

Os syndromes abdominaes alérgicos

Pelo DR. MARIO RANGEL BALLVÉ

Conferência pronunciada no 1.º Congresso Médico da Fronteira realizado em Livramento em 25 de Junho de 1941.

GENERALIDADES

Embora a alergia faça parte da clínica geral e esteja intimamente ligada a ela, muitos syndromes alérgicos aparecem em cirurgia e podem simular manifestações cirúrgicas agudas.

Mas antes de entrarmos no assunto mesmo de nossa palestra, convem fazermos algumas explanações preliminares.

Quatro anos mais velha que a alergia é a anafilaxia. Não podia passar despercebida aos investigadores a semelhança entre estes dois fenômenos com tantos pontos de contáto entre si. A descoberta de Richet e o termo criado por Von Pirquet tornaram-se motivo de inumeras discussões e controvérsias profundas. Delas nasceram então duas escolas: — a escola unicista ou Européia e a escola dualista ou Norte-Americana.

A escola Européia, tendo á sua frente Pasteur Valéry-Radot, Jimenes Diaz, Ancona, Frugoni, e tantos outros, adóta os dois fenômenos como sendo da mesma estirpe e apresenta como razões: — ambos são determinados pela penetração de um antígeno; ambos radicam na hipersensibilidade á presença deste antígeno; em ambos se pode fazer a transmissão passiva; em ambos é, com a maior frequência, uma proteína o antígeno determinante; e, finalmente, ambos possuem as mesmas características, a saber: eletividade para os musculos de fibra lisa, reação hemática e reação do sistema neuro-vegetativo.

A escola Norte-Americana ou dualista, tendo Coca como pioneiro, não admite uma igualdade entre os dois termos de anafilaxia e alergia. Mantem a primeira dentro de limites bem demarcados, considerando-a como reação específica dos animais e ainda como experimentação laboratorial. A segunda, a alergia, é a responsável pelos fenômenos de hipersensibilidade específicos do ser humano.

Entretanto, Vaughan, no seu "Prática da alergia", vai um pouco mais longe e admite que também no ser humano se possa processar a anafilaxia. "A única manifestação clínica, diz ele, que mais claramente se assemelha ao quadro da anafilaxia experimental, é a reação constitucional ou shock alérgico ocasional que ocorre após absorção de uma forte dose de alérgeno. Parece apropriado continuar a denominá-lo shock anafilactico. E' a única manifestação clínica praticamente indistinguível do clássico fenômeno de laboratório".

GÊNESE DO ESTADO ALÉRGICO

Na gênese de todo estado alérgico vamos encontrar dois fatores que o dirigem e guiam: — um endógeno e o outro exógeno.

O fator endógeno, também conhecido como disposição, predispõe o indivíduo a uma manifestação alérgica. Esta predisposição se dá por uma labilidade neuro-vegetativa, principalmente no sentido hipervagotônico; por distúrbios metabólicos tais como o desequilíbrio cálcio-potássio, ácido básico e talvez desoxidações; e, finalmente, por disfunções endócrinas.

Aquí intervem também, principalmente, inúmeros fatores hereditários ou adquiridos.

O outro, o exógeno, ou fator exposição, dá o cunho específico ao quadro alérgico pela presença do alérgeno provocador. Estes agentes causais da manifestação alérgica não podem ter uma limitação numérica. Nelles englobamos tudo que comemos, respiramos e tocamos. Nelles colocamos as bactérias, os focos sépticos, as influências luminicas e de temperatura. E, em minha maneira de ver, encaro também como alérgenos a potência prodigiosa das forças psíquicas.

A patologia da alergia é essencialmente igual a da anafilaxia experimental. Deixemos de lado as cadeias laterais de Ehrlich por todos nós conhecidas e que, segundo os autores americanos, só podem ser aceitas com grandes reservas e vamos rever as três teorias mais interessantes e que mais atenção chamaram nestes últimos tempos.

1 — TEORIA DO VENENO PROTEICO

Foi Vitor Vaughan quem isolou uma substância tóxica das proteínas, substância com a qual produziu reações indistinguíveis do shock anafilactico, mas que differia da proteína total por sua incapacidade em atuar como antigêno sensibilizante. Ele a denominou VENENO PROTEICO. Este foi considerado como o possível nucleo central da molécula proteica, idêntico em tôdas as proteínas e a causa dirêta do shock anafilactico. Assim, as proteínas teriam duas partes, uma especifica a cada proteína e diferente para cada uma delas; outra, tóxica ou venenosa, situada no nucleo central e idêntica em tôdas as proteínas! Vaughan não acreditava que na anafilaxia a reação entre a proteína extranha (antigêno) e a enzima elaborada para digerir este material, se processasse na corrente sanguínea. Dizia ser mais uma reação tissural que humoral. A teoria de Vaughan caiu, pois foi observado que a substância venenosa pode ser formada no próprio corpo por alguma reação química ou coloidal e não necessita ser introduzida com o antigêno.

2 — TEORIA HISTAMINICA

Em 1911, Dale e Laidlaw, após estudar a ação tóxica da histamina, sugeriam que ela podia ser o agente causador do shock anafilactico. A histamina tinha sido reconhecida como um produto da descarboxilação de um amino-ácido, a histidina, a qual já fôra preparada sinteticamente por

Vogt e Windam. A injeção intravenosa de histamina na cobaia causa a morte por bronco-espasmo e asfixia. Quando aplicada no músculo liso do útero da cobaia virgem produz contrações indistinguíveis das desenvolvidas no retalho uterino já sensibilizado pela aplicação de um antígeno.

A histamina provoca queda da pressão arterial, mas não retarda a coagulação do sangue. A histamina é um componente de todas as proteínas. Existe também no organismo animal, com variada concentração, em determinados tecidos. Está em concentração relativamente alta na mucosa intestinal, fígado, pele, e em alta concentração nos pulmões. Desta forma, a união do antígeno com o anti-corpo daria formação ou libertação de histamina existente no tecido onde se produz o shock, com consequente efeito tóxico.

3 — TEORIA DA SUBSTÂNCIA—H

Lewis e Grant, estudando o líquido da papula da urticaria, conseguiram isolar uma substância que provoca os mesmos efeitos que a histamina, mas da qual difere na composição. Eles a denominaram substância-H, querendo com isso indicar a incerteza da sua composição.

A substância-H libertada, irrita os vasos capilares provocando a sua dilatação e aumentando a sua permeabilidade, ao mesmo tempo que age sobre os músculos lisos contraindo-os.

Esta teoria nada tem de revolucionária, mas é a consequência natural de observações mais avançadas. O ponto de especial interesse é que Lewis deu suas conclusões seguindo uma direção inteiramente nova e partindo de estudos sobre uma reação propriamente alérgica, como é a papula de urticaria.

Presentemente, podemos presumir, como conclue Vaughan, que a reação antígeno-anticorpo ou outro mecanismo, similar, agindo sobre os elementos moleculares da célula viva estimula a célula especificamente sensibilizada para a libertação de substância-H. Esta produz mudanças funcionais características (espasmo do músculo liso, hiperpermeabilidade capilar, eosinofilotropismo, etc) com reação apenas local se o estímulo foi fraco. Desde que haja grande estímulo do antígeno, uma quantidade suficiente de substância-H será libertada quer para ser transportada aos outros órgãos de shock aos quais ela ativa, quer ainda para ativar TODOS os órgãos de shock com resultante shock anafilático.

SÍNDROMES ABDOMINAIS

1) — APOPLEXIAS VISCERAIS.

Uma das mais graves doenças cirúrgicas que existem é o infarto intestinal por trombose da arteria mesentérica ou um de seus ramos. Gregoire, professor de clínica cirúrgica da Faculdade de Paris, e Couvelaire, por meio de estudos no doente e da experimentação animal, mostram que esta enfermidade não foi sempre bem interpretada. Em muitos casos, embora existisse como carácter evidente a infiltração sanguínea e a colora-

gão avermelhada ou anegrada dos tecidos, não havia nem embolia nem trombo, isto é, não havia obstrução vascular. Esta doença pode curar si se restabelece a circulação, ao contrário do que se passa na obstrução vascular, que produz asfixia e morte de todo ou parte do órgão atacado. Aqueles autores propuzeram denominar este novo quadro clínico APOPLEXIA VISCERAL.

Hoje se conhece um grande número de infiltrações sanguíneas aparecidas bruscamente no interior de uma viscera: — a pancreatite hemorrágica; o infarto do intestino sem lesões vasculares; a apoplexia uteroplacentaria, etc. Todas elas são descritas como doenças diferentes e, entretanto, todas são apoplexias viscerais com o carácter clínico comum de aparecerem bruscamente e de se acompanharem de fenômenos gerais graves, entre os quais a queda da pressão sanguínea. Além disso, cada órgão traduz sintomas de ordem local. Gregoire e Couvelaire admitem uma nova concepção destas lesões e as englobam dentro de uma patogênia comum, chamando-as apoplexias por shock de intolerância.

Não será necessário, para a produção de apoplexias viscerais, o desencadeamento de um shock anafilactico geral ou local. A experimentação prova que os mesmos acidentes devidos a uma prévia sensibilização por uma proteína heteróloga se podem obter sem uma preparação, mas apenas pondo o sistema neuro-vegetativo em contato com um agente irritativo. E' O CHAMADO SHOCK ANAFILACTOIDE. Os fenômenos anafiláticos se produzem por irritação das terminações nervosas simpáticas de todo o sistema vascular. Pouco importa, pois, que o shock seja anafilático ou anafilactóide.

O ponto de onde partirão os fenômenos será o mesmo, isto é, o endotélio dos vasos ou melhor, o sistema nervoso que se encontra abaixo deste endotélio. A irritação neuro-vegetativa trará como consequência fenômenos vaso-motores, produzindo uma vaso-dilatação dos capilares e das veias das quais emanam. Esta vaso-dilatação, si fôr intensa e massiça, acarreta a detenção da circulação de retorno com queda da pressão arterial.

Entretanto, difficilimo se torna o diagnóstico entre o infarto por lesão vascular e o produzido por shock anafilactóide. Alguns autores afirmam que só a laparotomia o poderá esclarecer.

2) — SINDROMES DIGESTIVOS

Sabemos que grande número de manifestações alérgicas são desencadeadas pelos alimentos. A sensibilização se efetua quando aumenta a permeabilidade de uma das barreiras defensivas através das quais se faz o contato do organismo com os materiais que vem de fóra, e nenhuma está tão exposta a este contato como a mucosa gastro-intestinal. Nos estados alérgicos com grande sensibilização o síndrome digestivo existe quasi sempre. Este síndrome está ligado ora a uma urticaria, ora a uma enxaqueca, mas pode, as vezes, libertar-se e surgir como única manifestação do shock. Muitas vezes, o quadro é alarmante pela sua gravidade, provocando um síndrome abdominal violento que pode levar a uma intervenção cirurgica desnecessária.

Recentemente, Trimble publicou observações que nos fazem sustentar a origem alérgica de muitas purpuras e assimilar o quadro da purpura abdominal de Henoch a uma sensibilização grave de manifestações múltiplas. Esta purpura abdominal de Henoch inicia-se, não raro, como si fôsse um abdômen agudo cirúrgico, para sómente mais tarde apresentar as manifestações cutâneas.

Dum ponto de vista prático, devemos pensar na natureza alérgica dos quadros de abdômen agudo que se apresentam nos indivíduos com urticaria, edema angio-neurótico, purpura ou eritemas de repetição.

Outras vezes, aparece uma dor com localização gástrica, muito intensa, com hiperquilia e vômitos e hematemese, o que torna difícil a sua diferenciação da ulcêra. Mas, na alergia gástrica, as dores são mais bruscas e intensas; faltam as zonas sensíveis de Mendel ou Head. A pouca intensidade dos fenômenos locais de defesa e uma história pessoal de alergia, nos guiarão para o diagnóstico. Trata-se, nestes casos, de um edema angio-neurótico da mucosa gástrica.

Outro problema de relevo é a agravação manifesta que certos alimentos produzem em indivíduos portadores de uma ulcêra gástrica. Seria então um erro negar a ulcêra e considerar o indivíduo simplesmente alérgico para certos alimentos. A ação prejudicial de tais alimentos pode ser melhor explicada pelo fato de que uma lesão orgânica eventual fixa sobre si mesma uma tendência alérgica preexistente. Em última análise, isto não é mais do que uma espontânea repetição daquilo que Auer obteve experimentalmente provocando pela ação do xilól, no animal sensível, uma reação alérgica sobre o local irritado. Este tipo de influência alérgica, que Jimenez Díaz denomina "alergia fixada" tem grande importância em outras doenças digestivas, sobre tudo nas disquinesias biliares de Westphal e nas colites.

As vezes, a dor é abdominal, acompanhando-se de vômitos, diarreia e meteorismo. O diagnóstico diferencial com uma intoxicação alimentar senso-estrito ou com uma obstrução intestinal, é ás vezes muito difícil. O mais comum é confundir estes estados com uma apendicite. Linz menciona casos operados com o diagnóstico de apendicite nos quais apenas se observava um edema alérgico local.

Em resumo, diante de doentes alérgicos com acidente abdominal agudo, devemos pensar em uma possível localização da alergia no tractus gastro-intestinal.

Pensar não quer dizer afirmar. Só por exclusão podemos sustentar esta hipótese e ainda em caso de duvida **E' PREFERIVEL OPERAR UM DOENTE PORTADOR DE UM EDEMA ALÉRGICO DO APENDÍCE, QUE PÓDE SOFRER UMA ULTERIOR INFECCÃO, DO QUE DEIXAR DE INTERVIR NUM CASO DE APENDICITE AGUDA.**

3) — SINDROMES HEPÁTICOS.

Não falaremos aquí das litiasas vesiculares, mas sómente daqueles casos cuja sintomatologia corresponde á litíase vesicular sem cálculo, tantas vezes encontradas nas intervenções cirúrgicas. Os diferentes tipos e

modos das disquinesias também não nos ocuparão aqui. O interessante é fazer ressaltar os diversos fatores que as podem produzir. Entre eles, enumeram-se: a distonia neuro-vegetativa com predomínio do vago; as crises endócrinas tais como a menstruação e o climatério; os reflexos viscerais e por último, processos inflamatórios banais. Não é de extranhar, por consequência, que em tais organismos com todos êstes distúrbios neuro-endócrinos, possam surgir manifestações alérgicas. Estas manifestações podem ser primitivas ou secundárias.

Nas manifestações alérgicas primitivas, aparecem os acessos tôdas as vezes que uma determinada substância é ingerida. As dôres abdominais alérgicas, neste caso, podem se prestar a dúvidas, pela dificuldade de localisá-las com precisão. Outras vezes, podemos perceber nitidamente um aumento do fígado com hipersensibilidade á pressão, provando que o shock é mais de origem hepático que biliar. Já Hunt chamava a atenção para o fato dos acessos dolorosos do hipocondrio direito continuarem, nos considerados litiasicos, mesmo após a extirpação da vesícula, o que confirma até certo ponto a hipótese acima referida. São estas as crises vegetativa tão bem estudadas por Glenard. Algumas vezes o shock pôde ser hepático, outras vezes vai atingir a vesícula provocando uma crise dolorosa em tudo semelhante á produzida por cálculos vesiculares, quando na verdade é devida a um alimento que produz hipervagotonia e edema da mucosa vesicular.

Um outro fator importante na produção das disquinesias é a menstruação. Tratam-se de crises hepáticas por shock menstrual, que devem ser interpretadas como uma verdadeira auto-anafilaxia aos produtos de eliminação do menstuo. O essencial nestas crises é a noção do terreno, uma predisposição neurovegetativa latente que se revela pela existência de outros fenômenos de neurotonia, tais como: — vertigens, urticaria, enxaqueca, etc.

Fôra destes casos em que o acesso doloroso depende diretamente e exclusivamente de uma sensibilização, estão os casos que obedecem a uma causa orgânica. Nestes últimos, vamos encontrar uma influência nociva dos alimentos, influência que será melhor explicada admitindo uma alergia adquirida do que de outro modo, embora nem sempre existam provas convincentes.

Muita atenção devemos prestar também aos alergênos psíquicos, causantes de crises alérgicas devidas a reações emotivas. Interessantíssimos são os edemas psicógenos resultantes de sonhos patogênicos ou de reações de medo. Recordaremos que muitas dessas manifestações complexas podem provir de uma parapatia anciosa mantida e agravada por um estado angustioso que se fixa em diferentes órgãos, entre os quais está o aparelho digestivo e seus anexos. Estas afecções nervosas digestivas se manifestam por uma espécie de fobia, com a qual devemos ter muito cuidado, pois tais doentes relacionam tudo com a alimentação, simbolizando os alimentos conflitos intrapsíquicos, quer de ordem sexual quer de ordem moral.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — PIERRE MAURIAC: Les endosymphathoses. La Presse Medicale n.º 72, de 8 de Setembro de 1937.
- 2) — RICHARD JAHIEL: "Crises de fôie" et Cholecystites. La Presse Medicale n.º 5, 16 de Janeiro de 1937.
- 3) — P. DUVAL E J. CH. ROUX: Note sur la sensibilisation autogène dans certains cas de pathologie chirurgicale. La Presse Medicale n.º 19, 6 de Março de 1937.
- 4) — A. GOSSET, R. JAHIEL E MME. S. DELAUNÈE: La sensibilisation endogène et son role en pathologie. La Presse Medicale n.º 37, de 8 de Maio de 1937.
- 5) — AUBRY, THIODET E RIBÈRE: Les etats anaphylactoides. La Presse Medicale, n.º 43, de 29 de Maio de 1937.
- 6) — J. DE FOURMESTRAUX: Syndrome péritonial aigu. Apoplexie colique sans thrombose apparente. La Presse Medicale n.º 53, 2 de Julho de 1938.
- 7) — R. KOURILISKY, M. GUILLOT E ONG SIAN GWAN: Mécanisme des lésions viscérales hémorragiques d'origine neuro-vegetative. La Presse Medicale, n.º 53, 2 de Julho de 1938.
- 8) — E. CHABROL E A. RUSSON: Las reacciones vesiculares. Essai clinique
- 9) — I. MARCOU, E. ATHANASIU-VERGU E OUTROS: Sur le role physiologique de l'histamine. La Presse Medicale n.º 20, de 9 de Março de 1938.
- 10) — J. SPANGEMBERG: Manifestaciones alergicas en el higado y vias biliares. El dia Medico n.º 24, 12 de Junho de 1939.
- 11) — C. BONORINO UDAONDO: Las reacciones gastro-intestinales de la alergia. El Dia Medico n.º 23, de 5 de Junho de 1939.
- 12) — W. T. VAUGHAN: Practice of allergy. Ed. Mosby Company 1939.
- 13) — C. JIMENEZ DIAZ: El asma y otras enfermedades alergicas. Madrid 1932
- 14) — H. KAMMERER: Enfermedades alergicas. Barcelona 1927.
- 15) — GUTMANN: Les syndromes douloureux de la région epigastrique. Ed. Doin 1934.
- 16) — R. GREGOIRE: Les infarctus viscéraux. La Presse Medicale n.º 67, 20 de Agosto de 1938.
- 17) — W. STEKEL: Les etats d'angoisse nerveux. Payot, Paris, 1930.

**Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense**

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas