

## ACIDENTE NO TRATAMENTO DA CORÉIA DE SYDENHAM PELO MÉTODO DE BALENA

PAULO PINTO PUPO \*  
JOSÉ VICTOR DOURADO \*\*

Empregando o método de Balena no tratamento da Coréia de Sydenham, tivemos ocasião de observar um acidente fatal, ocorrência da qual não conhecemos relato na literatura. Realmente, todos que têm feito publicações a respeito deste método, são unânimes em exaltar suas vantagens terapêuticas, ao mesmo tempo que frisam a ausência de acidentes graves no decurso desse tratamento. Foi a raridade do fato e a sua importância, que nos levaram à publicação deste trabalho.

O método originou-se de outros processos de tratamento da Coréia aguda infantil nos quais a substância era introduzida por via intra-raquidiana: Marinesco<sup>1</sup> utilizava o sulfato de magnésio; Goodman<sup>2</sup>, desde 1916 preconizava a introdução intra-raquidiana de soro preparado com o sangue do próprio doente. Visava, com isso, uma ação de prováveis anticorpos que existiriam no citado soro, convencido como estava da etiologia infecciosa da moléstia. Os bons resultados referidos por estes autores levaram Alfredo Balena a experimentar a ação de uma substância química de reconhecida ação antisséptica. Escolheu a prata coloidal e os sucessos alcançados levaram-no a apresentar, em 1919, os primeiros casos de cura. Em pouco tempo multiplicaram-se as publicações a respeito da nova terapêutica, tôdas em abono das suas vantagens, da sua inocuidade e perfeita tolerância dos doentes para com a prata coloidal.

---

Recebido para publicação em 2 de setembro de 1944.

Trabalho do Serviço de Neurologia da Escola Paulista de Medicina (prof. Paulino W. Longo), apresentado na Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 7 de agosto de 1944.

\* Chefe de Clínica de Neurologia da Esc. Paul. de Med. Livre-Docente de Neurologia na Fac. Med. Univers. de S. Paulo.

\*\* Assistente extranumerário de Neurologia da Esc. Paul. de Med.

1. Marinesco, G., Sager, O., Dinischiotu, G. — Sur le traitement de la chorée par le luminal et le sulphate de magnésium avec considérations sur la physiopathologie de la chorée. *Ann. Med.*, 27: 237, 1930.

2. Apud Alfredo Balena.<sup>3</sup>

A técnica original de Balena consistia em fazer a punção lombar com prévia anestesia da pele e retirar uma quantidade de líquido igual à da solução medicamentosa que se pretende injetar, sendo empregado o Electrargol isotonzado. Fazem-se as injeções cada 3 dias, em doses crescentes, começando com 2,5 cc. e aumentando outro tanto de cada vez. Algumas horas depois aparece cefaléia intensa, às vezes vômitos de tipo cerebral, rigidez de nuca, hipertermia elevada, (39°-40°C): sinais evidentes de meningismo. Aliás, o exame líquido mostra a existência de meningite asséptica exsudativa. No entanto, êsses fenômenos todos são transitórios, cedendo no máximo ao cabo de 24 horas. Por vezes, como o próprio Balena refere, perduram um pouco mais certas reações (em geral paresias, sempre passageiras, dos membros inferiores). Em 1934, concluía o idealizador do método<sup>3</sup>: “Do exposto, sobressai que os acidentes suscetíveis de se seguirem às injeções intra-raquidianas de Electrargol são praticamente desprezíveis, por serem de duração efêmera e de reduzido vulto”.

Com o fito de reduzir ainda mais essas reações, A. Borges-Fortes e Eurydice Magalhães<sup>4</sup> fizeram pequena modificação adicionando 2 cgrs. de luminal à suspensão argêntica; além disso, não empregavam doses crescentes como na técnica original.

E. Zacheu Esmeraldo<sup>5</sup>, conquanto grande adepto do tratamento, também aconselha a fazer as injeções por via alta, na cisterna magna, com o que se evitariam as desvantagens da punção lombar. Este autor chegou a injetar 10 cc. de Electrargol sem observar reações mas intensas do que as habituais. Em certas ocasiões, empregou a solução de prata não isotonzada, o que determinava reações um pouco mais fortes, mas sem maiores conseqüências. Em um caso que recidivou, injetou intracisternalmente o sangue do próprio doente, obtendo, dêste modo, a cura.

Os resultados de Balena mostram 95% de curas; de um modo geral todos os trabalhos publicados a respeito estão de acôrdo quanto à excelência dêsse tratamento. A sintomatologia coréica cede, na maioria dos casos, logo às primeiras injeções e às vezes basta uma única injeção para já se obter a remissão total. Mesmo um pequeno número de casos que recidivam, vêm a curar com a repetição do processo. Únicamente encontramos um trabalho cujos resultados destoam um pouco da maioria;

---

3. Balena, A. — Coréia aguda de Sydenham, seu tratamento pelas injeções intra-raqueanas de Electrargol. *Brasil Méd.* 14, 1932 (Separata).

4. Borges-Fortes, A. e Magalhães, E. — Argentoterapia por via raqueana na coréia de Sydenham. *Arq. Brasil. Neur. e Psiq.* (janeiro-fevereiro), 1943 (Separata).

5. Esmeraldo, Z. — Tratamento da Coréia por injeções intracisternais de Electrargol. *Arch. Brasil. Med.* 11: 632-645, (novembro) 1936.

é o de Flavio Lombardi<sup>6</sup> que assinala 50% de recidivas e propõe resolver êsses casos empregando a opoterapia ovariana.

Quanto aos acidentes, geralmente as publicações não se estendem em grandes considerações neste particular, mas todos são acordes em que, ou não os observaram ou foram sempre de pouca monta. Alice M. dos Santos<sup>7</sup>, observava que, no ambulatório de doenças nervosas do Hospital de Misericórdia e na Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, já existiam cêrca de 200 doentes de coréia, fichados e tratados pelo método de Balena, sem que houvesse oportunidade de registrar fenômenos desagradáveis. Do mesmo modo de ver são Euridyce Borges-Fortes e Antonio R. de Mello<sup>8</sup>.

Sendo êsse também o conceito em que tínhamos o método — firmado no conhecimento da literatura e em nossa experiência pessoal na Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Paulino W. Longo) — fomos surpreendidos quando, embora utilizando a técnica original e cercando o nosso doente de todos os cuidados costumeiros, vimos aparecer um acidente sério, que terminou pela morte, sendo baldados os esforços empregados. Cremos ser o único caso publicado e julgamos de interesse a sua comunicação.

OBSERVAÇÃO — F.S.M., 14 anos, branco, português, examinado em 4 de dezembro de 1943. Nesta observação, *transcrevemos na íntegra o exame dos diferentes aparelhos da vida vegetativa, para comprovar que não havia anteriormente qualquer lesão orgânica que contra-indicasse o emprego da argentoterapia intraraquidiana.*\*

História — Há um mês e meio, mais ou menos, teve reumatismo, caracterizado por ter os tornozelos e os pulsos tumefactos, vermelhos e dolorosos. Uns 15 dias após, começaram a aparecer movimentos involuntários, irregulares, nos membros do lado esquerdo, que se foram tornando mais intensos e se estenderam ao outro lado e depois a todo corpo. De início, apenas derrubava os objetos que tinha nas mãos e andava com alguma dificuldade, mas por último tinha movimentação franca, irregular, ampla, fazia caretas, movia-se de todos os modos, tendo mesmo dificuldade para falar.

Antecedentes — Nos familiares, nada há de interesse. Nos pessoais, há referência de um provável surto pregresso de coréia aos 8 anos de idade.

Exame clínico — Exame físico geral: mediolíneo. Estado geral bom. Decúbito indiferente. Constituição esquelética boa. Musculatura pouco desenvolvida. Panículo

6. Lombardi, F. — As recidivas da coréia de Sydenham após o método de Balena. *Arq. Pediat.* 11: 719-726 (outubro) 1938.

7. Santos, A. M. dos — Tratamento da coréia infantil pelas injeções de electrargol na raque. *Rev. Med. Brasil.* 2: 119-124 (janeiro) 1939.

8. Borges-Fortes, E. e Mello, A. R. de — O tratamento da coréia de Sydenham. *Cult. Med.* 3: 6, 1942.

\* Agradecemos ao dr. Italo Le Voci, assistente da Clínica Propedêutica Médica, Serviço do prof. Jairo Ramos, o auxílio que nos prestou na observação clínica do paciente, particularmente sob o ponto de vista do aparelho circulatório.

adiposo escasso. Nada há de importante a assinalar na inspeção detalhada dos segmentos corporais. Pêso: 37,100 Kg. Altura: 1,47 m. Apirético durante todo o período que antecedeu à injeção intra-raquidiana de Electrargol.

Aparêlho respiratório — Inspeção estática: o tórax não se enquadra em nenhuma forma patológica; tegumento sem anormalidades; sistema venoso sem circulação colateral; não há abaulamentos nem retrações. Inspeção dinâmica: respiração costabdominal; expansibilidade igual em ambos hemitórax, tanto nos ápices como nas bases; fenómeno de Litten presente de ambos os lados, entre as linhas axilar anterior e média, estendendo-se o esquerdo do 7.º ao 8.º intercosto, e o direito, do 6.º ao 7.º intercosto. Palpação combinada: confirma os dados encontrados. Palpação: não há pontos dolorosos; resistência torácica igual em ambos hemitórax; não há frêmito brônquico, nem pleural. frêmito tóraco-vocal palpável em toda área pulmonar, mais perceptível nos ápices e mais intenso no hemitórax direito. Percussão: som claro pulmonar em toda área; mobilidade dos limites inferiores presente, igual a dois dedos. Ausculta: murmúrio vesicular e respiração brônquica fisiológica; não há sopros, nem ruídos anormais; ausculta da voz e da tosse, normal. Respiração: 26/minuto. Capacidade vital: 1,800 lt.

Aparêlho circulatório — 1) Coração — Inspeção: Icto não visível; não há abaulamento, nem retração, nem deformidade do precórdio; não há pulsações precordiais, nem epigástricas. Palpação: Icto palpável no 5.º intercosto, um dedo para dentro da linha hemiclavicular, na extensão de duas polpas digitais, sem forma característica, pouco intenso, rítmico, regular na amplitude. Ausculta: desdobramento inconstante da 2.ª bulha no foco mitral e sopro sistólico, suave, com irradiação para a axila esquerda; hiperfonese da 2.ª bulha no foco pulmonar. 2) Artérias: moles, sem sinuosidades; pressão arterial: max. 100, min. 50. pulso arterial: onda pulsátil pouco cheia, regularmente tensa e ampla, rítmica, regular na amplitude, sem forma característica; frequência: 74 por minuto.

Abdome — Inspeção: plano, simétrico, sem edema ou circulação colateral visível; musculatura pouco desenvolvida; panículo adiposo escasso; cicatriz umbelical sem características especiais. Palpação superficial generalizada: não há regiões dolorosas, reação da parede, nem tumores. Percussão: Som timpânico generalizado; não há sinais de ascite. Palpação profunda e deslizante (prejudicada pela falta de cooperação do doente, que respira mal e move-se muito): Estômago palpável como um degrau, indolor, dois dedos acima do umbigo, seco palpável como um cordão achatado, da grossura de um indicador, mole, gargarejante e ligeiramente doloroso; sigmóide e transversos não bem evidenciáveis; a palpação dos psaos está prejudicada, pois o doente não mantém a perna suspensa. Fígado: percutível no 5.º intercosto e palpável a um dedo e meio do rebordo, indolor. mole e rombo. Baço não percutível, nem palpável.

Aparêlho urogenital — Fimose. Rins não palpáveis.

Sistema nervoso — Psiquismo íntegro. Exame neurológico — Inspeção geral: Aspecto geral de coréico, com movimentação incessante, irregular, ampla, ilógica, generalizada; movimentos mais acentuados do lado esquerdo; careteamento. Motricidade: Marcha com grande movimentação dos membros, pequenos saltos, contorções; hipotonia generalizada; força muscular conservada; movimentos espontâneos desordenados, de grande amplitude, involuntários e sem objetivo, exagerados pela emoção, de tipo coréico; movimentação ativa conservada, conquanto prejudicada pela irregularidade. Refletividade — reflexos profundos ausentes nos membros superiores e muito diminuídos nos membros inferiores. Reflexos cutâneos: cutâneo-abdominais e cremasterinos presentes e simétricos; à pesquisa do cutâneo-plantar não se obtém resposta. Sinais piramidais e cerebelares ausentes. Não há perturbação dos esfínteres. Nervos cranianos: ausência de perturbação. As pupilas reagem bem à luz e à acomodação. Fala explosiva. Sensibilidade superficial e profunda conservadas. Não há perturbações da orientação, praxia ou gnósia.

*Exames paracímicos* — Urina, tipo I — Volume 160 cc. Densidade 1.012. Aspecto transparente. Depósito nulo. Cór amarelo-citrina. Não contém albumina nem açúcar. Sedimento: algumas células de descamação das vias baixas, alguns leucócitos, isolados e bem conservados, raríssimas hemácias. Não há cristais nem cilindros (16-12-43). Sangue, contagem global — Glóbulos vermelhos 4.500.000; glóbulos brancos 15.000; hemoglobina 77%; valor globular 0,8 (16-12-43). Fezes, parasitológico — Exame com enriquecimento (método de Willis): ovos de *Trichuris trichiura*; ovos de *Ascaris lumbricoides* (16-12-43). (Nota — Os exames foram praticados no Serviço de Clínica Propedêutica Médica, do prof. Jairo Ramos).

**Diagnóstico** — Coréia de Sydenham reumatismal.

Atendido o doente em 4 de dezembro de 1943 no ambulatório de Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina, foi internado na enfermaria desse Serviço em 11 do mesmo mês. Tomaram-se as medidas de isolamento e repouso, e se administraram sedativos à base de brometos. Como terapêutica inicial foi instituído o salicilato de sódio em soro glicosado hipertônico, por via intravenosa e antipirina, por via oral, em cápsulas. Porém, ao cabo de 10 dias, conquanto se observassem pequenas melhoras, os movimentos coréicos continuavam bem evidentes. Passamos, então, a fazer ácido láctico, por via intravenosa, em dias alternados com cacodilato de sódio intramuscular, mas ao fim de mais 12 dias ainda permaneciam irredutíveis os movimentos. Em vista da pouca influência que o quadro neurológico sofrera, consideramos indicado o método de Balena.

Em 5 de janeiro de 1944 fizemos a punção lombar e injetamos na raque 1,5 cc. de Electrargol (Clin), isotonicado, retirando antes a mesma quantidade de líquido. Cerca de duas horas depois o paciente se queixava de fortes dores lombares, em cintura, tipo radicular, e umas 5 horas após apresentava cefaléia violenta, rigidez da nuca, agitação e obnubilação mental. O pulso e a temperatura ascenderam. Administramos luminal (1 ampola) e mais tarde Somnifene (3 ampolas) e Coramina (idem). Entretanto, o doente passou a noite em estado de confusão mental, agitado, com temperatura e pulso progressivamente mais elevados (pulso 180, temp. 39,8°C), e sinais de intensa irritação meníngea. Praticamos a punção lombar e retiramos líquido, cujo exame é o que se segue:

**Exame do líquido céfalo-raquidiano** — Volume: 15 cc. Líquor turvo; centrifugado límpido. Proteínas totais 2,45 gr. por litro; R. Pandy positiva (+); R. Weichbrodt e Nonne opalescência; Cloretos 6,54 gr. por litro. Glicose 0,78 gr. por litro; Citologia 2.720 cels. por mm<sup>3</sup>; 255 hemácias por mm<sup>3</sup>; exame morfológico; linfócitos 5%, médiomononucleares 2% granulócitos neutrófilos 92%, eosinófilos 1%; R. benjoim 12222.00222.20000.0; R. mastique 55554.43200.0. R. Takata-Ara positiva (tipo vermelho). R. Wassermann negativa; R. Steinfeld negativa; reação para cisticercos, negativa; reação de Eagle, negativa. Exame bacterioscópico direto (método de Gram), negativo. *Resumo: quadro líquido meníngeo não séptico* (Dr. J. Batista dos Reis).

Tínhamos, pois, um quadro intenso de meningite purulenta asséptica. Pela madrugada, apresentou crises convulsivas generalizadas e, na manhã seguinte, entrou em estado de torpor. Empregamos tôda sorte de medicação, mas o doente entrou progressiva e rapidamente em coma, evoluindo para a morte. Por fim, apresentou sinais de colapso periférico, com pulso incontável e um quadro de edema agudo do pulmão, provavelmente por mecanismo neurogênico (bronco e alveoloplegia), vindo a falecer na madrugada de 7 de janeiro, isto é, menos de 48 horas após a injeção intra-raqueana de Electrargol.

*Conclusões* — Tem-se escrito que o método de Balena é um processo terapêutico da Coréia aguda infantil, com o qual se obtém resultados muito bons, sem que se devam temer quaisquer acidentes<sup>9</sup>. Nada se tem publicado a respeito de acidentes com êsse tratamento e a casuística, entre nós, já é numerosa. Em nosso caso observa-se um fato ainda não referido, e o apresentamos como contribuição para o estudo do método de Balena, não constituindo de forma alguma uma crítica desfavorável.

#### SUMÁRIO

Os AA. apresentam um caso de Coréia de Sydenham no qual o método de Balena determinou um acidente fatal. Fazem rápidas considerações a respeito dêsse processo terapêutico, considerando especialmente que as publicações enaltecem suas vantagens e desprezam a possibilidade de acidentes. Relatam a observação detalhada do caso, concluindo que o processo de Balena não é isento de perigos, conquanto raros, e que deve ser reservado para aquêles casos rebeldes às terapêuticas menos agressivas.

---

9. Afóra os citados no texto, consultamos a respeito:

Borges-Fortes, A. — Tratamento da coréia de Sydenham pelo método de Balena. Nota prévia. *Mov. Méd.* 1931 (separata).

Abreu, C. — O processo de Balena na cura da coréia minor. *Arch. pediat.* novembro, 1931.

Collares, J.V. e Borges-Fortes, A. — O método de Balena no tratamento da coréia de Sydenham. Comunicação à Soc. Bras. de Neurol. e Psiquiat. *Arq. Bras. Psiquiat.* 3-4, 1930.

Garcia, M., Fonseca, A. — Considerações sôbre a terapêutica da coréia infantil. *Arch. Pediat.* 10:647-650, 1937.

Pinto, O. F. — Coréia minor. *Arch. Pediat.* 10:1127-1134, 1938.

Tancredi, F. — Coréia de Sydenham. Modernos conceitos e tratamento. *Pediat. Prát.* 11, (maio-junho) 1940.

**SUMMARY**

The Authors present a case of Sydenham's Chorea in which the method of Balena (intrathecal administration of Electrargol) caused a mortal accident. The Authors make short comments about this therapeutics, considering specially that the works published hitherto emphasize its advantages and despise the possibility of accidents. The Authors, after a detailed study of the case, conclude that the procedure of Balena is not free from dangers, though these are rare, and that it must be reserved for those cases refractory to less aggressive therapeutics.

*Rua Itaguaçaba, 135 — São Paulo.*