

a notar a presença de um tumor no seu flanco direito, tumor este que paulatinamente foi aumentando de volume, razão porque procurou seu medico na localidade onde reside, diagnosticando este um kysto hydatico. Internou-se na S. C. M. de Pelotas em quarto particular.

Eosinophilia: 8% (Dr. Pedro Martins).

Casoni: Positiva. Operada pelos Drs. Edmundo Berchon e Darcy Xavier. Kysto hydatico da face anterior do lobo direito do figado.

4º — Observação: A. R., 16 annos, branco, brasileiro, residente em S. Gabriel. Doente da clinica particular do Dr. Carlos Antunes. Vimos o paciente em conferencia com este facultativo em Dezembro de 1929. Pelo exame verificamos a presença de um grande tumor, occupando o flanco e hypochondrio esquerdos, movel durante os movimentos respiratorios. O tumor é do volume de uma laranja de umbigo, arredondado e de superficie lisa. O estado geral do paciente é muito bom.

Desconfiando tratar-se de um kysto hydatico fizemos a intradermo-reacção, francamente positiva em 15 minutos.

Eosinophilia: 4,5 % (Dr. Camará Fagundes).

Operado pelo Dr. Sylvio Brauner na Caridade de São Gabriel. Grande kysto hydatico, pediculado do lobo esquerdo do figado.



Enxaqueca duodenal. Pathogenia e tratamento.

Por *H. Annes Dias*

(Cathedratico da Faculdade de Medicina).

Syndrome ruidoso na sua exteriorisação clinica e obscuro no seu mecanismo physiopathologico, a enxaqueca tem sido analysada em todos os seus aspectos, sondada em todos os seus recessos, mas guarda ainda o segredo de sua pathogenia.

Ora descripta como uma nevrose, ora considerada como um choque vaso-trophico (Bouché e Hustin-Chocs, *Therapeutiques contre chocs morbides*, 1922), por uns tido como uma manifestação anaphylactica. Rohrer (in Bates Bloch - Volx, *Tice Pract. of Med.*, pg. 381) por outros (Charles, idem) attribuido a uma congestão de hypophise; ora incluída no capitulo das psychonevro-

ses (W. Fuernrohr, *Grund der gesmt. Prakt. Mediz.* 111, pg. 1078, 1920), ora estudada entre as auto-intoxicações, vai, assim, essa questão procurando deslocar-se aos poucos, do capitulo estagnado das doenças essenciaes.

Dos innumerados trabalhos que lhe tem sido consagrados, emergem já noções que permitem considerar a enxaqueca como sendo sempre symptomatica, mesmo nos casos em que um fundo hereditario se afirma indiscutivel.

Assim sendo, tem a clinica o dever de, em cada caso, procurar o factor desencadeante de tal syndrome; não basta fazer o diagnostico de enxaqueca e prescrever um anti-nervegico, é preciso descobrir a sua filiação pathogenica, que póde variar com o caso clinico; eis porque se póde dizer que a enxaqueca não é uma doença autonoma, mas um syndrome, um complexo clinico, que póde ser determinado por causas varias. Os recentes progressos da radiologia duodenal e da biochimica vão illuminando alguns dos recantos desse obscuro capitulo.

Os casos clinicos que hoje vamos estudar, vos mostrarão o alcance dos novos estudos.

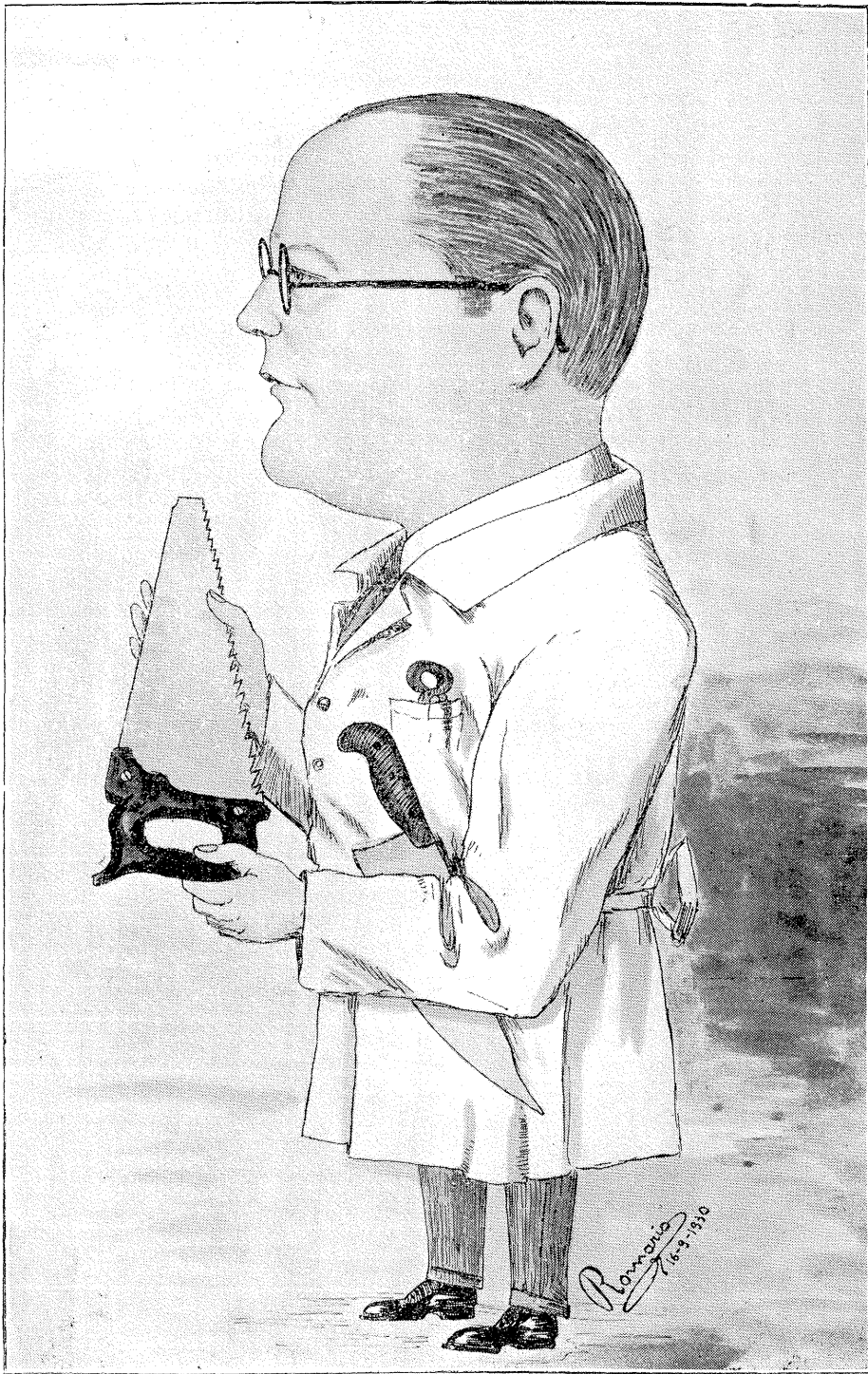
Antes, porém, em rapidos apanhados, devemos expor as mais expressivas dentre as manifestações clinicas da enxaqueca, deixando para a proxima palestra, o estudo minucioso da symptomatologia. Cephaléa, geralmente unilateral; manifestações oculares (escotoma scintillante, photophobia, nuvens, cerração, pontos negros) phenomenos digestivos, como nauseas e vomitos, depressão nervosa, são os signaes mais caracteristicos e se apresentam em paroxysmos periodicos.

E' relevante a circumstancia de, geralmente, começarem na adolescencia ou na mocidade taes crises e de se manifestarem de preferencia pela madrugada.

Si ha individuos que, a partir da infancia, vão tendo, pela vida em fóra, as suas crises, sem que seja possivel attribuir o desencadear destas a um factor, outros existem que só as apresentam em face da mesma causa; si uns vergam sob uma tara hereditaria, em outros esta não é perceptivel.

Essas diferenças são de molde a admittir que não tenham todos os casos a mesma etiologia.

A *theoria vascular* considera a enxaqueca como uma crise vascular, que, para Dubois Reymond seria de natu-



Prof. Guerra Blessmann.

Córtes . . . na pelle.

Prof. Guerra Blessmann.

Tendo ainda a lhe correr nas veias a dóse homoeopathica de uns duzentos e tantos globulos vermelhos de sangue allemão, este, pelo feitio, pelo porte e pelo gesto arrebatado e mandão, é assim uma especie de official prussiano continuamente a dar ordens. Guarda, por atavismo, no temperamento, e em virulencia constante, o microbio do commando.

Quando abre a bocca é sempre em voz autoritaria, como os meninos graúdos, cheios de vontades, ou, então (para lhe ficar mais ao sabor da estirpe) em tom marcial, como naquelle tempo em que se gritava para o *kamerade* disciplinado e submisso que fosse morrer em Verdun.

O proprio nome — Luiz Francisco de Guerra Blessmann — apezar de lhe faltar o carimbo aristocratico de um *von* (tão sedicadamente substituido por um *de* muito vagabundo), como que cheira á dynastia dos Hohenzollern.

Talvez esse *de*, legitimamente portuguez, é que lhe quebre, no falar, a sobriedade germanica. Quando tem de descrever qualquer cousa, por mais simples que seja, entra em scena a prolixidade latina e — ai que vêr! — a narrativa expande-se em rodeios interminos.

Contador de anedoctas, nas horas de bom humôr, elle poupa ao auditorio o trabalho de rir: ri por todos, em roda, em gyrandola, numa gargalhada sacudida, estentorica, retumbante. A's vezes mesmo a risada estruge antes da pilheria, preparando a assistencia, como as rolhas de champagne que espoucam amansando os ouvintes para o discurso.

Estudioso como poucos e com uma intelligencia das mais vivazes, a sua cultura é solida; assenta em alicerce massiço. Adquirida aqui, num curso academico brilhante, cimentada ao depois no professorado e na clinica, essa cultura recebeu agora os ultimos retoques na Europa e veiu de lá magnifica — made in Germany.

Ao seu entusiasmo vibrante, á sua vontade decidida e ao seu labor incoercivel, Porto Alegre deve, em grande parte, a construcção do hospital S. Francisco. O seu nome está intimamente ligado ao monumento modellar com que a cidade se cobriu de justo orgulho e a caridade exultou.

Os amigos, que lhe conhecem o genio e a obra, mandaram esculpir no marmore que lhe cobre os ossos o seguinte

EPITAPHIO

Quando este á cova baixou,
um verme medroso e arisco
perfilou-se . . . e apresentou
as armas de S. Francisco.

Mario.

reza espasmodica, sympathicotonica; para Eulenburg haveria duas formas, sympathicotonica e angioparalytica, correspondentes, á irritação ou á paralysis do sympathico cervical. No 1º. caso se observa a enxaqueca „branca“, com pallidez, dilatação pupillar, arterias cephalicas tensas, pelle secca, e, no 2º a enxaqueca „rubra“, com face congesta, quente, com myose, sudação abundante, lacrimejamento, e, ás vezes, hemorrhagia conjunctival (Viggo Christensen, *Traité de Médecine* - Roger, Widal, Volx, pg. 603).

Parece antes que estes dous aspectos pódem ser expressões successivas de um mesmo caso, embora uma dellas possa mostrar-se predominante. Doentes ha nos quaes os phenomenos espasmodicos parecem constituir todo o quadro clinico, mas, bem analysado este, se verificará que o estado sympathicotónico ahi representa o apogeu de crise, que fôra precedida de signaes vagotonicos, como bradycardia, nauseas, etc, e que vai terminar em phenomenos da mesma ordem como vomitos, sudações, somnolencia.

A theoria vago-sympatica. Mais exacto seria pois falar de uma causa vago-sympathica, pois ora todo o systema vegetativo soffre excitações, ora são estas contemporaneas mas discordantes nos varios departamentos desse systema, conforme a sensibilidade ou particularidade de cada um. E' assim que, ao mesmo tempo, que phenomenos espasmodicos para o globo ocular, podem surgir manifestações vagotonicas, no aparelho digestivo. E' que, sacudida a rêde vegetativa, por excitação violenta, vai esta repercutir, manifestar-se nos pontos sensiveis. Si a irritação não é muito forte só afloram á percepção clinica phenomenos condicionados, affeioados, pelo temperamentos vagotónico ou sympathicotónico do doente, mas se a irritação é violenta todo o systema neurovegetativo vibra.

E' pois preferivel falar, com Bouché e Hustin (*Chocs Therapeutiques contre chocs morbides*, 1922) em choque vaso-trophico, porque as manifestações dessa crise não tocam apenas a superficie desse systema funcional, mas revolvem as trocas nutritivas, como veremos.

Assim descrevem B. e Hustin o choque vaso-trophico: em um primeiro periodo a irritação se manifesta pela vaso-constricção, ao passo que no segundo ha uma irritação do vago, uma vaso-dilatação excito secre-

toria, com excitação funcional dos tecidos organicos. Embora o choque se faça sentir sobre varios órgãos, isso não se dá de modo synchronico. „Factores individuaes e a qualidade do antigeno decidem da predominancia de certos symptomatas.“

Sicard acredita que a perturbação vascular se acha ligada a uma reacção sympathica: o angiospasmio do territorio vascular do trigemeo ophtalmico e da dura-mater seria o fundamento physiopathologico da enxaqueca simples.

Quanto á enxaqueca ophtalmica, deveria ser referida ao angeospasmio da região cortico-scissural calcarina.

A enxaqueca acompanhada seria devida ao espasmio vascular na região rolandica. (Sicard, *Traité de Sergent*, vol. VII, pag 142.

Theoria nervosa. Considerada por uns como uma nevralgia constitucional (Hasse), attribuida por outros a phenomenos irritativos corticaes (Sicard, Romberg), ou á distensão meningéa (Spitzer), foi por alguns (Fürnrohr) estudada no capitulo das psychonevroses.

Dubois Reymond e Oppenheim fizeram da enxaqueca uma manifestação da irritação do sympathico cervical.

Hustin e Bouché (loc. cit.), depois de fazerem vêr que nada de positivo ainda se sabe, dizem que „como na epilepsia determinações toxicas excitam a zona motora, assim na enxaqueca, ha tambem uma electividade na localisação da acção toxica.“

Nos ultimos tempos ganha terreno a opinião de que mesmo as manifestações cephalicas da enxaqueca estão ligadas á irritação do vago-sympathico.

Para Pottenger (*Symptoms of Visceral Diseases*, 1920, pag. 87) a cephaléa é ahi a consecuencia de transmittir o vago o estimulo irritativo ao trigemeo, com o qual tem intimas relações, como se verifica no reflexo oculo-cardiaco. Basta que o trigemeo esteja com a sua excitabilidade augmentada para que sobre elle se faça electivamente sentir a acção irritativa partida do aparelho digestivo.

Theoria endocrinica. Sicard, L. Levi, (*Revue de Biologie appliquée*, 1923, pag. 314), E. Libert (*J. de Méd. et Chirg pratiques*, 1927, pag. 863) estudam a influencia das secreções internas.

Charles (apud B. Block, *Tice Pract. of Med.*, vol. X, pag. 381), acha que a enxaqueca é devida a uma congestão periodica da hypophise. Sedillot é tambem partidario da theoria hypophisaria. Quanto á thyroide,

tanto tem sido observado a enxaqueca na hyper, como na hypothyroidia. Aquella, talvez pela maior excitabilidade que confere ao systemo neuro-vegetativo; a hypothyroidia, pela autointoxicação que favorece o entorpecimento da nutrição, pôdem, de modo indirecto, ser factores de enxaqueca.

A interferencia ovariana tem sido a mais attentamente estudada. Varios auctores já haviam assignalado a maior frequencia da enxaqueca na mulher e, em certas destas o seu apparecimento se faz nas proximidades da época menstrual; por outro lado não é raro que a enxaqueca se installe com a puberdade ou com a menopausa ou desapareça com esta.

Ha ahi uma influencia que não se pôde negar, mas sobre cuja acção se pôde discretear. Essas coincidencias clinicas não permitem, por exemplo, que haja uma influencia directa do hormonio ovariano, pois no periodo da menopausa o desequilibrio endocrinico, de que participam outras glandulas, poderia explicar a excitabilidade vaso-sympathica capaz de favorecer o choque vaso-trophico.

No periodo premenstrual ha uma verdadeira autointoxicação precedendo o fluxo sanguineo e talvez seja esta a causa directa da enxaqueca. Em todo o caso, taes verificações impõem ao clinico directrizes therapeuticas no sentido de normalisar as funcções endocrinicas nesses doentes.

Theoria colloidoclastica. Para Widál e sua escola é a diathese colloidoclastica que permite explicar, não só as condições clinicas da enxaqueca, mas, do mesmo golpe, a transmissão hereditaria desta e o seu parentesco com as outras doentes do grupo arthritico.

A enxaqueca anaphylactica de Pagniez e Valléry-Radot seria, assim, um caso particular das colloidoclasias. Haveria, como fundamento dessa theoria, um desequilibrio colloidal desencadeado por factores varios como as albuminas heterogenas, outros ainda activos, como as emoções, as variações bruscas de temperatura. A estas ultimas accrescentaremos as oscillações bruscas da pressão barometrica, pois é sabida a influencia destas sobre o equilibrio vago-sympathico. Fundando-se na sua theoria, Valléry-Radot propõe a desensibilisação do doente pela ingestão de pequenas doses de peptona.

Theoria metabolica. A theoria colloidoclastica é o traço de união entre a theoria vago-sympathica e a metabolica;

nós ahi já vemos que a nutrição do organismo é abalada nessa banal enxaqueca e comprehendemos, então, que é apenas uma nevralgia, como tantas outras. A observação, já antiga, de que havia uma relação muito estreita desse syndrome com outros do grupo das doenças por nutrição retardada de Bouchard, recebe dos trabalhos modernos forte apoio. Fôra notada tambem a precedencia de alterações digestivas, principalmente das que interferem com a nutrição, como sejam, a dilatação gastrica, disturbios de secreção ou de assimilação, prisão de ventre, indigestões, insufficiencia hepatica etc. Foram feitas após verificações de outra ordem, em individuos com enxaqueca: diminuição dos chloretos, do acido sulfurico e dos phosphatos terrosos no sangue (Bioglio, apud Block, loc. cit.), azoturia, durante a crise (Bioglio), cholesterinemia (Chauffard), oxalemia (Loeper).

Van Leeuwen (in Libert, loc. cit.) e Leydner acharam, no sangue de taes doentes, uma substancia que provoca a contractão dos musculos lisos do gato, com a mesma intensidade que a pilocarpina. Weissmann (Libert) mostrou o augmento da reserva alcalina e, por isso, approximou a enxaqueca da epilepsia. Queremos crêr, antes, que esse augmento da reserva alcalina seja devido á chloropenia, já citada, e por nós tambem observada. Tivemos occasião de encontrar casos em que ha, durante a crise, não só chloropenia, mas azotemia e excesso de potassio (Observação 1^a) (Resumo).

S. D. 38 annos, 94 kilos. Ha 6 mezes soffre de dôr epigastrica, 2 a 3 horas após as refeições. Acompanhada de arrotos, peso, enfartamento e com forte cephaléa, vomitos alimentares e biliosos. Tem crise de enxaqueca pela madrugada, durando, ás vezes, 2 dias e que vêm, periodicamente, desde a idade de 7 annos, sendo acompanhada de dôr ocular, geralmente unilateral direita, com photophobia, moscas volantes, impressão de faiscas. Um exame de sangue dera: uréa 0,34; no começo de uma crise um novo exame deu 0,68 de uréa, 4,21 de chloretos, por litro; 6,8 mgr. de acido urico, 9,6 mgr. de calcio e 25 mgr. % de potassio. Ao fim da crise os resultados foram os seguintes: uréa 0,78, chloretos 5,26, acido urico 2,7 mgr., calcio 11,5 e potassio 2 mgr. As radiographias seriadas do duodeno deram o seguinte: Bulbo pequeno, irregular; segunda porção um pouco dilatada, com transitio demorado (fig. 1).

Ha certos factos clinicos que, quando devidamente apreciados e confrontados, despertam e orientam o raciocinio do clinico, taes os seguintes:

1) Perturbações digestivas varias fazem parte do quadro completo da enxaqueca; dentre taes disturbios, destacam-se como mais caracteristicos os vomitos biliosos, o estado nauseoso, a sensação de plenitude gastrica crescente;

2) ora taes symptomas digestivos se encontram, caracterisadamente, em muitos casos de estáse duodenal;

a unica causa da cephalalgia paroxistica, mas podemos admittir e affirmar que é, sem duvida, um dos seus factores mais importantes.

Em boa logica, só poderemos afastar tal causa em duas condições bem precisas, ou quando fôr possivel indicar com segurança, num dado caso, outro factor determinante ou quando, no decurso das pesquisas diagnosticas, se verificar, em radiographias sériadas que o transito duodenal se acha completamente livre. Tanto vale dizer que, a não ser nos casos em

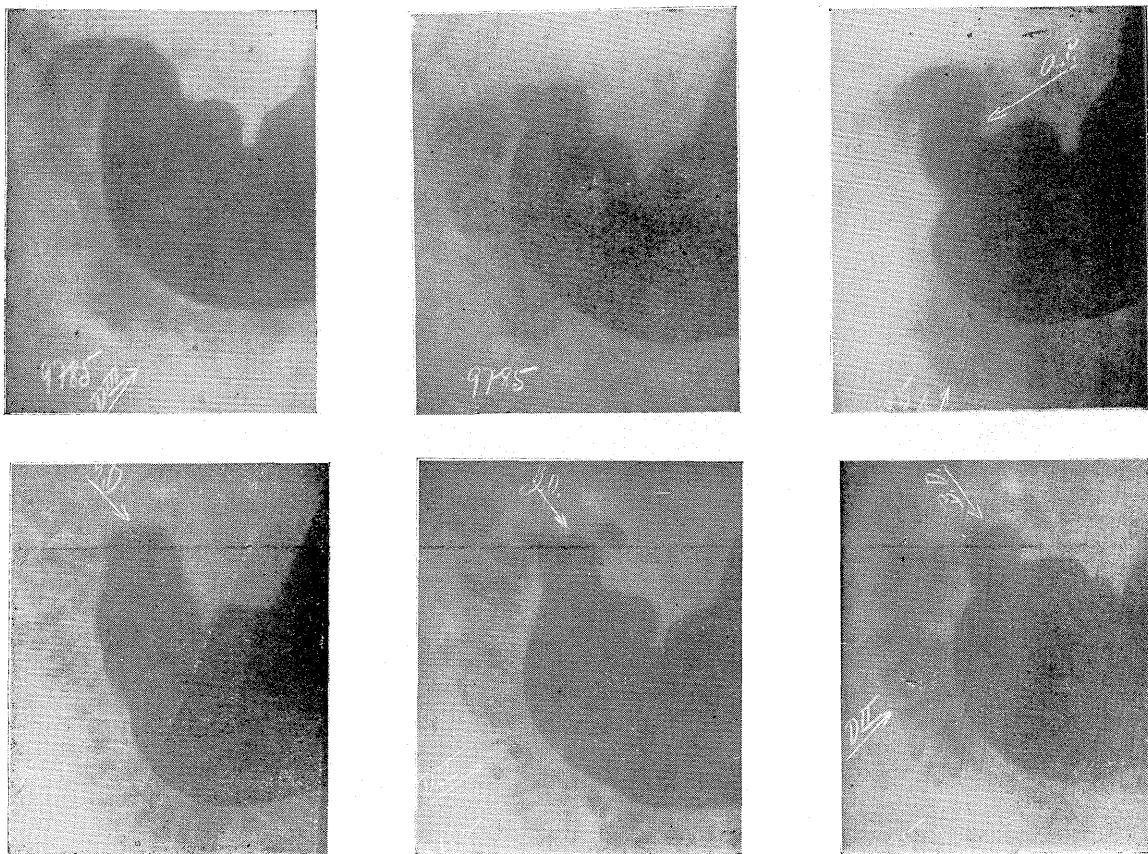


Fig. 1.

3) a estáse duodenal se acompanha, além dos phenomenos digestivos, de uma cephaléa que toma, muitas vezes, o aspecto perfeito da enxaqueca. Duval, Roux e Beclere (Études sur le Duodénum) estudaram essa enxaqueca como uma das manifestações mais caracteristicas da estáse do duodeno.

Si assim é, si essa estáse é capaz de provocar uma enxaqueca typica, somos levados em boa clinica a considerar, a procurar, a possibilidade da interferencia duodenal. Bem sabemos que não é essa

que a causa da enxaqueca se affirma patente, temos o dever de verificar o transito duodenal. Tal eventualidade, ha poucos annos, não era suspeitada; após os trabalhos de Duval, Roux e Beclere se viu a sua possibilidade e, á medida que exames systematicos vão sendo feitos á luz dos factos radiologicos, se vae verificando que a enxaqueca duodenal, ao envez de ser rara, é bastante frequente. Em alguns mezes tivemos occasião de vêr varios casos.

Doentes ha que não se queixam do aparelho digestivo, apresentando só a cephalaria periodica, nos quaes a prova radiographica vae desvendar a verdadeira causa da enxaqueca:

Observação 2º (resumo): S. A., 43 annos, 57 kilos. Ha 6 annos tem cephaléa, uma hora após o almoço, prolongando-se, ás vezes até o dia seguinte. Quando se deita, após a refeição, melhora. Tem tenturas e mal estar. *Nada sente no estomago.* A principio, passava 8 a 10 dias sem ter a cephaléa; agora esta vem diariamente,

os indispensaveis requisitos para que se imponha. A repetida coincidência desses dous factos na mesma doença, a verificação radiologica, as informações categoricas dos doentes que affirmam sentirem a interdependencia desses phenomenos, a melhora rapida da cephalgia após o vomito que expelle o liquido toxico, a recrudescencia daquella, quando as nauseas são impropicias; o desaparecimento da enxaqueca após operações que restabelecem o transitu duodenal; a sua cessação após o uso de uma cinta nos casos em que a estenose

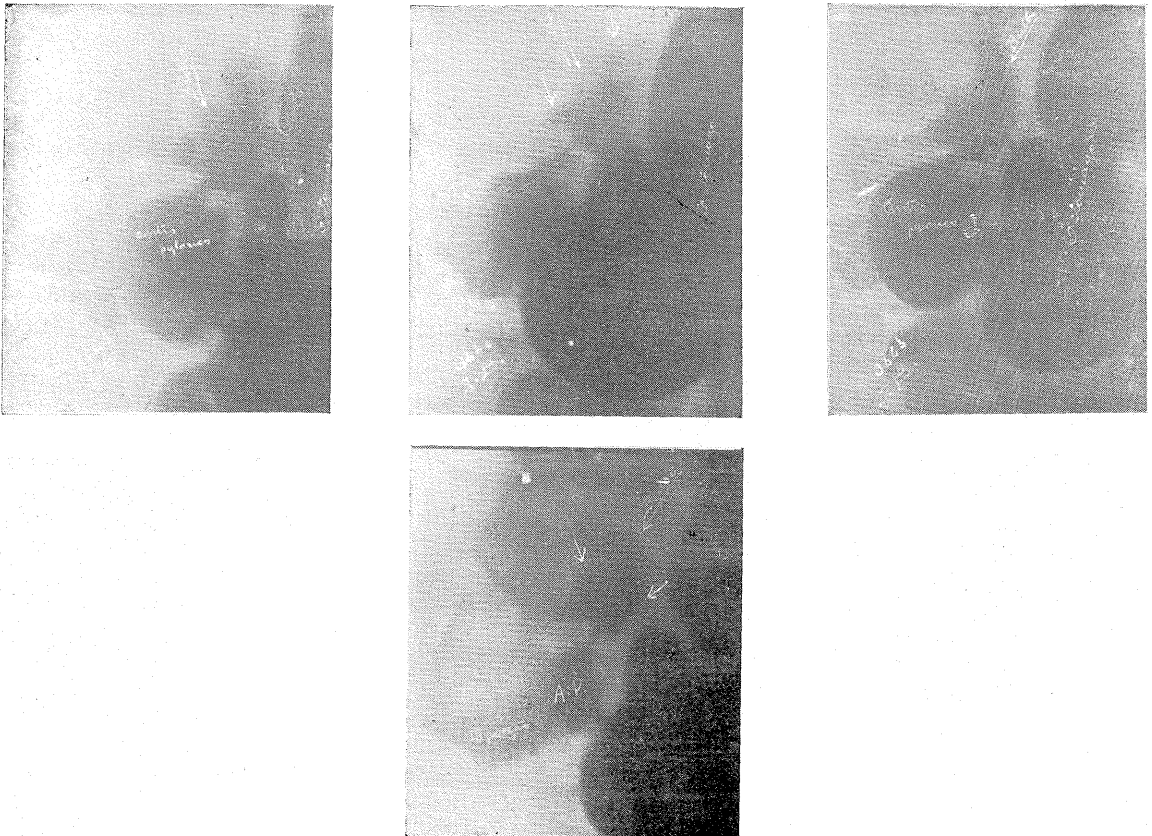


Fig. 2.

acompanhada de peso na cabeça, que se vae accentuando até tornar-se insupportavel. Quando passa a dôr de cabeça, tem sensação de fome; enquanto aquella dura se sente como intoxicado, irritado.

Exame radiologico: estáse gastrica, dilatação duodenal, grande ptose do colon.

E', como se vê, um caso de estáse por compressão pelo pediculu mesenterico.

A clinica vae assim estabelecendo, irrecusavelmente, uma relação pathogenica entre a estáse duodenal e a enxaqueca em muitos casos. Não faltam a essa afirmação

funcional do duodeno é devida á queda do angulo hepatico de colon etc.; são verificações clinicas cujos valores se sommam e permittem estabelecer uma relação de causalidade. Kelly (in R. Block, Tice, Pract. of Med., Vol. X, pag. 381) diz que observações feitos por Menglesdorf mostram que „em todos os casos de enxaqueca ha uma dilatação aguda do estomago“, ora nós sabemos o notavel papel que, na producção desta representa a estenose duodenal.

Qual o mecanismo capaz de explicar a influencia desencadeante da estáse duodenal?

Como explicar os disturbios oculares? Como explicar a acção benéfica dos vomitos biliosos ou da crise diarreica?

Tratar-se-á de uma influencia reflexa (ou infecciosa quando ha peri-duodenite) ou de uma auto-intoxicação e de que especie esta? Qual o papel de systema vegetativo nesse cadeia clinica? Essas e outras ainda, como as que dizem respeito aos disturbios physico-químicos da crise de enxaqueca e da estase duodenal, são as questões que assaltam o espirito do clinico, avido de

de cessar esta quando aquella é corrigida.

Em toda a estase duodenal que se prolonga sobrevém sérias perturbações metabolicas dentro ou fora do duodeno. Dentro desse conducto, como o demonstram os trabalhos de Hadden e Orr, de Halion etc., se processa uma desintegração proteica intensa que tem sido attribuida á demora excessiva que ahi soffrem os succos bilio-pancreatico e duodenal, em cavidade fechada, quando normalmente o transitio

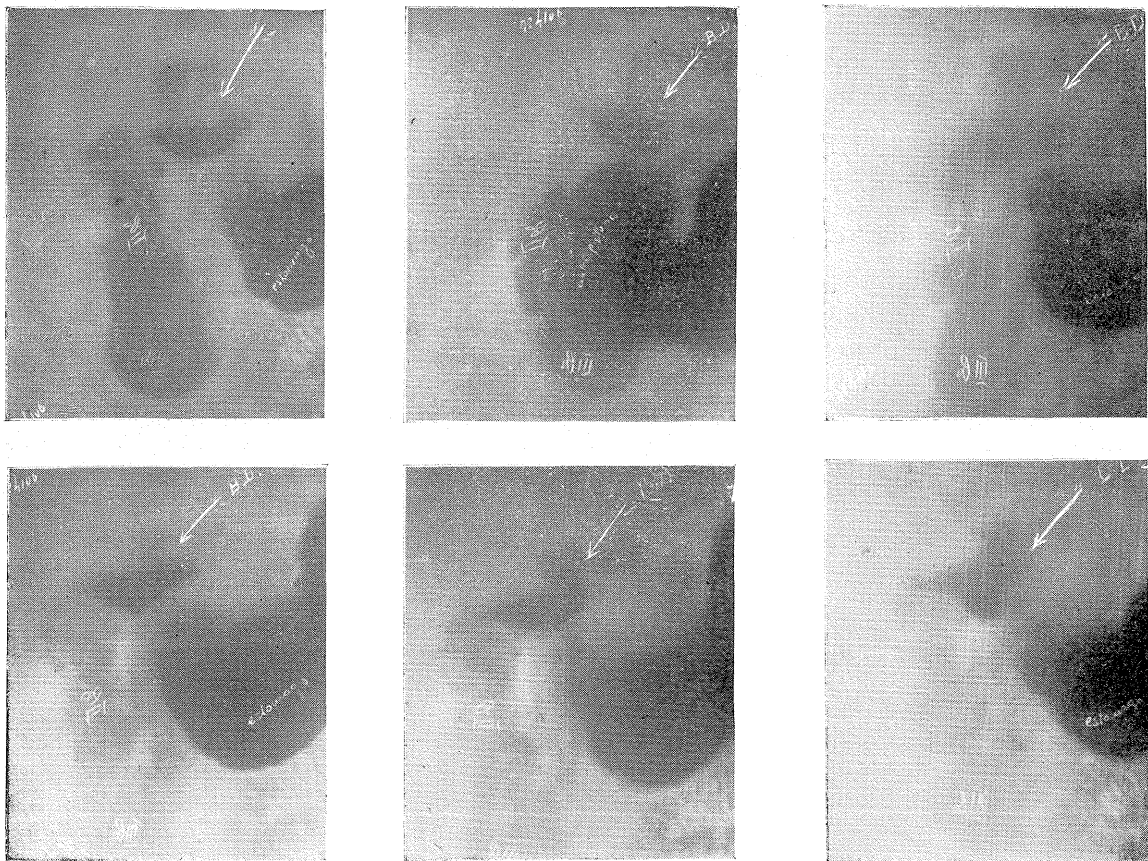


Fig. 3.

uma solução que lhe permita abraçar no seu conjuncto e analysar nos seus detalhes esse obscuro syndrome, que, desde os primordios da Medicina, vêm zombando das interpretações pathogenicas, que se succedem impotentes e se multiplicam na razão directa da sua insufficiencia.

Apontada, assim, uma relação de causa e effeito, em certos casos, entre a estase duodenal e a enxaqueca, verifica-se que esta é secundaria áquella, não só pela successão dos phenomenos como pelo facto

deve fazer-se em poucos segundos. A gravidade da estase está na razão directa de sua duração e os phenomenos de des-integração estão na mesma proporção.

O liquido da estase é extremamente toxico, sabendo-se hoje que é a uma heteroproteose que se deve attribuir essa qualidade toxica. A melhora da enxaqueca pelo vomito ou pela sondagem duodenal se explica, assim, pela expulsão do toxico que estava ahi exercendo uma irritação. Não ficam, porém, limitadas ao duodeno as

perturbações metabólicas; ellas repercutem em toda a economia, pois as proteoses toxicas, sendo absorvidas, vão determinar um sério disturbio humoral, cujas expressões sanguíneas mais idoneas são a azotemia e a chloropenia.

O organismo defende-se contra a azotemia retirando do sangue o chloreto de sodio indispensavel para lutar contra a desassimilação azotada, como já o demonstrámos em trabalhos anteriores (Annes Dias, Azotémie Chloropénique, Presse Medicale, 12/4/30). Verificado, que está, para as dilatações duodenaes agudas, clinicas ou experimentaes, esse disturbio parece dever ser considerado sériamente nas estâses chronicas, embora não se tenha ainda procurado systematicamente nestas a verificação das modificações chimicas do sangue. A observação 1ª, em que uma enxaqueca

facto de melhorar o doente quando vomita; ora sabe-se que, pelo vomito, o doente perde sal, si o deficit deste fosse primacial não se comprehenderia a melhora, ao passo que, admittindo-se como primordial o disturbio proteinico e notando que o vomito liberta o duodeno das proteoses toxicas abi retidas, logo se explica a melhora que o vomito determina. Aliás, era cousa já sabida que certas albuminas heterogenas pódem provocar a crise de enxaqueca; entre ellas, cita Walter Timme (Nelson-Loose Leaf Med., Vol.6, pag. 654e) as proteínas resultantes de desvios metabólicos, as que provêm de focos de infecção (dentes, amygdalas etc.).

Tenho observações interessantes de estâse duodenal em que o doente soffreu de enxaqueca, durante annos, mas da qual se viu livre quando, na evolução de sua doença, surgiram vomitos. E' que, até então,

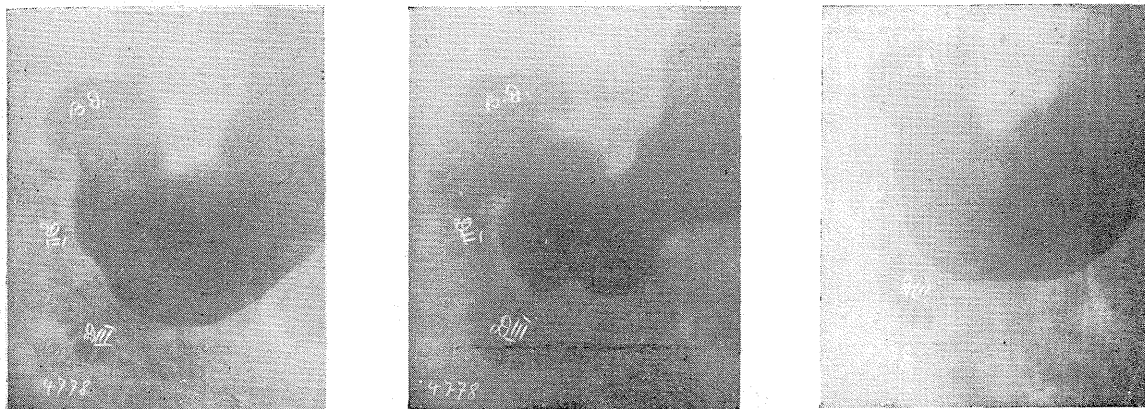


Fig 4.

das mais typicas coincide com uma estâse duodenal, nos permittiu surprehender, em plena crise, o disturbio bio-chimico. Ha ahí uma azotemia de alarme, ao lado da baixa dos chloretos e da alta do potassio; o doente não tem nephrite, não apresentára, anteriormente, azotemia e, bruscamente, por occasião da enxaqueca surge o desequilibrio azotado, ao lado da chloropenia. Não se trata, no caso, de uma azotemia por falta de sal, como quer Blum, pois o doente não soffria privação de sal, nem apresentava vomitos, diarrhéa ou qualquer outra causa de depleção salina, só sendo admissivel que esse sal se tenha deslocado do sangue para os tecidos com uma finalidade antitoxica. Nesses casos, como já o mostrámos, o disturbio azotado precede e condiciona a chloropenia. Outra prova de que, ahí, na estâse duodenal, a chloropenia é o phenomeno secundario nos temos no

o espasmo pylorico impedia o vomito e, como dizem Duval, Roux e Beclère, o duodeno se debatia entre duas estenoses, ao passo que, desde que o vomito se fazia facil, a estâse não perdurava e a intoxicação era attenuada. A observação seguinte é bem expressiva a esse respeito.

Observação 3ª (resumo): A. M., 42 annos, 70 kilos; commerciante. Soffre periodicamente do estomago, ha alguns annos, passando 1—2 mezes bem. Tem arrotos, azia, colicas intestinaes, prisão de ventre. Tinha crises de enxaqueca com arrepios de frio, febricula (37,5), terminando tudo com uma descarga diarrheica e fortes colicas intestinaes. Depois começou a ter vomitos biliosos nesses occasiões e, desde então, a cephaléa desapareceu.

Chiray e Triboulet (Presse Méd. 1925, n.º 20) descreveram a enxaqueca biliar, que seria devida á estâse biliar por atonia da

vesicula; uma das provas dessa theoria estava, para os autores, na cessação da enxaqueca após a sondagem duodenal com injeccão de sulfato de magnésio para provocar a contracção vesicular e consequente esvasiamento. Embora admittamos o facto, não nos parece que a explicação dada seja a melhor. De facto, estase vesicular não significa desde logo atonia da vesicula, visto que esta se enche quando o escoamento da bile se acha prejudicado, como succede na obstrucção do choledoco, no espasmo do esphincter de Oddi etc.

Além disso a drenagem das vias biliares age mais sobre esse esphincter do que sobre a vesicula, pois o papel principal na excreção provocada cabe ao esphincter de Oddi que, se relaxando, permite a ejaculação intra-duodenal de uma parte da bile vesicular que se acha sob pressão. (Chiray, *Maladies de la Vesicule biliaire*, 1924, pag. 147). Tal é tambem a opinião de Lyon (*J. Amer. Med. Assec.* 1919) e de Stepp (*Deutsche Mediz. Woch.* 1918, n.º 43).

R. Damade (Tubage duodénal, 1926, pag. 27) affirma ser evidente que, no decurso dessa prova, o esphincter de Oddi se relaxa e deixa escoar-se a bile.

Isto posto, nós damos da chamada enxaqueca biliar uma outra explicação, considerando-a como uma das manifestações da estase duodenal. O liquido de estase, altamente toxico e irritante, determina o espasmo esphincteriano e, assim, a retenção biliar. Fazendo-se a drenagem medica das vias biliares, nós vamos, de um lado, extrahir o liquido irritante e, de outro, injectar sulfato de magnésio cuja efficacia sobre o espasmo do referido esphincter é bem conhecida. São esses dous phenomenos que determinam a rapida melhora do doente. Como se vê, não é preciso recorrer á cholecystatonía para explicar a retenção biliar; aliás a enxaqueca não é frequente em outros estados de distensão vesicular, como ocorre no cancer da cabeça do pancreas, nas variadas oclusões do cystico, do choledoco etc.

A estase duodenal explica ainda as perturbações metabolicas, principalmente as 2 mais expressivas: azotemia e chloropenia.

Quanto á taxa elevada de potássio, que encontramos em alguns doentes, ella representa apenas a exaltação do tono de vago.

De um lado, pois, os productos toxicos irritam fortemente o systema nervoso, pondo-o assim em estado de maior excitabilidade; por outro lado, a irritação dos filetes do vago, ao nivel do duodeno abalam

todo o systema e a enxaqueca poderia explicar-se pelas estreitas relações que o vago tem com ramos de trigemeo. Behan assim descreve taes relações (Pain, pag. 293): „Parece que todas as visceras abdominaes, que apresentam dôr referida nas areas dorsaes do couro cabelludo, são innervadas pelo vago e pelo glosso-pharyngeu. Esses dous nervos representam os ramos visceraes de uma séria de nervos cujas raizes somaticas sensitivas se acham na porção sensitiva do 5º par; por isso é possível comprehender como as excitações que sóbem pelo vago pôdem ser referidas á area de distribuição do trigemeo.“

Irritado fortemente no aparelho digestivo, o vago vae desencadear disturbios nos seus outros departamentos. A irritação do ramo ophtalmico do 5º par nos explica algumas das manifestações oculares; estas são facilitadas, favorecidas, si já existe um estado de maior excitabilidade ocular, como ocorre no astigmatismo, em que o esforço continuado de accommodação torna facilmente irritavel o aparelho ocular. Tanto isso é verdadeiro que, pela correcção do astigmatismo se consegue grande melhora da enxaqueca, porque se suprime a hypersensibilidade ocular.

E' bem de vêr que não só a estase duodenal, mas qualquer disturbio digestivo sufficientemente forte pôde determinar a enxaqueca nos sensibilizados, mas julgamos que nenhum tem, a esse respeito, tão grande influencia como a estase duodenal. É esta é frequente, pois no espaço de um anno observámos 15 casos, com comprovação radiographica, de alguns dos quaes apresentamos as radiographias sériadas do duodeno. Os estreitos limites desta licção não nos permitem estudal-os todos, mas elles apparecerão na these que, sobre este assumpto, fará o nosso alumno Dr. Alvaro Pereira.

Os disturbios bio-chimicos e as relações do vago com o trigemeo explicam, pois, a curiosa relação existente entre a estase duodenal e as manifestações clinicas da enxaqueca. Quer irritando o systema vegetativo, quer lançando na circulação venenos azotados, que vão abalar e comprometter o equilibrio colloidal ou irritar o systema nervoso, taes disturbios constituem um fundo physio-pathologico capaz de despertar o interesse de clinico, no sentido de apurar ainda mais essa questão tão importante e sempre tão actual da pathogenia da enxaqueca.