

Insuficiencia suprarrenal

Resumo da conferencia realizada pelo professor Gregorio Marañon, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, no dia 19 de abril de 1937. (Taquiografada pelo academico Rubens Mena Barreto Costa).

Nesses ultimos anos, temos nos dedicado, no Instituto de Patologia Médica de Madrid, ao estudo das fórmas não adissonianas da insuficiencia suprarrenal. Parece um tanto despida de interesse esta questão, mas procurarei demonstrar, esta noite, que as fórmas de insuficiencia suprarrenal não adissonianas são extraordinariamente frequentes.

Uma das coisas que mais chamam a atenção dos médicos, dentro da medicina atual, é a disparidade que existe entre dados fisiologicos e patologicos referentes ás glandulas suprarrenais. Quando os estudantes de fisiologia passam pelas escolas, desde os primeiros anos de estudo, aprendem que essas glandulas de secreção interna são uns orgãos que intervêm de uma maneira diréta na quasi totalidade das funções. Regulam a tensão arterial, o metabolismo dos hidratos de carbono, das graxas, influem nos fenomenos da digestão, da sensibilidade, da atividade psiquica. Quando, porém passam ás clinicas, ficam surpreendidos com o numero rarissimo da enfermidade de Addison. Passam anos inteiros sem ter ocasião de estudá-la. Esta disparidade é muito real e perfeitamente explicavel: não conhecemos suficientemente a patologia das glandulas suprarrenais. Si a conhecessemos, teriamos uma casuistica enorme.

Este problema, que se implanta agóra, muitas vezes foi apresentado por grande numero de clinicos. Dentro da escola francesa, recordemos a figura de Sergent e outros, que pretendiam encontrar ao lado deste aumento pequeno de sindromos de Addison, um numero maior de enfermos com insuficiencia suprarrenal. Aqueles trabalhos, porém, pertenciam a uma época pouco avançada sob o ponto de vista do diagnostico. Aqueles clinicos não podiam dispôr dos metodos de hoje e, daí, a insegurança dos ditos trabalhos. Nós, com um material muito abundante, no Instituto de Patologia Médica de Madrid, chegámos á conclusão seguinte: ao lado do grupo pequeno de enfermos de Addison, tão facéis de diagnosticar, o que se póde fazer lógo ao entrarem pelas portas de nossos consultorios, ha um numero imenso de enfermos de insuficiencia suprarrenal que não apresentam o sindromo de Addison, e isto tem uma importancia extraordinária para os clinicos, para os ginecologistas e para os médicos em geral.

Dividiremos a conferencia em duas partes. Na primeira, explica-

remos como fazer o diagnostico das fórmas não adissonianas da insuficiencia suprarrenal e na outra, qual o sindromo que o clinico pôde encontrar, em sua pratica diaria e que pôde ser atribuído e explicado pela insuficiencia suprarrenal não adissoniana.

DIAGNOSTICO: O diagnostico da molestia de Addison é facil. Fazemo-lo fundando-nos em um sindromo, em que aparece a melano-dermia, que é inconfundivel. O mais difficil está no que as fórmas não adissonianas não apresentam a melanodermia.

Podemos intentar fazer o diagnostico das fórmas de insuficiencia suprarrenal não adissoniana, e, para isto, façamos algumas considerações clinicas a respeito.

Primeiro: **Constituição astenica do individuo.** Dado de uma importancia extraordinaria. Com os estudos que fizemos ultimamente a respeito da constituição morfologica e que, por certo, no Brasil foram cultivados por muitos investigadores, chegámos á conclusão de que, pela constituição morfologica do individuo, poder-se-á chegar a conhecer a atitude de determinadas glandulas endocricinas. Observámos a coincidência da astenia com o tamanho reduzido das glandulas suprarrenais, verificadas no cadaver. Chegámos á conclusão de que o peso médio desta glandula num astenico é de 7 gr.5 contra 10,8 de um individuo normal. Vemos, pois, a enorme diferença anatomica das glandulas suprarrenais, de acordo com os estados astenicos ou não. Para nós a constituição astenica do individuo nos arrasta á suspeita de insuficiencia suprarrenal. Todos os casos de insuficiencia suprarrenal, 97% dos casos contra 3% apresentavam constituição astenica.

A astenia, porém, é um sintoma vago. Pôde ser produzida por outras molestias, as nervosas, por exemplo. Surge, porém, um elemento de diagnostico. A insuficiencia suprarrenal poduz a astenia pela tarde, ao passo que na de fundo nervoso aparece preponderantemente pela manhã. Esta astenia é grandemente influída pela atividade sexual, e isto é extraordinariamente tipico. A astenia aumenta depois da atividade sexual. Basta mesmo a atividade normal, para que toda a energia muscular do individuo desmorone. É uma astenia que se cura pelos hormonios da cortex suprarrenal e pelo cloreto de sódio. A astenia suprarrenal responde, quasi sempre, de uma maneira extraordinariamente rápida, ao tratamento cortical ou ao cloreto de sódio.

Segundo: **Inapetencia.** Produz-se devido a um conjunto de transtornos do aparelho digestivo. É um sintoma vago mas que tem uma grande significação.

Terceiro: **Emagrecimento rápido.** É extraordinariamente tipico das fórmas não adissonianas de insuficiencia suprarrenal. Vemos um grande numero de pessoas que, sem causa aparente, emagrecem grandemente. A causa está ligada a um estado de atrofia do cortex suprarrenal. Foi um mestre da endocrinologia, Nicola Pende, que chamou a atenção para as fórmas de emagrecimento, que na clinica humana são numerosas e que são devidas não á hipofise nem ao aparelho tiroidiano, e sim ás glandulas suprarrenais.

Quarto: **Perturbações sexuais.** Ha muitas mulheres com insu-

ciencia suprarrenal, que padecem de amenorréia, esterilidade e insuficiencia látea. São mulheres que suportam males rotulados por insuficiencia ovarica, quando, na verdade, são produzidos por um máu funcionamento de glandulas de secreção interna, com a hipofise, tiroide, e tambem pelas suprarrenais. Em muitos casos de mulheres que não apresentavam menstruação, e outras com insuficiencia latea, as provas funcionais e autoesias nos confirmaram que a origem do mal residia numa atrofia da cortex suprarrenal. O mesmo acontece em não menor numero de impotencias masculinas.

Quinto: **Persistencia da pigmentação causada pelo sól.** Ainda ha pouco diziamos que a caracteristica principal da molestia de Addison era a melanodermia. As insuficiencias suprarrenais não adissonianas não apresentam a melanodermia, mas apresentam alterações da pele muito interessantes. Quando se expõem, os enfermos desta molestia, aos raios solares, pigmentam-se rapidamente e, em vez desta pigmentação desaparecer em seguida ao afastamento do sól, persiste durante muito tempo. Tive ocasião de observar casos muito tipicos, e dentre eles, o de uma senhora de meu país, que aparentava saúde perfeita. Com os raios solares da praia, pigmentava-se como todos, porém, quando voltava para a cidade, a cór persistia durante quasi todo o ano. Dois ou tres anos depois, morria com os sintomas todos caracteristicos da molestia de Addison.

Com todos estes dados, podemos ter uma orientação para um exame dos casos suspeitos dessa enfermidade, e nós médicos podemos mesmo ter uma certeza moral, uma segurança moral de que se trate dessa molestia, porém, não temos a segurança científica. A segurança moral não implica na científica.

Para garantir ao clinico esta certeza desejada, muitas provas foram propostas e já as possuímos em grande numero.

Primeira próva: **Hipoglicemia post-insulinica.** Propuz ha cinco anos e deste tempo para cá, entrou na parte clinica de muitos países. Tem extraordinario valor de diagnostico. Quando fazemos a injeção de uma pequena dose de insulina, no afêto de uma enfermidade que não seja suprarrenal, determina uma leve descida da glicemia. Si é insuficiente dessas glandulas, as 10 unidades que empregamos, determinam uma profunda quéda da glicemia, determiando sonolencia, quéda de pulso e convulsões. Outro resultado da injeção de insulina é a produção de uma acidose, e este fáto é mais importante do que a taxa glicemica, porque molestias ha que determinam uma quéda da glicemia, como a insuficiencia hepatica, mas nenhuma molestia determina a instabilidade do equilibrio acido-basico, como a insuficiencia suprarrenal, sob a influencia de pequenas doses de insulina. Si injetarmos, num insuficiente, uma dose pequena de insulina, notaremos uma profunda modificação do equilibrio acido-basico do sangue, com tendencia para a acidose, acidose grave. Isto tem um grande valor de diagnostico, e por isto deve-se acompanhar a reserva alcalina.

Segunda próva: **Resultado da dosagem do acido latico no sangue e urina.** Fomos os primeiros a chamar a atenção para este fáto. Os doentes apresentam uma quantidade consideravel de acido lático no

sangue e na urina. Uma hiperlatacemia e uma hiperlaturia. No sangue, o normal de acido latico é de 4 miligramas % e na urina, 8%. Na insuficiencia suprarrenal, encontram-se até 21 miligramas e 25 respectivamente para o sangue e urina.

Terceira próva: **Quantidade de creatina e creatinina no sangue e urina.** Foi proposta por nós que verificamos a creatinuria que se apresenta nos adissonianos e tambem nos não adissonianos. Esta creatina varia extraordinariamente, chegando ás vezes até a 150 mgrs. Ao contrario, a creatinina diminue. Aparece a creatina e desaparece a creatinina. O aparecimento da creatina é um dado de grande interesse.

O metabolismo muscular é tambem enormemente interessado. A astenia adissoninana é tambem uma astenia organica, é acompanhada de profundos transtornos do metabolismo do musculo, chegando mesmo á atrofia muscular. Isto se manifesta justamente pela creatinuria e diminuição da creatinina.

Quarta próva: **Diminuição do sódio e aumento do potassio no sangue.** Foi descoberta de investigadores norte americanos e confirmada por nós. Ha de fato uma diminuição extraordinaria do sódio e aumento do potassio. Do sódio 280 em vez de 370 miligramas por cento que é a cifra normal. Muito mais importancia que a diminuição do sódio tem o aumento do potassio. A proporção de potassio no sangue é muito aumentada, fato este confirmado por diversos autores. Este aumento do potassio é uma das mais precoces manifestações da insuficiencia suprarrenal, tendo um grande valor prognostico. Maior a taxa, mais sombrio o prognostico. Encontramos, p. ex., em vez de 20 mgs., 31 mgs. %.

Quinta próva: **Diminuição da colessterina no sangue.** Ha um decrescimo da colessterina no sangue. Esta nossa observação foi discutida por um autor que apresentou o estudo de 5 casos. Em todo o caso, parece nossa afirmativa ter mais valor, pelo numero de cassos nossos, mais ou menos 380. Em cerca de 77% dos casos, ou mesmo em cerca de 90% dos casos, houve diminuição da colessterina no sangue.

Com os dados apresentados, podemos chegar a um diagnostico bastante seguro de insuficiencia suprarrenal, ainda que não apresente a melanodermia tipica.

Estudaremos, agóra, ligeiramente, os diversos estados patologicas que podemos comprovar na insuficiencia suprarrenal.

O pimeiro é a astenia constitucional com visceroptose de Stiller. Os clinicos conheem perfeitamente essa astenia, doença que não se enquadra em nenhuma das enfermidades conhecidas, constituindo a astenia constitucional, que é um problema para o doente e para o médico.

Eu evito, sempre, pronunciar nomes de autores, porque serve tão somente para sobrecarregar a memoria dos leitores e alimentar vaidades. Faço uma exceção com Stiller, autor de um livro que é ainda uma preciosidade, descrevendo a astenia com visceroptose. Os livros de medicina têm uma vida muito efemera. O de Stiller resistiu ao tempo, como têm resistido as obras de Hipocrates, pelo fato de que nele não ha teorias e sim a realidade.

A atrofia muscular, conforme nossos estudos nos permite dizer que não é funcional e nem tão pouco nervosa. E' organica, ligada a per-

turbações do metabolismo muscular e atrofia da glandula, como provam os cadáveres examinados. A perturbação do metabolismo determina a atrofia muscular, e esta se caracteriza por dados extraordinariamente interessantes, como a creatinuria.

Chegámos á conclusão de que, além da astenia adissoniana, ha a astenina e atrofia musculares que não podemos classificar, porque é um dos capitulos mais vagos da patologia interna. Muitas vezes são de origem endocrinica. Ha atrofias que não são causadas pelas suprarrenais, e sim pela hipofise e glandulas genitais. Talvez mesmo possam ser devidas ás perturbações destas tres glandulas. Quero assinalar que existe um grande numero de astenias devidas ás suprarrenais.

Muitas vezes chamamos de psicastenicos, de neurastenicos, e de outros nomes com o mesmo significado enfermos que não passam de doctes das suprarrenais

O velho mestre Dejerine declarava haver muitos neurastenicos que são insuficientes suprarrenais. Vou contar um caso típico e que ressalta a importancia deste facto. Havia em Madrid, uma pessoa profundamente neurastenia. Correu os médicos de Madrid, e como não conseguisse melhoras, andou pela França, Alemanha e outros países. Dejerine que o examinou, apenas notou uma baixa pressão arterial. Como o doente não pudesse permanecer em Paris, erereveu-me Dejerine, recomendando-o e pedindo que o observasse para ver si não se tratava de uma insuficiencia suprarrenal. Examinei-o e afastei completamente a idéia de tal molestia, ficando satisfeito comigo mesmo, por poder pôr de lado uma hipotese do grande médico, dizendo que Dejerine havia se enganado. Dois anos depois, numa noite fui chamado para atender esta pessoa que morria com todos os sintomas da molestia de Addison.

Chamo tambem atengão para o emagrecimento rápido e para as diarréias que não se explicam pelos nossos meios conhecidos e que são explicados pela molestia que hora estudamos.

Outro característico é o hipogenitalismo e ainda outro, a diminuição da pressão arterial periférica. Ao lado das pressões baixas que se processam após as intervenções cirurgicas, principalmente do sistema nervoso e abdominais, e tambem das produzidas pelas molestias infecciosas graves, temos de pôr as que são produzidas pela insuficiencia suprarrenal. Em nossa clinica de Madrid, vimos no quadro da profunda depressão toxica que acompanha as infecções gravidicas, o elemento insuficiencia suprarrenal. Este facto teu uma importancia consideravel, porque com um tratamento especifico, salvam-se muitas mulheres que poderiam succumbir. Chegou-se á conclusão de que o hormonio da cortex deve ser um medicamento obrigatorio no decurso dos accidentes gravidicos.

TERAPEUTICA. Devo ressaltar a importancia do cloreto de sódio que pôde substituir o hormonio da cortex, que, pelo seu elevado custo, não está ao alcance da maior parte das populações. Processa-se, desta maneira, o reerguimento do cloreto de sódio, tão caluniado pelos antigos clinicos.