

ESTADOS CONVULSIVOS (*)

PROF. DR. ORESTES ROSSETTO

O assunto desta aula, tratamento dos estados convulsivos, é fácil mas exige delimitação. Existem certos casos clínicos em que as convulsões ocupam o primeiro plano na sintomatologia. Constituem o elemento essencial, característico do processo em jogo. Existem outros casos em que as convulsões ocupam um plano secundário na sintomatologia; constituem elemento accidental, não caracterizam o processo e perdem importância diante de outros elementos. No primeiro grupo está a epilepsia com suas várias formas. No segundo grupo estão as *intoxicações* endógenas ou exógenas, a uremia, a eclampsia, a intoxicação pelo álcool e pela estricnina. Nesta aula interessa-nos a epilepsia com suas diversas formas. Não existe, também neste grupo, uniformidade absoluta; alguns casos se acompanham de psicose e outros não; nestes as convulsões constituem toda a molestia. Interessam-nos as convulsões e não a psicose. Algumas vezes os processos de investigação propedêutica não conseguem reconhecer a causa das convulsões, enquanto que outras vezes podem surpreender uma lesão orgânica desencadeante das convulsões. É o caso dos tumores do encéfalo, dos abscessos encefálicos, dos hematomas sub-durais, das lesões traumáticas residuais, da sífilis nervosa, parenquimatosa ou vascular, enfim de uma série de circunstâncias e eventualidades capazes de provocar as crises convulsivas. Existe portanto uma série de afecções orgânicas do cérebro, que podem ser responsáveis pelas convulsões.

Interessam-nos os casos puros que não se acompanham de reações psicóticas e que não apresentam substrato orgânico. Interessa-nos portanto a *epilepsia genuína* ou *essencial* ou *idiopática*. O tratamento sintomático das convulsões, que é o que nos vai ocupar, é sempre o mesmo onde quer que elas estejam incluídas, qualquer que seja o quadro clínico. A epilepsia essencial, genuína ou idiopática é a forma mais frequente da epilepsia mas é uma forma que tende a diminuir pelos meios mais precisos de verificação da causa. Atualmente já está sendo empregada entre nós a eletro-encefalografia. É de se esperar que esse meio traga mais luz e venha revelar certas causas

(*) Conferência realizada no curso sobre "Temas de Terapêutica", patrocinado pelo Departamento Científico do C. A. O.

orgânicas ou funcionais ainda obscuras. Uma parte dessa epilepsia sem causa aparente mas de causa oculta tende a desaparecer pelo aparecimento desses meios mais profundos e mais precisos de investigação propedêutica. É preciso lembrar que sendo assim, todas as vezes que tivermos um doente com convulsões que nos levem ao diagnóstico de epilepsia, é preciso fazer exame clínico e depois subsidiário ou paraclínico minucioso, procurando conhecer a natureza e a causa dessas convulsões. Principalmente empregar os meios subsidiários que podem surpreender uma afecção orgânica determinante das convulsões, responsável portanto pela epilepsia. Num doente assim é preciso fazer radiografia do crâneo, e em casos especiais a ventriculografia; ainda mais exame do líquor, exame neuro-ocular ou de fundo de olho e eventualmente eletro-encefalografia. Isto para excluir as formas sintomáticas que têm um responsável anatômico ou funcional, isolando os casos de epilepsia essencial ou idiopática.

Vamos vêr como se manifesta a epilepsia essencial. Devemos chamar a atenção em primeiro lugar para o *pequeno mal epiléptico* ou epilepsia frustrada ou epilepsia larvada. Esta forma se caracteriza pelos chamados equivalentes que substituem as crises convulsivas. Esses equivalentes são de duas ordens: equivalentes psíquicos e equivalentes motores. Nos equivalentes psíquicos temos a perda parcial e momentânea da consciencia, as chamadas ausências que se acompanham de emissão de palavras desconexas, sem crises convulsivas. Nos equivalentes motores há pequenos abalos em diferentes grupos musculares ou mioclonias. É a epilepsia larvada ou frustrada.

Há em segundo lugar o que se chama *grande mal* que é uma epilepsia total. Aqui há várias manifestações da moléstia. 1.º) Pródromos que se manifestam algumas horas antes ou alguns dias antes. Eles se resumem em manifestações do pequeno mal ou equivalentes. Além dos prodromos, há a chamada aura epileptica que é uma advertência de que a crise está se aproximando. Ela se distingue dos prodromos porque precede imediatamente a crise convulsiva. Esta aura apresenta várias modalidades. Algumas vezes é de natureza vegetativa, sensação de mal-estar ou embaraço no epigastrio que sobe para a cabeça, sensação de náusea, cefaléia, com suor frio e estado vertiginoso, vontade imperiosa de urinar. Outras vezes é de natureza sensitiva: sensação de frio que sobe das pernas ou do epigastrio; impressão de uma zona esquecida, parestésica ou então sensação de uma área hipertônica, rígida. Também pode sêr motora: mioclonias, abalos musculares. 2.º) Em seguida temos o acesso epileptico ou crise convulsiva que podemos dividir em três partes: a) fase pré-paroxística que antecede ao paroxismo, que se confunde com a aura. Há a sensação angustiosa de que a crise vai se desenvolver. b) bem depois a fase paroxística, que é o acesso epileptico propriamente dito.

Distinguímos aqui duas fases: fase tônica e fase clônica. Na fase tônica há uma hipertonia generalizada dos músculos, com movimentos de pequena amplitude. Na fase clônica existe relaxamento muscular com movimentos de maior amplitude. c) Finalmente, fase post-paroxística que é subsequente à crise, constituindo o final do ataque. Há retomada da respiração e cômá final que se continua depois com o sono normal. São estes os elementos que constituem um ataque ou acesso epiléptico ou grande mal epiléptico.

Outra forma é a epilepsia não mais total mas *parcial*. É a crise convulsiva abortada ou mutilada que se inicia como o grande mal, com seus prodromos, sua aura, mas a crise não vem e sim algumas pequenas manifestações que a substituem.

Há ainda outra manifestação da epilepsia essencial que é o *estado de mal epiléptico* ou *status epilepticus*. isto é, uma sucessão de crises convulsivas sem que haja tempo do indivíduo recuperar sua consciência. São crises sucessivas que incidem num estado de cômá permanente.

Todas manifestações obedecem ao mesmo tratamento que é o tratamento anti-convulsivo. A única modalidade que exige cuidados especiais, o que veremos na próxima aula, é o estado de coma com crises sucessivas; é o status epilepticus. O mais é tratado da mesma forma.

TRATAMENTO:

1) São indispensáveis alguns *cuidados gerais*. Vejamos quais os cuidados gerais que se devem ter no tratamento da epilepsia essencial. Um dos cuidados é dar ao doente uma ocupação compatível com sua moléstia. A atitude de um epiléptico sujeito a crises, deve ser escolhida, pois deve ser própria para sua moléstia. Devem-se evitar aquelas oportunidades em que o indivíduo possa queimar-se ou ferir-se. Ele não deve ter, contudo, inatividade absoluta. Uma ocupação é necessária desde que seja moderada e benéfica.

Evitar álcool, café, chá, chocolate, carnes em conserva porque são excitantes do sistema nervoso. O álcool aumenta extraordinariamente a excitabilidade cortical e torna o sistema nervoso muito mais sensível ao agente convulsivante. No álcoolatra o agente desencadeante das convulsões age muito mais facilmente. Tivemos ocasião de tratar doentes com intoxicação alcoólica aguda pelo cardiazol endovenoso ou convulsoterapia cardiazolica. Na intoxicação aguda pelo álcool ha náuseas e vômitos; desfalecimento da circulação periférica, extremidades frias, pulso fino, eminência do colapso; estado de confusão, alucinações auditivas e visuais, estado delirante, terror. Tivemos a idéia de tratar alguns doentes assim pela convulsoterapia cardiazolica empregando grandes doses de cardiazol na veia. Isto

porque tivemos ocasião de tratar com sucesso, por esse meio, outra psicose tóxica, provocada pela atebrina, substância usada para o impaludismo e a giardiose; esta psicose tóxica apresenta duas formas: forma depressiva com estado confusional e forma expansiva, delirante, com delírio megalomaniaco. Tivemos um caso elucidativo num indivíduo portador de giardiose e submetido a cordiazoloterapia. Após a primeira crise, esse indivíduo ficou com a pele inteiramente amarela. Houve assim mobilização da atebrina dos seus depósitos. Repetimos esse tratamento, obtendo o mesmo efeito, duas ou três vezes e ao cabo disso o doente estava restabelecido da sua psicose. Observamos 5 ou 6 casos de psicoses tóxicas pela atebrina, tratados assim. O resultado é interessante porque os outros processos de desintoxicação são muito demorados. Empregamos o mesmo método no delírium tremens ou psicose pela intoxicação alcoólica aguda. Em alguns doentes o resultado foi surpreendente. Esses doentes tratados por outros meios vinham a morrer frequentemente pelo colapso periférico. Com uma injeção só consegue algumas vezes curar o doente. É extrema a sensibilidade desses indivíduos ao cardiazol. Os psicopatas mais sensíveis como os esquizofrênicos exigem 6 a 7 cc. para a crise convulsiva. Num alcoolatra intoxicado agudamente temos o mesmo efeito com 2 ou 3 cc. de cardiazol. Isso eu disse para mostrar a importância de se proibir o álcool porque ele sensibiliza o indivíduo e aumenta a possibilidade da eclosão de crises convulsivas. Outro ponto importante nos cuidados gerais é corrigir algumas disfunções intestinais. Há muito tempo que se fala na necessidade de corrigir a prisão de ventre. É preciso também eliminar as parasitoses intestinais. Pensou-se que os protozoários ou parasitas pudessem agir diretamente como determinantes da crise. Isto hoje não se admite mais. Admite-se o seguinte: nesses casos, mesmo que haja prisão de ventre, existe colite ou entero-colite satélite. Si existe isso, existe desintegração bacteriana anormal dos hidrocarbonados e das proteínas e portanto fermentação ou putrefação. Resultam daí substâncias tóxicas fermentativas ou putrefativas que são absorvidas e têm eletividade especial para o sistema nervoso. Isto é suficiente para determinar em alguns doentes neuroses tóxicas; são frequentes os doentes neuróticos que fizeram tratamentos diversos e que só vieram a melhorar com a correção da entero-colite ou do desvio da flora intestinal. Isto os senhores devem guardar como um dos cuidados gerais ao epileptico. Não interessa tanto a correção das parasitoses e protozooses, mas a de suas consequências, isto é dos desvios da flora intestinal.

Outro cuidado é a remoção dos focos, evitando a auto-intoxicação. Todos os focos devem ser removidos.

Outro ponto muito interessante que devem guardar é a correção da insuficiência cardíaca quando ela existe. Num epileptico quando

se instala a insuficiência cardíaca a epilepsia se agrava. É preciso manter a compensação perfeita. O desfalecimento do miocárdio faz com que o fornecimento de sangue ao sistema nervoso seja deficiente. Além disso há estase venosa, edema, anoxemia e isto se processa no cérebro. As células nervosas são muito sensíveis à anoxemia. Esta é uma eventualidade que torna mais irritável o sistema nervoso. A eclosão das crises é mais fácil num insuficiente do coração. É mesmo possível chegar até ao amolecimento cerebral um indivíduo com insuficiência cardíaca. E esta é a indicação da digital na epilepsia. É a única indicação.

2) Em segundo lugar há o emprego dos vaso-dilatadores, da acetil-colina. Guardem o seguinte: estes vaso-dilatadores só são indicados quando existe evidencia absoluta de um angio-espasmo. Havendo espasmo vascular no cérebro existe uma zona que vai ficar comprometida, por esse espasmo. Haverá anoxia por espasmo o que vem favorecer a eclosão da crise. Só nesses casos é que se empregam essas drogas. Mas a recomendação que se faz é de não se empregarem os vaso-dilatadores que têm ação eletiva sobre o sistema nervoso autônomo. Não é muito indicada a acetil-colina; são mais próprios o extrato de pancreas desinsulinizado ou Angioxil, os xanticos (teofilina, aminofilina) e o ácido nicotínico. A resposta do sistema neuro-vegetativo das artérias cerebrais não é sempre a que se espera. O encéfalo tem aparelhamento circulatório especial com autonomia funcional. Sua regulação é própria, isto é, a influência do sistema neuro-vegetativo sobre as artérias do encéfalo não é a mesma que nos outros departamentos. Quando quizerem empregar um vaso-dilatador lembrem-se que a regulação dos vasos do encéfalo é diferente da do resto do organismo e é difícil saber como as artérias cerebrais vão responder a um vaso-dilatador que tem influência eletiva sobre o sistema nervoso autônomo. Alguns autores mencionam resultados brilhantes com a acetil-colina, mas isto é inconstante; é uma arma de dois gumes, porque também pode provocar vaso-constricção e irá agravar o espasmo. Empreguem o angioxil, ácido nicotínico e os xanticos, como a teofilina e a aminofilina.

3) *Cuidados de alimentação.* Não há razão para restrição dietética. Desde que não exista desvio de flora ou disfunção digestiva, não há razão para se afastar um alimento ou outro a não ser que se queira fazer a dieta cetopênica anti-convulsiva. Mas na alimentação comum nada se modifica desde que haja integridade funcional. A única coisa recomendada é o fornecimento de vitaminas do complexo B em grande quantidade. É evidente que nos estados de carência do grupo B, principalmente na B1, do ácido nicotínico e em seguida da riboflavina e da piridoxina a excitabilidade aumenta e a possibilidade da eclosão das crises é maior. Esses elementos são indispensá-

veis para o metabolismo da glicose nas células do sistema nervoso. Para que haja desintegração da glicose é preciso que haja vitamina B1 e ácido nicotínico, que são os principais elementos para prevenir o aumento da excitabilidade por carência.

4) *Cuidados durante a crise convulsiva*: a) Evitar os acidentes e evitar a repetição ou estado de mal epileptico. Uma crise pode ser a primeira de uma série. Evitar que se instale o estado de mal epileptico. Colocar o individuo num local em que ele não se traumatise, com cabeça baixa protegendo a lingua. Num ataque espontaneo são raras as luxações ou fraturas. Ocorrem porém as vezes nas articulações escapulo-humerais. Nas crises provocadas pelo cardiazol são mais frequentes, sendo possível até fraturas da coluna. O paciente pode estar comendo no momento da crise e há então o perigo da obstrução faringeana pelos alimentos e eventualmente pela propria dentadura. O individuo pode mesmo morrer pela obstrução faringeana. Numa clinica para esses doentes deve haver aparelho para aspiração das secreções. Não tem indicação injeções estimulantes num individuo em estado de crise. Até as vezes o médico impressiona-se com a cianose e com a dificuldade da respiração. O cardiazol frequentemente empregado é analeptico mas é contra-indicado podendo levar até ao estado de mal epilético. O cardiazol, a coramina, a cânfora, são convulsivantes.

b) Para interromper e para evitar que o ataque se repita, alguns cuidados são necessários. Pode-se empregar por via parenteral o gardenal ou Luminal-sódico, em polas de 0,02 em injeções intra-musculares. Também é útil o clister de cloral.

Hidrato de cloral	6 gr.
Laudano de Sydenham	LX gotas
Água distilada	150 cc.

Dividir em 3 partes e fazer clister.

Há contra-indicação para opiáceos como a morfina. Os opiáceos, principalmente a morfina prejudicam os epilepticos. A morfina é depressora do centro respiratório bulbar e ela elimina o reflexo da tosse e o movimento ciliar dos bronquios e traquéia, favorecendo o colapso ou a asfixia.

c) Outra coisa que não oferece vantagem é a massagem com álcool ou vinagre no pulso; é uma manobra que não tem a menor indicação.

5) *Tratamento medicamentoso das convulsões*. — Quais os medicamentos anti-convulsivos que têm valor real? Em 1937 PUTMAN e MERRIT fizeram estudos experimentais em gatos. O estímulo era dado por uma corrente elétrica sobre o encéfalo. O poder anti-convulsivo era medido pela oposição a essa corrente. Conseguiram incluir mais um medicamento na série. Os medicamentos que

devem realmente ser empregados são poucos. Temos: 1.º) bromo sob forma de brometos; 2.º) barbitúricos: gardenal, luminal ou fenobarbital; 3.º) difenil-hidantoina ou dilantina. São esses os medicamentos de real valor. A dilantina existe com o nome de Hidantal, produto nacional ou Epelin americano. Como adjuvantes associados aos primeiros podemos empregar: 1.º) boro, tartrato bórico-potássico; 2.º) as solanáceas; beladona, meimendo e estramonio. Vejamos algumas conclusões obtidas pelo uso desses medicamentos.

1.º) Todos esses medicamentos agem sobre o grande mal epiléptico, sobre o ataque epiléptico; agem muito menos sobre os equivalentes psíquicos ou motores.

2.º) A tolerância é variável. De todos eles, os mais tolerados são os barbitúricos (gardenal), em segundo lugar os brometos e em terceiro a dilantina. A dilantina é que tem menor margem de tolerância; a dose tóxica se aproxima muito da dose terapêutica.

3.º) O único que desenvolve o vício é o Gardenal. Os doentes podem aumentar progressivamente a dose e se viciam.

4.º) A quarta conclusão é a tolerância muito menor nos processos orgânicos. Quando a epilepsia é causada por uma afecção orgânica como um tumor cerebral, a tolerância para esses anti-convulsivos é muito menor, e as doses devem ser conseqüentemente menores.

5.º) A quinta conclusão diz respeito à vantagem das associações medicamentosas. Não devemos empregar medicamentos isolados; mas agrupá-los. Deve ser polivalente ou múltipla a terapêutica da epilepsia. Existem três tipos interessantes de tratamento da epilepsia: a) associação do bromo ao Gardenal; b) Gardenal isoladamente, mas durante certo tempo porque depois será associado; c) associação do gardenal à dilantina. São os 3 tipos de tratamento que se empregam com maior vantagem. O Gardenal é um medicamento que convém empregar continuamente. O epiléptico deve usá-lo durante toda extensão do seu tratamento. Durante certo tempo será associado ao bromo. O tratamento pela associação de Gardenal e bromo não deve ultrapassar 6 meses. Quando o Gardenal é associado à dilantina, o tratamento deve durar apenas 3 meses. O epiléptico deve usar esses 3 tipos de tratamento, com essas associações durante esses espaços de tempo. O Gardenal é o mesmo tóxico e será útil permanentemente. O bromo: 6 meses. A dilantina: 3 meses. Cada caso depende contudo da observação. Outra conclusão: é preciso manter o tratamento do epiléptico por muito tempo. Não permitir que haja eclosão das crises, por falta de medicamento. O que interessa num epiléptico essencial é não suspender a medicação anti-convulsiva antes de uns 5 anos e nunca reduzir a dose antes de 1 ano.

Durante esse tempo empregam-se ora brometo mais Gardenal, ora Gardenal, ora Gardenal mais dilantina. O bromo nunca mais de 6 meses; a dilantina nunca mais de 3 meses; o Gardenal sempre. Quando se interrompe a medicação anti-convulsiva bruscamente as crises se precipitam. Devemos fazer ao doente essa proibição expressa. O bromo é empregado sob forma de bromatos e o mais usado é o brometo de sódio; também é útil o brometo de potássio e ainda o brometo de amoneo. Encontram preparados com associação desses 3 elementos; é a medicação tri-brometada. O bromo está sendo usado desde o século passado; perdeu parte de sua reputação com o advento dos barbitúricos e da dilantina.

O bromo é entretanto útil na epilepsia. Todo doente epilético essencial deve fazer seu tratamento com o bromo durante 6 meses. O bromo ou brometo de sódio é muito mais eficiente quando se faz ao mesmo tempo uma dieta hipocloretada. Os ions Cl e Br se deslocam mutuamente. A difusão do cloro e do bromo no plasma e nos glóbulos é praticamente a mesma. Retirando-se o cloro a ação do bromo é mais intensa. Quando há bromismo, um dos tratamentos é dar cloreto porque haverá deslocamento inverso, e isso ao lado da abundância de líquidos para a eliminação. Mas não se pode afastar completamente o cloreto. O que se recomenda é fazer dieta com 6 grs. de cloreto de sódio por dia incluindo aqui o sal da composição dos alimentos. Isto é um processo interessante de melhorar a ação anti-convulsiva do bromo e disso temos experiência. Existe um autor, ULRICH, que faz predominar nos seus doentes as curas de bromo. O número de crises convulsivas por ano e por doente desceu de 64 para 16 com o emprego da dieta hipocloretada. Quando se emprega dieta hipocloretada com 6 gr. de cloreto de sódio por dia a eliminação do bromo é lenta e como é lenta será fácil haver acúmulo tóxico. Por isso a dose não deve ser alta. Qual a dose de bromo que deve ser empregada? O de sódio é o melhor e empregamos na dose de 3 grs. por dia, fracionadas em 3 doses de 1 gr.. Algumas vezes é insuficiente e devemos dar a dose mínima suficiente, 4, 5, 6 grs.. Nunca devemos dar mais do que 6 grs.. É preciso que haja uma concentração de bromo de 150 mgrs. por 100 cc. de sangue e isso consegue-se com essas doses. Quando sobe a 200 mgr./100 cc. de sangue é provável a intoxicação.

O bromismo se manifesta por inapetência, náuseas, vomitos e certo topor, mas pode ser mais grave e atingir o estupor e o coma. É preciso vigiar e suspender assim que apareçam os primeiros sinais de intoxicação.

Dos *barbitúricos* devemos empregar exclusivamente aqueles que tenham longa duração no seu efeito. É o caso do Gardenal (francês), luminal (alemão) ou fenobarbital (americano). Outros barbitúri-

cos têm curva mais alta porém mais curta. Dial (Ciba), Amital (Lily), Sandoptal (Sandoz), Somnifene (Roche), Nembutal (Abbot), Pernocton (Riedel). São medicamentos uteis para a insônia e também usados na pré-anestesia. Para evitar a crise convulsiva não tem interesse o efeito narcótico. Queremos longa duração de efeito porque quanto mais longa for a curva, tanto maior será o efeito anti-convulsivo. Interessa-nos unicamente o Gardenal ou Luminal.

A eliminação dos barbitúricos é rápida e o indivíduo que interrompe o tratamento pode ter seu estado de mal. Deve ser substituído progressivamente por outro e daí a vantagem de se associar ao bromo. Quais as doses? A dose ótima é de 0,30 ctgrs. por dia, 3 doses de 0,10 ctgrs.. Si fôr excessiva, bastará 0,20 ctgrs. que podemos dar em duas doses de 0,05 e uma de 0,10. Não convem passar de 0,30 ctgrs., embora seja o medicamento menos tóxico e de maior margem de segurança. A dose acima da qual há intoxicação é 0,60 ctgrs. por dia. Na intoxicação há torpor, irritabilidade, dermatite tóxica. Mas si a dose fôr grande, o que acontece frequentemente pelo desenvolvimento do hábito, a intoxicação pode ser grave. É uma intoxicação que reproduz às vezes a encefalite, o indivíduo entra em torpor, em estupor e em coma.

A *dilantina* é um medicamento recente, usado de 1938 para cá. Sobre o gardenal tem duas vantagens: 1.º) tem efeito **anti-convulsivo** mais energico; 2.º) não traz como os barbitúricos, o **sôno que dificulta** o emprego destes. Existem indivíduos que não suportam os barbitúricos peno sôno. Diminuir a dose; substituir durante o dia por outro medicamento e dar à noite somente ou então associar ao Gardenal um medicamento que tenha efeito inverso sem aumentar a excitabilidade; é o sulfato de benzedrina, em comprimidos de 5 mgrs. na dose de 1,2 no máximo 3 vezes ao dia. A dilantina não desenvolve esse sôno; não é soporífero. A questão da intoxicação é importante. As doses pequenas não agem e as grandes são frequentemente tóxicas. O espelin é apresentado em capsulas de 0,10. A dose que se considera util é de 0,30. Em nosso meio tem sido empregado em doses demasiadamente pequenas. Tivemos oportunidade de observar intoxicação com 0,10 e com maior frequência com 0,20 ou 0,30. A margem de tolerância é pequena; temos que ficar em torno de duas capsulas por dia. Quando se instala a intoxicação devemos suspender a medicação por 4 dias. No fim de 4 dias retorna-se o tratamento com dose menor. A tolerância aumenta em grande número de casos e em outros diminui. Para contornar essa dificuldade fazemos associa-

ção com o Gardenal. Empregamos o tratamento que chamamos oscilante, da seguinte maneira:

- 1.^a semana: Gardenal (0,05) + Gardenal (0,05) + Gardenal (0,10)
- 2.^a semana: Epelin (0,10) + Gardenal (0,05) + Gardenal (0,10)
- 3.^a semana: Epelin (0,10) + Epelin (0,10) + Gardenal (0,10)
- 4.^a semana: Epelin (0,10) + Gardenal (0,05) + Gardenal (0,10)
- 5.^a semana: Gardenal (0,05) + Gardenal (0,05) + Gardenal (0,10)

O máximo que empregamos de Epelin habitualmente vem a ser 2 capsulas. Si o doente não melhora faremos:

Gardenal (0,05) — Gardenal (0,05) — Gardenal (0,05) — Gardenal (0,10) e a seguir aumentaremos progressivamente até atingir:

Epelin (0,10) Epelin (0,10) - Epelin (0,10 - Gardenal (0,10). Neste último caso 40% dos individuos se intoxicam.

Essa cura de Gardenal com Epelin dura 3 meses. Após isso só usaremos o Gardenal. Depois faremos associação do bromo e do Gardenal. E assim vamos fazendo esse tratamento polivalente durante 5 anos. A intoxicação pelo Epelin é mais grave: anorexia, náuseas, vomitos; depois estupor, perturbações visuais, diplopia, tremor, incoordenação motora e nos casos mais graves, ataxia, nitagmo; é o comprometimento do sistema nervoso nos seus segmentos mais elevados.

6) *Tratamento dietético*: É muito interessante e tem sido empregado nos Estados Unidos. Entre nós não se faz mais que recomendações ligeiras. É a chamada dieta cetogênica.

É uma dieta com razão alta de gordura e baixa de proteínas e de hidrocarbonados. Houve tempo em que se preconizou o jejum dos epilepticos, com melhoras. Em 1921 WILDER atribuiu essas melhoras aos corpos cetônicos. Estudou a questão da dieta cetogênica com aumento da gordura e redução dos hidrocarbonados. Os hidrocarbonados se desintegram e chegam à fase de monossacarídeos; são absorvidos, são fosforilados, vão à periferia para serem queimados. Outras vezes passam a glicogênio e enchem os depósitos. É a condição essencial para o metabolismo integral das gorduras. Quando isto não se dá o metabolismo das gorduras se suspende na fase intermediária de corpos cetônicos e há acidose. Isto é tanto mais acentuado quando se retiram os hidrocarbonados e se fornecem gorduras em altas doses. Há acidose, cetonemia, cetonúria e é isso que se provoca com dieta altamente gordurosa. Difícil é realizar esse jejum e exigir a cooperação do doente. Na Clínica Mayo se tem feito mais em crianças do que em adultos, porque é mais

eficiente em crianças. Foram 267 os casos tratados; desse número 43 tiveram cura total; 84 remissão de 1 ano no mínimo (desses 84, em 30 a crise voltou no intervalo de 1 a 5 anos; em 39 a crise só voltou depois de 5 a 10 anos, em 15 a crise só voltou depois de 10 a 15 anos). Ao lado disso, 140 crianças não se beneficiaram com esse tratamento. O mecanismo de ação seria provocar corpos cetônicos que teriam ação sedativa. Injeções de ácido diacético, ou de seu sal de sódio, têm efeito anti-convulsivo.

Outra explicação é pela modificação do metabolismo da água. A dicta deve ter 35 cal. por Kg. de peso para o adulto; para crianças 25 cal. por Kg. de peso. Proteínas damos 1 gr. por Kg. de peso. Vamos decrescendo progressivamente os hidrocarbonados e aumentando progressivamente as gorduras. Manter esse regime pelo espaço de 6 a 12 meses. Depois disso, aumenta-se os hidrocarbonados, para voltar ao regime normal. Existem trabalhos que devem ser consultados. Há um trabalho de Talbot e outro de Barborka.

Outro tratamento dietético é o da desidratação com drenagem de líquido céfalo-raquidiano. O fornecimento de líquido é de 300 a 500 cc. por dia. Os resultados são muito inferiores aos da dieta cetogênica.

Outros processos de tratamento tem sido propostos, todos eles com resultados inconstantes. Não nos é possível aborda-los desta vez, pois o tempo desta aula está exgotado.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).