua escola e essas investigações são insuficientes, porque não era possível procurar nêsse tempo o que mais interessa para a interpretação do quadro mórbido.

Todavia, as suas conclusões não são para desprezar.

No tubo digestivo, as lesões do estômago são a hiperemia e o adelgaçamento da túnica muscular, e o intestino oferece, a maior parte das vezes, um adelgaçamento ainda maior e até ulcerações.

Dizia Toussie que a sua transparência chegava, em certos casos, a ser tal que era possível ler um jornal atravez dêle.

E essas lesões foram consideradas como o critério anátomo-patológico da pelagra.

Atrofiados foram freqüentemente encontrados o fígado, os rins, o baço, o coração e os músculos. O fígado aparecia em alguns hipertrofiado.

Quanto às lesões medulares foi assinalada a degenerescência ou a esclerose de uma grande parte do feixe de Goll, uma zona estreita do feixe de Burdach e dos feixes piramidais.

As células da coluna de Clarcke, segundo Babes, seriam sempre alteradas. Para Belmondo e Tonini a esclerose não dependia de lesões cerebrais, o processo era primitivo das regiões cervicais e dorsais. As células ganglionares do grande simpático apresentavam freqüentemente atrofia pigmentar. Nas meninges havia hiperemia.

Insuficientes e incompletos são êstes dados anátomo-patológicos; êste estudo, repito, carece de ser revisto e orientado pelos ensinamentos de ordem clínica e muitos são os que a pelagra oferece.

Para o esclarecimento do síndrome muito êsse estudo poderá concorrer, que como afirma o Prof. Tiago de Almeida *a influência da anatomia patologica é poderosa ainda hoje, e sê-lo-há sempre.*

Todavia, alguma coisa de actual se conhece já e de harmonia com o quadro clínico da afecção; assim Modinos observou a degenerescência da tiróide e das suprarrenais e Morre a atrofia das suprarrenais.

A pelagra constitui pela análise clínica um síndrome endócrino-simpático; várias glândulas, parece, são tocadas e o sistema nervoso órgano-vegetativo é-o concurrentemente.

De resto, como escreve o Prof. Widal, impõe-se ao espí-

rito por factos embriológicos, fisiológicos e clínicos *la capitale notion des connexions indissolubles qui unissent les fonctions des glandes á secretion interne et celles du sympathique.*

As relações de subordinação são complexas e a sua discussão sugere muitas incertezas no dizer de Perrin e Alfredo Hanns, contudo a opinião actualmente reinante é que na maioria dos casos são as perturbações das glândulas endócrinas que provocam os sintomas órgano-vegetativos.

Ainda não há muito, escrevia Pende: *á l'influence reciproque du système sympathique et du système endocrine, ajoutons la synergie physiologique des deux systèmes et nous compendrons leur parfaite synérgie morbide.*

Duas glândulas teem repercussão evidente sôbre o sistema órgano-vegetativo, a tiróide e as cápsulas suprarrenais.

A pelagra é um síndrome cujo estudo patogénico e clínico é do maior interêsse e actualidade; bem digno de atenção é dos que queiram interpretá-lo na génese dos seus sintomas.

Mas para isso não basta registar o seu quadro clínico e tentar compreendê-lo à luz dos conhecimentos que a fisiologia e a experimentação nos vão fornecendo; o pelagroso deve ser estudado em si, procurando-se conscientemente, auxiliado pelas provas fisiológicas e terapêuticas e pela histologia patológica desvendar, até onde for possível, a origem dos seus padecimentos.

Há muito para fazer e infelizmente no Minho não faltam doentes.

O seu estudo clínico leva-nos á conclusão, como atraz deixo dito, de que estamos em frente dum síndrome neuroglandular, em que, parece, várias glândulas, de secreção interna comparticipam, a tiróide a suprarrenal, o testículo e o ovário. Os sintomas apresentam-se-nos associados e, se

alguns aparecem na disfunção desta e daquela glândula, outros são dependentes das alterações próprias de cada uma.

Eu não vou enumerar todos os sinais que nos meus casos registei; no seu capítulo próprio desenvolví-os como pude.

Alguns há que merecem referência especial e entre êles os calafrios que se repetem, as cefaleias geralmente frontais, os zumbidos os edemas indolentes da fronte e das pálpebras, as alterações ungueais e a psicastenia que traduzem perturbações tiroideias.

Os sinais de insuficiência suprarrenal não faltam, nos pelagrosos encontram-se pertubações gerais, circulatórias, digestivas e nervosas que a definem.

A frigidez genital tem sido sintoma observado por todos os que estudaram a endemia; nas mulheres é freqüente ser a menstruação irregular, aparecendo tarde e desaparecendo cedo, seguida de leucorreia.

Manifestações de origem simpática são, pode dizer-se, constantes: é a hiperidrose, a cianose das extremidades, a acroparestesia, as sensações anormais na cabeça, as sensações de calor e o dermografismo.

As caímbras, os sobressaltos tendinosos, o arrefecimento, os formigueiros e entorpecimento das extremidades, os pruridos, a criéstesia e os zumbidos, polaquiuria, isto é, quási todos os pequenos sintomas do brigtismo encontram-se com freqüência nos pelagrosos. E' que, dizia Grasset: *ce ne sont pas tellement des signes de petit brigtisme que des signes de l'insuffisance de l'appareil antitoxique.*

A interpretação clínica da pelagra, ressalta da análise dos seus sinais e não devo alongar-me que já extenso vai êste capítulo.

Ao tratar do seu diagnóstico apresentei como elementos de grande valia o meio e a hereditariedade; esta here-

ditariedade compreende-se qual seja, conhecidas as perturbações por que se revela.

Il existe une hérédité endocrinienne, afirma Lereboullet. Mas se é dum síndrome caracterizado por um conjunto de manifestações endócrino-simpáticas que se trata, um estado de desiquilíbrio no sistema nervoso da vída vegetativa se deverá produzir.

E na verdade assim parece acontecer que os pelagrosos apresentam-se como vagotónicos desde o estado psíquico que lhes é peculiar até ao complexo das suas perturbações. Na pelagra duas ordens de fenómenos existem que a dominam e cuja interpretação mal tem sido tentada; são os eritemas e as suas recrudescências vernais.

¿Como explicá-los?

Modernamente vários estudos teem sido feitos sôbre a existência de certos estados mórbidos resultantes duma sensibilidade anormal dos tegumentos à luz solar. Êsses acidentes foram primeiro atribuídos sómente à intervenção dos raios ultra-violetes e julgou-se tratar-se de uma simples questão de foto-sensibilização.

Fizeram-se porêm experiências impregnando o corpo mucoso de Malpighi de substâncias corantes e fluorescentes e notou-se que as regiões irradiadas mas não sensibilizadas ficavam indemnes.

Daqui o concluir-se que a acção dos raios ultra-violetes não bastava, os seus efeitos apenas se sôbrepunham aos efeitos anormais exercidos pelas radiações para as quais havia sensibilização.

Ora, no organismo podem existir produtos fluorescentes patológicos em grande quantidade, os quais derivam principalmente dos pigmentos sangüineos e biliares; êles devem ser os agentes dos fenómenos observados em patologia.

Aqueles que como Guillaume apresentam esta interpretação, afirmam que na pelagra a sensibilização parece ser

devida às substâncias fluorescentes que podem extrair-se dos alimentos vegetais por meio do alcool e cuja acção sensibilizante se averigua.

Para Dujardin e Decamps as reacções cutâneas eritematosas, eritemato-papulosas e nodulares, deveriam ser atribuídas à anafilaxia e às acções péxicas da pele.

A função péxica é particularmente nítida no tecido hepático, mas existe também em outros tecidos e quando o fígado está insuficiente são a pele e as mucosas que o substituem.

Apresentando estas maneiras de compreender as reacções cutâneas não quero dizer que nos deem a solução para o eritema pelagroso; talvez que nele concorram as duas acções, a da luz solar mais rica pela primavera e verão em raios ultra-violetes e a acção péxica da pele, que substitua o estado de hipofunção péxica da célula hepática.

Outra característica da pelagra são as suas recrudescências que lembram as crises paroxisticas de algumas afecções, crises que foram relacionadas com as variações do equilíbrio vago-simpático.

Nessas afecções, o seu estudo levou Garrelon, Tinel e Santenoise a admitir que os estados órgano-vegetativos constituíam condições favoráveis ou desfavoráveis à acção tóxica permanente.

O estado hipervagotónico pareceu-lhes constituir um estado favorável a essas manifestações.

¿O que se passará na pelagra?

A única afirmação que posso fazer é a de que os pelagrosos a quando das exacerbações dos seus padecimentos apresentam um quadro vagotónico.

Exposta a étio-patogenia do síndrome pelagroso de harmonia com os sinais clínicos e com as correntes de opinião actuais em medicina, o tratamento dela deduz-se lògicamente.

É preciso fornecer-lhes protéicos e factores lipo-solúveis, e atender ao seu estado geral e neuro-glandular.

Carecem de ser alimentados; nem as diarreias, nem as perturbações gastro-intestinais o contra-indicam. A dieta prejudicá-los-hia; são úteis os arsenicais, os iodados, os ferruginosos e a terapêutica opoterápica.

Mas, vagotónicos como são, o clima marítimo tem sôbre êles uma acção benéfica grande.

As melhoras designàdamente das perturbações nervosas e do seu estado psíquico são palpáveis e frisantes.

Hematologia da pelagra

A-pesar dêste meu trabalho ser principalmente de ordem clínica, que atentas as circunstâncias em que o fizera, outra orientação não lhe poderia dar, quiz contudo contribuir com êste dado laboratorial para o estudo da endemia pelagrosa no meu país — as fórmulas hemo-leucocitárias.

Sambon, ao apresentar a sua teoria parasitária, além de várias considerações em que se baseia, no aumento do número dos grandes mono-nucleares no período inicial e agudo da doença julgou encontrar mais um argumento a favor da existência dum esporozoário como agente específico.

Verificar até que ponto a mono-nucleose se afirmava, saber como se comportava a crase sangüinea, determinar as variações que poderia oferecer nos doentes, cuja observação descrevera, e relacionar as alterações hemáticas com a natureza do síndrome, foi o objectivo desta simples nota.

O sangue dos pelagrosos tem merecido a atenção de muitos investigadores; devo salientar os italianos, que no combate da endemia muito se notabilizaram.

Lá também não lhes faltaram os meios de estudo; fundaram-se hospitais, organizaram-se institutos, convocaram-se congressos e o Estado levou o seu auxílio ao esfôrço dos seus homens de sciência.

Diferentes foram os resultados a que chegaram e as pesquizas as mais variadas.

Uns procuram reacções específicas do sôro, de precipitação, aglutinação e de desvio do complemento, outros como

Bars, Castetti e Vallardi, estabelecem as relações entre a R. Wa., e a pelagra e o maior número interessa-se pelo estudo das variações do equilíbrio celular do sangue.

Lombroso, Agostini, Babes, Carletti notam a hipoglobulia, a poiquilocitose e a diminuição da taxa hemoglobínica, Fiorini e Gavini uma típica mono-nucleose e a eosinofilia e Gabrescu e Fratini observam a leucocitose e a eosinofilia. Vidoni e Gatti asseveram haver oligoemia, poiquilocitose, ligeira diminuição de neutrófilos, aumento de linfócitos e raros eosinófilos.

Sôbre 36 doentes fazem as suas análises Bianchi e Agazzi e concluem que a hipoglobulia e a diminuição da taxa hemoglobínica encontram-se, na verdade, em muitos pelagrosos mas não são um facto constante. A poiquilocitose viram-na num caso sómente.

Pelo que respeita à fórmula leucocitária, afirmam a existência duma leucopenia neutrófila, que atinge o seu maior grau nas formas leves da afecção, e do aumento dos grandes mono-nucleares que chega a elevar-se a 37 %.

Negam a linfocitose; o número dos linfócitos, dizem, não apresenta variações dignas de relevo, é normal ou inferior ao normal e o mêsmo acontece aos eosinófilos; se num ou noutro doente aparece eosinofilia, é justificada pela presença de ascarídeos.

Em 1915, Kozovsxy publica o resultado das suas pesquizas sôbre a morfologia do sangue na pelagra e conclui que os glóbulos vermelhos não experimentam nenhuma modificação e que dos glóbulos brancos é frisante o aumento dos linfócitos. Esta linfocitose era comum nos casos recentes e nos de uma lenta evolução e em quási todos os que conduzem à demência.

Quanto aos eosinófilos escreve: *pas une de mes préparations ne m'a donnée la possibilité de constater un eósinophile typique.*

Fórmulas hemo-leucocitárias

N.º da obs. e nome	Idade	N.º de gl. r. por mm3	N.º de gl. b. por mm3	Hemoglobina %	Valor globular	Neutrófilos	Eosinófilos	Mastleucócitos	Linfócitos	Monócitos	Cel. de Rieder	Cel. de Türck	Observações
I M. R. P.	70	3.500.000	7.650	70	1	59,22	5,78	0,48	33,06	1,46	—	—	Anisocitose. Poiquilocitose. Núcleos livres.
II J. O.	62	3.950.000	6.200	75	0,95	65,38	4,22	0,25	27,17	2,98	—	—	Núcleos livres.
III M. J. B.	70	3.200.000	4.250	65	1	57,27	1,87	0,62	33,26	6,23	0,75	—	Anisocitose. Núcleos livres.
IV M. C. N.	43	4.100.000	6.500	80	0,97	65,38	5,25	1,02	26,94	1,41	—	—	
V R. E.	49	4.500.000	5.600	80	0,89	57,71	6,85	0,57	32,17	2,42	—	0,28	Núcleos livres.
VI M. A. C.	40	4.200.000	8.000	75	0,89	59,31	2,51	1,22	33,29	3,22	—	0,45	Anisocitose. Núcleos livres.
VII A. J. F.	32	4.000.000	7.200	80	1	47,28	2,75	0,39	45,48	4,10	—	—	Anisocitose. Neutrófilos e eosinófilos vacuolisados.
VIII M. R. R.	38	3.600.000	5.800	85	1,18	70,03	0,84	—	23,76	5,23	—	0,14	Anisocitose.
IX R. A.	35	4.360.000	9.000	70	0,80	42,28	5,43	0,38	47,01	3,68	0,17	1,05	Anisocitose.
X A. S.	18	4.100.000	5.200	85	1,04	45,72	3,86	0,48	43,46	5,84	0,64	—	Anisocitose.
XI M. E.	25	3.980.000	6.300	70	0,88	44,93	5,33	0,95	46,26	2,00	—	0,53	
XII A. R.	24	4.580.000	6.250	70	0,77	52,45	6,50	0,44	36,58	3,59	0,44	—	Anisocitose.
XIII J. B. A.	73	3.000.000	4.000	60	1	66,00	1,60	0,15	29,87	2,16	0,22	—	Anisocitose acentuada. Poiquilocitose. Núcleos livres.
XIV A. J. S.	60	3.350.000	4.500	60	0,89	64,38	3,83	—	26,87	4,52	0,13	0,27	Anisocitose. Núcleos livres.
XV M. J. S.	65	3.820.000	4.600	65	0,89	60,57	8,82	1,14	26,35	2,78	0,34	—	Anisocitose. Núcleos livres.
XVI M. T. F.	61	3.150.000	5.800	60	0,95	51,40	1,64	1,62	44,52	0,82	—	—	Neutrófilos vacuolisados. Núcleos livres.
XVII P. R.	66	3.000.000	4.000	60	1	56,73	9,30	1,26	27,12	5,59	—	—	Anisocitose. Núcleos livres.
XVIII M. R.	65	4.100.000	4.300	70	0,85	65,92	4,86	0,86	23,35	4,64	—	0,37	Anisocitose. Poiquilocitose.
XIX R. M. S.	55	4.600.000	4.650	85	0,92	62,31	0,98	0,58	33,73	2,40	—	—	Anisocitose. Núcleos livres.
XX T. A.	56	4.250.000	5.700	80	0,94	62,39	3,93	0,68	30,45	2,55	—	—	
XXI M. M.	50	3.900.000	4.500	75	0,96	60,59	2,98	0,16	33,44	2,83	—	—	Anisocitose. Núcleos livres.
XXII E. R.	40	3.800.000	5.200	70	0,92	53,69	3,93	1,09	39,36	1,93	—	—	
XXIII B. C.	38	3.800.000	4.500	80	1,05	61,81	2,93	0,41	28,14	6,71	—	—	Anisocitose.
XXIV R. J. O.	70	3.200.000	4.850	70	1,09	62,80	5,29	1,58	27,44	2,65	—	0,24	Anisocitose. Núcleos livres.
XXV M. O.	45	3.750.000	5.900	60	0,8	48,19	3,01	0,30	43,37	4,23	0,60	0,30	Anisocitose.
XXVI J. A. G. R.	50	2.900.000	5.600	60	1,2	55,12	3,84	0,41	36,29	3,54	0,80	—	Núcleos livres.
XXVII M. A. F.	55	3.800.000	4.000	85	1,11	63,77	3,96	—	24,15	7,73	0,39	—	Anisocitose.
XXVIII A. T.	57	4.000.000	3.900	80	1	56,75	1,50	0,54	39,43	1,78	—	—	Anisocitose.
XXIX A. F.	60	2.950.000	4.000	70	1,2	64,05	4,84	1,03	25,51	4,27	—	0,30	Anisocitose. Núcleos livres,
XXX R. F.	46	3.350.000	5.950	75	1,11	57,37	6,12	0,82	33,95	1,74	—	—	Anisocitose.
XXXI M. B.	48	4.000.000	4.900	85	1,06	52,24	4,34	0,21	37,55	5,22	0,44	—	Anisocitose. Núcleos livres.
XXXII I. J.	32	4.150.000	7.500	85	1,02	53,46	4,00	0,13	36,53	5,33	0,55	—	
XXXIII H. D.	36	3.900.000	8.250	80	1,02	54,13	5,41	1,02	37,27	2,17	—	—	
XXXIV M. G.	24	4.050.000	6.500	75	0,92	44,57	8,55	0,63	41,00	4,62	0,63	—	
XXXV A. A.	32	4.000.000	5.300	85	1,06	56,81	5,90	1,12	34,51	1,66	—	—	

Como se vê, não existe acôrdo entre os diferentes autores; os resultados são variados.

¿O que verifiquei porém nos meus doentes e quais as conclusões que as minhas análises objectivam?

A anemia é constante, bem como muito freqüente a anisocitose, aparecendo num ou noutro doente poiquilocitose e em muitos a abundância de núcleos livres.

A hipoglobulia é sobretudo acentuada nos casos graves.

Quanto às fórmulas leucocitárias o seu confronto sugere deduções curiosas.

Primeiramente, uma maior ou menor linfocitose em todos os casos se verifica; e, percorrendo o quadro, vê-se que essa reacção linfocitária é principalmente acentuada nos doentes mais novos, naqueles em que os sintomas clínicos são menos carregados. A sua percentagem chega a ser superior à dos neutrófilos e a esta linfocitose corresponde a leucopenia neutrófila.

O número dos monócitos é variável, mas só num caso está aumentado, que nos outros ou é inferior ou normal, em oposição ao que afirma Sambon.

Igualmente interessante de notar é o que se passa com os eosinófilos; a eosinofilia encontra-se mais ou menos acentuada em mais de metade das minhas observações e, contràriamente ao que se passa com a linfocitose, ela é apanágio das formas graves da afecção, dos doentes em que os sinais nervosos predominam.

Ora, como já disse, os resultados a que chegaram os autores, que citei, estão por vezes em franca oposição, tão franca que nenhuma conclusão é possível deduzir-se do conjunto dos seus trabalhos.

Limitando-me, por isso, ao que observei, vejamos até que ponto as minhas análises se harmonizam com o que expús sobre a étio-patogenia da pelagra.

Que a eritropoiese não está assegurada prova-se pelo

tipo de anemia que aparece em todos os meus doentes, anemia leve ou média, só raras vezes do tipo clorótico, nunca atingindo o grau de anemia grave de Hayem.

Pertencendo ao grupo das anemias aplásticas de Ehrlich — que formas embrionárias de glóbulos rubros não se encontram, enquanto existe anisocitose em muitos e poiquilocitose em alguns — ela demonstra bem o déficit de vitalidade dos orgãos hematopoiéticos, nomeàdamente da medula óssea, que o processo destrutivo dos glóbulos faz-se normalmente e a sua falta de produção não pode provir duma carência de ferro, porquanto o valor globular em quási todos os casos mantem-se aproximàdamente normal.

A leucopoiese é igualmente deficiente, o maior número dos linfoblastes fica em linfócitos, linfocitose idêntica à que aparece no beri-beri e no escorbuto, nas afecções glandulares designàdamente na hipofunção tiro-suprarrenal e que Argonet e Billard comprovaram nos estados de desnutrição e inanição experimental.

Bem sei que a linfositose é própria dos estados infecciosos crónicos, tão própria da cronicidade dessas infecções que durante muito tempo se quiz ver nela uma característica quási exclusiva da tuberculose e da sífilis, facto êste que poderia servir de argumento aos que pretendessem ver na pelagra uma doença infecciosa.

Porém, fraco apoio seria, porquanto a linfocitose é igualmente própria dos carenciados e intoxicados e fôra obtida por Skoezewski e Wasserberg pela simples excitação do parasimpático injectando a pilocarpina. E os pelagrosos são carenciados e vagotónicos.

Demais, enquanto nas infecções crónicas a linfocitose aumenta com os avanços da doença, no síndrome pelagroso é sobretudo notada nos casos leves e recentes, decrescendo com os progressos do mal.

A concordar com o modo como interpretei o síndrome

outro dado ressalta das minhas análises; é a eosinofilia mais ou menos intensa, faltando sómente num ou noutro caso.

Se é certo que ela é o sinal analítico das doenças parasitárias, como a triquinose, helmintíase, anquilostomíase, filariose, quisto hidático etc., verdade é também que basta para a explicar a hipertonia do vago, conseqüência da disfunção endócrino-simpática, que apontei no descurso do meu trabalho, tanto mais que se conserva numa taxa pouco elevada, tendo obtido como número máximo 9,3 %.

Contràriamente ao que afirma Ferrata, quando escreve no seu tratado — *Le Emopatie — una leucocitosi eosinofila sembra mancare del tutto nella pellagra,* as minhas observações atestam a existência freqüente duma eosinofilia embora moderada e não constante.

Modesta é a contribuição laboratorial que deixo arquivada, contudo está de perfeito acôrdo com o ponto de vista étio-patogénico, que do estudo clínico inferi.

BIBLIOGRAFIA

I. PORTUGUESA

A. Trindade — Um caso de Pelagra — *Tese de Lisboa*, 1923.

Alfredo de Magalhães — A Pelagra — *Gaz. Med. do Pôrto*, 1901.

Álvaro Lapa — História da Pelagra em Portugal — *A Med. Cont.* — Lisboa, 1924.

António de Azevedo — Pão e Pelagra — *A. Med. Cont* — Lisboa, 1917.

Arruda Furtado — Eritema pelagróide — *A Med. Cont.* — Lisboa, 1910.

Bernardino A. Gomes — Ensaio dermosográfico — Lisboa, 1817.

Camilo Salazar — Breves notas sôbre a Pelagra — *Tese do Pôrto*, 1917.

Costa Maia — A Pelagra em Portugal — *A Med. Cont.*, 1902.

Fonseca e Castro — Casos de Pelagra — *Tese do Pôrto*, 1922.

João de Meira — O concelho de Guimarães. Estudo de dermografia e nosografia — *Tese do Pôrto*, 1907.

Júlio de Matos — Os alienados nos tribunais — II vol. — Lisboa, 1903.
— Elementos de Psiquiatria — Pôrto 1911.

Manuel Gomes — Mielite pelagrosa — *Gaz. do Hosp. do Pôrto*, 1910.

Manuel Gomes Barreto — Breves considerações sôbre a pelagra — *Tese de Lisboa*, 1899.
— *A Med. Cont.* — Lisboa, 1902-1905, passim.
— A Pelagra em Portugal — Lisboa, 1902.
— A Pelagra em Portugal — Lisboa 1904.

Miguel Bombarda — A pelagra em Portugal — A tetania, a catalepsia e a confusão mental — *Rev. portuguesa de Med. e Cirurgia praticas* — Lisboa, 1896.
— Lições de Psiquiatria — Livro póstumo — Lisboa, 1916.

Pereira da Silva — A Pelagra — Subsídio para o estudo da endemia pelagrosa em Portugal — *Tese do Pôrto*, 1905.

Pires de Lima — La Pellagre en Portugal — *Revue critique* — Pôrto, 1923.

Porto Medico — Pelagra em Portugal, 1906.

Porto Medico — 1906-1909, passim.

Souza Júnior — Um caso de Pelagra em Braga — *Pôrto Med.*, 1905.
Tiago de Almeida — Lições de Clínica Médica — III vol., 1924.
Ricardo Jorge — La question de la Pellagre. Office International d'Higiène Publique — Session octobre 1920.
Zeferino Falcão — Comunicação dum caso de Pelagra à Sociedade das Sciências Médicas — Lisboa 1903.

II. ESTRANGEIRA

Achard (Ch.) — Troubles des échanges nutritifs — Paris, 1926.
Achard (Ch.), Le Sourd, Chauvet. Intoxications — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée de *E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix* — Paris, 1922.
Alessandrini — Nuove ricerche sulla etiologia della pellagra — *Il. Policlinico* — Roma, 1910.
— La vagotonia e la simpaticotonia — *Il. Policlinico* — Roma, 1920.
Alessandrini e Scala — Contributo nuovo alla etiologia e patogenesi della pellagra — *Il. Policlinico* — Roma, 1913.
— Risultati di alcune experienze curative della pellagra col citrato trisodico — *Il. Policlinico* — Roma, 1916.
Bezançon, Le Sourd, Agasse-Lafond — Sang — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée de *E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix* — Paris, 1922.
Cesa Bianchi e Agazzi — Ricerche ematologiche e batteriologiche sulla pellagra — *Il. Policlinico*, 1911.
Charles Box — Pellagre in England — *The British. Med. J.* — London, 1913.
Crainicianu — La sécrétion interne de l'ovaire et le tonus du systéme végétatif — *La Presse Méd.*, 1925.
Daniélopolu — Prinicipes de physio-pathologie végétative — *La Presse Méd.*, 1925.
Davenport — Le facteur héréditaire dans la pellagre — *La Presse Méd.*, 1916.
Darier — Précis de Dermatologie — Paris, 1918.
Dujardin et Decamp — Action combinée de l'anaphylaxie et des actions pexiques en dermatologie — Annalles de dermatologie et syphiligraphie, 1925.
Edward Mellanby — Vitamines and heat — *The British Med. J.*, 1921.
Ferrata — Le Emopatie — Milano, 1918.

Garrelon, Santenoise, Tinel. Vago-sympathique — Anaphilaxie et intoxication — *La Presse Méd.* 1923.

Georges Procopiu — La Pellagre — Paris, 1903.

Gougerote et **Gy** — Insuffisance pluriglandulaire interne thiro-testiculo-surrénal — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* — Tomo XXIV, 1911.

Gosio — Sul problema etiologico della pellagra — *Il Policlinico,* 1906.

Grisolle — Traité élémentaire et pratique de pathologie interne — Paris, 1855.

Guido Ruata — La pellagre à la lumière des récentes connaissances — *La Presse Méd.,* 1911.

Guillaume — Le sympathique et les systèmes associés — Paris, 1921.
— Vagatonies — Sympathicotonies — Neurotonies - Paris, 1925.
— Sensibilité et sensibilisation des téguments aux diverses radiations lumineuses — Mode phisique et biologique d'action des rayons lumineux sur les téguments — *Bulletins et Memoires de la Société Méd. des Hôp. de Paris,* 1926.

Gowland Hopkins — Vitamines (pratical importance of —) *The British Med. J.,* 1919.
— Vitamin problem (the present position of —) *The British Med. J.,* 1923.
— A lecture out the practical importance of vitamines — *The British Med. J.,* 1919.

Halliburton — Vitamines — *The British Med. J.,* 1919.

Hayem et Gaston Lion — Maladies de l'estomac — Paris, 1913.

Houlbert — Le probléme des vitamines et la pratique médicale — *Paris Médical,* 1923.

Kozovsxy — Sur la morphologie du sang dans la pellagre — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* — Tomo XXVII — Paris, 1914-15

Laignel-Lavastine — Types vagotoniques et vaso-moteur des sympathoses complexes — *Paris Médical,* 1924
— Pathologie du sympathique — Paris, 1924.

Lemoine et Rathery — Hygiène et Régimes — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée de *E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix* — Paris.

Leonard Williams — Vitamines, endocrines, and subeleties — *The British Med. J.,* 1923.
— Vitamin deficiency and its effect on healt — *The British Med. J.,* 1925.

Lumière — Quelques considérations sur les vitamines — *Paris Méd.,* 1922.

Lereboublet, Harvier, Carrion, Guillaume — Sympathique et glandes endocrines — Traité de Pathologie Médicale et Thérapeutique Appliquée de *E. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix*

Lucien Parisot, Richard — Traité d'endocrinologie — La Thyroide — Paris, 1925.

Mariano Castex — L'insuffisance thyroidienne et ovarienne dans la toxémie intestinale — *Revue Française d'Endocrinologie*, 1926.

Marcel Garnier — Sur les notions d'insuffisance et de suractivité glandulaires en physiologie pathologique — *La Presse Méd.*, 1926.

Martinet — Energétique clinique — *Publié par les soins du Dr. Martingay* — Paris, 1925.

Maurice Perrin et **Alfred Hanns** — L'influence réciproque et l'action du sympathique et des sécrétions internes en pathologie — *Revue Française d'Endocrinologie*, 1923.

Mc. Carrison — The pathogenesis of deficiency disease — *The British Med. J.*, 1919.

Mouriquand — Carence alimentaire, carence digestive et carence de nutrition — *La Presse Med.*, 1925.

— Sur l'action eutrophique de l'aliment frais — *La Presse Méd.*, 1921.

— Glandes endocrines et syndromes de carence — *Revue Française d'Endocrinologie*, 1923.

Mouriquand et **Michel** — Les vitamines — La notion de carence et ses aplications pratiques dans l'alimentation et les regimes — *Revue de Médicine*, 1922.

Mellanby G. — Vitamines — *The British Med. J.*, 1921.

Nicolas, et **Bertoye** — Sur l'etiologie de la pellagre — *La Presse Méd.*, 1921.

Pachon — Considérations physiologiques sur les rapports fonctionnels du sympathique et des glandes endocrines — *Revue Française d'Endocrinologie*, 1923.

Porak — Les syndromes endocriniens.

Preti e **Polini** — Contributo allo studio del ricambio materiale nella pellagra — *Il. Policlinico*, 1912.

Raoul Lecoq — Les maladies par carence — Paris 1922.

Rathery et **Kourilsky** — Maladies de la nutrition en 1924 — *Paris Médical*, 1924.

— Les glandes à sécrétion en 1926 — *Paris Médical*, 1926.

Rondoni — Remarks on the pathogenesis of deficiency diseases and on pellagra — *The British Med. J.*, 1919.

Rist — Pellagre — La pratique dermatologique de *Bresnier Brocq et Jacquet.*

Robert Hutchison and Donald Paterson — Pellagra in children in Englaud — *The Britsh Med. J.*, 1923.

Roux, Champret, Brisaud — Appareil digestif — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée — Paris 1921.

Sambon — La Pellagre — *La Presse Méd.*, 1916.

Sergent — Diagnostic et traitement de l'insuffisance surrénale. *La Presse Méd.*, 1909.

Terni — Pellagra e simulide — *Il. Policlinico*, 1910.

Tizzoni — Intorno della patogenesi ed etiologia della pellagra — *Il. Policlinico*, 1910.

— Ricerche batteriologiche sulla psicosi pellagrose — *Il. Policlinico*, 1917.

Verney — Di alcune recenti vedute sull'etiologia della pellagra — *Il. Policlinico*, 1910.

Volpino — Ricerche sulla pellagra — *Il. Policlinico*, 1913.