

7

CARLOS LUÍS GONZAGA BRAGA REAL

✓

235

SCABIOSE

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DEZEMBRO DE 1925

214/7 F17

PORTO
TIPOGRAFIA SEQUEIRA, LIMITADA
114, RUA JOSÉ FALCÃO 122

—
1925

SCABIOSE

CARLOS LUÍS GONZAGA BRAGA REAL

SCABIOSE

TESE DE DOUTORAMENTO

— APRESENTADA À —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DEZEMBRO DE 1925

PORTO

TIPOGRAFIA SEQUEIRA, LIMITADA

114, RUA JOSÉ FALCÃO 122

—
1925

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

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


Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.


**(Art. 15.º § 2.º do Regulamento Privativo
da Faculdade de Medicina do Porto, de
3 de Janeiro de 1920).**



À memória de

Minha Mãe

“Tributo de homenagem do filho
que quasi não conhecestes”.



A Meu Pai

e

Minha Madrasta

“Está terminada a minha
carreira, pelo vosso auxílio
o eterno reconhecimento do
filho agradecido”.

À Mimi, Manoel e Zinha

Um abraço

À minha irmã Isabel

Um beijo do teu irmão

A meus Tios e Tias

Um abraço

A minha Madrinha
e meu Tio Gaspar

Um abraço

Ao Snr.

Michel Delacruz Vidal e sua Esposa

pela amizade que me dispensam

Ao Snr.

H. Gilbert

pela estima em que o tenho

A meus colegas de curso

De vós todos levo recordações

À

Jeannette

Esta página pertence-te

Ao Professor

Dr. Luís Diégas

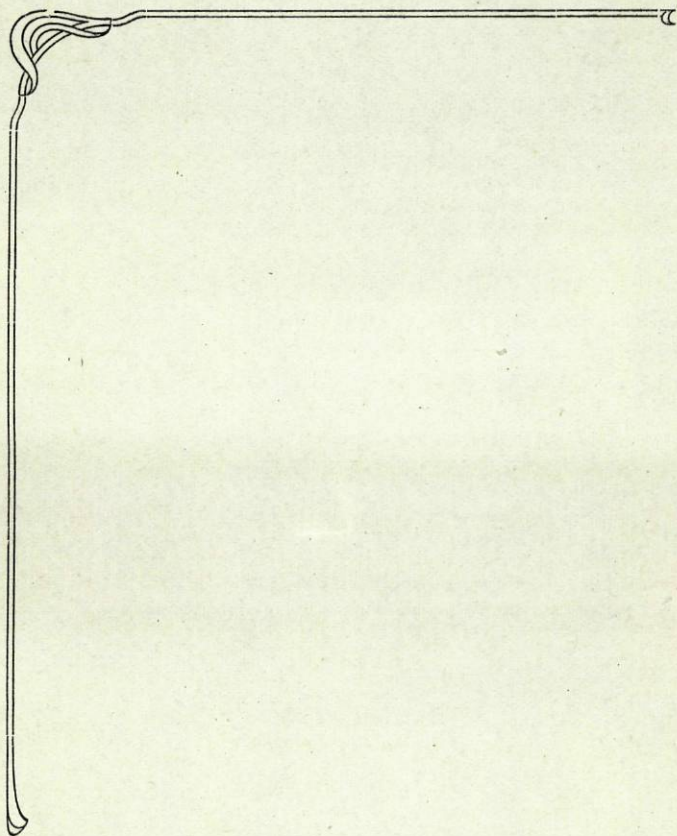
Meu ilustre Presidente de Tese

Por tudo agradece o aluno reconhecido.

Ao Corpo Docente

da

Faculdade de Medicina do Porto



Introdução

Terminado o meu curso geral de medicina, faltava-me ainda cumprir uma disposição da lei para iniciar a carreira a que resolvi lançar-me, disposição essa que me obriga a apresentar um trabalho final para a tese de doutoramento.

Durante o meu 3.º ano sugeriu-se-me escolher para assunto de tese a «Bismutoterápia na sífilis» terapêutica que então acabava de aparecer.

Para tal fim, durante o meu 4.º ano, procurei o muito ilustre Professor na Faculdade, que me havia de formar, snr. Dr. Luís de Freitas Viégas, a quem expuz as minhas tenções e pedi para presidir a êsse trabalho.

Por sua indicação tive de desistir desse meu intento, pois êsse assunto tinha sido tratado dias antes numa tese, e, portanto o meu perdia a sua originalidade, o que deve presidir a trabalhos dessa natureza.

Então lembrou-me tratasse o assunto que hoje apre-

sento, e embora seja um assunto de todos conhecido tem um facto que lhe dá alguma originalidade, que é tendo a nossa Faculdade já um século, esse assunto ainda não foi tratado em tese alguma.

Está assim explicado o motivo porque hoje apresento este trabalho, o que é de lastimar seja por mim feito, pois faltam-me todas as faculdades precisas para o tratar como deveria ser.

Expostas estas razões cumpre-me agora satisfazer uma obrigação, agradecendo ao snr. Dr. Luis de Freitas Viégas e ao seu assistente Dr. Vilas Boas Neto, todo o auxílio que me prestaram neste trabalho, a quem me confesso eternamente grato e reconhecido.

Ao juri que há-de julgar este trabalho peço-lhe a benevolencia que um principiante precisa sempre de pedir, assim como desculpa do pouco valor do mesmo que vão examinar, mas os meus recursos a mais não chegaram.

Esbôço histórico

Descrever as diversas teorias etio-patogenicas que pretenderam explicar desde os tempos antigos até 1834, ano em que Renuci demonstrou e ficou aceite ser o *sarcoptus scabiei* o único parasita causador da scabiose, é fazer a história desta doença.

Se percorrermos a literatura médica, vemos que as referências que os antigos fazem à scabiose são várias e por veses confusas, assim como são várias as teorias que nos apresentam sobre a sua etio-patogenia e portanto sobre a sua terapêutica.

Vemos que os Gregos e os Romanos não desconheciam a doença, mas no entanto, é duma maneira muito vaga que a descrevem. Hipocrates refere-se à scabiose, mas muito ao de leve é que êle trata êste assunto; Aristóteles na sua «História dos animais» não só fala da doença, como parece também ter assinalado a sua origem parasitaria.

Celso é o primeiro escritor latino que sob o ponto de vista médico a ela se refere, segundo sustentou Lorey, o que foi rebatido por Willman, Biett e Rayer, dizendo que a

scabies de que Celso fala não é mais do que uma variedade de liquen.

Mas, qualquer que seja a doença apontada por Celso, em nada a questão se adianta, pois vamos muitos anos mais tarde encontrar êste assunto mergulhado nas mesmas trevas e imperar ainda a mesma confusão.

E isto tanto assim é, que Galeno, no século II da nossa era, faz referências muito vagas à scabiose.

De Paulo Aegineta quasi se pode dizer o mesmo, pois considera a scabiose como uma doença vizinha da lepra, deferindo dela apenas pela forma da placa e espessura das exfoliações.

Foi necessário chegar ao X século, para que a noção da scabiose se desenvolvesse claramente, podendo nós aventurarmo-nos mesmo a dizer, que é uma nova era que se inicia na história da scabiose pelo que não podemos partilhar da opinião de Dezeimers, que diz serem os arabes os continuadores da tradição grega.

Avicena na sua exposição não se esquece de citar a sua contagiosidade e a sua sede entre os dedos.

Faltava um único passo a dar para a história decisiva da scabiose — a descoberta do parasita — e êste passo foi dado por Avenzoar que diz: *Oriuntur aliqui in corpore subcutis exterius pediculi parvunculi qui, cum excuriatur cutis exeunt animalia tam parvuncula quod vix possunt videri.*

No entanto temos a acrescentar, que o médico árabe se contenta em assinalar o facto da presença dos animais, que tão bem descreve, mas não a liga à erupção cutânea, que para êle tem origem numa alteração dos humores.

Para Paré, a doença é causada por uma pituita ni-

trosa e salgada, e para Viridius (1506) os animalsinhos que Avenzoar descreve, são de geração espontânea, quer da pituita, quer do sangue, unidos a uma certa quantidade de bilis; enfim para Mercuriales (1601), a scabiose é uma doença generalizada que attribue a uma preversão dos humores.

O ano de 1624 deve ser notável na história da scabiose, senão na do acarus que a produz, pois é nesta data que Mouffet indica qual o ponto onde se deve procurar o parasita, dizendo duma maneira muito categórica que não se deve procurar nas vesiculas: *...syrones non in ipsis pustulis, sed prope habitare* e receando podessem confundir êste insecto com o pediculis, acrescenta: *Neque syrones isti sunt de pediculorum genere, nam illi extra cutem vivunt, hi vero, non...*

E foi sob êste ponto de vista que ficou a questão da scabiose, até que em 1687, numa carta dirigida a Redi, o Dr. Cossino Bonomo, dá conta das pesquisas que em comum tinha feito com o farmacêutico Diacinto Cestoni, de Livorno, sôbre o acarus, seus costumes e suas relações com a scabiose, e os detalhes em que entrou a êsse respeito são ainda hoje duma exactidão rigorosa.

Tendo visto as mulheres, extraírem por meio duma agulha, os acarus a seus filhos, e os escravos do porto de Livorno dedicarem-se a êsse mesmo serviço, por sua vez, Bonomo não sem custo descobriu o animal e descreveu-o.

Êste facto levantou celeuma no meio scientifico de então, e alguns autores mais arreigados pela teoria humoral negam-no ficando ainda com predomínio a sua teoria e portanto a etio-patogenia de scabiose no mesmo estado.

Em 1812 um farmacêutico do Hospital de S. Luís,

Galés, atraíndo de novo a atenção sôbre êle, mostrou um acarino que extraía das pustulas dos scabiosos e que êle dizia ser o sarcopta visto pelos antigos naturalistas, o que se acreditou durante 15 anos; mas Raspail, tendo demonstrado que o pretendido sarcopta reencontrado por Galés, não era outro senão o tiroglifo da farinha, a existência do parasita foi de novo posta em dúvida.

Mas, 8 anos mais tarde (1835), Renuci, estudante corso por nascimento, lembrando-se de que as mulheres da sua terra catavam os acarus a seus filhos, quando atacados de scabiose, procedeu de igual modo nos scabiosos que se apresentavam nos serviços de Alibert, onde êle então se encontrava, conseguindo assim o que já antes Galés tinha conseguido, servindo-lhe até êste caso para a sua tese inaugural que êle em 1835 defendeu em Paris intitulado-a *Decouverte de l'insecte qui produit le contagion de la gale*. Depois disto ficou assente e admitiu-se que a scabiose era uma doença parasitária da pele tendo por agente o acarus ou sarcoptus scabiei, nomes por que ficou conhecido o agente da scabiose.

O agente da scabiose

O sarcopta scabiei, parasita que no homem provoca a scabiose é segundo os zoólogos o:

Sarcoptes scabiei (Satreille)

Classe — arachnideos

Ordem — acarinos

Familia — sarcoptinados

Genero — sarcoptes

Variedade — hominis

O sarcopta assemelha-se a uma pequena tartaruga microscópica, tem um corpo orbicular, plano na face ventral e um pouco hemisférico na dorsal.

O tegumento é simetricamente estriado na sua face dorsal, apresentando sulcos que dividem o corpo em cinco segmentos incompletos, o meio desta face apresenta 140 pequenos picos cónicos e 20 espinhas inseridas numa pupila arredondada. O rostró é relativamente curto, tão comprido como largo, e munido de cada lado de mandíbulas que são marginadas de palpos, quási adherentes em tôda a sua extensão.

As patas são oito, dispostas aos pares, no macho são tôdas terminadas por uma ventosa, salvo o terceiro par, que termina por uma longa sêda.

Na fêmea, os dois pares posteriores são terminados por uma longa sêda. As fêmeas têm de comprimento 3 a 4 décimas de milímetro, distinguem-se dos machos por as suas quatro patas posteriores serem incompletas e terminadas por longas sêdas. Os machos têm de comprimento 2 a 3 décimas de milímetro e distinguem-se das fêmeas pelo seu quarto par de patas completo, a presença do órgão genital no abdômem e apresentarem na região ventral plastrões característicos, um céfalo-torácico muito maior do que o da fêmea e um par de noto-gástricos, laterais e simétricos.

Além dos machos e das fêmeas, encontram-se na mesma sociedade ninfas, larvas ainda mais pequenas do que as ninfas, mas não tendo senão um par de patas posteriores, incompletas e terminadas por uma longa sêda; enfim ovos, ovoides, quási tão grandes como as larvas, livres no meio das crostas ou nos sulcos sub-epidérmicos e em diferentes gráus de incubação.

O *sarcopta scabiei* apresenta muitas variedades, das quais uma se encontra no homem e outras nos outros animais, não se distinguindo senão pelo tamanho e pela forma um pouco mais alongada e os tegumentos mais córados entre as grandes variedades.

Assim temos:

a) — Uma variedade *hominis*.
 cuja fêmea tem 0,30^{mm} de compr. por 0,26^{mm} de largura.
 e o macho » 0,20^{mm} » » » 0,15^{mm} » »

Tem-se encontrado a mesma variedade em pequenos cães scabiosos e é freqüente nos furões portadores da mesma doença, M. Raillet encontrou-a num coelho.

b) — uma variedade *ovis*, na scabiose do focinho do carneiro.

cuja fêmea mede 0,314^{mm} de compr. por 0,30^{mm} de largura
e o macho » 0,22^{mm} » » » 0,16^{mm} » »

c) — uma variedade *hydrochoeri* caviá scabioso
cuja fêmea mede 0,357^{mm} de compr. por 0,30^{mm} de largura
e o macho » 0,22^{mm} » » » 0,16^{mm} » »

d) — variedade *caprae*
cuja fêmea mede 0,354^{mm} de compr. por 0,30^{mm} de largura
e o macho » 0,243^{mm} » » » 0,19^{mm} » »

e) — variedade *vulpis*
cuja fêmea mede 0,40^{mm} de compr. por 0,31^{mm} de largura
e o macho » 0,24^{mm} » » » 0,18^{mm} » »

f) — variedade *lupi*
cuja fêmea mede 0,40^{mm} de compr. por 0,28^{mm} de largura
e o macho » 0,27^{mm} » » » 0,21^{mm} » »

g) — variedade *cameli*, nas girafas, camelos e lamas
cuja fêmea tem 0,44^{mm} de compr. por 0,36^{mm} de largura
e o macho » 0,24^{mm} » » » 0,15^{mm} » »

h) — variedade *equi*
cuja fêmea mede 0,38^{mm} de compr. por 0,35^{mm} de largura
e o macho » 0,27^{mm} » » » 0,19^{mm} » »

i) — variedade *suis*
cuja fêmea tem 0,50^{mm} de compr. por 0,36^{mm} de largura
e o macho » 0,32^{mm} » » » 0,29^{mm} » »

O acarus instala-se debaixo da epiderme onde a fêmea cava galerias e põe ovos. Os ovos depois de postos dão lugar a princípio a larvas com três pares de patas, que sofrem várias mudas (2 a 3) durante as quais aumentam de tamanho e adquirem o 4.º par de patas (1.ª fase). Depois desta 1.ª fase passam então a uma 2.ª fase em que se transformam em ninfas que ainda não têm órgãos sexuais mas que já se dividem em duas categorias: as pequenas, que mais tarde serão machos, e as maiores, fêmeas. Enfim numa última muda (4.ª fase) — exclusivo das fêmeas — o órgão de portura desenvolve-se nas fêmeas fecundadas.

É nesta fase que acarus se torna verdadeiramente nocivo; êle deve pôr os ovos e para isso tem de cavar a galeria, que não cava senão na camada profunda da camada córnea da pele e nunca na camada mucosa onde os ovos ficariam inundados e portanto se perderiam.

A maneira como o sarcopta cava a galeria é a seguinte: eleva o abdomen por intermédio das suas patas posteriores, dando assim ao corpo uma inclinação de 45°, põe o rostró em contacto com superfície da pele, dilacera a epiderme, forma uma pequena cavidade superficial que aumenta por movimentos de lateralidade, penetrando depois por completo na galeria assim cavada.

Uma vez entrado na galeria não pode sair em consequência da direcção das sêdas das patas e das espículas do dorso, sendo obrigado a progredir constantemente.

À medida que avança, vai depositando os seus ovos no sulco que cava e no fundo do qual acaba por morrer.

Estas galerias ou sulcos são o caracter patognomónico da doença.

As galerias cavadas na epiderme traduzem-se pela

presença de sulcos que ordinariamente se encontram nos espaços inter-digitais, nas superfícies laterais dos dedos, nos punhos, no homem no penis e escroto e nos mamilos na mulher.

A galeria ordinariamente representa uma pequena linha descrevendo a forma dum *C* ou dum *S*, raras vezes é rectilínea, de dimensões variáveis podendo atingir de 3 milímetros a 3 centímetros, raramente mais; é um túnel indicando que alguma coisa por lá passou, e que se assemelha bastante à lesão que resulta dum traço irregular feito sôbre a epiderme com a ponta duma agulha de coser.

O túnel tem duas extremidades uma aberta e outra fechada onde há um ponto branco (eminência acarina de Bazin) lugar onde se encontra o acarus.

A galeria está geralmente nas vizinhanças duma pústula que muitas vezes o esconde; para se extraír daí o sarcopta é necessário introduzir no sulco e a alguma distância do ponto branco uma agulha e como precaução levá-la cautelosamente até a colocar sob o sarcopta que a ela se agarra, podendo nós então examiná-lo ao microscópio para o que se coloca então o animal sôbre uma lâmina de vidro numa gôta de alcool préviamente aí disposta, em seguida faz-se uma preparação em glicerina afim de se poder observar.

Os machos muito pouco numerosos não se encontram no sulco, são vagabundos, percorrem a superfície do corpo sem se fixarem em nenhum ponto e não cavam sulcos, não se encontram senão sob as crostas ou nos arranhões da epiderme onde êles se refugiam.

A scabiose

A scabiose é uma dermatose parasitária, e adentro das dermatoses parasitárias é uma dermatose parasitária de origem animal, é uma afecção eminentemente familiar, em consequência da sua contagiosidade, causada por um dermatozoário (*sarcoptes scabiei*) como já atrás ficou expresso.

É uma erupção essencialmente caracterizada por um prurido intenso, raras vezes nulo, o que faz distinguir a scabiose em scabiose não pruriginosa (sarna aquosa) e scabiose fortemente pruriginosa, esta própria dos nervosos e intoxicados.

O prurido tem de ordinário recrudescencias nocturnas ou então vesperaes e nocturnas.

A scabiose não escolhe idades ou sexos, aparece em qualquer idade ou sexo.

O contágio faz-se de ordinário pelas roupas, tanto da cama como de vestuário; ordinariamente só de noite, ocasião em que o parasita vagueia pela superfície da pele e como se faz quasi sempre entre individuos que partilham do mesmo leito, leva muitas vezes a considerar a scabiose como doença venérea.

Os meios de contágio podem ser além dos já indicados, o contacto com objectos tocados por scabiosos, um murro ou um simples aperto de mão, o que alguns auctores têm contestado.

O facto vulgar de ordinariamente o contágio se dar entre pessoas que partilham do mesmo leito é um excelente meio de diagnóstico em casos duvidosos.

A scabiose ordinariamente aparece depois duma incubação de 2 a 40 dias, 10 a 15 na média, pois os ovos costumam abrir-se entre 4 a 8 dias para darem saída às larvas.

A erupção cutânea, tem lesões específicas (sulco e eminência acarina de Bazin) que não deixam confundir a scabiose com outra dermatose; as lesões apresentadas além do sulco, sinal patognomónico, são lesões secundárias provenientes do arranhamento, mas além disso causadas pelos parasitas.

Escoriações numerosas, papulas excoriadas, placas de eczema, vezículas transparentes, vezicula-pústulas.

O sulco e a eminência acarina são pontos de reparo onde se alója o parasita para pôr os óvos, portanto lugares que é preciso abrir para o parasiticida actuar e evitar as recidivas.

Embora estas lesões se encontrem disseminadas, há lugares de eleição onde elas predominam: punhos (faces anterior e externa), espaços inter-digitais, partes anterior das axilas e inferior das nadegas, em volta dos mamilos na mulher, órgãos genitais no homem e nas crianças e mulheres podem encontrar-se também em volta dos tornozêlos e mesmo nas plantas dos pés nas crianças de tenra idade.

Êste conjunto de lesões polimorfos com sédes espe-

ciais dá aos scabiosos um aspecto tão particular e característico que logo de início nos fére a atenção e faz com que se faça um diagnóstico lógo à primeira vista, no entanto é sempre necessário procurar nos seus pontos de eleição as lesões específicas para confirmarmos o diagnóstico.

O sulco pode ser deformado, quer por estrias de arranhamento, quer por supuração. Praticamente não há lesões que possam confundir-se com o sulco do ácarus.

O sulco do ácarus é de ordinário ligeiramente sinuoso e além disso a presença dos tuneis dá à péle um aspecto semelhante àquele que a toupeira dá ao terreno cavando as suas galerias.

Variedades

A scabiose de que venho tratando é a forma conhecida por scabiose polimorfa vulgar.

Ao lado desta forma existem outras em que a scabiose apresenta caracteres duma outra doença e cujo diagnóstico por vezes se torna difícil, são as formas larvadas da scabiose, formas em que há necessidade serem bem conhecidas para que as não deixemos passar por as não procurarmos com persistência.

Para fazer o diagnóstico temos de nos apoiar no seu polimorfismo lesional, nos seus pontos de eleição, periodicidade do prurido, modo de contágio, etc. Casos há, em que um exame minucioso não chega a descobrir a lesão típica e que mais tarde são casos nítidos de scabiose.

Estas formas larvadas podem revestir aspectos muito variados. Assim, a scabiose pode ocultar-se por traz dum eczema que é generalizado, só mais acentuado nos pontos de eleição. Muitas vezes é um eczema localizado nos mamilos, cotovêlos, que nos pode ocultar uma scabiose, mas de ordinário todo o eczema do mamilo que nos não expli-

que um estado de gravidês ou de aleitamento deve fazer-nos pensar numa scabiose.

Por vezes são piodermites que ocultam a doença, fazendo as suas pustulas lembrar-nos éctinas, furunculose ou acné pustuloso, mas estas afecções quando são independentes da scabiose têm uma localisação um pouco mais diferente das piodermites da scabiose, contudo os impetigos scabiosos, assim como os éctinas de origem scabiosa podem generalisar-se à face e complicar-se de adenites que veem obscurecer o diagnóstico.

Muitas vezes, ou quasi sempre, uma scabiose infectada reveste a fórma bulhosa que simula dermites polimorfos dolorosas, herpetiformes, penfigos e isto de ordinário nas mulheres novas e crianças, cuja péle é fina.

O penfigos é uma dermite que por vezes nos lança em séria dificuldade para fazermos um diagnóstico certo de scabiose, em conseqüência de êle ser pruriginoso.

Todas estas fórmas e outras que também nos podem fazer confundir a scabiose com tuberculides em conseqüência das suas piodermites, assim como as fórmas ulceradas localisadas no prepucio e por vezes na glande assemelhando-se ao câncro levam-nos a êrros de diagnóstico que têm uma dupla gravidade:

1.º) por se confundir a scabiose com uma doença mais grave que freqüentemente inquiéta o doente;

2.º) porque não sendo reconhecida a escabiose, esta pode eternisar-se e logo o fácil contágio das pessoas que com o scabioso privem, quando um tratamento apropriado e feito a tempo a curaria em poucos dias.

Ao lado destas fórmas larvadas, algumas delas fatais, fatais não pela scabiose em si, como já alguém, há anos,

afirmou publicamente em Lisboa e afirmação esta que tem alguma responsabilidade, pois foi feita num centro científico, e por quem tinha responsabilidade no que dizia, mas sim pelas complicações que surgem devidas ao pouco cuidado e higiene que há com os doentes, pois sobre a scabiose vão enxertar-se infecções estafilocócicas que já têm arrasado scabiosos à morte, como há anos (1917) succedeu a uma criança que appareceu nos Serviços de Dermatologia do Professor Sr. Dr. Luís Viégas; há as scabioses animais e as falsas scabioses.

Tratemos destas últimas para depois nos referirmos às primeiras.

Entre as várias afecções a que estamos muitas vezes sujeito a confundir com a scabiose temos a scabiose dos merceeiros, a dos pedreiros e a dos cimentadores que são erupções de dermite artificial, pústulas e lesões de arranhamento ordinariamente localizadas às mãos.

O diagnóstico é ordinariamente fácil para o que basta procurar as lesões elementares e as suas localizações de perdilecção, o que por vezes nos embaraça o diagnóstico é os doentes concomitantemente com as lesões acima referidas, o eczema generalizar-se a outras partes do corpo o que simula a scabiose.

É vulgar confundir lesões que os trabalhadores manuais apresentam nas mãos, com os sulcos da scabiose, mas uma simples pelota húmida passada sobre a lesão é suficiente para fazer prova.

Entre as fórmias animais temos a scabiose norueguesa, que parece estar averiguado ser seu agente a variedade lupi do sarcopta scabiei.

É uma forma raríssima no nosso país, mas os porta-

dores dessa fôrma que é rebeldíssima em curar, se pode dizer, nascem e morrem com ela.

Esta fôrma dá lugar a crostas que atingem milímetros de espessura invadindo todo o corpo, atingindo mesmo a face.

As outras scabioses animais são raramente transmitidas ao homem, e de ordinário nunca se encontram sulcos.

A scabiose do gato estudada por Thibierge, traduz-se por uma erupção papulosa geralmente localizada na axila, cura-se expontâneamente. A scabiose do cão e cavalo também se tem transmitido ao homem.

Complicações

Entre as complicações da scabiose, algumas das quais já apontadas no capítulo *variedades* como sejam as piodermites que nos indivíduos das primeiras edades são enormes, aparecem eczematisações post-scabiosas e estas de ordinário em consequência do excesso de zêlo no emprêgo demorado da medicação.

Como complicações da sarna temos por vezes eosinofilia e mesma albuminúria.

A páginas 55 do 4.º ano dos Anais das doenças de pele de Casenave vem relatado um caso de alienação mental concomitante com a scabiose e que desapareceu com ela.

Um caso que podemos também tomar como complicação é a acarofóbia, facto êste algo vulgar, mas do qual não pude fazer nenhuma observação pelo que passo a transcrever um caso que o Snr. Dr. Luís Viégas, meu ilustre Presidente de tese, relata nas suas «Medicações dermatológicas».

«É porém necessário lembrar-lhes que tenho encontrado na minha clínica particular vários casos de prurido que ficam após o tratamento da sarna, em indivíduos ner-

vosos que tomados duma verdadeira acarofóbia, querem fazer mais tratamento e provocam intensas dermites medicamentosas. O caso mais interessante é o de uma senhora, minha antiga cliente, mas que após o casamento foi viver para Lisboa, sendo atacada ela e os filhos e uma criada, de dermatose, resolveu vir ao Pôrto, onde tem mãe e irmão, entregar-se ao meus cuidados.

Feito o diagnóstico de sarna, preconisei o tratamento, que ela applicou a todos os doentes, violentamente. A criada recusou-se ao quarto dia a continuar o tratamento, sob pena de abandonar o serviço e ir-se embora, e por isso mesmo curou-se por completo. Os filhos foram-me trazidos ao fim de oito dias com intensas dermites devidas ao excesso do tratamento e foi preciso sequestra-los ao furor terapêutico da Mãe para conseguir curá-los. Ela, porém continuou com um prurido intenso e iludindo a vigilancia da Mãe e irmãos, que scientes daquela fóbia queriam apenas aplicar-lhe a terapêutica calmante por mim instituida, mandava a occultas comprar pomada de Helmerich e friccionava-se violentamente eczematizando todo o corpo. Foi necessário isolá-la do convívio com o pessoal, para se conseguir que deixasse de fazer o tratamento para a sarna e mais dum mês depois de curadas as lezões produzidas pelo tratamento, ainda tinha prurido que attribuia à sarna e que só o uso de brometos e valerianatos e das duches quentes conseguiu calmar.

É este o caso de prurido post-sarnoso que tenho observado e que lhes narrei como um útil ensinamento de acarofóbia».

Terapêutica

A terapêutica da scabiose tem também a sua história, e isso era de prever, pois devia estar, como está, ligada à evolução que as teorias etio-patogénicas tiveram.

Assim, nós vemos que entre os antigos é variadíssima, baseando-se tôda ela, em tratar de expurgar o organismo dos humores que estavam prevertidos, pelo que recorriam à sangria e aos depurativos.

No entanto, em 1601, Mercuriales já indica o enxofre na fórmula e indicações seguintes:

R.^e

Nitri

Sulphuri vivi { a ã drachma 1

Olei rozaci — unc 1

Vitelos ovorum — número duos

Adipis gallinae — unc s

Misciantur omnia, est fiat linimentum

Sunt et pro tollenda scabiei, aquae thermales, et presertim aquae omnes sulphurae, quae mirifice purgata corpora solent statim a scabiei liberare.

Hoje o tratamento mais clássico é a *frotte* do Hospi-

tal de S. Luís, que consiste numa fricção enérgica e prolongada de sabão negro, com uma luva de crina, seguida dum banho sulfuroso de três quartos de hora e duma fricção em todo o corpo, à excepção da cabeça com a pomada de Helmerich.

Enxofre sublimado.	20 gramas
Carbonato de potassio.	8 »
Água distilada	8 »
Axougue	64 »

Conservar 24 horas. Alguns banhos damido nos dias seguintes. Desinfecção de todas as peças de roupas tanto de vestuário como de cama.

No serviço de dermatologia e sifilografia do Prof. Dr. Viéas o tratamento feito é o seguinte:

Nos indivíduos adultos, fortes e sem complicações piodérmicas ou eczematosas o tratamento é o que segue:

À noite ao deitar tomam um banho morno durante meia hora e no qual ensaboam todo o corpo, excepto a cabeça e o pescoço, com sabão de potassa ou com sabão rajado vulgar; durante êste ensaboamento manda-se que se friccionem energicamente as regiões lesadas.

Depois de lavados e enxutos aplicam a pomada.

Flor de enxofre.	20 gramas
Carbonato de potassio.	10 »
Balsamo de Peru	5 »
Banha fresca	120 »

sôbre o tronco e membros e que conservam durante a noite.

Na manhã seguinte vestem roupa lavada e toda a roupa de que se serviram durante a noite, tanto do vestuário como de cama, é escaldada antes de ser lavada.

Quando os doentes são de idade inferior a 5 anos

ou são mulheres em estado de gravidez, costuma-se usar pomada que é:

Naphtol B.	8 gramas
Ether	g. b.
Mentol	5 decigr.
Banha fresca	100 gramas

o restante tratamento é igual ao já precedentemente indicado.

Usa-se a medicação seguinte quando o doente é recém-nascido ou com poucos meses de idade.

R.^e

Estoraque líquido	{ a ã . 50 gramas
Oleo de amendoas doces	
Balsamo de Peru	4 »

Tendo sempre o mesmo cuidado com as roupas e dando o respectivo banho.

A todos os indivíduos que dormem com os doentes, embora não acusem prurido aconselha-se sempre a que façam o mesmo tratamento.

Como se vê o que está indicado como medicamento anti-scabioso é o enxofre e basta o facto que vou relatar, por quasi toda a gente conhecido, para o provar.

Na nossa provincia de Traz-os-Montes, onde quasi podia dizer-se a sarna era endémica, um flagelo da nossa vinha fez com que ela desaparecesse.

Com o aparecimento do oidium na nossa vinha, todos os trabalhadores começaram a usar o enxofre para o combater, pois o simples manuseamento do enxofre foi sufficiente para fazer com que eles se curassem da sarna, e como sistematicamente se usa desde essa data o enxofre, elle lá está a fazer o papel de medida profilática e assim a sarna quasi que desapareceu nessa provincia.

Como tratamento da sarna não posso deixar passar também sem relatar o tratamento feito na nossa colônia de Timor onde os casos se contam às centenas durante todo o ano.

O medicamento usado é a pomada de Helmerich, mas o banho não é de sabão e água, mas sim dado na praia onde os doentes são esfregados com a própria areia, chegando mesmo a fazer com que o sangue corra pelo corpo. De ordinário um único banho e uma simples aplicação da pomada são o suficiente.

Há também uma medicação prática e ao alcance de todos, que vem a ser o petroleo, usado da maneira que se segue:

À noite os doentes untam-se com esse líquido, assim como a roupa que vestem; têm de ficar com luvas, meias, camisa e calças embebidas de petroleo para que o contacto do medicamento seja constante. De manhã lavam o corpo e repetem por três noites a aplicação.

Este tratamento nunca se prescreve nos Serviços de Dermatologia com medo do incêndio das roupas.

Actualmente o laboratório Bayer de Leverkusen (Alemanha) lançou no mercado uma especialidade anti-scabiosa que intitulou a *Mitigal* que tem dado resultados satisfatórios no tratamento da scabiose.

Convalescença

Cuidados

Depois dum tratamento activo, e as lesões desaparecidas, é necessário esperar um pouco para nos assegurarmos da cura, é sempre prudente esperar um mês.

Muitas vezes subsistem as lesões associadas, outras vezes a *frotte* provoca eczematisações, como já atrás se disse, para estas complicações emprega-se então a medicação calmante, tratamento apropriado a isso.

Muitas vezes o doente sugestionável e nervoso continúa a coçar-se.

Aparece então uma questão importante. O prurido é uma recidiva da scabiose ou trata-se simplesmente duma acarofobia? Aqui um êrro de diagnóstico é perigoso, se se trata dum prurido não scabioso, exaspera-se coçando-o, se é uma recidiva que se oculta atrás dum prurido pseudo-nervoso, a scabiose eternisa-se e o indivíduo passa a sêr um meio de transmissão da scabiose e portanto um perigo para as pessoas que com êle privem.

Os casos de acarofobia aparecem também por vezes o que para o definir e explicar nos basta o exemplo atrás apontado no capítulo «Complicações».

Conclusões

Nêste trabalho não aparece nenhuma observação clínica, o que eu tento suprir, fazendo um apanhado das observações recolhidas nos serviços de Dermatologia e Sifilografia, e, resumindo-as apresentar um caso de scabiose complicada, que pode servir como uma observação tipo dum caso dêsses.

Observação

O doente de ordinário quando se apresenta à consulta queixa-se dum forte prurido, que já lhe dura há bastantes dias, prurido êste com exacerbações nocturnas que por vezes o impedem de dormir.

Examinando-o encontramos as lesões seguintes:

Nas faces antero internas dos pulsos, conjuntamente com lesões de arranhamento vêem-se pustulas, algumas papulo-pustulas e umas vesículas peroladas seguidas dum traço sinuoso cavado sob a epiderme; nos espaços interdigitais os mesmos sulcos e vesículas peroladas.

Nas superfícies de flexão do cotovelo e cavado axi-

lar uma lichenificação bastante nítida assim como os mesmos traços e vesículas peroladas.

No terço superior das faces antero internas das coxas, algumas crostas d'echtina, assim como alguns sulcos e vesículas peroladas.

Na parte inferior das nádegas apresenta as mesmas lesões referidas nas coxas. É com esta sintomatologia que de ordinário os doentes se apresentam à consulta; do prurido muitas vezes não se queixam, pois o que mais os impressiona e fez com que êles viessem à consulta foram as lesões da péle.

Dos mesmos registos concluo :

- 1.º — Que a scabiose não escolhe meio social, idade ou sexo.
- 2.º — Os casos, no entanto, são mais numerosos entre os 16 e os 40 anos.
- 3.º — Que no período decorrido desde 1918 a 1920 houve maior número de casos.
- 4.º — Os casos de scabiose complicada são: eczematizações post-scabiosas, piodermites concomitantes ou secundárias à scabiose (o mais freqüente) e associações de sífilis e scabiose.

A primeira e segunda conclusões parecem, e na realidade são, paradoxais, na primeira digo: a scabiose não escolhe idade, e na segunda é mais freqüente entre os 16 e 40 anos.

Como justificar isto? Dizer: «é mais freqüente entre os 16 e 40 anos» não exclue o ela apareça noutras idades, como realmente aparece.

Como explicar êsse facto? É provável que talvez por ser esta a idade de maior actividade sexual e por con-

seguinte aquella em que mais facilmente se pode ser contagiado.

A que attribuir a recrudescência, senão epidemia, dos anos de 1918 a 1920?

Houve nessa época um factor, a meu vêr, de grande importância—o regresso dos nossos soldados do front.

Como se sabe, no front os cuidados de hygiene não podiam ser rigorosamente cumpridos, a promiscuidade em que lá se vivia era um bom meio para que a scabiose se espalhasse e daí os soldados portadores dela, no seu regresso aos lares, serem os seus disseminadores.

Dos mesmos registos vê-se que a percentagem de scabiosos que apparecem à consulta é muito elevada, assim como as formas complicadas são menos numerosas do que as simples, aproximadamente 15 a 20 0/0.

Finalmente concluo que a scabiose é doença que convem ter sempre em atenção, porque sendo ordinariamente curável, sem conseqüências, pouca importância se lhe dá, mas por vezes succedem-se-lhe complicações que são graves e nela tem origem.

VISTO.

Luis Viégas

PRESIDENTE

PODE IMPRIMIR-SE.

Alfredo Magalhães

DIRECTOR

Bibliografia

- MERCURIALIS (1601) — De Morbis cutaneis Liber Secundus, De vitiiis totius corporis cutis generatim.
- BAYER (1835) — Traité theorique et pratique des maladies de la peau.
- F. HEBRA (1874) — Traité des maladies de la peau (trad. Doyon).
- DEVERGIE (1863) — Traité pratique des maladies de la peau.
- A. DESCHAMBRE (1887) — Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales.
- BROCO (1908) — Traité de dermatologie.
- BROCO (1924) — Cliniques dermatologiques.
- ANALES DE DERMATOLOGIE — Anos de 1900 a 1916.
- JOURNAL DES PRACTICIENS — Anos 1917 e 1918.
- PRESSE MEDICAL — Anos 1908 a 1925.
- MEDICINA CONTEMPORANEA — Anos 1888 a 1922.
- CASENAVE — Anales de maladies de la peau.
- BULLETIN MEDICALE — 1910.
- MEGNIN — Les acariens parasitaires.
- CARLET (1897) — Zoologie.
- ED. PERRIER (1918) — Zoologie.
- GOUGEROT (1922) — La dermatologie en clientele.
- DARIER (1918) — Precis de dermatologie.
- LUÍS VIÉGAS (1920) — Medicacões dermatológicas.
- LACAPÈRE ET MONTLAU (1925) — Dermatologie.
- H. HALLOPNAU ET LEREDDE (1900) — Traité pratique de Dermatologie.
- BAUDOT (1869) — Traité des affections de la peau.
- MORITZ KAPOSI (1791) — Trad. Ernest Besnier et A. Doyon.
- SERGENT, DUMAS ET BABONNEIX (1923) — Traité de pathologie Medicales et de Therapeutique appliquée.