

Homeopatia em imagens: Diagnóstico diferencial da acne, Parte I

Gheorghe Jurj*

Resumo

Considerada do ponto de vista homeopático, a acne não é meramente uma patologia a ser curada, mas carrega em si indicadores semiológicos tanto para sua cura, quanto para o diagnóstico do remédio de fundo (constitucional tipológico) do paciente. Este é o primeiro de uma série de artigos dedicados à análise das características individualizantes da acne. São utilizadas, primariamente, a semiologia visual e a análise através de grupos de medicamentos homeopáticos. A Parte I aborda uma discussão geral da acne do ponto de vista homeopático e apresenta o grupo de medicamentos derivados do enxofre.

Palavras-chave

Acne; Homeopatia; Individualização; Semiologia visual; Radical enxofre

Homeopathy in images: Differential diagnosis of acne, Part I

Abstract

From the homeopathic perspective, acne is not merely a disease to be healed, but carries semiologic markers for both its treatment and to diagnose the constitutional (typological) medicine of the patient. This is the first of a series of articles devoted to analyze the individualizing characteristics of acne. For this purpose, visual semiology and analysis by means of classes of homeopathic medicines are used. Part I includes a brief discussion of acne from the homeopathic perspective and the group of medicines derived from sulfur.

Keywords

Acne; Homeopathy; Individualization; Visual semiology; Sulfur root

* Médico homeopata, Doutor em Filosofia, Doutor em Medicina Alternativa, Presidente da Associação Romena de Homeopatia Clínica, Vice-presidente da Sociedade Romena de Homeopatia. ✉ dr.jurj@gmail.com.

Introdução: Uma perspectiva homeopática sobre a acne

Na atualidade, há muitas teorias que explicam a produção da acne, incluindo as hormonais, infecciosas, imunológicas, etc. No entanto, nenhuma delas tem levado a resultados terapêuticos definitivos, embora, em alguns casos cada uma delas tem mostrado utilidade.

Do ponto de vista homeopático, essas teorias têm muito pouco valor. A princípio, considera-se que a acne não é algo separado do resto do organismo, mas, ao contrário, é uma manifestação absolutamente coerente com as demais formas de expressão deste – hormonais, imunológicas, fisiológicas, mentais, etc. O fato de uma pessoa apresentar acne num momento dado deve-se a certos distúrbios internos do organismo em si mesmo que, portanto, podem ser tratados com o medicamento tipológico do paciente. Em outras palavras, para o homeopata com certa experiência, as características da acne de cada paciente representam manifestações do seu medicamento individual.

Como o organismo é um todo unitário, o tipo concreto da acne e suas formas clínicas não podem ser isolados do remédio de fundo do paciente, vale dizer, “o medicamento se manifesta (também) na acne”, da mesma maneira como o faz nos sintomas mentais, nos medos, nas idiossincrasias alimentares, etc. A diferença é que, na acne, o medicamento se oferece à nossa percepção imediata. Portanto, uma observação atenta e umas poucas perguntas podem ajudar-nos a identificar o medicamento, claro está, sempre que soubermos como ele se expressa, quais são os elementos mais importantes que nos permitem identificar um medicamento “na sua acne”. Infelizmente, as fontes deste tipo de documentação são fragmentárias e, até onde fui capaz de pesquisar, não há literatura que apresente com imagens os elementos que definem o medicamento.

Assim, quando abordamos a acne, há duas situações gerais a se levar em conta:

1) Por um lado, aquela em que a acne é o motivo da consulta. Via de regra, trata-se de casos severos, com complicações, ou acompanhados por repercussões na vida social do paciente. Neste tipo de situação, a acne é a doença a tratar.

2) O paciente consulta por alguma outra queixa e a acne é observada durante a consulta como um fator secundário e que, muitas vezes, não afeta significativamente a qualidade de vida do paciente. Ou seja, a acne é uma concomitância que podemos levar em conta ou não. No entanto, na minha experiência, não deveria ser omitida na hora de escolher o medicamento mais adequado.

Contudo, em ambas as situações a acne pode fornecer-nos um tesouro de sinais individualizantes e muito valiosos, porque são imediatamente acessíveis. Há homeopatas que desprezam a patologia física, “uma acne é uma acne, uma doença que se manifesta segundo seu próprio padrão”. Esta afirmação é só parcialmente verdadeira: é certo que a acne tem seus próprios padrões fisiológicos e morfológicos porém, ao mesmo tempo, a observação demonstra que cada paciente apresenta seu próprio tipo de acne.

Como abordar a acne homeopaticamente?

A questão, em homeopatia, é identificar os elementos semiológicos que diferenciam a acne segundo os medicamentos. Em outras palavras: como podemos conhecer (e reconhecer) a acne de cada medicamento?

Para se fazer essa diferenciação, é necessário levar em conta alguns elementos de particularização semiológica. Alguns deles se encontram na matéria médica ou no repertório (por exemplo, localização, causalidade, concomitâncias), mas outros, não, em particular, os elementos morfológicos que distinguem a acne.

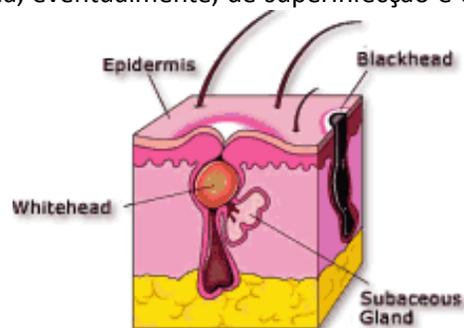
1. **Localização:** neste caso, o repertório poderia ser de muita ajuda, porém, infelizmente, as rubricas tendem a ser muito incompletas e exigem técnicas avançadas de repertorização, como por exemplo, o recurso a rubricas equivalentes. No entanto, apesar dessas limitações, certamente, algumas localizações privilegiadas têm-se tornado verdadeiras lendas homeopáticas. Algumas delas podem ser consideradas seguras, como por exemplo, a testa nos halogênios, a linha de implantação do cabelo em *Natrum muriaticum*, as orelhas em *Calcarea sulphurica*, as pregas inguinais em *Medorrhinum*, as axilas em *Hepar sulphur*, distribuição simétrica em *Arnica montana*.

2. **Formas clínicas:** aqui a situação se complica, porque é necessário analisar os elementos semiológicos da acne. Para tanto, são necessárias noções básicas de fisiologia e morfo patologia, ligadas ao aparecimento e desenvolvimento da acne, que levam aos elementos semiológicos principais deste distúrbio. Além de simplesmente observar o aspecto das lesões o médico homeopata, na minha opinião, precisa também compreender o que ocorre no nível das lesões, precisa ser muito mais do que um mero observador e ter a capacidade de interpretar corretamente o que acontece por trás daquilo que se vê. Assim, precisa “enxergar” e “pensar” a profundidade da pele e identificar os elementos mais particulares, incomuns e específicos em cada caso individual. Essa tarefa é, no entanto, quase impossível quando não se sabe a que prestar atenção nem quais são os sinais específicos de diferenciação.

Por isso, vale a pena lembrar, brevemente, alguns conceitos básicos. Podemos definir a acne como “uma inflamação do folículo piloso, seguida, eventualmente, de superinfecção e que pode deixar cicatrizes”.

Portanto, os elementos semiológicos que devem ser observados são os seguintes:

1) Sinais de **inflamação** (calor, vermelhidão, dor): devem ser observados na superfície e na profundidade. A extensão superficial da inflamação apresenta, como sinais correspondentes, congestão da pele ao redor dos folículos. Em palavras mais simples, deve ser avaliada a “base vermelha” das lesões.



Por exemplo, no caso das “acnes sulfúricas” ou de outros medicamentos congestivos (*Arn*, *Bell*, *Lach*, compostos de bromo e de iodo), a base congestiva é extensa e, além do mais, a

congestão também pode aparecer em áreas aonde a foliculite não é visível. De modo similar, a acne rosácea (embora na atualidade seja considerada uma doença independente, ao invés de uma variedade de acne) apresenta um fundo eritematoso sobre o qual aparece a inflamação folicular, que, inclusive, pode apresentar cor cianótica em medicamentos como *Carbo vegetabilis* e *Lachesis*.

Por outro lado, nos medicamentos “frios”, como os derivados do silício ou do arsênico (exceto *Ars-i* e *Ars-s*), a base congestiva é mais reduzida, a área de vermelhidão ao redor de cada folículo é menor e mais pálida.

A congestão em profundidade se refere à extensão de propagação da inflamação na direção da hipoderme. Assim, há medicamentos que produzem, privilegiadamente, congestão em profundidade (radicais enxofre, flúor e bromo, medicamentos sifilíticos, como os mercuriais, e os derivados do potássio). Por esse motivo, a foliculite, nestes casos, se caracteriza por maior dureza e dor profunda pelo toque ou ao espremer as lesões – lembrando, há comprometimento das terminações nervosas dérmicas (*Arn, Hep, Kali-s, Lach, Led, Merc, Rad-br*).

Cabe advertir que não se pode considerar esses sinais e processos como absolutos, porque ainda deve-se levar em conta a relação da inflamação com outros elementos patológicos, como por exemplo, a formação de pus ou de cistos, assim como a relação mútua entre diversos medicamentos.

2) **Supuração:** a supuração é consequência de processos de superinfecção no nível do folículo piloso inflamado. Um primeiro elemento a se observar é a **velocidade de formação do pus**. Há medicamentos nos quais a superinfecção acontece rapidamente (radicais enxofre, mercúrio, potássio, em especial, *Kali-bi, Kali-br* e *Kali-i*). Em outros, é lenta e alastrada, com duração longa (radical silício). A supuração rápida pode ser facilmente reconhecida, porque leva rapidamente ao aparecimento de pus, pústulas e furúnculos. Os medicamentos com supuração lenta, ao contrário, levam a formas induradas, dolorosas de acne, aonde o pus é difícil de espremer (radicais silício e sódio).

A seguir, deve ser avaliada a **tendência evolutiva** na derme, ou seja, se a supuração permanece localizada em cada folículo – neste caso, aparece uma “ponta pustulosa”, fácil de espremer (radicais cálcio, sódio e silício, *Alum, Cycl, Lyc, Rhus-t*) – ou se tende a progredir em profundidade, levando a conglomerados dolorosos, com inflamação profunda e supuração duradoura, inclusive depois da expressão das lesões (medicamentos sifilíticos: radicais potássio e mercúrio, *Sul-ac*).

Em terceiro lugar, deve prestar-se atenção às **características do pus** – aspecto, consistência, cor. Por exemplo, pus grosso, com aspecto de queijo, pode apontar para medicamentos do radical enxofre, quando há congestão intensa (também *Kali-i*) ou do radical silício, aonde a evolução é tórpida, lenta e com pouca congestão. Pus mais fluído pode apontar para medicamentos como *Asaf, Lyc, Phos, Puls, Sil*, entre outros. Pus extremamente fétido pode ser encontrado em casos de *Psor*, medicamentos carbônicos (*Carb-v, Caust, Graph*), *Hep* e *Thuj*.

Nos casos mais leves, o pus é, geralmente, esbranquiçado e inodoro. Na medida em que a cor progride para o amarelo, verde ou cinza, temos que lidar com medicamentos progressivamente mais tóxicos. Por exemplo:

- Cor amarela: radicais sódio, cálcio, potássio, mercúrio, *Hep, Mez, Puls, Sep, Staph*.
- Cor verde suja: medicamentos sifilíticos – radical mercúrio, *Aur, Aur-br, Asaf*.
- Cor cinzenta: radicais arsênico, silício, mercúrio e flúor.

Nessa linha semiológica encontram-se, também, as **crostas**, que resultam, eventualmente, da supuração. Via de regra, quanto mais supurativo um medicamento, maior a sua tendência para formar crostas. Dentre os medicamentos mais supurativos na acne, tem-se *Graph, Hep, Mez, Psor* e *Rad-br*. Em *Graph*, por exemplo, as crostas são tipicamente melicéricas, úmidas e viscosas.

3) **Cistos, pseudocistos e comedões**: os comedões são retenções seborreicas das glândulas perifoliculares. Os cistos se devem à obstrução completa do orifício glandular, de modo que não mais pode eliminar a secreção (principalmente seborreica), enquanto que nos pseudocistos há obstrução parcial, permitindo a expressão da secreção.

Há uma forma clínica de acne, caracterizada pela passagem da forma foliculítica à forma micronodular. Nesse caso, aparecem pápulas induradas, dolorosas ou não. Nesta variedade, deve considerar-se, em primeiro lugar, os medicamentos halogenados, assim como um medicamento raramente prescrito, *Eugenia jaborandi*.

Dentre os medicamentos em que a acne se associa com cistos, nódulos e comedões, deve ter-se em mente, em primeiro lugar, o grupo dos halogenados. Nele, a presença de micronódulos é uma das características principais. Os micronódulos podem aparecer concomitantemente à foliculite (radicais cálcio e enxofre) ou podem representar um estágio evolutivo, tanto precedendo (halogenados, *Lyc, Sep*), quando sucedendo à fase de foliculite (halogenados, *Sel, Tub*).

Quanto à tendência para produzir comedões, deve lembrar-se, em primeiro lugar, *Kali-br* (um dos medicamentos mais associados com cistos cutâneos), *Carb-v, Graph, Lyc, Petr, Psor, Sulph* e *Tub*, assim como medicamentos mais raramente prescritos, *Sel*, em particular (mas, também *Abrot, Sabad*, etc.) – que, como *Tub*, pode produzir comedões supurativos.

Vale a pena lembrar que, do ponto de vista miasmático, a tendência para produzir cistos é predominantemente tuberculínica (muito acentuada nos halogenados e em *Tub*) e sicótica (*Nit-ac, Staph, Thuj*).

4) O seguinte elemento semiológico que deve ser sistematicamente levado em conta são as **cicatrices**. Neste caso, há dois aspectos a se considerar: a) a profundidade e a extensão das lesões da acne; e b) as características que dependem da qualidade da derme de cada paciente individual e o modo como ela tende a curar.

Por vezes, tudo que resta da acne são, precisamente, as cicatrizes, o que em hipótese alguma significa que não possamos reconhecer, retrospectivamente, o medicamento associado

com a acne. Ao contrário, as cicatrizes representam uma espécie de “estigmas”, profundamente gravados na pele e que nos permitem reconhecer o medicamento, ou pelo menos o grupo ao qual ele pertence (por exemplo, estigmas sulfúricos, mercuriais ou halogenados). Quanto mais profundas e extensas sejam as lesões no período agudo, ou seja, quanto mais destrutivo for o medicamento, tanto mais profundas e extensas serão as cicatrizes. Por outro lado, quanto mais dismórfico for o medicamento constitucional, tanto maior a sua tendência para curar produzindo displasias teciduais e tanto mais particulares também serão as cicatrizes.

Por exemplo, nos medicamentos derivados do flúor o do bromo, nos que a tendência dismórfica é acentuada, poderemos encontrar, inclusive depois da acne mais banal, queloides, cicatrizes retraídas, etc. No caso dos medicamentos do radical silício, por um lado podemos encontrar sinais de comprometimento duradouro e supuração e, pelo outro, a qualidade dos processos de cura é deficitária, resultando em cicatrizes profundas e extensas. Nesta categoria, devem ser lembrados outros dois medicamentos também pouco utilizados: *Carbo animalis* e *Copaiva*.

Ainda, deve, também, levar-se em conta a cor das cicatrizes. Por exemplo, em *Sep* e nos medicamentos do radical iodo, a cor é amarela ou marrom, enquanto que em *Carb-v* e *Ars*, a cor é bem escura, cinzenta ou preta.

3. Outra série de elementos a se levar em conta não mais depende da acne, mas das características da pele. A relação entre o **tipo de pele** e variedades de acne não é mera concomitância, mas uma manifestação do **terreno** e, por isso, sempre merece a maior atenção. A acne não é uma entidade com identidade própria, mas se desenvolve num tipo determinado de pele, num organismo caracterizado por um certo tipo de metabolismo e de secreção, tanto seborreica quanto sudorípara. Por isso, a relação entre tipo de pele e variedade da acne tem importância semiológica, terapêutica e prognóstica.

Alguns tipos de pele, por exemplo, apresentam intensa secreção seborreica (fácil de infeccionar) associada com uma tendência cística (que dificulta a eliminação da supuração), como é o caso dos medicamentos sulfúricos e halogenados. O prognóstico é de acne de longa duração e uma verdadeira cura homeopática exige também modificar uma parte dessas características da pele.

Nos casos em que a acne aparece numa pele fundamentalmente seca, devem-se lembrar os radicais arsênico e potássio (*Kali-c* em primeiro lugar) e os medicamentos *Alum*, *Chin*, *Graph*, *Plb* e *Rhus-t*, entre outros. Quando, ao contrário, a pele é oleosa, os radicais mercúrio, enxofre, ouro e zinco e os medicamentos *Thuj* e *Sel*. Medicamentos halogenados e derivados do zinco devem ser levados em conta numa instância curiosa: quando a pele é seca na profundidade, mas está coberta por intensa secreção seborreica na superfície, produzindo um aspecto oleoso, ao primeiro olhar, que desaparece ao limpar a pele.

Outro aspecto semiológico da pele que pode, eventualmente, ser determinante para o pano de fundo sobre o qual se desenvolve a acne são os “**poros**”, vale dizer, o grau de abertura dos folículos pilosos. Há vários tipos de “poros”:

- ✓ Invisíveis: aparecem em muitos medicamentos, porém mais especialmente nos arsenicais,

derivados do silício e *Lyc*.

- ✓ Visíveis sem relevo: observam-se pequenos pontos de dimensões milimétricas que, por vezes, se congestionam facilmente (*Arn, Bell, Graph, Lach, Sulph*, radical cálcio).
- ✓ Visíveis com relevo: em alguns casos, inclusive perceptíveis ao tato – medicamentos derivados do antimônio, *Bell* e *Med*.
- ✓ Visíveis com pequenas depressões: mais frequentemente, nos pacientes obesos (*Calc, Graph, Kali-c, Nat-c, Nat-s, Sulph*).

Não se pode omitir a comparação da pele na face com a **pele no resto do corpo**. Por exemplo, a presença de pele marmórea aponta para certos medicamentos (radical silício, *Agar, Carb-v, Crot-h, Lach, Puls*), assim como aspectos contraditórios, tais como congestão na face e pele marmórea em outros locais (*Agar, Am-c, Bell, Kali-bi, Kali-m, Lach, Puls*).

Via de regra, todos os elementos da pele devem ser considerados como manifestações individuais do paciente. Ao meu ver, é fato evidente que “a pele representa a tipologia” e portanto, não poderemos fazer uma ideia acurada desta se não levarmos em conta todas as particularidades daquela. Infelizmente, uma descrição detalhada exigiria um livro inteiro. Por outro lado, os clínicos homeopáticos realizaram observações importantes quanto a certas correlações, que podem ser úteis na prática. Refiro-me, aqui, a rubricas repertoriais tais como:

- Face – Erupções – acne – meninas; em anêmicas
- Face – Erupções – acne – caquexia; na
- Face – Erupções – acne – mulheres de pele clara; em
- Face – Erupções – acne – puberdade; na, etc.

4. **Concomitâncias**: tratam-se de outras manifestações, fisiológicas ou patológicas, aspectos de causalidade (por exemplo, Face – Erupções – acne – vacinas; por), hábitos (Face-Erupções – acne – alcoólatras), etc. As rubricas repertoriais correspondentes, vias de regra, estão incompletas e refletem a experiência clínica histórica, compilada por diversos autores, que selecionam e valorizam rubricas diferentes, de acordo com os critérios utilizados.

A semiologia visual

As manifestações e patologias com expressão proeminentemente visual representam um problema particular em homeopatia. Com contadas exceções, sua descrição na matéria médica e nos repertórios é extremamente sucinta, contrastando marcadamente com a sofisticação com que estamos acostumados em outros tipos de sintomas.

Além disso, outro problema deriva da complexidade dos sinais visuais e da riqueza da informação que podemos obter através do canal visual. Assim, por exemplo, no caso da acne, podemos encontrar tanto elementos papulares e dolorosos, quanto supuração, cistos e cicatrizes com aspectos muito particulares. O que a visão nos fornece num único instante é extremamente

complexo e não pode ser acuradamente descrito em uma única rubrica repertorial, mas é necessário criar conceitos *ad hoc*, a fim de obtermos uma descrição mais fidedigna do observável em cada paciente.

Como sair desse impasse? Em primeiro lugar, precisamos voltar ao mais básico, aos dados da matéria médica e àqueles fornecidos pela farmacologia e a toxicologia modernas, para alargar a nossa base conceitual e procurar compreender quais são as características mais importantes da acne de um modo lógico e proeminentemente clínico.

No que segue e ao longo desta série de artigos, baseado na minha experiência de 20 anos na prática da homeopatia, vou tentar descrever diferentes tipos de acne em correlação com os medicamentos correspondentes, acentuando os aspectos semiológicos com valor definidor na escolha dos medicamentos. Toda vez que disponíveis, mencionarei, também, os dados fornecidos pela matéria médica tradicional que, às vezes, têm valor extraordinário.

Como tenho mencionado em reiteradas oportunidades [1], não considero racional o ordenamento alfabético dos medicamentos, mas tenho optado por abordá-los nos grupos farmacológicos correspondentes, com base na noção de gênero próximo, ou tronco comum do grupo, dependente de sua composição química.

Medicamentos derivados do enxofre

Nesta classe, o medicamento “príncipe” é *Sulphur*, que é o mais congestivo e apresenta tropismo global por todas as estruturas da pele. Por comparação, os demais membros desta classe se apresentam como “um *Sulphur* atenuado” ou como “variedades de *Sulphur*”.

A princípio, o que caracteriza o radical enxofre é:

✓ **Congestão e inflamação** em todas as manifestações cutâneas.

No radical enxofre puro (se existir), encontra-se intensa inflamação em todos os elementos da pele, sejam patológicos ou não, com uma característica fundamental: **sensibilidade ao calor geral ou local**. A agravação pelo calor – aplicações locais, calor do leito – pode ser considerada um verdadeiro atalho semiológico, que aponta para o radical enxofre, inclusive nos casos em que o paciente é friorento (*Ars-s*, *Hep*). Nesse contexto, os principais sinais de agravação são:

- Agravação do prurido
- Agravação das erupções cutâneas
- Agravação dos sintomas e sinais associados, tanto locais quanto gerais

Por exemplo, um paciente do radical enxofre relata que agrava nos banhos termais. Como reage *Sulphur* ao calor? Não se trata de uma sensação subjetiva (“não suporto o calor”),

mas de uma verdadeira congestão da pele, que pode manifestar-se discretamente, na forma de “folículos visíveis na pele”, ou através de graus variáveis de eritema localizado o generalizado.

O essencial nos pacientes do radical enxofre é que “se inflamam rapidamente”, tanto física, quanto figuradamente, tornam-se congestivos e com episódios de “inflamação mental” na ideiação (teorizações) ou emocional (ataques súbitos de cólera, indignação, etc.).

Devido à congestão facial de longa duração, nos pacientes do radical enxofre é frequente encontrar **áreas circunscritas de vermelhidão**, por exemplo, nas bochechas, no nariz, ou nas orelhas, que com o tempo podem levar ao aparecimento de venectasias, cuja cor também é vermelha. É bem conhecida a vermelhidão nos orifícios corporais: lábios, pálpebras, mucosa nasal, ânus.

✓ O **prurido** é uma constante em todos os medicamentos do radical enxofre.

Pode tratar-se do simples prazer de se coçar – que tenho chamado de “síndrome de Baloo”, de acordo com a personagem da versão Disney do “Livro da Selva” – ou de formas verdadeiramente intoleráveis. Muitas vezes o prurido é localizado, vale dizer, não acomete a totalidade do corpo, mas certas áreas privilegiadas, em particular as pernas (*Calc-s*, *Nat-s*) e as costas (*Calc-s*). No caso da acne, nem sempre encontramos prurido propriamente dito, mas uma necessidade virtualmente obsessiva de cutucar as lesões, “apertar espinhas” (*Ant-c*, *Calc-s*).

✓ A **sensação** predominante na foliculite sulfúrica é de calor, queimadura e dor.

Quanto mais puro o radical enxofre, tanto mais forte é a sensação local de calor e de pontadas (*Apis*, *Arn*, *Bell*):

- A dor é mais acentuada e cobre superfícies puntiformes em *Kali-s*
- Acompanha-se de sensibilidade extrema ao toque em *Hep*
- Notável sensação de queimação local em *Ars-s-f*

✓ **Longa persistência das manifestações cutâneas**

Os pacientes do radical enxofre “sempre têm algum problema na pele”, trate-se da mera necessidade de se coçar, ou de que a pele sempre esteja “produzindo alguma coisa”, desde manifestações anódinas como o simples prurido voluptuoso a patologia manifesta, como dermatite atópica e outros tipos de eczema. Ora na consulta atual, ora na história pregressa, nunca falta a sintomatologia cutânea nos pacientes do radical enxofre.

✓ No caso da acne, caracteristicamente, a foliculite evolui para a **formação de furúnculos ou abscessos** (*Calc-s*, *Hep*, *Kali-s*, *Sulph*) recorrentes ou periódicos, com períodos de agravação espetacular, seguidos de períodos silenciosos – ao contrário do radical silício, aonde a evolução é contínua, tórpida e prolongada.

✓ **Na acne, Sulphur é ao mesmo tempo um dos medicamentos mais congestivos e mais destrutivos.**

O aspecto congestivo se reconhece facilmente porque, em geral, trata-se de um eritema cutâneo, ora folicular, ora atingindo superfícies maiores. A destruição pode progredir em

profundidade, alcançando a derme e, portanto, produzindo cicatrizes que representam verdadeiros “*estigmas sulfúricos*”, que podem permanecer por muitos anos depois do desaparecimento da acne.

✓ No radical enxofre, sempre deve levar-se em conta o ***polimorfismo das lesões***.

Um mesmo paciente pode apresentar lesões em diversos estágios de evolução, desde uma “simples espinha” a furúnculos e cicatrizes.

✓ No entanto, em todos os casos, a ***base das lesões é congestiva***, de modo muito extenso (*Hep, Sulph*) ou mais limitado (*Calc-s, Chin-s, Kali-s*).

✓ Dentre as características gerais do radical enxofre, destaca-se o ***aspecto “sujo” da pele***.

Ele se deve em parte à produção sebácea, que dá à pele um aspecto oleoso, com poros dilatados, e em parte à presença de comedões e cicatrizes desagradáveis.

Por vezes, esse quadro se associa com o odor intenso da transpiração e da secreção sebácea. Nesse sentido, o quadro mais dramático é o oferecido por *Hepar sulphur*, que não suporta o seu próprio cheiro e que pode sofrer de “complexo de feiura”. No entanto, situações similares podem ser encontradas também em outros pacientes do radical enxofre.

Homeopatia em imagens: *Sulphur* num adolescente

Fig. 1. Aspecto geral da face, com muitos elementos foliculares polimorfos distribuídos por toda a superfície, em diversos estágios de evolução: máculas, pápulas, pústulas.

Os elementos estão bem delimitados e não tendem a confluir e cada um está rodeado de uma área congestiva.

No nariz e na bochecha, a abertura dos folículos está deprimida; “poros dilatados”.



Fig. 2. Detalhe da testa. A pele é oleosa na superfície; a evolução da foliculite pode apresentar desde elementos máculo-papulares congestivos, cuja base é relativamente extensa (à esquerda) até a formação de pústulas pequenas, de cor branco-amarelada; a congestão predomina sobre a supuração.



Fig. 3. Detalhe da região mandibular. Elementos de foliculite sobre um fundo eritematoso generalizado, com congestão e infiltração local, que predominam à custa da pustulização. Por esse motivo, a pele aparece desnivelada.



Fig. 4. Detalhe do lado esquerdo do queixo. Novamente, a congestão predomina sobre a supuração. As pústulas onde o pus foi exprimido desenvolvem crostas amarelas e finas, fáceis de remover (no centro).



Fig. 5. Detalhe do lado direito do queixo. Muitos elementos pustulosos próximos, cada um rodeado por um halo congestivo de cor vermelha, determinando elevações na pele. Na superfície das pústulas se formam crostas amarelas. Devido à congestão local, os elementos são sensíveis ao toque e dolorosos à expressão profunda, mas supuram de modo relativamente fácil e sem dor quando se raspa a ponta da espátula – à diferença de *Hep*, aonde também a expressão do pus é dolorosa. A expressão das pústulas não reduz a congestão na base do folículo (carácter sulfúrico), à diferença dos medicamentos sífilíticos (radicais potássio, mercúrio e flúor) e do radical silício.



Fig. 6. Detalhe do lado direito da face. Um dos elementos da foliculite tem começado a curar e se pode observar o aparecimento de cicatrizes. No início, as cicatrizes estão rodeadas por congestão e estão deprimidas; “poros” grandes e abertos. As cicatrizes persistem por muito tempo, originando os “estigmas sulfúricos”. É notável, mesmo nesta idade, a concomitância com dermatite seborreica, manifesta através de escamas esbranquiçadas e finas – aqui, nas orelhas (*Ars, Lyc, Thuj, Zinc, etc.*).



Fig. 7. Estigmas sulfúricos muitos anos depois da acne. Permanecem cicatrizes deprimidas. Observar: lábios vermelhos, poros dilatados e deprimidos, pele oleosa – estes sinais permitem o reconhecimento retrospectivo do medicamento e da tipologia



Antimonium crudum

Ant-c é um composto de antimônio e enxofre e ambos os componentes manifestam as suas características na acne.

O primeiro aspecto que aponta para este medicamento é o aspecto arredondado, não necessariamente gordo, da face e do corpo em geral. Embora a obesidade seja frequente, não está presente em todos os paciente que, por outro lado, conservam a forma geral arredondada. Via de regra, são calorentos e glutões.

Fig. 8. A face de *Ant-c*: redonda, frequentemente infiltrada; nas mulheres, por vezes há sinais discretos de hirsutismo.



Fig. 9. Detalhe de forma típica da acne de *Ant-c*, aqui na face e no pescoço. O elemento predominante é a inflamação estritamente local dos folículos, sem congestão generalizada da derme (*Sulph*). Cada elemento folicular está bem delimitado, a congestão é perifolicular, mas sem aspecto de eritema (*Sulph*): como só alguns folículos estão afetados, a congestão não se propaga, mas permanece localizada. Caracteristicamente, os elementos são indolores.



Quanto à textura da pele, o **engrossamento** é característico. Nesse sentido, a pele e o tecido celular são solidários: a infiltração é dermo-hipodérmica e não há disjunção epidermo-dérmica, como nos radicais potássio e sódio e em *Dulcamara*.

Fig. 10. Detalhe dos elementos foliculíticos. Um dos principais problemas semiológicos para distinguir entre o radical enxofre e a classe dos halogenados, na acne, é a presença e a intensidade dos cistos cutâneos. Ao simples olhar, ambos os grupos apresentam, aparentemente, micronódulos subcutâneos. Porém, olhando mais de perto, no radical enxofre predomina a congestão folicular e perifolicular, com menos cistos, relativamente – embora em *Ant-c*, os cistos podem ser mais frequentes que em *Sulph*, devido a sua tendência sicótica. No entanto, ao que ao simples olhar possa parecer cistos, em *Ant-c* está estritamente ligado à congestão folicular. Na associação de radicais que compõe *Ant-c*, as características do enxofre se conservam e combinam com a localização estritamente folicular do antimônio.



Fig. 11. Detalhe da foliculite de *Ant-c*. Elementos bem definidos, inflamação perifolicular, sem propagação, com pustulização mínima.



Referências

1. Jurj G, Waisse S. Clínica homeopática prática. São Paulo: Organon; 2011.