

RIBEIRO DE MAGALHÃES

N

Da sífilis na etiologia do raquitismo

*Tese de Doutoramento
apresentada à Faculdade de Medicina do Pôrto*

183/4 FMP

PÔRTO

Tip. a vapor da «Enciclopedia Portuguesa»

47, Rua Candido dos Reis, 49

1920

Da sífilis na etiologia do raquitismo

JOSÉ RIBEIRO D'ANDRADE MAGALHÃES

Da sífilis na etiologia do raquitismo

*Tese de Doutoramento
apresentada à Faculdade de Medicina do Porto*

183/4 FMP

PÔRTO

Tip. a vapor da «Enciclopedia Portuguesa»

47, Rua Candido dos Reis, 49

1920

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Dr. António de Almeida Garrett
Farmacologia	Dr. José de Oliveira Lima
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patológica	Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Medicina operatória e pequena cirurgia	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica	Vaga (¹)
História da medicina e Deontologia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifiligrafia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Vaga (²)

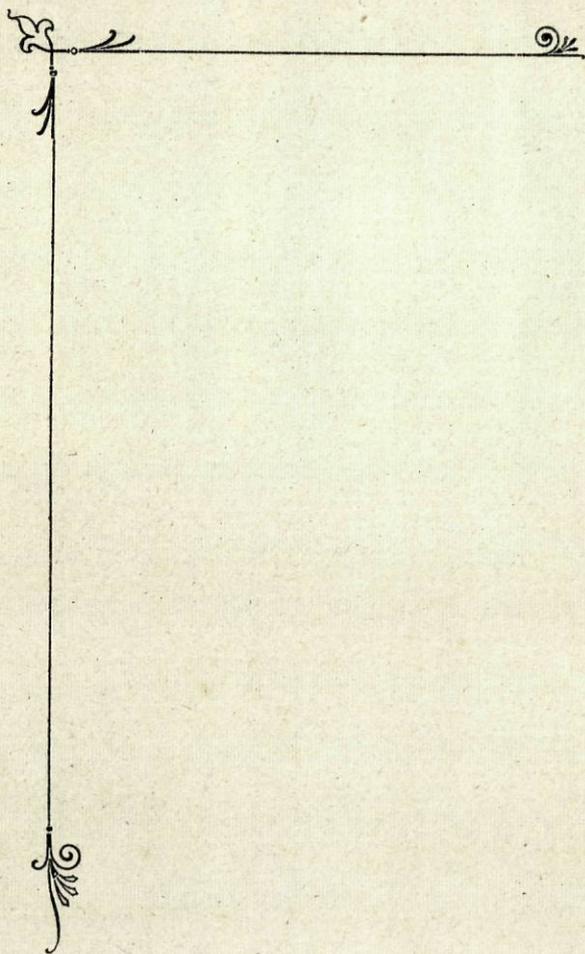
Lentes jubilados

José de Andrade Gramaxo }
Pedro Augusto Dias } Lentes catedráticos

(¹) Cadeira regida pelo Prof. livre — Dr. Manuel António de Moraes Frias.

(²) Cadeira regida pelo Prof. ordinário — Dr. António de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920).



PRÓLOGO

Demais o saber ler e escrever são meios e não fins; os fins são a pratica de escrever e a pratica de ler.

Antonio Feliciano de Castilho.

No fim do meu curso vi-me embaraçado, como quasi todos, na escolha do assunto que devia constituir o objecto da minha Tése de Doutoramento.

Antes de escolher este, vacilei durante algum tempo, não por me faltar força de vontade para o tratar, mas sim, pelo receio de nada de util poder apresentar, dada a sua importancia, e pela maneira como tem sido tratado por tantos autores célebres.

Terminando este trabalho, cheguei á conclusão de que nesse receio havia um fundo de verdade, mas tambem, é certo que não é escritor quem quer, e se a minha competencia falhou, alguma desculpa encontro.

Primeiramente, para tratar um assunto de tal magnitude seria preciso fazer numerosas observações, para o que era necessario tempo e facilidade em podê-las organizar.

Em segundo lugar, o alto preço a que chegou a impressão, me levou a resumir, o que resumido nunca póde ficar bem feito.

Apresento este trabalho fiado na benevolencia do Ex.^{mo} Júri e esperançado de que me seja levada em conta, esta confissão feita com a lealdade que sempre me caracterizou e não por modéstia que seria aqui descabida.

Ao meu illustre professor Ex.^{mo} Snr. Dr. Tiágo de Almeida, aqui deixo reiterados os meus mais respeitosos agradecimentos, pela honra imerecida que se dignou conceder-me presidindo a esta dissertação, o que jamais olvidarei.

Julho de 1920.

Poucas sciencias nos dão tantos ensinamentos
como a História.

Pelo meado do seculo XVII, em 1630, appareceu na Inglaterra, pela primeira vez, mencionada nas tabelas mortuárias, uma doença de que os mais velhos habitantes não se recordavam nunca ter visto.

O povo chamava-lhe, na Inglaterra, rickets, palavra talvez derivada de rickets, pelo qual se designava, nessa época, na lingua normanda, os individuos mal conformados ou corcundas.

Os francezes apelidavam-na de chartres (carcer castrum) devido á dificuldade dos movimentos que apresentavam os atacados, ou tambem usavam a palavra noures por causa das tumefações das epífises que apresentavam os doentes.

Decorridos quinze anos, reuniram-se oitos médicos do Colégio de Londres e, depois de fazerem umas observações em conjunto, foram encarregados tres deles, Glisson, Bate e Regemorter de coligirem os documentos recolhidos. Finalmente, para dar mais unidade á obra, foi escolhido Glisson, para a escrever, o que êle fez intitulado-a "De rachitide, tractatus opera primo ac potissimum Glissonii conscriptus, adscitis in operis Societatem Bate et Regemorter Londini, 1650."

O nome que Glisson deu a esta doença ficou consagrado a-pesar de, depois dêle, vários autores adotaram outros nomes e de não estar muito adequado por fazer recordar as lesões do raquís que não são as mais vulgares nesta afeção. Esta obra contem uma excelente descrição sintomática, tendo-se o autor esforçado por determinar as condições etiológicas, sendo sua opinião que o inicio da doença foi em 1630. Para Marfan como para outros autores anteriores, o raquitismo parece ter existido na antiguidade mas tornando-se mais frequente no século XVII foi, naturalmente essa a razão porque passou desapercibido até essa época; em todo o caso, não há elementos de valor que nos levem a afirmar a data do seu aparecimento.

Até 1700, várias publicações apparecem que não são mais do que o reflexo da obra de Glisson. Daí em diante, as publicações são inúmeras, é o principio da Anatomia Patológica.

J. L. Petit, em 1741, atribue o desenvolvimento do raquitismo ao desmame prematuro, opinião sustentada por Levret (1746) e Benevoli (1747); Duvernay em 1751 traça uma boa descrição das lesões visíveis a olho nú.

Buchner, em 1754, distingue duas fórmulas de raquitismo: a primeira (rachitis perfecta) caracteriza-se pela intensidade das deformações e impossibilidade da marcha; a segunda (rachitis imperfecta) é caracterizada pelos entumescimentos (noures das epífises).

Portal (1798) descreve sete espécies de raquitismo: sifilítico, escrofuloso, escorbútico, artrítico, por obstrução intestinal, e em seguida aos exantemas.

Rufz de Lavison (1834) constata pela primeira vez, nos ossos raquíticos uma matéria avermelhada, elástica e reticulada a que J. Guerin (1837, 1839), em trabalhos célebres, vai chamar tecido esponjoide. No ponto de vista clínico, as descrições de Trousseau e Lasègue, em 1849, merecem ficar clássicas. Broca, em 1852, faz um estudo macroscópico e microscópico das lesões raquíticas. Foi o primeiro que estabeleceu a comparação entre os ossos normais e ossos raquíticos.

Nestes ultimos anos o que tem atraído a atenção é a questão da etiologia.

Em 1880, Parrot afirma que o raquitismo é uma doença de origem sifilítica. Pouco tempo depois Bouchard fazia reentrar o raquitismo no grupo das doenças por retardamento da nutrição. Temos também as tentativas de Heitzmann feitas com acido lactico, as de Wegner e de Kassowitz com o fósforo, mas o maior numero de trabalhos que se tem publicado são os que olham o raquitismo como consequencia duma alimentação defeituosa e das perturbações digestivas que daí resultam; dentre os principais citarei os de L. Spillmann, Charrin e L. Play.

Por ultimo temos os trabalhos de K. Basch que tenta explicar o raquitismo por perturbações da secreção do timus; de Soltzner e Salge sobre perturbações das capsulas supra-renais; de Hestoghe sobre perturbações do corpo tiroide.

Le rachitisme doit reconnaître et reconnaître en toute circonstance une cause unique, spécifique, et cette cause est la syphilis héréditaire.

Parrot.

Vários autores, antes de Parrot, tinham já tentado estabelecer um laço entre o raquitismo e a sífilis hereditária. Dentre êles, citarei Boerhave, Van Swieten, Portal, Astruc.

Astruc escrevia: se vivem, as crianças filhas de sífilíticos são escrofulosas, pequenas, raquiticas, mal conformadas; têm as articulações tumefactas, cabeças volumosas, narizes achatados, pernas retorcidas, viradas para fóra ou para dentro; são estropiadas, etc.

Mas, êstes observadores não afirmaram que a sífilis hereditária seja a única causa do raquitismo; unicamente lhes parecia que tinha influência sôbre a gênese das deformações ósseas.

Porêem, êste assunto não foi nem tão scientificamente tratado, nem tão formalmente resolvido como por Parrot.

Foi sôbre milhares de observações e centenas de autópsias que se basearam os seus trabalhos.

No *Congresso Internacional de Ciências Médicas* que se realizou em Londres, em 1881, êste autor afirmou a sua opinião á qual os seus trabalhos anteriores, sôbre a sífilis, davam um grande pêso. Para êle, o raquitismo reconhecia como causá única a sífilis hereditária e constitue a alteração mais avançada entre as que atacam o sistema ósseo.

Esta opinião absoluta, exclusiva, formulada como um dógma, collocava a descrição do raquitismo na série dos capítulos consagrados á descrição da avariose.

A conclusão de Parrot baseava-se sôbre duas ordens de argumentos: os primeiros eram tirados da Anatomia Patológica, os segundos da Clínica.

Observa-se, diz Parrot, no feto, no recém-nascido e no amamentado uma doença que evoluciona em três fases.

A primeira vai dos últimos tempos da vida fetal ao fim do primeiro mês da vida extra-uterina; é caracterizada pelo espessamento da zona condro-calcárea da cartilagem de conjugação e pela produção duma camada óssea de nova formação que se desenvolve sob o periósseo, de preferência nas extremidades das diáfises dos ossos longos; êste

tecido que Parrot designa pelo nome de osteofitos é mais poroso que o tecido compacto e é formado de agulhas e canais perpendiculares ao eixo ou á superfície do ósso. Êste primeiro período é o da camada condro-calcárea e dos osteofitos duros.

No segundo período que vai dos dois mēses ao fim do primeiro ano, estas lesões transformam-se.

No tecido esponjoide das extremidades diafisárias, na vizinhança da camada condro-calcárea espessa, vê-se aparecer uma substância mole, gelatinosa, rósea ou amarelada que se substitue progressivamente á medula e ás lâminas ósseas do tecido esponjoide, mais tarde ao tecido compacto e á camada condro-calcárea; pode invadir a própria cartilagem epifisária. Esta matéria gelatiniforme pode sofrer a degenerescência puriforme. E' êste amolecimento que determina, por vezes, o descolamento da epífise, o qual se manifesta por inércia pseudo-paralítica dos membros "*pseudo-paralísia dos recém-nascidos sífilíticos de Parrot*.,.

Ao mesmo tempo os osteofitos são menos duros, são formados de lamelas mais distintas e as suas aréolas são cheias de medula mais vermelha, mais vascular. Êste segundo período é o da alteração gelatiniforme e dos osteofitos semi-duros.

Para o fim do primeiro ano, começa o terceiro período que vai até aos dois ou três anos.

No logar da camada condro-calcárea, espessa e mais ou menos degenerada, mostra tecido esponjoide semelhante ao do raquitismo. Os osteofitos tornam-se moles; é o período do tecido esponjoide e dos osteofitos moles.

Neste período é impossível distinguir esta doença dos ossos do raquitismo.

Ora as duas primeiras fases desta afecção ligam-se, diz Parrot, á heredo-sífilis; quási todos os médicos estão de acôrdo.

Logo o raquitismo não é senão o último termo duma série de alterações, indo ao nascimento ou mesmo á vida intra-uterina, e que tem a sífilis por origem.

O segundo argumento de Parrot é tirado da freqüência dos estigmas da heredo-sífilis nos raquíticos.

Para se reconhecer a avariose congenital, pode-se, durante os primeiros mēses, pesquisar sôbre o sujeito, as alterações reconhecidas por todos como especificas (sífilides cutâneas e mucosas, etc.); mas, depois dos primeiros mēses, estas alterações desaparecem e o diagnóstico não pode mais ser fundado sôbre a sua constatação.

Felizmente, diz Parrot, a sífilis hereditária determina toda uma série de lesões duráveis, de estigmas permanentes, graças aos quais se pode reconhecer fácilmente: são a glossite descamativa, as cicatrizes nadegueiras e labiais, as atrofias dentárias, o crâneo natiforme.

Ora, êstes estigmas, segundo Parrot, encontravam-se na proporção verdadeiramente assombrosa de 90 %.

Le rachitisme se rencontre avec une fréquence considérable sur les sujets affectés de syphilis héréditaire.

A. Fournier.

O valor de Parrot e a precisão científica dos seus argumentos deram origem a numerosos trabalhos, sendo a maioria a contradizer a sua opinião. Mencionarei alguns desses trabalhos e os argumentos de que se servem para refutar essa teoria.

Diz Broca: Parrot sustentou primeiro que as lesões ósseas eram idênticas nos dois casos e que dos osteofitos, na sífilis hereditária, ia-se ao tecido esponjoso característico do raquitismo. Esta assimilação é hoje reconhecida inexacta.

Quanto aos estigmas a glossite descamativa não tem nada com a sífilis, nas lesões cutâneas invocadas por Parrot houve confusões evidentes com as erupções banais dos amamentados dispépticos; enfim as erosões dentárias não devem ser todas atribuídas á sífilis.

Alem disso estudos cuidados teem demonstrado: 1.º, que não há relação na distribuição geográfica do raquitismo e sífilis; particularmente nas Antilhas, China e Japão a sífilis é endémica ao passo que o raquitismo é quasi desconhecido; 2.º, que inumeros sifilíticos teem filhos que não são raquíticos; 3.º, que se tem visto, muitas vezes, os pais de raquíticos e os próprios raquíticos sifilisarem-se; 4.º, que o tratamento anti-sifilítico é de acção nula nos raquíticos; 5.º, que o raquitismo póde ser provocado facilmente por uma alimentação viciosa nos animais domésticos, ou em cativeiro; 6.º, que se póde ver lesões raquíticas ou sifilíticas coexistir, cada uma com os seus caracteres próprios entre a mesma criança.

“Fournier, — Parrot disse “O raquitismo é uma lesão de essência sifilítica.”

Foi nisso precisamente que êle se excedeu; foi fazendo do raquitismo uma lesão de origem e mesmo de essência exclusivamente sifilítica que errou as conclusões a tirar das suas belas pesquisas.

Em logar de ficar no facto que êle tinha tão bem e tão formalmente estabelecido, deixou-se arrastar a uma generalisação imprudente e englobou na sífilis, indistintamente todos os casos de raquitismo.

No estado actual da sciência parece-me mais racional considerar o raquitismo que se produz nas crianças sifilíticas como uma consequência indirecta da sífilis. É essa pelo menos a convicção á qual me tem conduzido as minhas pesquisas pessoais e que vos devo expôr atualmente.

Eu imagino que a sífilis produz o raquitismo do mesmo modo que produz a debilidade nativa, o empobrecimento da constituição, o linfatisimo, o lupus, as distrofias, as malformações dentárias, as paragens de desenvolvimento, o infantilismo, etc., todas consequências banais duma causa específica, exercendo sôbre a economia uma influência comum e vulgar de depressão, de desnutrição, de consumpção, de degenerescência.

E esta fôrma de encarar as coisas permite-me compreender egualmente bem os dois factos de observação, a saber: 1.º, que a sífilis possa produzir o raquitismo; 2.º, que não seja a única a produzi-lo.

Finalmente para mim a sífilis seria um afluente consideravel, principal mesmo se o quizerdes do raquitismo; mas não seria senão um dos afluentes; e este raquitismo ella lhe determinaria a gênese, não tanto como afecção específica, mas como doença geral, como doença empobrecedora a economia, perturbando a nutrição e constituindo uma discrasia, uma predisposição aos processos mórbidos que derivam duma vitalidade insufficiente.

Concluamos pois esta discussão, formulando com as reservas que impõe um problema tão delicado as tres proposições seguintes:

1.º O raquitismo encontra-se nos sujeitos heredo-sifilíticos com uma frequência que não permite contestar entre a sífilis e elle uma relação da causa com o efeito.

2.º Esta relação encontra-se hoje diversamente apreciada pela sciência, e uma doutrina, sustentada por um médico eminente, considera o raquitismo como uma emanação directa da sífilis, como uma lesão exclusivamente sifilítica de origem e natureza.

3.º Mas parece mais admissível, no estado actual dos nossos conhecimentos, considerar o raquitismo como o resultado indirecto da sífilis. Nesta maneira de vêr as coisas, o raquitismo não seria uma manifestação sifilítica, mas uma consequência banal da influência discrásica exercida pela sífilis sôbre o conjunto do organismo e em particular sôbre o sistema ósseo.

“Marfan, — Sôbre a sua forma exclusiva a doutrina de Parrot não nos parece exacta. Retomemos os dois argumentos nos quais elle a fundava.

Dos estudos anatómicos aos quais ella deu lugar, resulta, que as únicas lesões que a heredo-sífilis precoce provoca seguramente, consistem no espessamento escleroso da camada condro-calcárea dos ossos longos ou, mais raramente, da zona que cerca o núcleo de ossificação dos ossos chatos; êste espessamento pôde acompanhar-se duma proliferação óssea sub-perióssea (osteofitos duros, exostoses); pode ir quer á

eburinação dos ossos, quer ao seu amolecimento gelatiniforme que é um amolecimento gomoso; esta última alteração poderá tornar-se a origem de descolamentos epifisários ou, muito mais raramente, de perdas de substância dos ossos chatos. Mas o tecido esponjoso e os osteofitos moles não são lesões sífilíticas são lesões raquíticas.

A evolução das alterações ósseas em três períodos, de que o último era representado pelo raquitismo, constituiria o verdadeiro fundamento da doutrina de Parrot.

Ora o próprio Parrot, reconhece que esta evolução não é a regra.

Parrot diz: "Sob influências que seriam actualmente difficil determinar, o mal principia não necessariamente pela primeira forma, mas por uma qualquer. Pára nessa forma ou percorre as outras,,.

Esta reserva do próprio Parrot permite-nos compreender que os casos que lhe serviram para edificar a sua concepção são aqueles em que a sífilis e o raquitismo são associados no mesmo sujeito e tem lesado os mesmos ossos; esta coincidência não era, sem dúvida, muito rara no Hospital de crianças em que elle fez as suas observações.

Quanto aos estigmas o seu valor é muito contestável.

A glossite esfoliadora é independente da avariose; as cicatrizes nadegueiras e labiais podem ter outras causas além da sífilis; as erosões dentárias podem observar-se para fóra da avariose hereditária á excepção do que caracteriza o dente de Hutchinson o qual parece sempre devido á sífilis congénita. Finalmente se o crâneo natiforme é mais frequente nos raquíticos que são ao mesmo tempo sífilíticos, as lesões que o determinam não tem nada de específico: são as do raquitismo.

Mas isto quer dizer que a sífilis não tenha nenhum papel na etiologia do raquitismo? Primeiramente, não* se contesta que o raquitismo seja frequente nos heredo-sífilíticos. Mas há mais. Temos visto crianças nascidas de pais sífilíticos e que elas próprias apresentaram por vezes alterações específicas; foram amamentadas pela mãe, tiveram perturbações digestivas insignificantes como tem todas as crianças, e entretanto apresentaram cedo, sinais bem nítidos de raquitismo, principalmente lesões craneanas muito pronunciadas. Nestes casos um inquérito tão aprofundado quanto possível, não permitia investigar nenhuma outra causa que explicasse o raquitismo.

Nós fomos assim conduzidos a reconhecer que a sífilis hereditária pode ser a causa eficiente do raquitismo. Discordamos pois de Parrot, nisto: admitimos que a sífilis não é a única causa do raquitismo e que elle pode-se desenvolver para fóra dela.

Mas é aqui o logar de notar que o raquitismo sífilítico apresenta alguns caracteres especiais que permitirão muitas vezes suspeitar da sua origem.

São em número de quatro:

1.º O raquitismo sífilítico distingue-se pela precocidade do seu

aparecimento; é congénital ou principia nos três ou quatro primeiros meses da vida.

2.º O raquitismo sífilítico é notável pela predominância das lesões craneanas, que revestem primeiro a forma do crâneo-tabes, mais tarde a do crâneo natiforme.

3.º O raquitismo sífilítico coincide em geral com uma anemia bastante acentuada, sem dúvida porque é precoce e porque sobrevem num período em que a hematopoiése é muito frágil.

4.º Acompanha-se muitas vezes duma hipertrofia crónica do baço.

Pode-se opor êstes caracteres aos do raquitismo de origem alimentar ou dispeptica; êste não aparece senão depois do sexto mês, não é acentuado senão no segundo ano, fêre mais os membros que o crâneo, acompanha-se de perturbações digestivas e de grand' ventre; a anemia é menos pronunciada e a hipertrofia do baço muitíssimo menos freqüente que no raquitismo sífilítico.

Le rachitisme est plus fréquente chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel que chez les enfants élevés au sein.

Marfan.

Pelas observações que fiz, pelos argumentos que li e com que os diferentes autores defendem a sua opinião na etiologia do raquitismo, coloco-me ao lado dos adeptos da teoria alimentar.

A sífilis, na minha maneira de vêr, e que nenhum valor tem, é uma causa adjuvante como muitas outras e que prepara o terreno para melhor ser invadido pela auto-intoxicação alimentar.

Os casos que Marfan apresenta de heredo-sifilíticos que contrahiram o raquitismo, tendo leves perturbações digestivas, poderiam ser explicados pelo motivo dessas crianças já terem o organismo depauperado e portanto talvez em condições de contrahirem o raquitismo com essa leve auto-intoxicação o que não sucederia com crianças sem essa tara e nas mesmas condições.

Ainda assim julgo a sífilis a causa predisponente que mais vezes se encontra no raquitismo, mas não me parece que ela só possa dar origem a esta afecção. Experiências teem sido feitas em animais em que não foi possível inocular a sífilis e que modificando-lhe a alimentação, tornaram-se raquíticos.

Alem disso é freqüente vêr o raquitismo nos animais domésticos novos, em que por qualquer motivo lhe foi mudada a alimentação. Por acaso observei um porco, que devido á mãe não o poder aleitar, foi alimentado a leite de vaca nos primeiros dias, e depois alimentação própria para os adultos; pois mostrou caracteres nítidos de raquitismo, e factos analogos são citados por varios autores.

Nas estatísticas que se teem feito sôbre raquíticos, a maioria dos casos apresentados tiveram perturbações digestivas nas primeiras idades.

Dentre esses trabalhos, citarei um dum autor portuguez o Dr. Teixeira Ribas, que em 296 casos observados na consulta de crianças do Hospital da Misericórdia, encontrou só tres que não acusaram perturbações digestivas.

Nas minhas observações encontro 4 casos em que também nada pude investigar, em parte devido à familia não me poder informar com precisão.

Em todo o caso, sabendo como a maioria dos pais alimentam os filhos, dando-lhe de comer nas primeiras idades, alguns, vinho e de tudo que comem com receio que a criança *ougue*, não será ousado afirmar que mesmo essas crianças em que se não póde apurar perturbações do aparelho digestivo, não foram alimentadas convenientemente.

Uma das causas que tambem favorece bastante o raquitismo é a falta de higiene em que vive a maioria da população não só por ignorancia das suas mais elementares regras mas tambem por desleixo dos podêres publicos.

Quanto á percentagem dos heredo-sifilíticos, encontrados nos raquíticos e que Parrot avaliava em 90 %, esse número é muito menor, se aceitarmos como heredo-sifilíticos, só aqueles cujos antecedentes são bem conhecidos, que tiveram lesões manifestamente especificas, ou estigmas incontestaveis e que são para a maior parte dos autores (dente de Hutchinson, Keratite parenquimatose, surdez acompanhada dos sinais anteriores e tibia sifilítica).

Nas observações feitas por mim, sobre este assunto, só nos antecedentes pude investigar alguma coisa, o que não é de admirar, porque as crianças que examinei tinham já idade superior a 4 anos e não apresentavam estigmas especificos.

Apesar disso, notei que as que julgo pelos antecedentes, serem heredo-sifilíticas, tinham em geral, lesões cranianas mais acentuadas do que as outras, o que está de acordo com o que diz Marfan.

Tendo eu encontrado 5 casos em 24 observados, tenho uma percentagem de 20 %, o que está dentro dos números encontrados por diversos autores e que variam de 15 a 40 %.

OBSERVAÇÕES

1.^a António M. R. — R. da Quinta — 4 anos. — Alimentação defeituosa, grande ventre flácido, inserção anormal dos dentes. Pais saudáveis.

2.^a João L. R. — R. dos Prazeres — 4 anos. — Apartado aos 6 meses e depois alimentação mixta. Nasceram-lhe os primeiros dentes depois de 1 ano, principiou a andar aos 18 meses. Dentes inferiores inclinados para dentro. Peito estreito, ventre abaulado, diarrêa, fronte olímpica. O pai sofre de bronquite. A mãe teve oito filhos e numerosos abortos, sendo em alguns necessária a intervenção cirúrgica. Tem freqüentes dores de cabeça.

3.^a Américo S. M. — R. Bela — 3 anos e meio. — Os dentes apareceram-lhe tarde, sendo consultado o médico por êsse motivo. Dispepsia gastro-intestinal crónica. Diz a mãe que esta criança nasceu com itericia e cólicas do fígado. Principiou a andar tarde. Amamentado até aos 2 anos por ser muito fraco; joelho direito valgus, tibia de concavidade antero-interna muito pronunciada, baço e fígado hipertrofiados. A mãe sofre da garganta desde criança e tem também com freqüência dores de cabeça. Pai, diz ser saudável.

4.^a Eugénio B. F. — Carvalheiras de Cima — 5 anos. — Amamentado durante o primeiro ano e depois alimentação completa. Dentes com erosões e gânglios sub-maxilares. Diarrêa, grande ventre. Foi muito fraco. O pai é escrofuloso.

5.^a Helena R. P. — R. do Bomjardim — 5 anos e meio. — Fronte olímpica, inserção defeituosa dos dentes, grande ventre, alimentação mixta. Principiou a andar tarde. Pais saudáveis.

6.^a Margarida R. P. — Travessa das Musas — 4 anos. — Amamentada até um ano mas sendo-lhe também dado de comer. Primeiros dentes aos 6 meses, principiou a andar aos 9 meses. Ventre abaulado, diarrêa freqüente que tem ainda. Sofre dos olhos. Cicatrizes nos membros inferiores, de feridas. Escrofulosa. A mãe também é escrofulosa e sofreu em criança dos olhos. Tem cefalalgias freqüentes, mais de manhã. O pai morreu duma doença do coração.

7.^a Fernando S. S. — R. da Fábrica Social — 6 anos. — Amamentado até aos 8 meses, começou a andar a um ano. Dentes cariados e os

incisivos inferiores metidos para dentro. Fronte olímpica, nariz achatado. Tíbia esquerda de curva anterior muito acentuada. É escrofuloso. A mãe teve três abortos antes de nascer este pequeno que é o mais velho.

8.^a Artur A. T. S.—Largo da Fontinha—5 anos.—Amamentado no primeiro ano, mas com alimentação defeituosa. Ventre abaúlado, dentes com erosões, cabeça volumosa e com a fronte alta.

9.^a Maria J.—Travessa das Musas—6 anos.—Alimentação mixta, depois dos 6 meses. Primeira dentição retardada, diarrêa, ventre volumoso, escrofulosa. Mãe também escrofulosa.

10.^a Delfina E.—R. do Encontro—4 anos.—Alimentação mixta. Principiou a andar tarde. Dentes cariados e com erosões. Ventre volumoso. Diarrêa, bronquite.

11.^a Manoel M.—Vale de Baixo—5 anos e meio—Amamentado até aos 8 meses, mas principiou a comer mais cedo. Dentição tardia, nariz achatado, gastro-enterite. Membros inferiores com as tíbias mal conformadas.

12.^a Arnaldo P.—Lindo Vale—6 anos.—Alimentado ao peito e a leite de vaca. Ventre abaúlado, dispepsia gasto-intestinal. Dentes mal inseridos. Pais saudáveis.

13.^a Herberto F. P.—Lindo Vale—6 anos.—Amamentado até aos 7 meses. Os dentes da primeira dentição apodreceram-lhe, os da segunda tem erosões. Tem o ventre abaulado, bronquite crônica. Mãe saudável. O pai teve a febre amarela no Brasil e sofre dos olhos.

14.^a Alberto F.—R. Bento Júnior—7 anos.—Amamentado durante o primeiro ano, nasceram-lhe os primeiros dentes depois de um ano. Dentes da segunda dentição, os dois incisivos inferiores com o bordo livre recortado. Extremidade inferior de femur direito tumefacta. Ventre ligeiramente abaulado. Teve o sarampo aos 4 meses. Sofre de bronquite. A mãe teve 2 abortos antes deste pequeno.

15.^a Lidia C. F. M.—R. Alvaro Castelões—6 anos.—Alimentação mixta, primeiros dentes aos 10 mezes. Principiou a andar aos 4 anos. Perna esquerda atrofiada e tibia torcida para fóra e para diante. Pé valgus. Tem sofrido de diarrêa que ainda agora tem. Era muito fraca e só principiou a andar com choques elétricos. Ventre volumoso. Sofre de bronquite. O pai morreu tuberculoso. A mãe é muito fraca.

16.^a Esperança R. J.—R. Alvaro Castelões—5 anos.—Amamentada durante um ano e depois alimentação defeituosa. Principiou a andar

depois de 1 ano. Diarrêa. Ventre abaulado, sofre de bronquite. Pai sofria dos olhos e morreu de repente. Mãe sofre dos intestinos.

17.^a Alfredo R. C. — R. Alvaro Castelões — 6 anos (irmão da anterior). — Quando mais novo tinha também frequentemente diarrêa. Ventre volumoso, peito estreito, nariz achatado, feridas por todo o corpo. Sofre dos olhos.

18.^a Armando S. — R. Alvaro Castelões — 5 anos. — Alimentação mixta. Tem quasi sempre diarrêa, pernas atrofiadas. Nasceram-lhe os primeiros dentes a 1 ano, principiou a andar depois dos 2 anos. Ainda agora anda com dificuldade. Inserção defeituosa dos dentes. Cabeça volumosa, grande ventre, rosário raquítico, pescoço muito delgado. Teve a varíola e o sarampo.

19.^a Secundino A. F. — Lindo Vale — 4 anos e meio. — Alimentação defeituosa, ventre volumoso. Principiou a andar tarde. Diarrêa. Dentes mal inseridos.

20.^a Ana G. S. — Travessa da Bouça — 6 anos. — Alimentação mixta, principiou a andar depois dos 3 anos. Deitou os primeiros dentes aos 18 meses. Tem diarrêa muito frequentemente e bronquite. Muito fraca, tem feridas pelo corpo. A mãe teve três abortos seguidos. Pai, diz ser saudavel.

21.^a Izolina G. S. — Travessa da Bouça — 7 anos (irmã da anterior). — Foi também muito doente com perturbações gastro-intestinais. Cabeça e ventre volumosos. Peito estreito.

22.^a Joaquim F. — R. da Piedade — 5 anos. — Amamentado até aos 5 meses. Primeiros dentes aos 14 meses. Principiou a andar depois do ano. Ventre volumoso, peito estreito, inserção defeituosa dos dentes. Diarrêa, bronquite. Pais saudáveis.

23.^a Antonio G. — R. da Carvalhoza — 6 anos. — Principiou a andar aos 2 anos. Dentes mal inseridos e pôdres. Os 2 incisivos inferiores da 2.^a dentição com o bordo livre recortado. Cabeça volumosa com as bossas frontais e parietais bastantes salientes. Ventre volumoso, e tem sofrido muito de diarrêa. Pais saudáveis.

24.^a João A. L. R. — Coronel Pacheco — 5 anos. — Alimentação defeituosa sendo-lhe dado de comer em muito novo. Dispepsia gastro-intestinal, grande ventre. Teve o sarampo; é escrofuloso. Mãe também escrofulosa.

Estas observações foram feitas por mim, entre as crianças que frequentam as escolas infantís do Porto.



BIBLIOGRAFIA

MARFAN — *Sem. Med. (Rachitismo et Syphilis).*

MARFAN — *Maladies des Os.*

A. BROCA — *Chirurgie Infantile.*

DUPLAY et RECLUS — *Chirurgie.*

PAULET et BUSQUET — *Pathologie Externe.*

JULES COMBY — *Traité des Maladies de l'Enfance.*

A. DECHAMBRE — *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*
(3.^a série — Qua-Rad.).

TEIXEIRA RIBAS JÚNIOR — *O Rachitismo (Dissertação de Concurso)*

Visto,

Diogo de Almeida.

Prêde imprimir-se,

Maximiano Lemos,

Director.