

Anexo

Annex

Atas das Sessões Sociedade Brasileira de Dermatologia

Intervenções de Adolpho Lutz

Nota introdutória

Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), o *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia* foi oficialmente lançado na sessão inaugural da entidade, em 4 de fevereiro de 1912, estabelecendo-se na ocasião com periodicidade bimestral. Foi publicado de 1912 a 1919, com interrupção nos anos de 1916 e 1917. Embora a sociedade brasileira houvesse tomado como modelo a Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, que funcionava desde 1889 no Hospital São Luís, somente em 1925, quando Eduardo Rabello substituiu Fernando Terra na presidência da entidade, esta incorporaria a seu nome, e ao nome de seu periódico, o termo alusivo à sífilis. Os *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphillographia* conservariam esse título até 1965, quando foi suprimida a conexão com a sífilis. Mais abrangentes que o *Boletim*, que transcrevia apenas as atas das sessões da Sociedade, os *Annaes* publicavam também comunicações de outras entidades médicas ligadas à dermatologia e à venerologia.

Adolpho Lutz foi um dos presidentes honorários da Sociedade Brasileira de Dermatologia e integrou a direção científica do periódico até 1940.

Referenciamos a seguir todas as sessões em que o Dr. Lutz esteve presente, e transcrevemos os trechos das atas que registram sua participação nos debates, privilegiando os resumos publicados no *Boletim* e nos *Anais*. Para os intervalos de tempo não cobertos por esses periódicos, utilizamos *O Brazil-Medico* que, por diversos anos, na seção “Associações Científicas”, publicou versões um pouco mais condensadas das atas das reuniões da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

No período compreendido entre 1912 e 1915, totalmente coberto no *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, Adolpho Lutz participa assiduamente das sessões da SBD. No período subsequente, observam-se freqüentes lacunas na publicação das atas das sessões, ou constantes ausências de Lutz. Boa parte das sessões ocorridas em

1916 encontram-se registradas em *O Brazil-Medico*. As intervenções de Lutz nas reuniões da Sociedade em 1918 e 1919 voltam a ser transcritas em seu *Boletim*, mas com relação ao intervalo entre 1920 e 1925, só encontramos dados a esse respeito em *O Brazil-Medico* no ano de 1921, e ainda assim com muitas falhas. A partir de 1922, esse periódico deixou de publicar as atas da Sociedade, e de qualquer modo a participação de Lutz em seus debates, a julgar pelos registros publicados nos *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphillographia*, tornou-se cada vez mais escassa.

Com relação às sessões de que o Dr. Lutz participou, transcrevemos apenas os trechos que guardam relação com seus comentários, registrando, em nota, informações concernentes aos demais temas apresentados, sobre os quais ele não se manifestou. Suprimimos as referências às figuras feitas pelos participantes das sessões pois não serão reproduzidas aqui.

Sociedade Brasileira de Dermatologia

Índice das sessões e comunicações que motivaram comentários de Adolpho Lutz

Sessão de Instalação, em 4 de fevereiro de 1912

Sessão em 1º de março de 1912

Casos de boubas – Dr. Silva Araújo Filho

Um caso de dermatite eritemato-vesicobolhosa ou Moléstia de Duhring

– Dr. F. Terra

Granuloma ulceroso tropical – Dr. E. Rabello

Sessão em 1º de abril de 1912

Dois casos de blastomicose – Dr. F. Terra

Um caso de blastomicose – Dr. E. Rabello

Caso de angioqueratoma simulando o pé-de-madura – Dr. A. Austregésilo

Leishmaniose da mucosa bucal – Dr. E. Rabello e interno João Pupo

Sessão em 9 de agosto de 1912

Um caso pró-diagnose: sarcomatose de Kaposi? – Dr. Eduardo Rabello

Um caso de boubas – Dr. E. Rabello

Sessão em 2 de outubro de 1912

A propósito da leishmaniose – Dr. A. Lutz

Sobre a Lepra – Dr. A. Lutz

Sessão em 18 de novembro de 1912

Prurigo de Hebra – Dr. E. Rabello

Angioma do pavilhão da orelha esquerda – Dr. Terra

Dois casos de blastomicose – Dr. E. Rabello

Outro caso de blastomicose – Dr. Gaspar Vianna e interno Gomes da Cruz

Sessão em 30 de dezembro de 1912

Úlceras cutâneas múltiplas – Dr. Juliano Moreira

Neurofibromatose – Dr. Juliano Moreira

Tratamento do granuloma tropical pelo tártaro emético – Drs. Gaspar Vianna e H. Aragão

Sessão Solene em 1913

Homenagem ao Dr. Adolpho Lutz

Sessão em 7 de abril de 1913

Blastomicose – Prof. Terra

Sessão em 7 de maio de 1913

Tinha causada pelo *Trichophyton violaceum* – Dr. Mario Toledo
Caso de esporotricose – Dr. E. Rabello

Sessão em 28 de maio de 1913

Distribuição geográfica no Brasil da leishmaniose – Prof. E. Rabello
Úlcera fagedênica tropical – Prof. E. Rabello

Sessão em 29 de julho de 1913

Blastomicose – Dr. Werneck Machado

Sessão em 28 de novembro de 1913

Caso pró-diagnose – Dr. E. Rabello

Sessão em 29 de dezembro de 1913

Cancro mole serpiginoso – Dr. E. Rabello
Sífilide ulcerosa generalizada – Dr. Werneck Machado

Sessão em 29 de maio de 1914

Acidentes do 914 – Dr. F. Terra
Úlcera fagedênica tropical – Dr. Silva Araújo Filho
Emprego do galyl – Dr. Werneck Machado
Epitelioma da região umbilical – Dr. D’Utra e Silva

Sessão em 7 de maio de 1915

Epiteliomatose múltipla primitiva – Dr. Rabello
Casos de granuloma ulceroso – Dr. Silva Araújo Filho
Larva migrans – Dr. F. Terra

Sessão em 21 de maio de 1915

Onicomiose rara – Dr. F. Terra
Blastomicose bucal – Dr. F. Terra
Dois casos de botriomicoma humano – Dr. E. Rabello

Sessão em 9 de julho de 1915

Sarcomatose secundária hipodérmica – Dr. Jorge de Gouvea
Leishmaniose e epitelioma – Dr. E. Rabello
Míase linear – Dr. F. Terra

Sessão em 30 de julho de 1915

Caso pró-diagnose – Dr. Werneck Machado
 Mais um caso de bouba – Dr. Silva Araújo Filho

Sessão em 11 de agosto de 1915

Caso pró-diagnose – Dr. F. Terra

Sessão em 24 de setembro de 1915

Tuberculose pápulo-necrótica – Dr. E. Rabello

Sessão em 8 de dezembro de 1915

Caso pró-diagnose – Dr. F. Terra
 Leishmaniose mista – Dr. Silva Araújo Filho
 Sífilide anular – Dr. Silva Araújo Filho
 Psoríases e tuberculose – Dr. Felício Torres

Sessão em 2 de junho de 1916

Larva migrans

Sessão em 7 de julho de 1916

Úlcera tropical

Sessão em 4 de agosto de 1916

Nodosidades justarticulares de Jeanselme
 Ceratodermia simétrica das extremidades

Sessão em 1º de setembro de 1916

Nodosidades justarticulares
 Sarna – Pediculose

Sessão em 10 de novembro de 1916

Eritema pelagróide

Sessão de junho de 1919

Sifilomas primários extragenitais – Dr. Gilberto M. Costa.
 Nodosidades justarticulares – Dr. F. Terra
 Bubonulo do sulco balanoprepucial – Dr. F. Terra

Sessão de julho de 1921

Caso pró-diagnose
 Sobre o rinoscleroma

Sessão em setembro de 1921

A sífilis e os problemas neurológicos
Sobre um caso de eritema medicamentoso

Sessão em 25 de abril de 1922

Eritema arsenical

Sessão em 31 de agosto de 1926

Casos de lúpus eritematoso – Prof. Felício Torres
Blastomicose – Prof. Rabello

Sessão em agosto de 1927

Acladiose micosa – Eduardo Rabello e Olympio da Fonseca

1930

Adolpho Lutz é indicado membro da comissão que representaria a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia no VIII Congresso Internacional de Dermatologia.

1912

Sessão de instalação, em 4 de fevereiro de 1912

Reunidos às 10 horas da manhã no Pavilhão Miguel Couto da Santa Casa de Misericórdia os Drs. Moncorvo Filho, Alfredo Porto, Eduardo de Magalhães, Werneck Machado, Adolpho Lutz, Victor de Teive. Caetano de Menezes, Gaspar Vianna, Leal Júnior, Eduardo Rabello, Silva Araújo Filho, Juliano Moreira, Paulo Horta, Zopiro Goulart, Miguel Salles, Eduardo Jorge, Franco de Carvalho e Fernando Terra, ocupou a mesa a comissão organizadora composta dos Drs. F. Terra, Eduardo Rabello e Werneck Machado. Declarado o fim da reunião, o primeiro convidou para assumir a presidência ao Dr. Juliano Moreira, e servirem como secretários os Drs. Paulo Horta e Silva Araújo Filho, ficando assim constituída a mesa provisória.

O *Dr. Terra* procede à leitura do projeto de estatutos, que havia já elaborado com fim de abreviar a organização da Sociedade, sendo discutidos todos os artigos, sucessivamente aprovados, e nomeada uma comissão composta dos Drs. Juliano, Terra, Lutz, Werneck Machado e Rabello para dar a redação final de acordo com o vencido.

Ficou resolvido que a eleição da mesa definitiva fosse realizada imediatamente, sendo aceita a indicação do Dr. Moncorvo Filho para que se aclamasse a seguinte diretoria:

Presidente – Dr. Fernando Terra.
 Vice-Presidente – Dr. Werneck Machado
 Secretário Geral – Dr. Eduardo Rabello
 Tesoureiro – Dr. Miguel Sampaio
 Bibliotecário – Dr. Alfredo Porto

1ª sessão ordinária, 1º de março de 1912

Presidente – Dr. F. Terra
 Secretário Geral – Dr. E. Rabello
 Secretário de sessão – Dr. Victor Teive
 Sócios presentes – Drs. Werneck Machado, Adolpho Lutz, A. Austregésilo, Alfredo Porto, Moncorvo Filho, Teixeira Lima, Linneu Silva, Carlos Villela, Silva Araújo Filho, Caetano de Menezes, Gaspar Vianna, Paulo Horta, Dias da Silva, Mario Góes e Miguel Salles.

Casos de boubas, pelo Dr. Silva Araújo Filho ¹

Os dois casos que vamos descrever oferecem, a meu ver, algum interesse não só por se tratar de uma doença, que vai rareando no Brasil, como por algumas particularidades, que assinalaremos.

¹ *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia* (doravante referenciado nestas notas como *Boletim*), p.5-8, 1912.

Obs. I – Pio G., preto, brasileiro de 48 anos, natural de Minas, lavrador, residente em Itacoara, Estado do Rio, entrou para a Clínica Dermatológica do Prof. F. Terra em 4 de fevereiro de 1912.

Não tem antecedente venéreo, e por muito tempo conviveu com pessoas de sua família atacada da mesma doença. Há quatro anos que ela começou por nódulos no espaço do primeiro com o segundo dedo do pé esquerdo. Antes de surgir o tubérculo teve calafrios, febre e dores articulares.

Durante três anos assim permaneceu o acidente inicial, até que se desvaneceu, deixando uma cicatriz esbranquiçada. Dois meses depois apareceram em vários sítios do corpo outros elementos idênticos ao primeiro, constituídos por tubérculo do tamanho de avelã e coberto de crosta amarela, espessa, pouco aderente. Retirando-se esta, vê-se um papiloma róseo, banhado por líquido pouco abundante ligeiramente amarelado; o todo faz lembrar a superfície de uma framboesa. Essas lesões espalham-se pelos braços e antebraços, em número discreto, e sem ordem, e alternam com algumas manchas hipercrômicas e outras desvanecidas. Nos cotovelos formações papulo-escamosas, ictiosiformes, desprendendo-se facilmente as escamas. Nos membros inferiores existem tubérculos do tamanho de avelã, muriformes, assestados nos joelhos, pernas, regiões glúteas, e na região dorsal dos pés manchas escuras de antigas lesões. Na face externa dos pés lesões epidérmicas, liqueniformes. Na palma das mãos hiperkeratose difusa, com exageração das dobras de flexão, e na planta dos pés espessamento da camada córnea, que se acha em certos pontos reduzida, formando depressões irregulares, de aspecto particular. Alguns tubérculos das plantas acham-se ulcerados, determinando dor e dificuldade à marcha. Os pêlos são normais, as unhas dos pés espessadas e estriadas longitudinalmente. Nenhuma alteração existe nas mucosas.

O doente queixa-se de dores articulares, com exacerbações noturnas. Reação de Wassermann negativa, positiva a pesquisa do *Treponema pertenué*, feita em *frottis* corado pelo Giemsa. Como houvesse albuminúria deixou-se de dar *Salvarsan*, e empregou-se a iodona, depois substituída pelo iodureto de potássio em dose quotidiana de 3 g, o que fez desaparecerem os papilomas.

Obs. II – Aristides S., preto, 20 anos, solteiro, brasileiro, residente no Estado do Rio, entrou para o serviço clínico do Prof. Terra em 14 de fevereiro de 1912. Não tem antecedentes venéreos, nem estigmas de heredossífilis. A primeira manifestação da moléstia deu-se há dois anos, com o aparecimento na região masseterina esquerda de um nódulo, que desenvolveu-se lentamente, e seguido de lesões idênticas espalhadas pelo corpo. Em setembro de 1910 recolheu-se a um hospital do Rio, onde lhe administraram o *Salvarsan* em injeção endovenosa. Apresenta de novo a erupção, constituída por placas vegetantes, de vários tamanhos, cobertas de crosta amarela, espessas, pouco aderentes, que retiradas deixam ver o papiloma típico da boubá.

Assestam-se no lado esquerdo da face, e no lábio superior, invadindo toda a parte cutânea, numerosos tubérculos confluentes, cobertos de crosta, que terminam no rebordo da mucosa, e todavia não a invadem. Na região olecraniana esquerda existe uma placa circular de papilas hipertrofiadas, aconchegadas, banhadas por um líquido seropurulento, superficial, e sem dureza da base. Manchas escuras espalhadas pelos membros indicando antigos papilomas. Como acontece invariavelmente na boubá as mucosas acham-se poupadas. A erupção é pruriginosa.

Reação de Wassermann negativa, e nos *frottis*, corados pelo Marino, foram vistas numerosas espécies do *Treponema pertenue*. Submetidas às injeções de *Salvarsan*, as lesões ao começo tornaram-se mais coradas, e em breve começaram a regredir.

São ambos os casos inegavelmente de boubá, comprovada pela pesquisa do treponema de Castellani, doença que está hoje identificada ao piã, *yaws* ou framboesia trópica, pela feição clínica, pela parasitologia, experimentação, e histologia patológica.

Nesses dois doentes é clássico o aspecto da boubá, não podendo sobre o diagnóstico pairar dúvida. Oferecem particularidades que merecem ser assinaladas. De um modo geral: lesões primárias extragenitais, assestando-se em um membro inferior, localização bastante freqüente; longa duração do acidente inicial, que em um deles durou três anos; monomorfismo da erupção; mucosas respeitadas; cabelos e barba conservados; propensão à reincidência; afecção pruriginosa; prognóstico benigno. As alterações córneas dos pés e mãos observam-se muitas vezes entre os nossos boubáticos, e perfeitamente idênticas às que foram descritas por J. Baermann na framboesia, e que ele considera como peculiares à doença. (Archiv für Schiffs und Tropenhygiene – Band XV – 1911).

Em ambos os doentes, o Wassermann foi negativo, quando temos sempre observado em outros boubáticos revelar-se positivo. Finalmente é o *Salvarsan* o medicamento de escolha, e que veio substituir o iodureto de potássio, que também mostra-se, se bem que em menor escala, de eficácia.

O *Dr. A. Austregésilo* discute o caso, lembrando que sempre se colocou entre os que têm a boubá como moléstia independente da sífilis. Entre outras razões alega o efeito que produz o iodureto de potássio mais enérgico para as lesões boubáticas e a influência quase nula do mercúrio nestas. O *Salvarsan* revela uma ação muito mais enérgica na boubá que na sífilis. Lembra o que ocorreu em um hospital de boubáticos, que teve de fechar suas portas por falta de doentes, todos curados pelo 606.

O *Dr. Werneck Machado* aprecia o efeito extraordinário do 606 no desaparecimento das lesões da boubá, e acredita que a reincidência que se deu em um dos doentes correu por conta da insuficiência do tratamento.

Não sendo, nessa ocasião, bem conhecidas as contra-indicações do *Salvarsan* recebeu-se o emprego de doses repetidas, o que motivou a instabilidade da cura.

O *Dr. E. Rabello* apresenta o último trabalho de Baermann sobre a boubá ou framboesia, no qual procura estabelecer o diagnóstico diferencial entre as lesões ceratósicas, assestadas nas palmas das mãos e plantas, de natureza boubática com as mesmas lesões produzidas pela parasita da *tinea albigena*. Acredita o orador porém que nesta, ao contrário da boubá, as alterações epidérmicas são mais superficiais e seguidas de acromia.

Para estabelecer o diagnóstico diferencial, seriam imprescindíveis as pesquisas de laboratório. Para o diagnóstico da framboesia, em estado latente, Baermann baseou-se na reação de Wassermann, dando uma porcentagem aliás muito elevada, de 80%, o que não se obtém nem mesmo na sífilis de evidência.

O *Dr. A. Austregésilo* acentua a dificuldade que muitas vezes tem o clínico de estabelecer a distinção entre a boubá e a sífilis, principalmente quando feita por médicos não habituados com as doenças tropicais, que muitas vezes são levados por informes dos doentes.

O *Dr. Adolpho Lutz* homologa esse modo de ver, e diz que fora do Brasil tem-se confundido a boubá, ou piã, com outras doenças que também reinam em nosso país, como a blastomicose e a leishmaniose, criando-se até o tipo imaginário da boubá brasileira.

Um caso de dermatite eritemato-vesicobolhosa ou Moléstia de Duhring, pelo Dr. F. Terra²

Não conseguiram os autores estabelecer em base sólida a classificação das dermatoses bolhosas essenciais, sobre cujos tipos clínicos ainda se abrem debates, provavelmente pelo desconhecimento das causas etiológicas que presidem a sua formação.

A discussão versa ora sobre a legitimidade da dermatite herpetiforme de Duhring, ora sobre a conveniência de conservar-se intacto o grupo das dermatoses polimorfas dolorosas, assim como sobre a significação que deve ter o capítulo das afecções penfigóides dos alemães, ou finalmente sobre a propriedade do tipo clínico sustentado pela escola francesa do eritema vesicobolhoso.

O nosso caso, considerado pela feição clínica, pode ser enquadrado na forma especial da dermatite herpetiforme de Duhring, levando-se também em consideração que eles têm sido vistos em pontos determinados do interior do nosso país. No nosso doente o diagnóstico ao começo rodeou-se de sérias dificuldades, porque a erupção estava desvirtuada em sua morfologia, e só depois de um tratamento preliminar rigoroso é que se pôde apreciar o início e evolução das eflorescências. Trata-se do doente M. G. D., de cor branca, português de 40 anos, solteiro, lavrador, residente em S. João de Meriti, Estado do Rio, que entrou para a Clínica Dermatológica em 23 de maio de 1911. Datava de 5 meses a sua doença quando ele internou-se em nosso serviço, tendo antes sido tratado, sem resultado, no hospital da Gamboa. A não ser a varíola que teve há oito anos a sua história mórbida carece de importância, sendo negativo o que diz respeito a doenças venéreas. Acha-se o doente profundamente abatido, magro, com o peso de 40 quilos. As pernas conservam-se em flexão forçada, o que acontece com os antebraços, devido isso à retração dos tendões, que se vêem sob o tegumento como cordas tensas; a amiotrofia estende-se por todo o corpo, a pele da face amolda-se às partes ósseas, desfalcada de sua mobilidade. Iniciou-se a doença pelo aparecimento em ponto circunscrito da parte posterior do braço esquerdo de uma infiltração da pele, onde dentro em pouco surgiram bolhas, acusando o paciente de queimadura durante toda a evolução das lesões. Rapidamente foram estas invadindo o tegumento de modo que ao cabo de um mês achavam-se generalizadas, só ficando poupadas as mucosas. A propagação não se fez por continuidade porque segundo informa o doente, foram sucessivamente atacados, depois do membro superior esquerdo, o tronco, membro superior direito, membros inferiores e por último a extremidade cefálica. Durante muito tempo viu-se polimorfismo das lesões porque enquanto em sítios elas regrediam, em outras partes novos surtos se operavam, de modo que existiam ao lado de manchas rubras com vesículas e bolhas, crostas e escamas a que sucediam manchas escuras. Atingida a fase

² *Boletim*, p.8-13, 1912.

adiantada da dermatose a erupção primordial não pôde ser apreciada porque sobre a pele rubra, em muitos pontos fendilhada, endurecida e sem mobilidade só existiam escamas e crostas dando idéia de herpetide maligna exfoliadora, de Bazin, *caput mortuum* dos processos crônicos graves de algumas dermatoses.

Aconselharam o uso da pomada de óxido de zinco, que nenhum resultado deu. Durante toda a marcha das lesões sentia o doente intensa dermalgia, que alternava com crises de prurido predominando agora esta sensação. Entrando para a enfermaria no estado que descrevemos não podia levantar-se do leito, onde quase em imobilidade absoluta se conservava, porque ao mudar de posição sentia fortes dores e a pele fendia-se nos pontos em que estava adelgada.

Os pêlos, unhas e cabelos achavam-se perfeitamente íntegros, estes aglutinados pela grande porção de escamas gordurosas que aderiam a todo o couro cabeludo. A pele atrofiada conservava as dobras que se lhe faziam. Foi prescrito internamente o sulfato de quinina com ergotina, e localmente pastas de óxido de zinco. Removidas as escamas e crostas, melhorado o estado do tegumento, pôde ser apreciado o modo de formação das lesões pela ocorrência de um outro surto, que se deu sob nossas vistas. Forma-se uma fluxão hiperfêmica em geral circular e logo depois surgem as flictenas, que entretanto não chegam a completar a sua evolução porque a epiderme rompe-se, espalhando-se o líquido.

Muito mais comum é a disposição em círculo, ou arco de círculo, que tomam as pequenas bolhas. A epiderme de revestimento alonga-se porque a cavidade não chega a encher-se do líquido seroso, e rompe-se, dando-se logo depois a formação da crosta. Outras vezes a vesicobolha nem chega a se formar, aborda logo ao surgir de modo que a lâmina córnea se descola em retalho e vê-se então o tegumento rubro e úmido.

Essas placas vão confluindo de modo a ocuparem largas superfícies onde por fim só se vê a pele atrofiada, endurecida, coberta de escamas de diversas dimensões. Em muitos lugares obtém-se facilmente o sinal de Nicholsky, que consta do descolamento da epiderme córnea pela pressão da pele com a polpa do dedo, imprimindo-se um movimento de resvalamento. As funções orgânicas fazem-se com relativa regularidade. Empregamos como ensaio terapêutico em desespero de outro tratamento o 606 em dose mínima e repetida, obtendo com isso melhoras no estado geral, e mesmo a pele modificou-se sensivelmente de modo a permitir que o doente saísse do leito e pudesse caminhar.

A urina emitida em 24 horas foi de 725g, de 1.018 de densidade, reação ácida, cor normal, contendo por litro 0,26 de ácido úrico, 12,45 de uréia, 14,0 de cloreto, e 3,0 de fosfato, sem albumina nem açúcar.

Exame do sangue: contagem global: hemácias 2.400.000; leucócitos 8.700; específicos – leucócitos neutrófilos 42%, basófilos 3,4%, eosinófilos 29,7%, mononucleares 1,9%; hemoglobina (Fleishl-Mies) 35%.

Exames das fezes: óvulos de ancilóstomos, de *ascaris lombricóides* e *tricocefalus díspar*.

A eosinofilia é um fenômeno constante nas dermatites bolhosas, principalmente na Moléstia de Duhring, porém a verminose intestinal aqui tira todo o valor como elemento subordinado à dermatose.

O *Dr. Adolpho Lutz* mostra que não é perfeita a identidade desses casos nossos de dermatite eritemato-bolhosa com a Moléstia de Duhring. Atendendo para o fato de ter sido ela observada em zonas contaminadas pela moléstia de Chagas, ou *Schyzotrypanose*, e pela ação favorável da tiroídiana, mostrando haver um estado de hipotiroidismo, aventa a possibilidade de defrontar-se com uma forma atípica dessa moléstia. Refere-se a dois casos, que viu em Lassance, zona onde grassa a moléstia de Chagas. Sabe que casos semelhantes têm sido capitulados de Tokelau pelo fato de terem sido encontrados ao exame microscópico alguns fungos nas escamas. Isso não tem importância, por enquanto podem ser cogumelos banais, que vivem nas lesões.

O *Dr. Teixeira Lima* homologa as idéias emitidas pelo *Dr. Lutz* e refere-se a dois casos observados na França, num dos quais havia também o bócio.

Alude também à retração muscular do doente, e lembra que em um dos seus casos era esta tão acentuada que impedia a marcha.

Um deles melhorou muito com o tratamento arsenical.

O *Dr. Dias da Silva* refere-se a casos que observou na zona do Nordeste de São Paulo, diagnosticados como pênfigo foliáceo, quase todos seguidos de morte, tendo apenas um melhorado com o emprego do *Salvarsan*.

O *Dr. Adolpho Lutz* tendo em vista o efeito do 606 nesse caso, lembra que isso nos leva à idéia de ser provavelmente o germe da moléstia um protozoário, pois é nestas doenças que por excelência atua esse medicamento. Conclui que em geral o desenlace fatal dá-se à custa de infecções secundárias.

Aconselha a se insistir no 606.

O *Dr. F. Terra* lembra um caso observado na Clínica Dermatológica, de longa duração, e que terminou por septicemia.

O *Dr. Werneck Machado* viu já quatro casos idênticos a este, não importando muito a terminologia visto a classificação das afecções bolhosas ser ainda confusa.

Refere o seguinte fato:

E. M., 26 anos, branca, brasileira, casada, deu à luz, há oito anos, uma criança do sexo feminino, que nasceu em estado de morte aparente, e ainda vive, realizando-se o parto sob uma crise terrível de eclâmpsia. Um ano depois engravidou, e seu médico, receando nova crise eclâmpica, submeteu-a durante todo o período de gestação ao regime exclusivamente vegetal e lácteo, que, no dizer da doente, muito a depauperou.

O produto dessa gestação, terminada naturalmente, foi uma criança do sexo masculino que nasceu com uma erupção vesicobolhosa generalizada, segundo contam os pais, e que não poupou as mucosas da boca etc. A criança faleceu com cinco meses de idade, e nessa ocasião começou a moléstia da nossa cliente por uma rubefação dos bicos e aréolas dos seios, da cicatriz umbilical e das axilas, muito pruriginosa e úmida, pontilhada de pequenas vesículas, formando grupos circulares em seu centro ou dispostos na periferia limitando as respectivas bordas, nitidamente circinadas. Aos poucos o pescoço,

em volta, o dorso, as partes laterais do tronco, os braços, o ventre, as regiões glúteas e coxas até os joelhos foram se cobrindo das mesmas eflorescências sob forma de vesículas pequenas dispostas sempre ora circularmente, ora serpiginosamente, e emergindo de uma superfície eritematosa simulando placas de herpes circinado. Em certos círculos a confluência e o aconchego das vesículas transformavam-nas em verdadeiras bolhas, que pela ruptura deixavam sair um líquido seroso, abundante. Pruriginosa ao princípio, tornou-se em breve dolorosa, determinando grande sofrimento e impossibilitando a doente de dormir sem o uso de calmantes. Recorreu a vários médicos, conseguindo às vezes melhoras, porém novas *poussées* se manifestavam. Vimos a doente há três anos durante um surto das manifestações, que se assestavam no pescoço, partes laterais do tronco, axilas, braços, mamilos, ventre, regiões glúteas e coxas, poupados a extremidade cefálica, antebraços e mãos, pernas e pés, e mucosas. A dermatose era constituída por uma superfície vermelha e ligeiramente edematosa, grupos de pequenas pápulas, vesículas, bolhas e pústulas de vários tamanhos, ora em círculos, ora em semicírculos, linhas sinuosas, desenhos caprichosos. As bordas das placas eram limitadas por uma linha de iguais elementos, oferecendo o aspecto serpiginoso do herpes circinado comum. A doente queixa-se de dores constantes, insônia e inapetência, e a não ser o ataque de eclâmpsia e as perturbações da sensibilidade próprias da doença o sistema nervoso jamais deixou de apresentar normal funcionamento. Nada de anormal nos outros órgãos, como ausência de antecedentes sifilíticos, pessoais ou hereditários, como também nulo em relação a seu marido. Todos os tratamentos têm falhado, as melhoras ocasionais são perturbadas por agravações bruscas sem causa aparente. Fatos curiosos, a que assistimos, as dermatoses desapareceram durante a evolução de uma gestação, o que havia ocorrido em outras duas gestações.

Inspirado nesses fatos e conhecido o papel que representam no organismo as secreções das glândulas internas, no caso vertente relações entre a glândula tiróide e os ovários, recorri à ortopedia; por enquanto, reincidindo a moléstia após a terceira gravidez, persiste durante todo o tempo da quarta gestação terminada com felicidade, invadindo até zonas nunca afetadas, como a face, pernas e mucosa bucal. O parto deu-se há um mês estando ainda a doente literalmente coberta da erupção. É um caso típico da *dermatite herpetiforme Duhring* ou melhor *dermatite polimorfa dolorosa crônica com fluxões secundárias, de Brocq*.

De todos os tratamentos empregados o que mais beneficiou a pele e o estado geral foi o serum neurotrópico de Orlando Rangel, em injeções hipodérmicas diárias, composto de glicerofosfato de sódio, e cacodilato de estriçnina. Além disso tem sido empregado o cacodilato de sódio, metarsinato, licor de Fowler, atoxyl, hectina, piperazina, extratos de glândulas tiróide e ovariana. Tópicamente pós-absorventes, pastas e pomadas com estovaína, cocaína e antipirina, linimento óleo calcário. Regime alimentar adequado. Secando os elementos vesicobolhosos, formando-se crostas e escamas, que ao desaparecerem deixam manchas pigmentares, café com leite, que finalmente desaparecem. Atualmente está a doente a braços com um surto eruptivo, tendo aparecido ligeira albuminúria. Em breve darei o exame hematológico e urológico.³

³ Em setembro de 1912 a doente esteve em Poços de Caldas onde fez uso de banhos sulfurosos, tendo tomado o urodonal. Em fevereiro deste ano vimo-la magra e fraca, sem a dermatose, apenas com uma placa pigmentária na perna, e com as articulações (principalmente das mãos e pés) dolorosas.

Granuloma ulceroso tropical, pelo Dr. E. Rabello⁴

Damos aqui o resumo da observação de um caso desta dermatose, seguido de algumas considerações sobre a sua etiologia.

B. R. da S., brasileiro, pardo, com 25 anos de idade, solteiro, carpinteiro, morador no Engenho de Dentro, entrou para a enfermaria 19ª da Clínica Dermatológica a 19 de junho de 1911; seus antecedentes hereditários são destituídos de interesse; nunca teve acidentes venéreos e gozou saúde regular até a data da doença atual. Há cerca de um ano notou uma pequena formação papulosa na virilha esquerda, a princípio pruriginosa, e que mais tarde ulcerou-se tornando-se dolorosa à pressão; apesar de tratamento anti-séptico vário e incessante, a lesão progredia em extensão acompanhada de abundante secreção seropurulenta. Passado dois meses verificou que ao lado esquerdo do freio da verga apareceram lesões pequenas e múltiplas perfeitamente idênticas à inicial, que se fundiam na sua fase ulcerosa, lesões essas atribuídas pelo próprio doente a auto-inoculações da secreção que ocorria da primeira, já bem adiantada em extensão.

O doente é um indivíduo de boa compleição, estrutura mediana, sem outra perturbação do seu estado geral de saúde. Apresenta, no nível da parte superior da região inguinal esquerda, uma larga ulceração de forma elíptica com maior diâmetro dirigido no sentido da arcada de Poupart, e medindo cerca de onze centímetros, e o menor com a dimensão de quatro centímetros no ponto mais largo. A lesão é dolorosa ao contato, sendo mesmo dotada de excessiva sensibilidade; as bordas são regulares, mais elevadas que o nível da pele vizinha, e o fundo é róseo, ulcerado, coberto de botões carnosos, que sangram facilmente. À medida que se caminha das bordas para o centro da ulceração, esta mais se acentua, dando à lesão o aspecto de um *godet* raso. A cor torna-se também avermelhado-escuro no centro, com pontilhados hemorrágicos, em alguns pontos forma-se uma película brilhante parecendo feita de serosidade coagulada em leve camada, dando a impressão de uma falsa cicatrização.

No pênis vê-se uma larga ulceração de aspecto idêntico à acima descrita, já tendo destruído o freio, e estendendo-se para diante até o meato urinário, contornando o sulco bálano-prepucial e destruindo uma boa parte do prepúcio.

Dois centímetros abaixo da grande lesão da virilha observam-se uma pequena úlcera elíptica, de maior diâmetro no sentido da dobra inguinal, e logo abaixo uma pequena pápula inicial, semelhante, no dizer do doente, às que deram nascimento a outras ulcerações. Essa pequena pápula, do tamanho de um grão de milho, é ligeiramente hipertrófica. No fim de algum tempo de permanência no serviço, estas duas últimas lesões se fundiram resultando uma só ulceração.

A reação de Wassermann deu resultado negativo.

O iodureto em dose de 2 g por dia, administrado por pouco tempo aliás, em vista de fenômenos intensos de intolerância deu resultados poucos nítidos.

O cloreto de zinco, a tintura de iodo e a fumaça iodada deram resultados comparáveis, fazendo apenas a ulceração menos secretante.

O exame de *frottis* coloridos pelo azul de Marino revelou a existência de corpúsculos ovalares, às vezes inclusos em grandes células, raramente esparsos, inteiramente iguais aos que foram vistos em um outro doente com lesão clínica análoga, e cuja história foi

⁴ *Boletim*, p.13-7, 1912.

publicada pelo Prof. Terra em *O Brasil Médico* de 8.5.1912. Deste doente ocupar-se-á ainda o mesmo professor brevemente.

O interesse do caso sobe de ponto se ponderarmos que o germe só agora obtido em cultura pura desse primeiro caso é, segundo nos parece, inteiramente igual ao que obtivemos com as culturas desse nosso caso atual, e que cremos tratar-se de um *sporotrichum*. Julgamos pois de máximo interesse algo dizer sobre este assunto.

O granuloma ulceroso tropical descrito por Conyers e Daniels em 1896 na Guiana e até agora tido como de etiologia incerta; o bacilo de Koch (Le Dantec), o sp. *refrigens* (Mac Lennan) o pallida e o *refringens* (Wise), um espiroqueta do tipo da pálida (Maitland), um espiroqueta achado em cortes (Cleland), todos esses germes têm sido inculcados como agentes do granuloma. Existe porém um grupo de observadores que tem encontrado germes mais ou menos semelhantes, e o que é mais, para nosso caso muito comparáveis ao que encontramos. Desse grupo o primeiro foi Donovan, que em 1905 descreveu corpúsculos ovais, coráveis pelo Romanowsky, deixando ver no meio uma massa de cromatina e existindo às vezes em grande número inclusos em macrófagos.

Segue-se em 1910 o trabalho do Prof. Terra já referido, sobre um doente da enfermaria 19ª da Clínica Dermatológica onde foram encontrados corpúsculos semelhantes, e no mesmo ano de 1910 na Laucet um artigo de Carter que supõe tratar-se de um protozoário.

Em 1907, nos *Archiv für Schiffs-und Tropenhygiene* Siebert encontrou em *frottis*, e mais raramente em cortes nitrados, corpúsculos que acreditou serem um diplococo encapsulado ao lado de certas formas que lembravam células de lêvedo. Baseando-se nos fatos de serem estes os únicos germes encontrados em casos de granuloma de mais de uma procedência que examinou e de estarem em relação no corte com as zonas de lesão, crê Siebert que seja esse o agente causador do granuloma.

Para o caso a contribuição mais interessante é sem dúvida o trabalho último de Flu. Em cinco, de seis casos, que examinou, encontrou ele esses mesmos corpúsculos ovulares quase sempre inclusos em macrófagos (*plasmazellen*).

Os germes foram examinados a fresco, corados pelo Giemsa e pela Hematoxilina e em corte após nitratação. Foram obtidas culturas em ascite ágar caldo, mas o meio não parecia próprio, visto que só consentiu em três passagens. Do seu estudo não apresenta Flu uma conclusão definitiva, não só quanto à ação patogênica do germe como quanto à sua classificação. De um lado crê em um germe semelhante aos clamidozoários pelas reações que provoca na célula e pelas relações de grupamento ao redor do núcleo, e de outro, um diplobacilo encapsulado parecendo histologicamente a formação de um plasmoma vizinho do rinoscleroma.

Também nós, encaminhando a questão para um outro lado, obtivemos culturas do nosso caso. Já no 1º caso tínhamos obtido uma cultura, que aproximávamos de um *Sporotrichum*, ou de um hifoblasticeto, conforme publicação anterior; tendo no caso atual obtido a mesma cultura podemos ainda concluir por um *Sporotrichum*. Para o isolamento empregamos o meio glicosado de Sabouraud, onde obtivemos culturas muito poluídas que pudemos, entretanto, isolar. Como vêem, trata-se de colônias que quando novas se apresentam com uma cor branca-suja que mais tarde se tornam amareladas e finalmente cor de café-com-leite carregado. O aspecto é úmido e um tanto lustroso, e a colônia apresenta no centro um ponto mais acuminado de onde podem partir dobras radicais que lhe dão um aspecto muito particular.

No ponto em que confina a cultura vê-se melhor por transparência finas hifas imersas, radiadas. O exame microscópico das culturas novas revela sempre grande quantidade de corpúsculos ovalares que outros não são senão poros apensos a hifas ao jeito dos esporotricos; mais tarde crescem de número essas hifas que se emaranham. Algumas vezes vêem-se formas ovalares ou redondas em gemulação.

Em relação ao papel que tem este germe na moléstia não podemos ainda cientificamente concluir a rigor. Debaixo dessas constatações, todavia secundárias – por isso que não obtivemos a prova biológica –, julgamos poder supô-lo tal aguardando ainda aquela prova:

1. Por estar em analogia com germes por outros encontrados, e por nós, em dois casos de granuloma tropical.
2. Por apresentar em culturas formas que podem ser identificadas às encontradas inclusas nos macrófagos.

De fato, dos observadores deste grupo só Flu obteve culturas em meio ascítico que evidentemente não era o próprio ao germe que consentiu em poucas repicagens; não tendo ele procedido à cultura em meio próprio aos cogumelos, iremos nós reproduzir as suas provas culturais com o nosso germe. Siebert falou em aspecto de lêvedo para certas formas, mas não teve material para culturas, e Donovan também delas não cogitou.

Em relação ao que vimos nos cortes não nos achamos ainda autorizados a concluir. Todavia, caso mesmo não sejam encontrados os germes, não é esse na hipótese de *esporotricose* um argumento contrário, pois é sabido que a maior parte dos experimentadores não tem encontrado o *Sporotrichum* nos cortes. Vamos contudo nos colocar no mesmo ponto de vista nitrando os cortes e concluindo a prova bacteriológica cujos resultados traremos ao conhecimento da Sociedade.

Seja-nos lícito ainda em abono do diagnóstico de *esporotricose* lembrar que os autores falam de melhoras com o iodureto de potássio.

O Dr. Adolpho Lutz acha impróprio o termo granuloma, por enquanto nos casos vertentes antes de úlceras do que de lesões papilomatosas. Lembra a possibilidade de serem elas causadas pelo bacilo de Ducrey.

O Dr. Gaspar Vianna pergunta quais as lesões histológicas nesses casos.

O Dr. Eduardo Rabello afirma tratar-se de um plasmoma, como acontece nos casos de Flu; não descortinou nesses casos o bacilo de Ducrey. Considerado o fato pelo lado clínico sabe-se que o granuloma venéreo se apresenta também sob forma ulcerosa. Os corpúsculos ovais nos *frottis* são semelhantes aos encontrados por Siebert e Flu.

O Dr. Paulo Horta acha que o germe visto em cultura é um *Sporotrichum*, e acentua a fácil confusão que pode ocorrer entre um protozoário e certos cogumelos, desde que são corados pelo Giemsa.

3ª Sessão Ordinária, 1º de abril de 1912 ⁵

Presidente – Dr. F. Terra

Secretário Geral – Dr. E. Rabello

Secretário de sessão – Dr. Arthur Moses

Presentes – Drs. Moncorvo Filho, Adolpho Lutz, H. Aragão, A. Austregésilo, V. Teive e Gaspar Vianna.

Dois casos de blastomicose, pelo Dr. F. Terra ⁶

Embora não sejam entre nós vulgares os casos de blastomicose, têm sido entretanto assinalados alguns nestes últimos tempos. O que particularmente interessa nos dois casos que trazemos ao conhecimento da Sociedade é a localização da lesão, que tem mostrado entre nós preferência para a mucosa bucal, de modo que esta, quando não é sua sede exclusiva, partilha do ataque dirigido primeiro ao tegumento cutâneo. Outro fato que tem sido constante entre nós é o seu desenlace fatal, não me constando que nos casos autenticados pela pesquisa do parasita tenha sido registrada a cura. A doença tem geralmente marcha rápida, os gânglios vizinhos da lesão são em breve invadidos, supuram, e nunca excedendo de um ano, o doente entra em caquexia, que termina pela morte.

Obs. I – A. P., branco, brasileiro, 42 anos, engenheiro, casado, submeteu-se a exame médico em meu consultório em março de 1912. De boa compleição, forte, de estatura regular, moreno, olhos pretos, cabelos e barba grisalhos, gozou sempre saúde, assim como sadios são os seus filhos. Informa ter seu pai sucumbido a neoplasma maligno, e como antecedente mórbido refere ter contraído a sífilis há vinte anos, não se descuidando no tratamento que foi enérgico e prolongado. Ultimamente empreendeu pelo interior do país em zona paludosa uma longa viagem de exploração de estrada de ferro, privando-se de todo o conforto, mal se nutrindo e fatigando-se enormemente. Teve ocasião de deparar numerosos doentes da moléstia de Chagas, *achyotripanose*, não contando porém haver nos lugares por onde transitou a leishmaniose. Detalhe importante que não deve ser olvidado, é que tinha ele o hábito generalizado no interior, de mastigar fragmentos de vegetais colhidos no caminho quando em viagem pelas estradas de rodagem.

Data a moléstia de quatro meses, e foi advertido de sua existência pela dificuldade de engolir que começou então a sentir. Tendo contraído o paludismo, de que ainda se repetem os acessos, não ligou importância a essas perturbações até que examinando a boca deu com a presença de alterações da gengiva e mucosa da bochecha. Pensou que essas lesões corressem por conta da sífilis, e procurou combatê-las, seguindo conselho médico, pelo emprego do iodureto de potássio e injeções mercuriais, tratamento que não exerceu sobre elas a mínima influência. Atualmente acha-se bastante depauperado não só pela malária, que continua a minar seu organismo, como pela deficiência de nutrição criada pelo embaraço que lhe causam as lesões bucais à ingestão de alimentos.

⁵ Nesta sessão, além dos temas relacionados abaixo, sobre os quais Adolpho Lutz se pronunciou, foram apresentados casos de melanodermia em placas (Fernando Terra), de *larva migrans* e de *pedra* (Eduardo Rabello), não comentados pelos presentes.

⁶ *Boletim*, p.24-9, 1912.

Acredita que tenha começado a moléstia pelo fundo da boca, vendo-se atualmente que as suas determinações ocupam uma grande área da mucosa.

Atualmente existe uma placa de formação recente no nível da gengiva do incisivo esquerdo. A gengiva, fungosa, infiltrada, acha-se descolada do dente, sangrando ao menor contato, e está coberta de pequenas granulações aconchegadas, que lhe dão um aspecto finamente granuloso.

Na gengiva, que cobre o bordo alveolar superior à esquerda, desfalcado de dentes, vêem-se lesões em período mais adiantado de evolução, constando de ulceração que caminha pela face externa, propaga-se pelo sulco gengival até a parede da bochecha. É rasa, de bordos regulares, lisos, fundo coberto de finas granulações róseas, confluentes, moles, sangrando facilmente, e a região afetada dá idéia da superfície de um morango. Duas ulcerações existem na mucosa palatina, ao lado da rafe, alongadas, cobertas de um enducto branco opalino, de fundo granulomatoso. No véu do paladar, mais acen-tuados no nível da base da úvula, os tecidos são infiltrados, rubros e crivados de pequenas granulações. Essas lesões propagam-se para os lados invadindo os pilares anteriores, vendo-se na face anterior do direito uma úlcera oval, de fundo vegetante, coberto de delgada membrana amarelada.

As secreções glandulares são exageradas, eliminando o doente constantemente uma saliva espessa.

Não acusa dor senão à passagem dos alimentos. O sistema ganglionar da vizinhança acha-se bastante afetado, sendo que um dos gânglios submaxilares, à esquerda, acha-se bastante duro, sem mobilidade, pela aderência aos tecidos contíguos, todos eles dolorosos. O iodureto de potássio, administrado em dose crescente até 6 g diários, não modificou a situação, que faz prever um desenlace fatal.

Histologia patológica – Foram feitas as pesquisas em uma parte da úvula fixada em sublimado álcool de Schaudin e líquido de Boin, e as colorações com a hematoxilina Van Giesson, magenta picro índigo carmim, hematoxilina fucsina diluída.

A pequeno aumento vê-se que o epitélio hipertrofiado invade o córion em formações irregulares, dando a imagem de disposição cavernosa própria do epitelioma. Numerosos microabcessos na zona epitelial. No tecido conjuntivo, além dos pequenos abcessos, notam-se numerosas células gigantes, de núcleos enfileirados na zona marginal, células que de preferência estão situadas nas proximidades da camada epitelial.

Os vasos de nova formação, numerosos, estão dilatados sem que haja em suas paredes infiltração de elementos estranhos.

Rarefeito o tecido conjuntivo. Com aumento maior vê-se no epitélio considerável infiltração leucocitária, principalmente constituída por polinucleares e neutrófilos. As células epiteliais acham-se edematosas, algumas em elevado grau, e em alguns sítios é sensível o edema intersticial. Os pequenos abcessos oferecem à observação duas zonas distintas: a externa, que constitui propriamente a parede, é formada por células alongadas, e achatadas em consequência da compressão recíproca, e nos seus interstícios existem células redondas e leucócitos polinucleares.

O centro é formado à custa de numerosos polinucleares, de células gigantes e de células redondas, muitas das quais com o núcleo em picnose.

No meio da infiltração é fácil reconhecerem-se os parasitas, em número variável, uns no interior das células gigantes, outros em maior número, extracelulares. Consegue-se em alguns pontos surpreender a formação dos microabcessos.

A presença do parasita no tecido conduz ao afluxo de células redondas e leucócitos, no começo em número minguado. Para adiante novas células vão se reunindo às primeiras, ficando assim o parasita sitiado por elementos de nova formação.

O acúmulo das células de infiltração força os elementos epiteliais a se afastarem, e então se achatam, constituindo por fim a parede do abcesso. Os parasitas se apresentam sob diversos aspectos, quer se assemem no epitélio quer na camada profunda do tecido. Ora apresentam-se em plena maturação com os seus elementos integrantes, ora em evolução, outras vezes vêem-se corpúsculos vazios de que subexiste apenas a membrana refrigente. São em geral redondos, de tamanho vário, indo de 5 a 15, com protoplasma granuloso e membrana de duplo contorno. No interior das células gigantes é que mais vezes se vêem as formas de involução.

Nas partes profundas a infiltração celular é considerável, com predominância de linfócitos e células redondas, existindo também numerosas células gigantes. A estas, que se multiplicam muito, cede terreno o tecido conjuntivo, cujos elementos tornam-se escassos.

As células gigantes, muitas encerrando o parasita, são de tamanho vário, algumas atingindo proporções consideráveis, e têm o protoplasma homogêneo e núcleos múltiplos enfileirados na periferia.

Obs. II – F. M. S., pardo, brasileiro, 39 anos, solteiro, operário, residente em Alvinópolis, Estado de Minas, entrou para a Clínica Dermatológica em 31 de janeiro de 1912.

Pais e irmãos vivos, sadios. Sempre gozou saúde, tendo há muitos anos tido blenorragia, sarampão e paludismo.

Aos 26 anos foi mordido por cobra, sobrevivendo acidentes de tal gravidade que teve de amputar a perna. É de boa compleição, não tem sinais de sífilis, adquirida ou hereditária, sempre gozou saúde, e só ultimamente, com a doença atual, é que começou a emagrecer.

Como fato digno de menção informa que tinha o hábito de colher folhas de plantas no caminho e mastigá-las. Data de um ano a doença começando por uma erosão na gengiva junto ao canino superior direito, seguida de infiltração dos tecidos, que logo se propagou para as imediações do pequeno molar, que, como o canino, mandou extrair.

A úlcera acha-se situada no lábio superior desde a parte média do bordo livre até a comissura direita, e propaga-se pela mucosa da bochecha, indo terminar no sulco gengival do canino superior do mesmo lado.

Da comissura estende-se para o bordo livre do lábio inferior até a parte média, e invade a pele para baixo porém em pequena área. Aqui acha-se coberta de crosta escura, pouco aderente, delgada, retirada a qual vê-se o fundo da úlcera, de cor rósea, crivada de pequenas elevações aconchegadas, pouco excedendo o nível dos bordos, e tomando o todo o aspecto de uma framboesa. Os bordos da úlcera são lisos, e não descolados. Na mucosa bucal a superfície da lesão é granulosa, rósea, e coberta de um enducto esbranquiçado, os tecidos subjacentes são infiltrados, porém não endurecidos, e na vizinhança vêem-se minúsculos pontos amarelos, rodeados de halo róseo. Na região submaxilar vê-se um gânglio bastante aumentado, aderente, duro, sentindo-se no centro um ponto de flutuação. Outros na parte lateral do pescoço acham-se também crescidos e dolorosos, porém em menor escala.

A deformação dos lábios impede a oclusão da boca, e pelas comissuras escoam-se permanentemente saliva espessa; não existe dor espontânea, apenas sensação de ardor.

Submeteu-se o emprego do 606 e de injeções mercuriais, que só lhe prejudicaram.

A histologia patológica revelou a existência das mesmas lesões do caso anterior, com a presença de células gigantes, encerrando blastomicetos, e numerosos abscessos intra-epiteliais.

O doente foi operado, retirando-se a parte afetada, parecendo que nos primeiros tempos melhorava, porém o gânglio submaxilar a despeito de altas doses de iodureto continuou a aumentar, sendo encontrada prodigiosa quantidade de blastomicetos em várias fases de evolução.

O *Dr. Moncorvo Filho* pede informação sobre o tratamento, sendo-lhe dito que localmente foi aplicado soluto brando de iodo, e internamente o iodureto de potássio em dose progressivamente crescente.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que a ablação radical da lesão, no começo, pode evitar a generalização da moléstia. Assim procedeu em um doente de São Paulo, tendo feito também a extirpação do gânglio afetado, o que conferiu ao doente notáveis melhoras. O iodureto de potássio, mesmo em dose alta, nem sempre é eficaz, e serve para diferenciação com a sífilis, cujas lesões cedem mais prontamente, até em doses menores. Não merecem absoluta confiança os meios até hoje empregados, inclusive os raios X.

Propagam-se as lesões para o aparelho respiratório, adquirindo a doença uma feição tuberculóide, com presença de numerosos blastomicetos nos esputos e fezes. O diagnóstico microscópico pode ser feito em preparações a fresco, onde se notam formas características representadas por parasitas em germinação, reunidos em uma espécie de pedúnculo. Pode-se logo dizer que não se trata de células de fermento comum, pois apresentam-se como corpos redondos, e grupam-se ao redor de uma célula em número de quatro ou cinco.

Um caso de blastomicose, pelo Dr. E. Rabello⁷

M. S. M., branco de 48 anos, natural do Estado do Rio, viúvo, empregado no comércio. Entrou para a Clínica Dermatológica a 12 de junho de 1911.

Gozou saúde até 12 anos, quando foi acometido da doença denominada por ele *fogo bravo*, da qual curou-se com depurativo; aos 23 anos teve pleuris esquerdo, e aos 32, paludismo. Nega antecedentes venéreos; é tabagista inveterado, fazendo uso dos cigarros de palha de milho não preparada. Desde criança tem dentes maus, irregularmente implantados. Teve do matrimônio cinco filhos, afora a primeira concepção em que se deu um aborto. Um dos filhos faleceu de varíola, dois outros em tenra idade de debilidade congênita; dois outros de 12 e 14 anos, de constituição débil, sofreram na primeira infância de manifestações ulcerosas, disseminadas pela pele e imputadas à sífilis. O pai do doente tinha, pelo que refere, contraído sífilis pouco antes de casar-se.

O paciente provém da 12^a concepção, que tantas teve sua mãe.

As seis primeiras tiveram em resultado abortos ou nascimentos a termo, mortos uns, apresentando outras distrofias gerais e morrendo em poucos dias presos de convulsões; as quatro gestações que se seguiram correram bem, dando filhos que se criaram, mas na 11^a houve ainda um aborto, sendo a 12^a aquela de que nasceu o doente. Dos quatro

⁷ *Boletim*, p.29-32, 1912.

irmãos que viveram apuraram-se manifestações cutâneas ou mucosas em três, que se curaram com tratamento anti-sifilítico. O nosso doente e seus quatro irmãos têm uma progênie de 40 filhos dos quais 19 faleceram em tenra idade de estomatite, atrepsia, hidrocefalia, macrocefalia, amigdalites crônicas e tumor localizado na seção dorsal da coluna vertebral. Começou a doença há cerca de dois anos; após a ingestão de um abacaxi sentiu algo anormal na boca e tempos depois a formação de rachas nos lábios que ambos se edemaciaram, o mesmo se dando na língua e garganta, onde notava pequenas escoriações. Fez uso do mercúrio e iodureto, melhorando sensivelmente.

Na ocasião de admissão no serviço o seu estado era o seguinte: indivíduo de aparência doentia, emagrecido, aparentando senilidade avançada, já curvado; este último aspecto aliás já desde moço lhe era peculiar. Os lábios acham-se aumentados de volume difusamente, principalmente o inferior em todos os diâmetros. Neste a coloração é vermelha na parte central e esbranquiçada, como que coberto de placas mucosas nas comissuras. À palpação sente-se uma resistência elástica. O lábio superior, ligeiramente hipertrofiado, reverte para a cavidade bucal, havendo certo grau de sínfise com o plano ósseo adjacente. Em ambos os lábios a infiltração é lisa sem bossas ou saliências, e bem assim ataca a parte mucosa e panmucosa. Na mucosa das bochechas, das gengivas, da abóbada e do véu palatino algumas placas leitosas; no dorso da língua duas ou três lesões gomosas pequenas e já ulceradas, na úvula grande número de pequenos tubérculos. Há infartamento dos gânglios submaxilares. Nada de importante nos outros órgãos e aparelhos. Sangue com 2.500.000 hemácias e 10.000 leucócitos por mm^3 . Wassermann fracamente positivo.

Após três injeções de 60 cg de *Salvarsan* no espaço de dois meses conseguiu-se a cicatrização das lesões gomosas do dorso da língua e mesmo a diminuição da hipertrofia dos lábios, principalmente do superior. Queixando-se de tosse, foi feito o exame dos pulmões, que revelou ligeira hepatização do direito no ápice.

Nos últimos meses o doente entra a emagrecer e a enfraquecer-se preso de anorexia, com 38° à tarde e crises de dispnéia por embaraço laríngeo.

A três de outubro (13 dias após a última injeção) falece subitamente em dispnéia. A autópsia revelou de mais importante lesões tuberculóides dos pulmões e a presença de blastomicetos nos cortes histológicos das lesões do lábio.

Neste caso, que só veio esclarecer a autópsia, fomos levados a fazer o diagnóstico de sífiloma hipertrófico difuso não só em razão de sífilis provada do paciente como ainda pelos seus caracteres clínicos. Do exposto se conclui que esse diagnóstico se amparava na presença de sífilis no paciente, baseado na história mórbida própria e na paterna, na reação de Wassermann e finalmente no exame objetivo e melhor no tratamento específico. É interessante ainda comparar a descrição clínica deste caso com a de alguns de sífiloma, e num caso recente de Mibelli em que também se tratava de sífilis hereditária nota-se igualmente uma perfeita analogia de sintomas. Um outro fato interessante é a existência dos fenômenos encontrados em vida pelo exame dos pulmões e que podiam fazer crer numa tuberculose.

Tendo o doente falecido, foi como surpresa de autópsia que encontramos nos cortes do lábio lesões características de blastomicose, como a da formação de microabcessos cheios de germes.

Esses, como se verá nas preparações, têm todos os caracteres dos blastomicetos nos tecidos, corpúsculos redondos, podendo ir até 20 micra de diâmetro e formados de uma

massa protoplásmica de estrutura vária conforme a fase da sua evolução, cercada de uma membrana espessa. Em certas condições, como também se vêem nestes cortes, parece tratar-se apenas de cápsulas vazias.

Nos cortes de laringe e pulmão não encontramos esses germes. Esse fato aliás não constitui uma prova em contrário da origem micótica de tais lesões, pois é possível que não tenhamos ainda cortado um ponto parasitado. Qual o ensinamento que devemos tirar dos fatos que relatamos?

Creemos que o seguinte: nenhum caso que apresente lesões mucosas, principalmente com algum sinal que mesmo de longe possa lembrar uma micose, deve como tal deixar de ser pesquisado. No nosso caso tratava-se é certo de uma forma de quilite blastomicética, forma clínica ainda não descrita e que, se pelas analogias que apresentava com o sífiloma hipertrófico fez com que a supuséssemos tal, de outro lado, pelas constatações necrósicas nos levou a, voltando atrás do nosso diagnóstico, aliás justificado, prevenir para o futuro os que observarem casos iguais.

O Dr. Adolpho Lutz acha que pela estampa podia-se fazer o diagnóstico de sífiloma, encarecendo a necessidade de, em casos análogos, ter-se sempre em vista a possibilidade da blastomicose.

Caso de angioqueratoma simulando o pé-de-madura, pelo Dr. A. Austregésilo⁸

A. P., africano, preto, lavrador, morador em Itaperuna, Estado de Minas, entrou para a clínica médica em 1909, com uma afecção semelhante ao micetoma, diagnóstico esse não confirmado pelas pesquisas parasitológicas e histopatológicas.

Refere que cerca de 4 ou 5 anos teve, após resfriamento, uma dor no pé esquerdo que se estendeu para a raiz do membro, surgindo em seguida uma adenite na região inguinal. O pé foi se intumescendo e lentamente surgiram as tuberosidades, muitas das quais se ulceravam, sangrando facilmente e deixando sair uns corpúsculos, esbranquiçados. Lesões idênticas apareceram depois no pé direito, finalmente nas mãos, não tendo porém estas se ulcerado.

Status proesens – O pé esquerdo acha-se muito intumescido, crivado de tuberosidades na face plantar e dorsal, sobretudo na parte anterior.

Sangram facilmente, e comunicam-se por frinchas e crateras, o que se verifica com um estilete, não havendo, porém, os túneis próprios do micetoma. Não existem os corpúsculos do pé-de-madura, apenas alguns grânulos pretos fazem lembrar essa doença. Menos intensas são tais lesões no pé direito. Nas mãos vêem-se calosidades e tubérculos duros, mais escuros, predominando nas bordas radiais. Os gânglios da região crural são aumentados e entre eles vê-se uma cicatriz de antiga adenite supurada.

Com dificuldade o doente caminha, devido à inflamação dos membros, queixando-se de dor e prurido, e das crateras sai um líquido icoroso e fétido.

Histologia patológica – (Dr. Gaspar Vianna) – o exame macroscópico do nódulo, endurecido em solução de formol, mostrou na parte mais saliente uma esfoliação da camada epitelial, onde há uma abertura, com uma substância que parecia sangue coagulado, também visível na superfície da seção; aqui vêem-se duas zonas, a superficial

⁸ *Boletim*, p.32-4, 1912.

esbranquiçada, a profunda vermelho-escura, mole, mostrando ser ricamente vascularizada. As colorações foram feitas pela hemateína, hemateína-eosina Van-Gieson-Curtis, tionina e azul policrômico.

A fraco aumento vê-se hipertrofia pronunciada da camada epitelial, principalmente da zona queratinizada, onde existem vários blocos de substância que dá as reações corantes da eleidina. As outras camadas estavam também aumentadas, se bem que em menor escala, exceção da germinativa. No meio da epiderme existiam acúmulos de células, ainda coráveis mas em degeneração, e leucócitos. Nos bordos a epiderme está reduzida à porção queratinizada.

Abaixo dessa camada nota-se desaparecimento completo das papilas, certamente por causa da compressão do tecido formado. Este compõe-se de células mesodérmicas, em geral fusiformes, em cujo interior existe às vezes pigmento hemático. Nesta parte a vascularização é extraordinária, vasos de parede simples como os capilares, porém maiores. Há pontos onde se reúnem em número elevado, separados por tratos conjuntivos. Numerosas vênulas muito dilatadas, algumas das quais situadas logo abaixo da camada epitelial. As paredes vasculares não sofrem hipertrofia, o que só excepcionalmente ocorre, e são circundadas por células migradoras. Além das zonas de vascularização riquíssima, vêem-se outras com espaços cheios de líquido, certamente linfa.

Neles existe uma rede de fibrina, encerrando leucócitos com predominância de plinucleares e eosinófilos; em alguns pontos tão abundante é o líquido que descola a epiderme. Raríssimos focos de infiltração leucocitária. Nenhum parasita.

Lembra o corte a estrutura do angioqueratoma.

As sementeiras feitas em meio sólido de Sabouraud pelo Dr. Eduardo Rabello foram totalmente negativas.

Na raça negra, várias afecções de caráter granuloso ou tuberoso surgem trazendo-nos à primeira vista dificuldade diagnóstica, mas no caso vertente pela ausência do *Streptotrix* e pela estrutura da lesão afastamos a idéia de micetoma.

O Dr. Eduardo Rabello diz que afora os casos de angioqueratoma de Mibelli, que se aproximam deste, apenas pela estrutura histológica, conhece um único semelhante ao vertente, o de Pospelow, publicado na *Iconografia dermatológica*.

Em indivíduo de cor preta é este o único fato conhecido.

O Dr. Adolpho Lutz acha que este caso não pode ser considerado como o angioqueratoma de Mibelli, que se apresenta com o aspecto de verruga nos dedos das mãos e pés. Lembra-se de haver visto um doente em São Paulo, em quem as lesões eram análogas às assinaladas nos de Mibelli.

Leishmaniose da mucosa bucal, pelo Dr. Eduardo Rabello e interno João Pupo⁹

Desde as primeiras constatações de Splendore alguns outros observadores têm relatado em São Paulo casos de localização de leishmaniose na mucosa bucofaríngea.

Aqui entre nós, se bem que tivéssemos conhecimento do fato, e visto nas clínicas alguns casos que morfológicamente eram idênticos, contudo ainda não tínhamos

⁹ *Boletim*, p.34-6, 1912.

conseguido achar o parasita nas lesões mucosas. O caso tem sua natural explicação no fato de quase sempre examinarmos os doentes já muito tratados, principalmente os que tendo vindo da zona noroeste, passaram por São Paulo, onde são medicados. Em dezembro último tivemos porém ensejo de examinar um desses doentes cuja observação resumida apresentamos. Esse indivíduo tinha se internado na Clínica Médica, 8ª enfermaria, para tratar-se de moléstia que foi verificada ser a tuberculose pulmonar, tendo nós também o mesmo achado pelo exame do escarro. Além disso, apresentava antecedentes de malária contraída em Bauru e de sífilis com Wassermann francamente positivo e como lesões do tegumento a úlcera do cotovelo, onde não encontramos germes de leishmânia nem pela punção profunda, e as da mucosa bucofaríngea, onde em *frottis* de um fragmento biopsiado da úvula foi o germe encontrado. Em tempo oportuno daremos não só o resultado do nosso exame das peças de necropsia bem como dos cortes da biópsia da úvula. Por enquanto pretendemos com esta nota assinalar o primeiro caso de leishmaniose mucosa aqui observado.

Antonio P. da S., brasileiro, de cor branca, com 33 anos de idade, solteiro, lavrador, residente em Bauru, deu entrada no serviço da Clínica Dermatológica a 11 de dezembro.

Seus antecedentes hereditários são destituídos de importância.

Teve há cerca de cinco anos um cancro, no pênis, seguido de dores de cabeça noturnas e há pouco apareceram acidentais ulcerosos. Há cerca de um ano, quando foi para Bauru, contraiu paludismo. Há cerca de 6 meses notou, na região do cotovelo direito, em conseqüência da picada de um mosquito, a formação dum pequeno botão seguido de outros que mais tarde se ulceraram, constituindo-se uma só lesão. Um mês após o aparecimento desta úlcera notou que tinha dificuldade em deglutir, sentindo ardor na garganta. O doente se apresenta profundamente debilitado e o exame revelou lesões adiantadas de tuberculose pulmonar, diagnóstico confirmado pela pesquisa microscópica e bacteriológica do escarro.

O exame do sangue feito em um dia em que se apresentou uma acesso típico de febre palustre demonstrou a presença o hematozoário de Laveran, tratando-se de uma terçã benigna. O Wassermann foi também positivo. No nível do cotovelo direito vê-se uma grande úlcera de cerca de dez centímetros de maior diâmetro no sentido do eixo do membro e da forma de um oito.

As bordas são elevadas e constituídas por uma série de botões carnosos que sangram facilmente, o fundo é irregular, granuloso, pouco secretante, de cor rósea. Na mucosa da parte membranosa do véu nota-se uma formação particular caracterizada pela presença de granulações e vegetações de cor avermelhada intensa, já tendo feito em parte desaparecer o véu e convertendo a úvula em um corpo muriforme, o que dava à voz um tom rouco.

Retirado um fragmento da úvula, foram feitos cortes e *frottis*, que coloridos pelo Giemsa revelaram a presença de leishmânia. Esse germe não pode ser encontrado na ulceração do cotovelo, aliás já muito contaminada, e tratada por diversos antissépticos e cáusticos. Esse doente portador de sífilis do paludismo, da leishmaniose e da tuberculose veio a falecer dos progressos desta última doença a 15 de janeiro de 1912, sendo o seguinte o resumo da autópsia:

Pulmão esquerdo – aderência da pleura na parte posterior e inferior do ápice, todo o lobo superior com tubérculos calcificados e pequenas cavernas, o resto do órgão congesto.

Pulmão direito – pequenas aderências da pleura, calcificação de todo o lobo superior com uma caverna no ápice.

Coração – Pericárdio aderente à pleura e com pequeno derrame citrino; miocárdio de consistência normal.

Baço – Aumentado de volume, de consistência dura, rangendo ao corte.

Fígado – Congesto.

Rim esquerdo – Ligeira congestão das pirâmides de Malpighi e descorticando-se facilmente.

Rim direito – Mesmas lesões mas dificilmente decorticável.

Laringe – Profundamente ulcerada, com algumas lesões vegetantes.

O *Dr. Gaspar Vianna* viu na primeira pesquisa, feita em um doente, atualmente na Clínica Dermatológica, a leishmânia em *frottis* das lesões de mucosa bucal.

O *Dr. Moncorvo Filho* acentua o grande valor da microscopia clínica nesses casos duvidosos, onde mais de uma doença está envolvendo o indivíduo.

O *Dr. Adolpho Lutz* mostra que os casos que hoje sabemos serem de leishmaniose das mucosas eram outrora capitulados de lúpus, afecção esta muito rara entre nós.

7ª Sessão, 9 de agosto de 1912 ¹⁰

Presidente – *Dr. F. Terra*

Secretário Geral – *Dr. E. Rabello*

Secretário de sessão – *Dr. H. Aragão*

Presentes – *Drs. E. Crissiuma, Adolpho Lutz, A. Moses, G. Vianna, Vieira Filho e Guilherme da Silveira.*

Um caso pró-diagnose: sarcomatose de Kaposi?, pelo *Dr. Eduardo Rabello* ¹¹

[Homem] branco, português, solteiro, copeiro de hotel. Está no Brasil há 15 anos. Nega antecedentes venéreos. Já teve febre tifóide, e pneumonia na idade de vinte e tantos anos. Pai falecido sem saber de que doença. Colaterais relativamente são. Em janeiro deste ano começou a notar uma mancha roxa na planta do pé direito, no nível da articulação do 1º metatarsiano, aumentado depois a lesão. Há dois meses lesões semelhantes nas mãos, e há 15 dias também na planta do pé esquerdo. Atualmente vê-se o seguinte: no antebraço direito no terço inferior do bordo radial, quatro pápulas de cor vermelha intensa, lisas, as maiores de meio centímetro de diâmetro. Igual lesão na face dorsal do polegar e no bordo cubital da mão tomando a direção da palma, que está muito filtrada. No antebraço esquerdo lesões semelhantes simétricas. Na face dorsal dos dedos médio e anular da mão esquerda existem placas de pequenos nódulos reunidos, de cerca de dois centímetros de diâmetro. A planta do pé direito, com exceção do

¹⁰ Nesta sessão, além dos temas comentados por Lutz, foram apresentados um caso de tratamento de úlceras da perna (*Ernesto Crissiuma*) e outro sobre úlceras múltiplas cutâneas (*Werneck Machado*).

¹¹ *Boletim*, p.43-5, 1912.

calcanhar, apresenta cor difusa avermelhada; verifica-se aí estado de umidade devido a hiperidrose. Em certas partes na zona de lividez há placa de infiltração, de tonalidade mais intensa, resultante da agregação de pequenos nódulos semelhantes aos acima descritos. A lesão é mais característica, formando placa uniforme, no meio do pé mais para o bordo interno, notando-se formação de calosidade nos pontos de maior pressão, como seja a articulação do grande dedo e o bordo externo do pé. Na face plantar do dedo mínimo nota-se também uma formação calosa, dolorosa à pressão, com a cor arroxeadas das demais lesões. Sente dores nas plantas dos pés, espontâneas, e acusa prurido. Na face dorsal do pé o que chamava atenção é o estado de asfixia das extremidades digitais, que são arroxeadas, intumescidas. Estes fenômenos são mais notáveis no quinto dedo, em cuja base, na face de extensão, nota-se um nódulo infiltrado, roxo e bastante doloroso. As unhas são espessas, rugosas, principalmente no grande dedo. No pé esquerdo existe ligeiro rubor difuso na planta do pé, começando a se formar uma placa de infiltração, que da região média sobe pelo bordo interno, apresentando certa simetria com as lesões do pé direito e é ligeiramente dolorosa. No dorso deste pé vê-se o tom lívido que também se nota nos dedos, ainda mais acentuado do que no pé direito. As unhas, à exceção da do dedo mínimo, que é a atrófica, são rugosas e espessas. Abaixo do maléolo externo existe uma placa de infiltração arroxeadas, irregular, com cerca de dois centímetros de diâmetro para 1 cm de altura.

Não há alteração da sensibilidade ao calor e ao tato; a sensibilidade dolorosa está aumentada, sobretudo no nível das lesões. Na planta do pé esses fenômenos se exageram na zona do plantar interno. A reação de Wassermann foi positiva e negativa a pesquisa do bacilo de Hansen. Foram feitas três injeções de 40 cg de *Salvarsan* no espaço de mês e meio, sem melhoras. Este caso é apresentado como pró-diagnose, tendo formulado a hipótese de uma sarcomatose do tipo Kaposi.

Dr. Adolpho Lutz – Tendo-se em vista a freqüência da lepra entre nós, e sendo rara a sarcomatose de Kaposi, aventa a hipótese de ser este um caso de lepra lavrada. É mister fazer-se a pesquisa do bacilo de Hansen nos gânglios e nervos. Impressiona-se com a retração da aponevrose palmar, aqui bem visível, além da pouca intensidade da coloração do tegumento. Outro fato é que a infiltração é mais difusa, ao contrário do que ocorre na sarcomatose de Kaposi, bem como no sarcóide. Este último podia ser igualmente evocado, porém confesso não ter dele observação pessoal.

Dr. Vieira Filho – Sendo considerada como curiosidade clínica a moléstia de Kaposi, e atendendo-se para o fato de haver a lepra no país, propende mais para esta última hipótese.

O *Dr. F. Terra* observou o caso com atenção e acha que, nesta fase de adiantamento das lesões já existiriam amiotrofias da região do ténar e hipoténar, e perturbações da sensibilidade. Acresce que a pesquisa do bacilo de Hansen nos nódulos e no muco nasal foi completamente negativa.

Um caso de bouba, pelo Dr. E. Rabello ¹²

Trata-se de um doente da Clínica de Dermatologia, preto, 45 anos, o qual veio do interior, datando a moléstia de oito meses. Apresenta na face tubérculos úmidos, papilomatosos, cobertos de crostas, as quais, retiradas, deixam ver o aspecto framboesóide das lesões.

Assestam-se nas proximidades das narinas e perto das comissuras labiais no mento, poupando as mucosas. Nos pés, por onde se iniciou o mal, encontram-se tubérculos ao lado de manchas pigmentares, também existentes em outros pontos da superfície cutânea, e resultantes de lesões regredidas.

Ausência de sífilis na história clínica. Foi positiva a pesquisa do *Treponema pertenu* pelo Giemsa e Burri, como também o Wassermann. As lesões entraram a regredir logo depois da primeira injeção de 40 cg de *Salvarsan*, feita há 2 dias.

O Dr. Adolpho Lutz acha ser caso extremo de dúvida não só pelas lesões, como pela prova microscópica.

9ª sessão, 2 de outubro de 1912 ¹³

Presidente – Dr. F. Terra

Secretário Geral – Dr. Eduardo Rabello

Secretário de Sessão – Dr. Carlos Villela

Presentes – Drs. A. Moses, Mario Salles, Eduardo Jorge, Werneck Machado, Victor Teive, Silva Araújo Filho, Henrique Aragão e Adolpho Lutz.

A propósito da leishmaniose, pelo Dr. Adolpho Lutz ¹⁴

No *Atlas de moléstias raras da pele* encontra-se a descrição de lesões do tegumento cutâneo e da mucosa nasobuco-faringiana em um doente que estivera no Brasil, e que é visto em Paris pelo Dr. Vidal há anos. Não pode ser feito o diagnóstico, ficando o caso como de úlceras fagedênicas provavelmente de natureza tuberculosa.

Hoje, com a segurança que temos do diagnóstico, mesmo pelo lado clínico, da leishmaniose, podemos firmar a idéia de ser dessa doença o caso em lide, pelo aspecto das úlceras cutâneas, sua multiplicidade, e pela configuração vegetante das lesões das mucosas. Refere-se também a dois doentes de cor preta, brasileiros, que viu há tempos, com lesões verrucosas nos pés que acredita serem também de leishmaniose, pela analogia com casos idênticos vistos por Thomas, no Amazonas.

O Dr. F. Terra diz que este fato junto a outros vem esclarecer a história da leishmaniose no Brasil, mostrando que de há muito ela reina aqui, naturalmente confundida com outras doenças. Acha que a Sociedade deve tomar a iniciativa da sua profilaxia pela grande extensão que vai tomando.

¹² *Boletim*, p.45-6, 1912.

¹³ Nesta sessão, Fernando Terra apresentou um caso de lepra, Eduardo Rabello, um de *Lichen spinulosus* e outro de ceratodermia simétrica. Lutz não fez comentários sobre estes casos.

¹⁴ *Boletim*, p.50-1, 1912.

Sobre a Lepra, pelo Dr. Adolpho Lutz¹⁵

Na recente viagem que fez pelas zonas marginais do rio São Francisco viu alguns casos de eczema marginado de configuração especial, que se podia confundir com a *lepra maculosa*. Informa que nessa mesma região encontrou casos de pitiríase versicolor, filaríose, alastrim, e de uma dermatose papulo-hemorrágica. Desenvolve considerações sobre o quadro clínico da lepra, e a marcha das suas lesões. A forma tuberculosa faz-se preceder por uma fase maculosa. Critica a divisão em maculoanestésica e tuberculosa por sua impropriedade, acontecendo que para muitos só existe a mancha, seguindo posteriormente o leproma. Ocupa-se demoradamente do modo de evolução da mácula; ao princípio há congestão da pele, depois evolução de nível e pigmentação, observando-se em geral a hiperestesia. Intercorrendo febre eruptiva as manchas mais se acentuam.

O processo regressivo se traduz por atrofia da parte afetada, ausência de pigmento e diminuição ou abolição da sensibilidade, sendo as lesões constituídas anatomicamente por endoarterite que ocasiona a diminuição regional do sangue. Em dado momento combinam-se os dois processos, vendo-se na lesão uma área em que a mancha é hiperêmica ao lado de outra anêmica e atrófica, fatos esses que fazem lembrar certas dermatoses como as micoses superficiais e a psoríase. A longa duração e discricção desses acidentes pode explicar a incubação prolongada, descrita na moléstia pelos autores, não tendo sido aparecida aquela fase.

10ª Sessão, 18 de novembro de 1912

Presidente – Dr. F. Terra

Secretário Geral – Dr. E. Rabello

Secretário de Sessão – Dr. Paulo Horta

Presentes – Drs. Adolpho Lutz, Arthur Moses, H. Aragão, Mario Toledo, Silva Araújo Filho e Gaspar Vianna.

Prurigo de Hebra, pelo Dr. Eduardo Rabello¹⁶

Mostra um doente de 16 anos, brasileiro, branco, natural do Rio, que há oito anos sofre de uma dermatose muito pruriginosa. Constitui esta uma erupção de pápulas, de pequenas dimensões, com pouco relevo, numerosas e confluentes, muitas das quais, em plena evolução, tendo no ápice uma vesícula; outras em regressão, secas com uma crosta central. Localizam-se as lesões, muito numerosas, na superfície de extensão dos membros superiores e inferiores, e muitas outras na face. Os gânglios inguinais e crurais aumentados de volume, móveis e indolentes. Não tem vestígio de sífilis hereditária ou adquirida, e o Wassermann foi negativo. Empregou o xarope de hipofosfito de cálcio, do Codex, visando corrigir a coagulabilidade do sangue, e conseguiu notáveis melhoras, tanto no estado local, como na remoção de certos fenômenos gerais, nervosos principalmente, como a insônia.

¹⁵ *Boletim*, p.51, 1912.

¹⁶ *Boletim*, p.52, 1912.

Em outros casos de urticária, empregou a tricalcina Pínel obtendo a cura em pouco tempo.

O *Dr. Adolpho Lutz* aceita o diagnóstico de prurigo de Hebra que aliás, em certos casos, é difícil pela confusão, que pode se estabelecer, com a urticária papulosa. Acha muito anêmico o doente, o que talvez corra por conta da presença do anquilostoma, como se sabe, freqüente entre nós.

Angioma do pavilhão da orelha esquerda, pelo Dr. Terra¹⁷

Indivíduo de 20 anos, branco, brasileiro, e que tem há seis anos a afecção, manifestando-se logo após um traumatismo da zona. O pavilhão está muito aumentado de volume, consistente, e afasta-se da sua posição natural. A cor é escura, como cianótica, a superfície lobulada, e as lesões são contínuas, difusas.

Nenhuma alteração da sensibilidade acusa o doente, e no momento de se explorar a sensibilidade da parte com o alfinete deu-se hemorragia de sangue venoso. Tem-se empregado a neve carbônica, e é nosso propósito aconselhar a ligadura da auricular.

Dr. Adolpho Lutz – Trata-se evidentemente de um caso de angioma, e receia que a aplicação da neve carbônica dê ocasião à formação de embolias, pela coagulação do sangue.

De preferência empregaria instilação de água fervente. Faz-se, após compressão da base da orelha, instilação de gotas de água quente repetindo-se em várias sessões. De todos os tratamentos indicados nos angiomas e nevos vasculares é este o meio que se afigura mais inocente e eficaz.

Dois casos de blastomicose – Dr. Eduardo Rabello¹⁸

O primeiro doente, de 30 anos, branco, brasileiro, morador em Niterói, contraiu há quatro anos blastomicose, e foi anteriormente examinado pelos Drs. Werneck Machado e Gaspar Vianna.

Começaram as lesões pela comissura labial direita, e propagaram-se pela mucosa da bochecha até o véu do paladar. Consistem em produções vegetantes, pequeníssimas, confluentes, contínuas, banhadas por secreção seropurulenta, e pequenos abscessos, muito superficiais, situados na circunvizinhança. Os gânglios submaxilares acham-se já enfartados. O doente acusa dor no nível das lesões e disfagia.

Tem sido tratado, sem colher benefício, pelo iodureto de potássio, e pelo sulfato de cobre internamente, sendo as doses pouco elevadas em vista da intolerância para ambos os medicamentos. Ultimamente ensaiou as injeções intravenosas de *cuprion* sem poder tirar já conclusões a respeito.

O segundo doente, branco, brasileiro, de cerca de 30 anos, lavrador, residente em Rio Bonito, Estado do Rio, apresenta lesões semelhantes às do outro, as quais começaram

¹⁷ *Boletim*, p.52-3, 1912.

¹⁸ *Boletim*, p.53-4, 1912.

há oito meses junto à comissura esquerda, tendo já se propagado à mucosa da bochecha atingindo o véu do paladar. Do mesmo lado tem já um gânglio submaxilar enfartado. Encontrou blastomicetos nos *frottis* e cortes em ambos, e as pesquisas culturais estão sendo feitas.

O Dr. Paulo Horta, na Sociedade Argentina de Dermatologia, viu um doente de blastomicose no qual o quadro clínico muito se assemelha a este, e a propósito o Prof. Sommer rebateu as opiniões de Splendore, defendendo as idéias de Breda, sobre a criação do tipo mórbido que denominou boubra brasileira.

O Prof. Baliña, porém, pensa, como a escola brasileira, que, baseada na etiologia, acha que os casos classificados de boubra brasileira são ora de leishmaniose, ora de blastomicose. Refere-se também à *espundia*, que sabe-se hoje ser a leishmaniose.

Outrossim, chamou-lhe a atenção a grande freqüência do lúpus eritematoso em Buenos Aires, tendo ocasião de ver na consulta geral, em quatro dias, vinte e cinco doentes. Em dois destes a neve carbônica já mostrava efeito lisonjeiro.

O Dr. Adolpho Lutz tem observado nos doentes de blastomicose bucal que as lesões se assestam em pontos da mucosa correspondentes às arcadas dentárias, o que parece demonstrar ser o traumatismo uma causa adjuvante para essa localização.

Outro caso de blastomicose – Dr. Gaspar Vianna e interno Gomes da Cruz¹⁹

T. M., branco, português, de 32 anos, casado, morador nesta cidade, no qual o emprego de injeções endovenosas de solução a 1/1.000 de tártaro determinou algum alívio, diminuindo sensivelmente a disfagia. A doença começou há seis meses por uma ulceração na mucosa da bochecha direita, estendendo-se em seguida para a comissura labial. A superfície da úlcera é granulosa e na circunvizinhança existem microabcessos superficiais. O exame dos *frottis* feito a fresco revelou a existência de numerosas células de blastomicetos que também existem nos cortes histológicos corados pelo Van Giesson.

Os gânglios da região submaxilar acham-se aumentados de volume e o doente acusa dor não só nestes como também nas úlceras.

Dr. Adolpho Lutz – Conhecida, que é, a ação benéfica do antimônio nas moléstias de protozoários, o seu emprego no caso atual, de blastomicose, parece indicar uma volta à natureza animal do germe.

Aconselha que se verifique a influência do tártaro sobre o blastomiceto em cultura, tendo-se assim melhor base para sua utilização no doente. Sabe-se como é a blastomicose rebelde a todos os tratamentos, achando que se deve insistir no emprego dos raios X, com o qual colheu algum resultado em um caso, assim como também se deve insistir no rádio.

O Dr. Gaspar Vianna diz que na sífilis, moléstia de protozoário, e na esporotricose, de parasita vegetal, o iodureto de potássio revela-se agente medicamentoso de primeira ordem.

¹⁹ *Boletim*, p.54, 1912.

Isso parece não emprestar grande valor à ação do medicamento para apurar a natureza animal ou vegetal do germe causador da doença.

11ª Sessão, 30 de dezembro de 1912

Presidente – Dr. F. Terra

Secretário Geral – Dr. E. Rabello

Secretário de Sessão – Dr. Mario Toledo

Presentes – Drs. Arthur Moses, H. Aragão, Gaspar Vianna, Adolpho Lutz, Juliano Moreira e Ernesto Crissiuma.

Úlceras cutâneas múltiplas, pelo Dr. Juliano Moreira ²⁰

Trata-se de uma preta, brasileira, solteira, com úlceras assestadas na face dorsal das mãos e dos antebraços, achando-se os dedos volumosos, com alterações de forma, que fazem lembrar a *spina ventosa*. Há cerca de dois anos que dura a doença.

Outras úlceras, mais numerosas, assestadas nas nádegas, têm a forma oval, o fundo amarelado e coberto de detritos de tecido necrosado. Vêem-se cicatrizes, em alguns pontos, de cor escura. O diagnóstico oscilou entre micose e sífilis, sendo negativas as pesquisas empreendidas no sentido de micose. Tratou-se com o iodureto de potássio sem obter benefício aparente, entretanto o 606 e o 914 estão dando resultado muito apreciável.

Dr. Adolpho Lutz – acha que se trata de um caso de sífilis, diagnóstico que encontra apoio na ação do 606. Dado o iodureto de modo apropriado, por certo haver-se-ia colhido resultado benéfico.

O *Dr. E. Rabello* diz que tem impressão de sífilis, sobretudo pelo aspecto da lesão da nádega, que lhe parece uma sífilide gomosa *en nappe*. Acha que surtiria efeito o emprego do iodureto de potássio, se tivesse sido dado por mais tempo, e em maior dose.

Neurofibromatose, pelo Dr. Juliano Moreira ²¹

Trata-se de um indivíduo moço, brasileiro, pardo, apresentando tumores de diversos tamanhos, assestados no tronco, membros e região cervical. São de consistência vária, em geral pediculados, e alternam com manchas hipercrônicas. O doente não acusa perturbações da sensibilidade, nem outro qualquer incômodo. Em caso análogo, que viu há tempos, o diagnóstico de neurofibromatose foi confirmado histologicamente pelo Prof. Durk. No caso presente fará o exame histológico da lesão.

O *Dr. Gaspar Vianna* pergunta se os tumores do caso a que se referiu o Dr. Juliano eram pediculados, e se nos cortes histológicos foi feita a impregnação pela prata ou outra.

O *Dr. A. Moses* informa que naquele caso os tumores eram pediculados, uns assestavam-se profundamente, outros eram superficiais.

²⁰ *Boletim*, p.55, 1912.

²¹ *Boletim*, p.55-6, 1912.

O *Dr. Adolpho Lutz* diz que se pode observar o fato da existência de neurofibromas, pediculados, e nos quais os tumores vêm do fundo, como que fazendo hérnia no tegumento. Quando Recklinghausen estudou primeiro o assunto ficou estabelecido que os neurofibromas provinham, não do nervo propriamente, mas da sua bainha, envolvendo maior ou menor número de fibras nervosas.

O *Dr. Gaspar Vianna* acha que o nome de moléstia de Recklinghausen não deve ser dado aos casos em que as lesões são exclusivamente conjuntivas.

Verificou em autópsia de um caso, capitulado de neurofibromatose, ausência de lesão dos nervos.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que em certos casos pode haver comprometimento de fibrilas nervosas, sem que tenha o fato grande importância, assim como nos tumores angiomasos não importa muito o maior ou menor número de vasos, que entram na sua formação. Etiologicamente parece que nesta doença haja um processo infectuoso crônico. Sabe de um caso operado, em que se deu a propagação ao sistema nervoso, e talvez invasão de outros sistemas.

Tratamento do granuloma tropical pelo tártaro emético – Drs. Gaspar Vianna e H. Aragão²²

O *Dr. Henrique Aragão* apresenta dois doentes da Clínica Dermatológica, um com a lesão assestada na região inguinal esquerda, outro na região perineal. O 1º caso foi objeto de demonstração na sessão de 15 de março.

A úlcera que se encontrou rebelde ao emprego de vários tratamentos, inclusive o 606, e localmente, entre outras aplicações, vapores de iodo em estado nascente, entrou em regressão com as injeções intravenosas de tártaro emético. Ao cabo de cerca de dez injeções feitas na dose de 10 cg do sal em 100 de solução fisiológica, deu-se a cicatrização completa da úlcera.

O 2º doente, brasileiro, de cor branca, de 20 anos de idade, tinha uma úlcera alongada ocupando toda a região perineal até a margem do ânus no limite da mucosa. A lesão tinha o aspecto fungoso, sangrava facilmente e era coberta por uma membrana pultácea sem haver alteração dos gânglios. Ausência de antecedentes venéreos.

Refere-se ainda a outros doentes já em estado de caquexia, em que as melhoras inclusive do estado geral já são bastante notáveis. O mesmo sucede a uma outra doente na qual tentou sem vantagem o emprego de vacina preparada com o próprio germe e na qual as melhoras vão se fazendo sentir, também com o emético. Em um dos doentes notou que após a 1ª injeção já os germes diminuíram.

O *Dr. E. Rabello* acha notável esse resultado curativo em vista da pertinência da doença da qual só conhece dois casos curados pelos raios X e pela raspagem; o resultado subirá de valor se se mantiver a cura. A rapidez de ação do emético é realmente comparável à do *Salvarsan* sobre as ulcerações sífilíticas.

O *Dr. F. Terra* julga que o termo de granuloma venéreo inclui formas clínicas que se afastam das descrições clássicas, predominando entre nós a forma exclusivamente ulcerosa.

²² *Boletim*, p.56-8, 1912.

Em relação à etiologia, reputa ainda merecerem estudos as conclusões tiradas por Flu e pelos Drs. Vianna e Aragão, que dão um diplobacilo encapsulado como fator dessa doença, quando foi isolado pelo Dr. Rabello um *Sporotrichum*, em dois casos em cujos *frottis* encontrou os mesmos corpúsculos ovulares.

O Dr. Gaspar Vianna diz que com o Dr. Aragão isolou em dois casos de granuloma um bacilo que reputa corresponder aos germes que se vêem nos *frottis*. Se é um *Sporotrichum*, este é completamente diverso dos que até aqui se tem visto.

As lesões anatomopatológicas também não confirmam a hipótese de esporotricose, assim como não são análogas as alterações estruturais de leishmaniose. A certeza absoluta só poderia ser dada com a reprodução da lesão em *anima nobile*. No rato a virulência do germe, causando uma septicemia rápida, não dá tempo à formação das lesões características.

Dr. E. Rabello – De fato, em dois casos de granuloma visto em épocas diferentes e de diversas procedências isolou um *Sporotrichum*, em um deles obtendo uma cultura pura por transfixação do tecido, o que também conseguiu o Dr. Dias da Silva, de São Paulo, nesse mesmo caso. Para se fazer a hipótese do saprofitismo deve-se ter em vista que este é raro na pele a não ser ao redor das úlceras esporotricósicas, como diz Gougerot. A anatomia patológica realmente diverge, mas lembre-se de que conforme o mesmo Gougerot, podem existir formas ectimatiformes da esporotricose. Pretende ainda estabelecer o valor patogênico do germe que isolou, sendo ocasião de lembrar que sem poderem tirar conclusões definitivas, outros pesquisadores têm encontrado fungos nessa doença. Acredita que os colegas estejam mais próximos da verdade convindo, todavia, tentar a inoculação.

O Dr. Gaspar Vianna pergunta se identifica a um *Sporotrichum* o germe encapsulado encontrado nos *frottis*.

O Dr. E. Rabello acha que o germe isolado deve ficar próximo do *Sporotrichum schenkii*, espécie mais rara e ainda não encontrada no Brasil. Gougerot descreveu formas oidianas do *Sporotrichum*, mais comuns com o *schenkii* e que podem ser comparáveis aos germes ovulares dos *frottis*.

Acresce que estas formas são mais virulentas, conservando-se tais em diversas passagens. O material obtido, em autópsia, do gânglio de um doente da Clínica Dermatológica e injetado no peritônio de um rato provocou no fim de seis meses o aparecimento de um cancro com forte endurecimento; nos *frottis* foram vistos os mesmos germes.

O Dr. Adolpho Lutz acredita que o fato de o emético ter agido sobre a doença é o suficiente para colocar o germe entre os protozoários.

O Dr. Gaspar Vianna lembra que o iodureto age sobre a sífilis, que é moléstia de protozoário, e sobre a esporotricose, que é causada por cogumelo. Pensa que a ação terapêutica não poderá por si só contribuir para a classificação dos germes.

Dr. Adolpho Lutz – A questão da classificação de certos germes é ainda controvertida, como por exemplo, a da sífilis, que não está provada ser um protozoário. Aconselha que se verifique a ação do emético sobre o germe isolado no granuloma.

1913

Sessão Solene

Homenagem ao Dr. Adolpho Lutz

O *Dr. Fernando Terra* (Presidente), em breve alocução, saúda o Dr. Adolpho Lutz entregando-lhe o seu retrato e o diploma de Presidente Honorário da Sociedade.

O *Dr. Paulo Horta* pronuncia, em nome da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o seguinte discurso:

Extremamente honrado com o convite do Sr. Prof. Fernando Terra para saudar o eminente Prof. Adolpho Lutz, em nome da Sociedade Brasileira de Dermatologia, é preciso que estabeleça a preliminar de que não fala, neste momento, um dos discípulos e amigos de Lutz, mas um simples membro desta companhia.

Os amigos e discípulos do Prof. Lutz já testemunharam, há dias, pela palavra eloqüente e entusiástica de Carlos Seidl, quanto admiram e prezam ao grande cientista brasileiro, glória de nossa nacionalidade.

Agora, são os cultores da dermatologia e, mais especialmente, os que sabem aliar os conhecimentos auferidos na observação clínica e os resultados das pesquisas dos laboratórios, que vêm prestar ao mestre de tantos anos a manifestação do profundo apreço e acatamento que sentem por este pioneiro da verdadeira dermatologia, desta dermatologia cientificamente estudada que, nas últimas décadas, viu seus horizontes alvejados, seus mistérios em grande parte desvendados, seu porvir entremeadado com as mais risonhas e fagueiras esperanças.

E este extraordinário progresso, ultimamente notado na dermatologia, é tão grande, senhores, que se pode afirmar que a clínica dermatológica professada hoje nesta sala já não é a mesma que há menos de um quinquênio era aqui ministrada, este espontâneo movimento, a cuja frente vemos o nosso ilustre Presidente, foi em grande parte a resultante dos esforços do Prof. Adolpho Lutz.

Não é audaciosa a proposição que acabamos de proferir, antes firmada na valiosíssima contribuição que os trabalhos de Lutz trouxeram para o avanço da dermatologia. Somente quem tiver lido as suas onze notáveis monografias, exclusivamente relativas a moléstias da pele, além das numerosíssimas lições que se encontram esparsas em vários outros trabalhos e nas atas das associações sábias deste país e do estrangeiro, poderá aquilatar devidamente o valor sem par deste tão modesto, quanto grande mestre, cuja visão genial já vem nomeada em seus memoráveis escritos de 1886 e 1887.

Já então Lutz doutrinava sobre os cisticercos da pele, sobre o líquen obtuso e plano, sobre o rinoscleroma, sobre a lepra.

A missão ao Havaí, a convite de governo estrangeiro, nada mais foi que a sagração que impunham seus admiráveis trabalhos sobre essa moléstia. E, a propósito da lepra, deves permitir, senhores, que eu relembre aqui um episódio, em que não se sabe o que mais admirar, se o resultado que em 1886 já retirava Lutz de suas observações, servindo-se de aparelhos e técnica muito inferiores aos que formam modestos laboratórios de hoje, se a sua robusta probidade científica, só registrando o que realmente via e ouvia,

forçando os pesquisadores de nossos dias a confirmarem sempre as suas afirmações e conclusões.

Conheceis perfeitamente o belo trabalho, de minúcia, técnica e valor, publicado em 1910, nas *Memórias do Instituto de Manguinhos*, pelo ilustre Dr. Antônio Cardoso Fontes, sobre a tuberculose; é um dos mais notáveis e conhecidos estudos, uma das mais belas contribuições sobre a fina estrutura do bacilo de Koch.

Pois bem, Fontes, nesta sua magnífica lição, faz inteira justiça aos esforços de Lutz realizados 24 anos antes.

Assim é que escreve Fontes:

Já estava escrito e em provas o presente trabalho, quando tivemos conhecimento, pelo Dr. Adolpho Lutz, de uma publicação que fizera em 1886, e que saiu inserta no primeiro fascículo dos *Dermatologische Studien*, do Prof. P. G. Unna, sob o título “Zur Morphologie des Mikroorganismos der lepra”.

Por esse trabalho se vê que já o Dr. Lutz havia verificado o papel preponderante da granulação do bacilo da lepra na reprodução dela.

Mostra a verificação, feita por mim, 24 anos depois do que Lutz escreveu em relação à lepra e tuberculose, ainda que com interpretação diversa do processo de reprodução, a justeza de nossas observações. E isso será tanto mais digno de nota quando se pensar na dificuldade da técnica do início da bacteriologia, *maximé* em verificações desta natureza.

Foi Lutz o primeiro, entre nós, e um dos primeiros no mundo, que se ocuparam com a blastomicose e com a esporotricose. Nos mais cultos centros científicos europeus, as preparações de blastomicose feitas por Lutz, e por ele mostradas aos maiores especialistas estrangeiros, foram atribuídas por alguns a defeitos de técnica e, por outros, mais sensatos e prudentes, a alterações das células gigantes ainda não conhecidas.

Os estudos de Lutz sobre a esporotricose Beurmann em homens e ratos, em São Paulo, são agora trabalhos clínicos, e sua morfologia sobre a hiperblastomicose americana ainda é a melhor contribuição feita entre nós sobre a blastomicose. Ao grupo das tinhas não foi estranho Lutz, e pode-se dizer que na América do Sul foi o primeiro a isolar um microsporo.

Senhores, uma análise, mesmo ligeira, da monumental produção dermatológica de Lutz, demandaria largo tempo e não estaria nos moldes desta solenidade. Torno, pois, para a memória deste rápido esforço de seus trabalhos, e para que aqueles que não lidam mais diretamente com as moléstias da pele e que honram esta sessão com sua presença, possam avaliar quão grande avulta, para nós, a personalidade egrégia deste mestre.

A homenagem de hoje, senhores, é um atestado à modéstia de Lutz, e assim era preciso que fosse simples e sincera como a manifestação que ora fazemos a este benemérito das letras médicas.

Devíamos-lhe este preito de reconhecimento pelo concurso inexcédível que sua colaboração representa para nossa novel sociedade.

E enquanto seus discípulos não reúnem em edição especial todas as suas lições, resolveu a Sociedade oferecer-lhe o seu retrato, como uma significativa homenagem a quem, desde hoje, conta no número de seus Presidentes de Honra.

O *Dr. Adolpho Lutz* responde, agradecendo mais esta prova de estima que lhe era feita pela Sociedade de Dermatologia, que, por si mesma, havia demonstrado quanto as novas gerações se interessavam pelos progressos científicos. Ele, que já vinha de uma época anterior, sentia-se muito feliz em colaborar na obra científica por que tanto se empenha a Sociedade de Dermatologia.

1ª Sessão Ordinária, 7 de abril de 1913²³

Presidente – Dr. Adolpho Lutz

Secretários – Dr. E. Rabello e Zopiro Goulart

Presentes – mais os Drs. F. Terra, Werneck Machado, Gaspar Vianna, H. Aragão, Arthur Moses, Cardos Fontes, Silva Araújo Filho, Arthur Rocha, Paulo Horta, Aleixo de Vasconcellos e Emilio Gomes.

Blastomicose, pelo Prof. Terra²⁴

É interessante o caso pela sua marcha rápida, visto como em meses deu-se a generalização da blastomicose, terminando-se pela morte.

Obs. – A. G. M., branco, de 32 anos, brasileiro, lavrador, morador em Duas Barras, Estado do Rio, entrou para a 19ª enfermaria em 8 de março de 1913. Sem importância os antecedentes pessoais e hereditários. Em setembro de 1912 aparecera um pequeno nódulo na asa da narina esquerda, supurando logo; inflamou-se em seguida o gânglio retroauricular, e, posteriormente os axilares, indo todos à supuração.

Mais tarde surgiram úlceras na face e por fim na boca.

Ao examinarmos achava-se o doente muito magro, de cor amarelo-terrosa, e caminhava dificilmente.

Havia então nódulos de consistência mole, de diferentes tamanhos na região malar esquerda, na comissura labial, perto do lóbulo da orelha e na região masseterina direita. Tinham cor escura arroxeada e eram cercados de zona eritematosa, com pequenas crostas que cobriam pertuitos, de onde saía líquido seropurulento.

Aos nódulos sucediam úlceras, todas do mesmo aspecto, de contornos irregulares, de bordas elevadas com pequenos orifícios, de fundo vegetante.

Muitas das úlceras estavam cobertas de crostas moles, amarelas ou escuras.

Estavam as úlceras assestadas na região superciliar esquerda, asa da narina, sulco-nasolabial, junto à orelha, região parotidiana e na submaxilar, todas do mesmo lado.

Viam-se mais: pequena úlcera entre os supercílios e na região supra-orbitária, na malar, na masseterina, e, finalmente, na região parotidiana direita. Na mucosa bucal, perto da extremidade superior dos pilares existia uma ulceração de bordos vermelhos, com fundo vegetante, coberto de finas granulações esbranquiçadas.

²³ Nesta sessão, além dos temas comentados por Lutz, foram apresentados trabalhos sobre botriomicose (Fernando Terra), leishmaniose (Werneck Machado), vitiligo (Eduardo Rabello), favo (Eduardo Rabello) e granuloma ulceroso (Henrique Aragão e Gaspar Vianna).

²⁴ *Boletim*, p.15-7, 1913.

De ambos os lados do pescoço, existiam gânglios aumentados de volume, dolorosos, pouco móveis, ao lado de outros já em via de supuração, e nas regiões axilares, úlceras devidas à supuração ganglionar. O doente acusava dor nas lesões, principalmente nas da mucosa bucal, o que tornava penosa a deglutição.

O exame a fresco do líquido retirado de gânglio, por punção, revelou grande quantidade de células de blastomicetos, redondas, muitas das quais em franca gemulação. O exame de um corte da pele ulcerada mostrou a existência de microabcessos intra-epiteliais, no cório células gigantes e a citologia própria das inflamações crônicas, sendo notável o número de blastomicetos vistos nos tecidos. O doente faleceu em março deste ano, e a autópsia revelou a existência de lesões blastomicóticas nas vísceras.

Dr. G. Vianna – A autópsia mostrou lesões pulmonares, com o aspecto próprio da tuberculose hematogênica. Os gânglios envolvidos no processo mórbido, alguns supurados, tendo visto nos seus cortes histológicos numerosos blastomicetos. No ventrículo esquerdo uma placa de pericardite. Lesões interessantes existiam nas cápsulas supra-renais, sendo que na esquerda o tecido próprio estava quase destruído, apresentando numerosos nódulos esbranquiçados; à direita, menos alterada, tinha também numerosos nódulos. No intestino havia vários nódulos, sobretudo no grosso intestino, e uma úlcera nas imediações da válvula ileocecal.

Fato interessante era o ataque ao apêndice, que estava bastante aumentado de volume, inflamado, e de paredes infiltradas por nódulos. O cérebro apresentava na base alterações próprias da meningite e granulações brancas. Os cortes histológicos das partes afetadas mostraram sempre a presença de blastomicetos. Nos rins existia abscesso embólico, no baço e fígado blastomicose hematogênica.

Dr. Adolpho Lutz – A observação clínica mostra que quase sempre dá-se a generalização da infecção, que ao começo fica confinada à pele ou às mucosas.

Parece que a generalização opera-se por via sangüínea, não se podendo tirar conclusão sobre a gravidade, porquanto pode ser ela devida ou à virulência maior do germe, ou à sua mais intensa proliferação. Nos casos menos graves a propagação faz-se antes por continuidade, e a marcha da doença é muito mais lenta. Ao começo passou despercebida a blastomicose, e só com os casos graves foi se despertando a atenção dos observadores, que logo viram o germe, pelo seu fácil reconhecimento. Com efeito, o exame dispensa o emprego de materiais corantes, os germes são constantes nas lesões, numerosos e de grande dimensões.

A moléstia tem sido mais estudada na América, onde já se registra grande número de casos; porém não é de estranhar que ela seja mais freqüente na Europa do que mostram as estatísticas, porque talvez tenha passado despercebida. Os estudos da blastomicose, como das micoses em geral, têm revolucionado os conhecimentos da patologia geral, trazendo a esta grandes descortinos. Nós a vemos sempre evoluindo no indivíduo, que vive no meio de outros, sem levar-lhes o contágio, registrando-se igualmente o aparecimento em uma localidade de caso isolado sem produzir aí pandemia.

Existirá a moléstia nos animais, e deles se transmite ao homem? Precisarás que o germe passe por um organismo intermediário para depois se fixar no homem? Terá no organismo, que o alberga, um ciclo evolutivo?

2ª Sessão Ordinária, em 7 de maio de 1913

Presidente – Dr. Adolpho Lutz

Secretários – Drs. Eduardo Rabello e Silva Araújo Filho

Presentes mais os Drs. A. Austregésilo, E. Gomes, C. Villela, F. Espozel, Zopiro Goulart, Mario Toledo, A. Moses, G. Vianna e H. Aragão.

Tinha causada pelo *Trichophyton violaceum*, pelo Dr. Mario Toledo ²⁵

Trata-se de uma menina de seis anos, de nacionalidade russa, que veio para o Brasil como imigrante, desembarcando no Rio em fevereiro deste ano. Partiu de Odessa com destino a Bremen, onde permaneceu oito dias, notando-se que a sua cabeça achava-se coberta de abundantes escamas, pequenas, amareladas e com couro cabeludo com um colorido róseo difuso. Na hospedaria de imigrantes notei que além da grande quantidade de escamas que cobriam o couro cabeludo, havia em vários pontos da cabeça cabelos cortados pouco acima do nível do tegumento, que facilmente se destacavam a pinça sem provocar dor, e envolvidos em uma bainha esbranquiçada. Não existiam pústulas, nem a doente acusava prurido ou dor. Destacados alguns pêlos, foram feitas sementeiras em meio de prova de Sabouraud, desenvolvendo-se colônias de *Trichophyton violaceum*.

Com pincelagens de tintura de iodo ao quinto, de óleo de cade, e com o enxofre apresentou logo notáveis melhoras. Este fato merece ser assinalado para despertar a atenção das autoridades sanitárias na importação de novas moléstias.

Dr. E. Rabello – Sabe-se que cada país tem a sua flora tricofítica mais ou menos própria, e essa espécie de *Trichophyton* existe em maior escala na Itália e na Rússia.

Em São Paulo, o *violaceum* tem sido visto em italianos, vindos já contaminados, e só se registra em nacional um caso do Dr. G. Vianna.

O *Dr. Adolpho Lutz* encarece a necessidade de uma escolha cuidadosa dos estrangeiros contratados para a lavoura, devendo o exame de saúde ser feito nos pontos de embarque, e não aqui.

Caso de esporotricose, pelo Dr. E. Rabello ²⁶

A esporotricose é aqui nova, registrando-se no Rio quatro casos, o primeiro por nós comunicado à Academia de Medicina em 1911; o segundo pelo Dr. Gaspar Vianna em 1912 ao Congresso de Medicina de Belo Horizonte. Sabendo-se, desde os estudos do Dr. Adolpho Lutz, que ela pode-se encontrar como epizootia dos ratos, não é de estranhar que deles partisse o contágio, porquanto refere o doente que à noite era muitas vezes despertado por eles que invadiam-lhe o leito. Além disso, é sujeito a fissuras nos dedos das mãos, tendo o primeiro nódulo surgido num dos auriculares.

As culturas deram colônias do *Sporotrichum beurmanni*, porém um pouco mais pigmentadas, idênticas às obtidas por Lutz e Splendore.

²⁵ *Boletim*, p.23, 1913. Sessão realizada no Hospital dos Lázarus.

²⁶ *Boletim*, p.23-4, 1913.

Obs. – A. I., branco, de 21 anos, brasileiro, solteiro, caixeiro, residente em Pinheiros, onde foi examinado pelo Dr. Luiz de Paula, entrou para a Clínica Dermatológica em 24 de abril de 1913.

Há 10 meses contraiu blenorragia, e há 15 dias teve orquite, gozando, fora disso, relativa saúde, sendo também sadios seus pais e irmãos. Há três meses apareceu no dorso da primeira falange do auricular esquerdo, onde havia fendas, um pequeno nódulo que amolecendo, ulcerou-se, dando saída a pequena porção de sero-pus.

Existe no mesmo sítio uma placa eritematosa, onde se assestam cinco pequenos nódulos, e outras iguais, dispostas em linha reta no bordo cubital da mão, terminando-se no punho.

No antebraço vêem-se nódulos subcutâneos, uns aderentes à pele, outros já ulcerados, distribuídos em fila, e rodeados de uma zona eritematosa.

No bordo interno do braço, pouco acima da articulação, acham-se quatro nodosidades subcutâneas. Como estas há no bordo radial do antebraço e extremo do braço, situadas nas proximidades da articulação. Como fenômeno subjetivo acusa o doente ligeiras dores nas lesões. Ensaíamos o tártaro estibiado em injeções endovenosas, sendo o resultado já muito favorável, porquanto os nódulos subcutâneos se reabsorveram, e os ulcerados entraram em franca reparação. Aconselhamos que na esporotricose se experimente esse medicamento.

Dr. Adolpho Lutz – A pigmentação mais acentuada das culturas é conseqüência da maior produção de esporos, e sua maturação mais rápida, concorrendo muito para isso o calor, a luz e a umidade do meio. Por ocasião de estudar a epizootia pestosa nos ratos, teve ocasião de encontrar em São Paulo alguns deles afetados de esporotricose, ora sob a forma generalizada, ora sob a forma cutânea, assestando-se nódulos na cauda ou nas patas.

O mesmo se observa na esporotricose experimental.

Quando se inocula o material em uma pata não raramente se vêem lesões em outros pontos, também inoculados pelos dentes e patas do animal, que transportam o germe de um para outro sítio.

3ª Sessão Ordinária, 28 de maio de 1913²⁷

Presidente – Dr. Adolpho Lutz

Secretários – Drs. E. Rabello e Arthur Moses

Presentes mais os Drs. F. Terra, Neves Armond, G. Vianna, H. Aragão, Victor de Teive e Mario Toledo.

Distribuição geográfica no Brasil da leishmaniose, pelo Prof. E. Rabello²⁸

Até agora têm afluído para o hospital doentes procedentes do Amazonas, inclusive Acre, Juruá e Purus, do Pará, do Espírito Santo, do Estado do Rio, de São Paulo, de Minas e de Mato Grosso.

²⁷ Nesta sessão, *Lutz* não comentou a comunicação de Eduardo Rabello sobre lúpus.

²⁸ *Boletim*, p.26-8, 1913.

Desta capital e da Bahia só tinham sido assinalados casos de formas cutâneas, ao passo que os doentes presentes vêm demonstrar que aí existe também a forma mucosa.

Obs. I – M. F. O., de 50 anos, pardo, solteiro, brasileiro, residente em Caravelas, estado da Bahia. Os antecedentes mórbidos pessoais e hereditários carecem de importância. Há cerca de seis anos começou a doença por uma pequena ulceração na mucosa da narina esquerda, estendendo-se em breve para a asa do nariz e septo cartilaginoso, e mais tarde várias lesões surgiram na faringe. Há seis meses formou-se na parte interna do lábio superior um tumor vegetante, que foi extirpado por um cirurgião.

Atualmente acha-se destruída a extremidade do nariz, e o septo cartilaginoso, apresentando a parte ulcerada um aspecto fungoso, com bordos baixos, de cor vermelho-escura, lustrosa, coberta de serosidade, e sangrando facilmente.

Na mucosa do lábio superior existe uma ulceração que continua pela da bochecha direita, junto ao sulco gengival, até quase o véu do paladar.

Outra, de forma linear, existe em toda a extensão da mucosa do palatino, assestada na sua parte média, indo terminar na extremidade livre do véu do paladar. São todas vegetantes, granulosas, vermelhas e sangram facilmente.

A úvula e partes laterais do véu desaparecem no meio dessa massa vegetante. Granulações semelhantes se vêem na faringe.

Obs. II – I. J. S., pardo, de 34 anos, brasileiro, solteiro, residente em Deodoro, nesta capital. Não tem antecedentes venéreos, e os antecedentes pessoais e hereditários são destituídos de importância.

Durante muito tempo teve uma úlcera na região glútea esquerda, que cicatrizou aos 18 anos.

A doença atual começou há cinco anos, por umas granulações na faringe, que se estenderam pelo soalho das fossas nasais ao lábio superior. Gradualmente formaram-se ulcerações, que destruíram as partes moles da extremidade nasal e o lábio superior.

Atualmente a úlcera se localiza na parte restante das asas das narinas, estendendo-se um pouco para os lados, propaga-se para o lábio superior, e daí para as bochechas.

Os bordos são lisos, no nível do tegumento, róseos, o fundo é vermelho, granuloso, sangrando facilmente. Existem produções vegetantes características na mucosa do lábio superior, na palatina e na da faringe, tendo a úvula já desaparecido.

Dr. F. Terra – Tem grande valor esta comunicação porque encerra dois fatos da geografia da nossa leishmaniose: o primeiro é ficar demonstrada a moléstia no Rio há cerca de cinco anos; o segundo é que na Bahia só se havia descrito a forma cutânea, e agora fica provado apresentar-se sob a forma mucosa.

O *Dr. Werneck Machado* trouxe à Sociedade uma doente afetada de leishmaniose, com lesões na mucosa bucal, contraída a doença no Espírito Santo, o que demonstra a sua existência nesse estado.

Dr. Adolpho Lutz – A área ocupada pela leishmaniose é muito maior do que se pensa, porquanto em outros países vai sendo demonstrada a sua presença. Assim, no Peru está identificada a *spundia*, que é uma forma mais benigna, e as coleções arqueológicas desse país mostram figuras com deformações que lembram as lesões da doença. Teria, pois, existido aí em tempos remotos? Para nós importa saber se a doença tende a aumentar no Brasil e os fatos demonstram que os seus domínios vão se alargando.

Dizia-se ser freqüente na Bahia o lúpus ulceroso, e hoje podemos assegurar que esses casos eram de leishmaniose.

As lesões papilomatosas das mucosas podem-se confundir com a blastomicose; certos caracteres facilitam a diferenciação, como sua cronicidade, tolerância relativa do organismo, e maiores dimensões das lesões cutâneas. Outra questão é saber-se se há diferença entre a forma cutânea e a mucosa; parece que sim, porquanto conhecemos lugares onde só se encontra a forma cutânea, como se deu no Rio Branco. Há questões litigiosas em relação aos germes, porque pode haver entre eles uma diferença morfológica, ou apenas biológica, ou uma diversidade nos modos de penetração, segundo a modalidade.

Dr. Gaspar Vianna – Em sua recente viagem aos estados do Norte encontrou numerosos doentes de leishmaniose em localidades ainda não assinaladas. No lugar denominado Marco da Légua, em Belém (Pará), examinou doentes com a forma cutânea, no Maranhão um de forma cutânea, outro de forma mucosa, no Ceará encontrou, em companhia do Dr. Salgado, cinco doentes, todos de localização mucosa, do mesmo tipo viu em Cabedelo (Paraíba) alguns casos; no Recife reconheceu a doença em cerca de quatrocentos indivíduos recolhidos no Asilo de Mendicidade. Em Alagoas é pequena a freqüência.

Aproveita a ocasião para mostrar o resultado do emprego do tártaro sobre as lesões mucosas da leishmaniose. Um doente internado na Clínica Dermatológica com 16 úlceras na pele e lesões da mucosa nasal, rebeldes a vários tratamentos, viu desaparecerem com as injeções de tártaro; os acidentes cutâneos e os da mucosas estão quase extintos.

Úlcera fagedênica tropical, pelo Prof. E. Rabello²⁹

Em maio de 1912 vimos um caso idêntico, tendo a úlcera, localizada no mesmo ponto deste, a simbiose fuso-espirilar.

Obs. – J. de A., português, solteiro, pedreiro, residente na Penha, sem antecedentes venéreos e sem valor os hereditários. Há um mês, quando aqui desembarcou, no lugar de um calo no calcanhar direito formou-se uma úlcera que em breve estendeu-se até atingir cerca de cinco centímetros de comprimento sobre quatro de largura. Tem bordos elevados, cobertos de crosta amarelo-escura, fundo escavado, finamente granuloso, banhado por secreção saniosa e sangrando facilmente.

A pesquisa microscópica revelou em *frottis* corados pelo Giemsa a presença de espiroqueta, tipo *refringens*, e outros mais finos, tipo pálida sem identidade com este. O uso do *Salvarsan* vai já modificando a úlcera.

O *Dr. Adolpho Lutz*, quando se entregava a estudos da anquilostomíase viu úlceras análogas às fagedênicas tropicais, e que eram devidas à anemia e fraqueza do doente. Parece não haver muito rigor em dar-se o nome de úlcera fagedênica a certas lesões, porquanto são destituídas de determinados caracteres, com marcha rápida, semelhança com a gangrena hospitalar e presença da simbiose fuso-espirilar. Os casos agora referidos talvez sejam de úlceras fagedênicas, se bem que de marcha não muito aguda, talvez devido isso à atenuação do vírus.

²⁹ *Boletim*, p.28, 1913.

Dr. Arthur Moses – Nos casos de úlceras fagedênicas o Wassermann foi positivo, talvez devido a uma reação do extrato alcoólico do antígeno, porquanto o resultado foi contrário com o emprego do extrato aquoso fresco.³⁰

5ª Sessão Ordinária, 29 de julho de 1913³¹

Presidente – Dr. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Mario Toledo

Presentes – Drs. F. Terra, E. Rabello, M. Toledo, Zopiro Goulart, Emilio Gomes, Werneck Machado, J. Marinho, Arthur Moses, C. Rohr, F. Esposel, H. Aragão, Eduardo Jorge, Gaspar Vianna e A. Neves.

Blastomicose, pelo Dr. Werneck Machado³²

Trata-se de um indivíduo de 50 anos, brasileiro, e que se acha doente há menos de um ano. Assesta-se a lesão principal na comissura labial esquerda, tendo menores ulcerações espalhadas na pele da face, junto ao lábio superior, e uma outra maior abaixo da mamila esquerda. O fundo das úlceras, de cor acinzentada, é coberto de finas granulações e de microabcessos. Os bordos nas lesões cutâneas são elevados e cobertos de crosta.

Afigurou-se-lhe, pelo aspecto das lesões, ser um caso de blastomicose, e o exame microscópico dos *frottis* revelou, neste momento, a presença de numerosos blastomicetos.

Dr. Adolpho Lutz – Este caso vem demonstrar mais uma vez a necessidade do exame microscópico para dirimir dúvidas em doenças que facilmente se confundem clinicamente.³³

9ª Sessão, 28 de novembro de 1913³⁴

Presidente – Dr. Adolpho Lutz

Secretários – Drs. E. Rabello e Arthur Moses

Presentes: Drs. F. Terra, M. Toledo, G. Vianna, Adolpho Lutz, A. Moses e E. Rabello.

Caso pró-diagnose, pelo Dr. E. Rabello³⁵

Apresenta, em nome do Dr. Alarico Damásio, um doente de 22 anos, brasileiro, com uma úlcera situada na comissura labial direita, propagando-se para a mucosa do lábio inferior, e para a mucosa da bochecha.

³⁰ *Boletim*, v.2, n.1, p.19-28, 1913.

³¹ Além dos casos comentados por Lutz, foram apresentadas nesta sessão comunicações sobre tinha (Zopiro Goulart), leishmaniose cutânea (Eduardo Rabello), provável úlcera tuberculosa (J. Marinho) e granuloma tropical (Henrique de Aragão).

³² *Boletim*, p.70-1, 1913.

³³ *Boletim*, p.69-71, 1913.

³⁴ Nesta sessão, além dos assuntos comentados por Lutz, houve comunicações sobre Salvarsan na blastomicose (Eduardo Rabello), leishmaniose (Gaspar Vianna), tricofitose das plantas dos pés (Eduardo Rabello) e ainhum (Gaspar Vianna).

³⁵ *Boletim*, p.77-8, 1913.

Os gânglios submaxilares do mesmo lado acham-se aumentados de volume e dolorosos. Data a doença de um ano, conservando-se bom o estado geral do paciente. O aspecto das ulcerações faz lembrar em certos pontos a blastomicose, ao passo que em outros sítios a destruição dos tecidos é mais profunda do que ocorre em geral nessa micose. O exame microscópico dos *frottis* não revelou a presença de blastomicetos.

O Dr. G. Vianna acha que a fisionomia clínica dos acidentados afasta-se um tanto dos casos clássicos de blastomicose, e afigura-se-lhe que a lesão mais se aproxima de epitelioma.

Apela para o exame histológico que poderá dirimir a questão.

O Dr. Adolpho Lutz diz que pela simples ausência dos parasitas nos *frottis* não se deve excluir a blastomicose. Neste caso convém que as pesquisas se façam em cortes, onde eles poderão ser vistos.

10ª Sessão, 29 de dezembro de 1913 ³⁶

Presidente – Dr. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e A. Moses

Presentes – Drs. Adolpho Lutz, Werneck Machado, V. Teive, G. Vianna, Doelinger da Graça, F. Terra, E. Rabello e A. Moses.

Cancro mole serpiginoso, pelo Dr. E. Rabello ³⁷

É um caso de grande raridade, e que se mascarou com o aspecto de outras doenças. A úlcera, que começou há 24 anos, sucedeu a um bubão inguinal, do lado direito, subsequente a um cancro venéreo simples de pênis. Durante esse tempo ela foi se estendendo para as regiões vizinhas, deixando atrás de si zonas de cicatriz com bridas fibrosas. Trata-se de um indivíduo robusto, de cerca de 40 anos, cujo estado geral tem se conservado bom durante toda essa longa enfermidade.

Atualmente existem lesões ulcerosas, em franca floração, nas seguintes regiões: espádua esquerda, região sacra do mesmo lado e no terço superior da face externa da coxa esquerda. Em qualquer desses pontos notam-se áreas de cor arroxeadas, com pequenas ulcerações, que se assemelham à goma, e sendo os tecidos solapados pelo processo ulceroso, que os descola.

Diversas hipóteses foram sugeridas para o diagnóstico, tendo se detido, como sói acontecer com a maioria daqueles que têm visto cancros moles extensos, de longa duração, numa sífilide ulcerosa laminiforme (*en nappe*), tendo sido, entretanto, o Wassermann negativo. As injeções de *Salvarsan*, bem como as mercuriais, foram totalmente infrutíferas, e o exame cultural, orientado no sentido das micose, foi também negativo.

³⁶ Adolpho Lutz não comentou a apresentação de Gaspar Vianna sobre a injeção do emético na afecção denominada esponja. Existe discrepância entre as atas das sessões publicadas em português no *Boletim* e os resumos publicados em francês no mesmo periódico. No resumo em francês, esta sessão aparece datada de 27, e não 29 de dezembro.

³⁷ *Boletim*, p.79-81, 1913.

Encontrou no corte histológico células gigantes, o que fez no momento deter-se ainda na idéia de micose. Pesquisando a secreção das úlceras, viram-se germes semelhantes ao bacilo de Ducrey, como se pode verificar nas preparações que apresenta. Nos dois últimos números da *Dermatologische Wochenschrift* há um trabalho de Generisch, em que esse autor procura estabelecer como de cancros moles serpiginosos certos casos de granuloma ulceroso tropical. Esse artigo é ilustrado com gravuras, perfeitamente comparáveis com a afecção do caso presente. Não podendo aceitar as conclusões desse autor no tocante à identidade dessas doenças, pode-se, entretanto, retirar um argumento, que vem explicar a presença das células gigantes, que nos fizeram propender para a hipótese de micose.

É fato que no cancro mole serpiginoso, como em outras afecções crônicas, encontram-se as células gigantes, que, portanto, perdem diariamente a sua especificidade. De posse, como julga estar, do diagnóstico, vai convergir seus esforços para o combate da afecção que tem agora uma duração por demais longa.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha realmente que é um caso muito raro. Os bacilos vistos aqui são idênticos aos descritos por Ducrey, quando examinados em *frottis* da secreção do cancro. A forma característica em cadeias paralelas, descritas pela primeira vez por Unna, é apreciada nos cortes histológicos, e com mais dificuldade na secreção, o que demanda cuidados especiais de técnica.

Acha que o exame dos cortes poderá descortinar a disposição em cadeias. Como tratamento lembra antes o iodofórmio.

O *Dr. F. Terra* reconhece o embargo em que se verá o clínico desprevenido para firmar a natureza da dermatose, que apresenta mais o aspecto de uma sífilide, ou de uma micose, do que o do cancro mole. Encarece, portanto, o valor, em casos tais, do concurso do microscópio, que granjeou a certeza do diagnóstico. Como tratamento, na falência do iodofórmio, aconselha a ducha de ar quente, que em casos similares tem-se mostrado eficaz.

O *Dr. E. Rabello* diz que mais raramente nessa mesma lâmina apresentada vêem-se germes com os caracteres morfológicos e de grupamento, assinalados por Unna. Vai fazer cortes histológicos, e empregar os métodos terapêuticos aventados.

Sífilide ulcerosa generalizada, pelo Dr. Werneck Machado³⁸

Apresenta uma doente que teve numerosas úlceras, espalhadas pelo corpo, achando-se então em estado de miséria orgânica. As hematêmeses, que por vezes se produziram, tornavam mais precário o estado geral. Com o fim especial de combate à fraqueza, antes de iniciar o tratamento específico submeteu-a a injeções de soro fisiológico. O resultado foi muito lisonjeiro, porquanto não só levantou as suas forças, como porque as ulcerações entraram em franca resolução. Este caso demonstra o efeito benéfico do soro, tendo anteriormente já assinalado o fato, por haver obtido idêntico resultado em uma doente nas mesmas condições desta.

³⁸ *Boletim*, p.81, 1913.

O *Dr. E. Rabello* diz que há realmente casos de sífilis graves, onde até uma cura de ar consegue efeitos surpreendentes, pelo levantamento das forças, parecendo que a eficácia do soro possa ser atribuída a sua ação tônica.

O *Dr. Adolpho Lutz* acredita antes que a longa duração das úlceras entretendo a distrofia orgânica seja obra de associação de germes da pele, e sobre eles se exerça de preferência a ação do soro.

O *Dr. Gaspar Vianna*, a despeito da desnutrição da doente, empregaria antes o 914, que teria a dupla vantagem de atuar sobre a natureza da lesão e atuar como tônico. Não teria receio de que o *Neosalvarsan* produzisse acidentes, apesar da tendência manifesta para hemorragias, como demonstrou a constância das hematêmeses.

1914

2ª Sessão Ordinária, 29 de maio de 1914³⁹

Presidente do Dr. F. Terra, servindo de secretários os Drs. Silva Araújo Filho e V. Teive.

Compareceram mais os Drs. Henrique Aragão, Arthur Moses, D'Utra e Silva, Werneck Machado e Adolpho Lutz.

Acidentes do 914, pelo Dr. F. Terra⁴⁰

Poucos são os casos conhecidos entre nós de acidentes devidos ao emprego do 606 ou do 914, e assim mesmo não se tem bem apurado se os fatos assinalados têm realmente essa causa ou trata-se de distúrbios provocados por causas outras. Ofereceu-se ocasião para observar um caso grave, com desfecho letal, e que acredita ter como fator primordial o emprego do *Salvarsan* feito em condições desfavoráveis de resistência orgânica.

Foi procurado por um doente, branco de 60 anos, italiano, casado, professor, morador nesta cidade há longos anos. Sem antecedente venéreo, e com Wassermann negativo, foi-lhe entretanto diagnosticada uma lesão do fundo do olho de natureza sífilítica, submetendo-se na Europa ao tratamento pelo 606, de que tomou várias doses em injeções intravenosas. Profere que sentiu algumas melhoras, tendo readquirido um pouco a visão, quase extinta ao começar o tratamento. Aqui chegando quis continuar o tratamento pelo *Salvarsan* de acordo com a indicação que trouxe, por escrito, dos médicos de Paris, com quem se tratara. Aconselhou o Dr. Terra que fizesse uma cura mercurial prévia, a que se recusou, acedendo, entretanto, na substituição do 606 pelo 914.

As três primeiras injeções, em solução concentrada segundo o método de Ravaut, foram bem toleradas, apenas tendo tido na última um pouco de diarreia. À quarta injeção sobreveio um eritema, que se confinou às dobras articulares e depois foi gradualmente estendendo-se pelos membros superiores e pelos inferiores, em seguida ao tronco e face, tornando-se então universal.

Acusava sensação de calor e ardor, e posteriormente de prurido intenso, intolerável.

O rubor foi então se acentuando, os fenômenos inflamatórios da pele ganharam intensidade, formaram-se vesículas pequeníssimas e confluentes, que se romperam produzindo-se largas placas de exsudação serosa.

A erupção eritemato-exsudativa estendeu-se ao couro cabeludo, ficando os cabelos aglutinados pela secreção seropurulenta formada. Essas lesões alternaram com formações crostosas e escamosas, eliminando-se nas mãos e pés largos retalhados de epiderma córneo.

³⁹ Assuntos não comentados por Lutz nesta sessão: cancro mole extragenital (Silva Araújo Filho) e tinha do couro cabeludo (Silva Araújo Filho).

⁴⁰ *Boletim*, p.23-5, 1914.

A inflamação da pele chegou ao fastígio, tornando-se ela luzente, infiltrada, dolorosa, em muitos sítios fendilhada, em outros oferecendo o aspecto da erisipela. Esse estado durou cerca de 20 dias, quando surgiram os fenômenos gerais, febre, e fenômenos para o lado do aparelho digestivo com o quadro do tifismo.

A erupção permaneceu nesse estado, com alternativas de recrudescência em uns pontos e regressão em outros. A urina não revelou a presença de albumina, açúcar e fosfato, permanecendo na densidade normal.

O doente veio a sucumbir em estado de adinamia.

Soube posteriormente que além do tratamento pelo *Salvarsan* e pelo *914* o doente havia tomado cerca de duzentas injeções de cacodilato de sódio.

O *Dr. Silva Araújo Filho* lembra casos de acidentes provocados pelo *Salvarsan*, observados na Clínica Dermatológica, porém não se revestindo de gravidade.

Entre outros decorre o de um rapaz, vindo de Portugal com blenorragia, e apresentando placas mucosas na boca e na região inguinescrotal. Foi-lhe injetada uma dose de *606*, sobrevivendo um herpes genital, que durou alguns dias. Um outro doente, após submeter-se a uma injeção de 60 centigramas de *606*, teve uma zona⁴¹ torácica que se reproduziu no mesmo lado depois de tomar nova dose do mesmo medicamento, que em outro indivíduo produziu eritema urticariano, tosse, e prurido generalizado.

Ao conhecimento da sociedade francesa de dermatologia levou Goubeau um caso ocorrido em sua clínica, que tem analogia flagrante com o que se acha em discussão. Após terceira injeção do *Salvarsan*, indicada por leucoplasia bucal, foi o doente acometido de vômitos e diarréia, e à quarta sobreveio eritema escarlatiniforme generalizado, acompanhado de fenômenos gerais graves, tendo o caso desfecho fatal.

Na discussão que em torno do fato se produziu divergiram as interpretações. Julgaram uns poder-se atribuir toxemia arsenical, outros porém deram mais importância à ação que poderia ter exercido o óxido de zinco, que entrara na composição de uma pasta aplicada largamente na superfície da pele desprotegida. À ação tóxica do arsênico juntou-se a do óxido de zinco, cuja absorção foi favorecida pela superfície extensa do eczema.

O *Dr. Werneck Machado* diz ter também observado acidentes da salvarsanoterapia para o lado da pele, em geral benignos. Um de seus clientes acusou um zóster supraorbitário, acompanhado de violentas nevralgias seis horas após a injeção de *914*. Outra vez viu-se produzir, seis horas depois da administração do *914*, um fortíssimo ataque de urticária com formação de placas volumosas, congestão da face e conjuntivas, febre alta. Considera o caso referido como um dos mais raros assinalados, propendendo a considerá-lo como a expressão do fenômeno de anafilaxia.

Leredde aconselha, como meio de prevenir os acidentes da arsenioterapia, se submeta o indivíduo a um preparo prévio, para se obter nele a necessária resistência orgânica, emprestando muito valor, para tal fim, a administração, na véspera da injeção, de um purgativo.

O *Dr. Adolpho Lutz* diz que se deve distinguir a anafilaxia de acúmulo de medicamento. Muitas vezes não são as doses empregadas que explicam o acúmulo. No

⁴¹ Segundo o *Diccionario Medico Encyclopedico* organizado pelo Dr. Ricardo d'Elia (RJ., Livraria Editora de Braz Lauria, 1926, p. 745), zona significava uma flegmasia cutânea, acompanhada de erupção vesiculosa, que rodeava, simulando uma faixa, o peito ou o abdome. [N.E.]

caso vertente os acidentes lamentáveis, que se deram, não podem ser levados à conta da anafilaxia. É de regra, quando se dão acidentes, que possam ser atribuídos à ação do arsênico; por mais atenuados que sejam, deve-se logo interromper o tratamento para se evitar mal ponderável.

Pelas discussões que se tem travado nos centros científicos em torno do momentoso problema conclui-se que a extensão que se dava à eficácia do método de Ehrlich não é mais aceitável, e vê-se mesmo que há propensão para se restringir o emprego desse tratamento em face da gravidade dos acidentes que tem ele às vezes produzido. Por outro lado, está provado que era um exagero a afirmação de que ele conseguia esterilizar a sífilis, e portanto a sua vantagem não é tão grande como a apregoada.

O Dr. D'Utra e Silva refere casos de púrpura que se têm dado em seguida ao emprego das injeções de *Salvarsan*.

Registram-se mesmo fatos em que a terminação tem sido letal.

Úlcera fagedênica tropical, pelo Dr. Silva Araújo Filho ⁴²

Apresenta dois doentes, afetados de úlcera dos países quentes, internados na Clínica Dermatológica em maio do corrente ano. Ultimamente as estatísticas têm mostrado um certo incremento dos casos dessa dermatose, e procedem sempre os doentes das cercanias desta cidade, e em geral se entregam a trabalhos de lavoura.

Obs. I – A. V., branco, de 21 anos, brasileiro, solteiro, lavrador, residindo em Queimados.

Nada de importância em seus antecedentes hereditários nem nos pessoais. Refere que há mês e meio apareceu sem causa apreciável um pequeno nódulo no terço médio da face posterior da perna direita, o qual em pouco tempo se ulcerou. Informa que na casa, em que residia, morava um indivíduo afetado de idêntica lesão, que já durava cerca de um ano.

De boa compleição, sem sintoma aparente de sífilis hereditária ou adquirida, apresenta no sítio indicado uma úlcera elíptica, de cerca de sete centímetros de diâmetro transversal, e de cinco no longitudinal. Os bordos são salientes, infiltrados, não descolados, regulares. O fundo da úlcera é coberto de botões de vários tamanhos, de cor vermelho-intensa, banho por serosidade sanguinolenta, que se renova constantemente e que corre pelo calcanhar indo ter ao solo. Não lhe cobre membrana polposa nem crosta. Pequenas ulcerações existem também no bordo posterior do pé esquerdo, e através do maléolo interno.

Obs. II – J. A., branco, espanhol, 16 anos, solteiro, trabalhador de lavoura, morador em Mangaratiba, entrou em 23 de maio para a enfermaria da Clínica Dermatológica. A não ser o paludismo, que contraiu na zona em que reside, não conta antecedente mórbido, tampouco doença venérea. Em abril sofreu [+] no pé direito, de que resultou, dias depois, a formação de uma úlcera. Esta se localiza na região do tendão de Aquiles, é circular e tem uma extensão de cerca de cinco centímetros. O fundo tem um aspecto gangrenoso, coberto de uma membrana polposa, e é banhado por abundante saniose.

O Wassermann foi negativo e a análise da urina nada revelou de anormal.

⁴² *Boletim*, p.25-7, 1914.

O exame do *frottis*, quer num quer no outro caso, revelou a presença de numerosos bacilos de Vincent associados aos espiroquetas.

O Dr. Adolpho Lutz acha que os casos aqui observados, e que são tidos como úlcera fagedênica dos países quentes, não se ajustam bem aos descritos pelos autores, principalmente os observados na África. Estes são muito mais graves, têm uma marcha fulminante, e se assemelham grandemente à gangrena hospitalar. Os fatos aqui assinalados têm na realidade um caráter maligno, porém não acentuadamente como naqueles, e é constante a simbiose fuso-espirilar. Agora convém estudar o papel desta com a úlcera tropical. Sabe-se perfeitamente que a simbiose fuso-espirilar não é apanágio da úlcera dos países quentes; ela é constante também na estomatite membranosa, e na angina de Vincent.

Em outros doentes atacados de úlceras de natureza diversa, como a leishmaniose, por exemplo, encontram-se muitas vezes nas lesões os espirilos, conferindo-lhes uma marcha rápida que impede mesmo a ação de uma terapêutica enérgica.

Se apelarmos para a espécie do tratamento com o objetivo de tirar conclusão sobre a natureza da doença, reconheceremos que realmente o tártaro emético mostra-se salutar no tratamento da úlcera fagedênica. Entretanto não é esse um argumento decisivo, por enquanto se conhece o efeito cicatrizante desse medicamento em úlceras de diversas naturezas. Torna-se mister, portanto, multiplicarem as pesquisas. Em muitas úlceras teve oportunidade de encontrar um bacilo semelhante ao da difteria, e entretanto verificou igualmente que se tratava da leishmaniose. Muitas vezes torna-se difícil estabelecer o diagnóstico clínico, porque se tem tido ocasião de ver que úlceras banais assestadas nas pernas, uma vez sofrendo traumatismos mais ou menos duradouros, ou sujas por terra, podem assumir o aspecto de úlceras fagedênicas.

Emprego do galyl, pelo Dr. Werneck Machado⁴³

Vem trazer ao conhecimento da sociedade o resultado de sua observação sobre o emprego do galyl não só no tratamento da sífilis como de outras doenças. Trata-se de um preparado arsênio-fosforado orgânico, descoberto pelo Dr. Monnerat, que parece levar certas vantagens sobre o *Salvarsan*, como por exemplo mostrar mais energia curativa, com doses menores, de 30 a 40 cg dados de 10 em 10 dias, e não se ter revelado neurotrópico, um dos maiores inconvenientes daquele.

Teve ocasião de empregar em uma doente com lesões ulcerosas nas regiões inguinal e vulvar, e cujo diagnóstico estava indeciso. Se por um lado o aspecto e a sede das lesões faziam propender o diagnóstico para o granuloma venéreo, por outro lado não era desarrazoado pensar-se em sífilis, visto como o Wassermann havia sido positivo. Trata-se de uma doente, de 30 anos, parda, viúva, com lesão genital e perigenital, de longa duração e banhadas por secreção serosa muito fétida. Foi submetida a três injeções de galyl, e as lesões adquiriram então melhor aspecto, tornando-se menos secretantes, perderam o cheiro desagradável, porém não lograram ainda cicatrização.

⁴³ *Boletim*, p.27-9, 1914.

Uma outra doente apresentava lesões ulcerosas da sífilis, recorrentes, generalizadas, verdadeira sífilis maligna, e que haviam resistido ao emprego do mercúrio, do iodureto de potássio e do 606. Com o emprego do galyl operou-se em poucos dias a cicatrização das úlceras.

Na roséola e na sífilide papulosa a regressão dos acidentes faz-se em curto prazo. Em uma doente que apresentava a sífilide papulo-ulcerosa, o exantema cedeu ao emprego do galyl, porém em breve reincidiu, e com outra injeção desse medicamento desapareceram as manifestações definitivamente. Não podendo tirar já conclusões definitivas em presença de poucos casos, parece-lhe entretanto que os acidentes da sífilis secundária cedem muito mais prontamente que ao *Salvarsan*, o mesmo se dando em alguns casos de terciarismo.

Quanto à sua ação local, os fatos mostram que ele é um medicamento muito irritante, como o 606, e deve-se ter muita cautela, na injeção endovenosa, em evitar que a solução extravase, visto como determina logo dor intensa e inflamação posterior, rebelde.

Deve as observações sobre o galyl ou "116" à gentileza do Sr. Dr. Bastos Netto, assistente da 3ª cadeira de Clínica Médica, que não só forneceu o medicamento como se prestou a fazer as injeções na doente de sua enfermaria. Com as observações feitas neste serviço e na clínica do Prof. Miguel Couto e em outros doentes, o Dr. Bastos Netto em tempo apresentará um trabalho completo, convenientemente documentado.

O *Dr. Moses* vai se ocupar exclusivamente do caso suposto de granuloma, doença na qual o 606 não tem dado resultado algum, e onde o galyl também pouca ação parece ter exercido. Serve, portanto, para ficar já firmado que se o galyl exerce certa influência nas doenças ulcerosas da pele, não tem ação específica sobre o granuloma.

No caso vertente as melhoras que se deram podem achar explicação no fato de ser um terreno sífilítico esse organismo, visto que Wassermann foi positivo.

Quanto à pesquisa microscópica, tem a declarar que não foram vistos corpúsculos ovais de Donovan, procurados em *frottis*. A ausência porém do germe não exclui o diagnóstico de granuloma, visto poder ter sido ela feita em condições desfavoráveis. Vai repetir a pesquisa.

Dr. Adolpho Lutz – Não se pode nas moléstias microbianas fazer depender o diagnóstico da pesquisa microscópica, por enquanto os sintomas bastam muitas vezes para firmá-lo. O diagnóstico assenta, portanto, em três elementos: no exame clínico, no descortino do parasita, e na terapêutica. A apreciação dos sintomas objetivos não dá margem a dúvida no caso vertente. Quanto ao parasita que se tem quase sempre encontrado no granuloma, não é ele extreme de contestação como causador da doença. Não basta para se tirar essa conclusão a sua presença na lesão. No rinoscleroma, por exemplo, o bacilo encontrado, e que se tem incriminado como patogênico, tem sofrido forte contestação. E um dos mais fortes esteios é que cultivado, e essa cultura se inocula no animal, não tem reproduzido a lesão.

Epitelioma da região umbilical, pelo Dr. D'Utra e Silva⁴⁴

O doente esteve em tratamento há cerca de três anos na Clínica Dermatológica, tendo a lesão já três anos de duração. Suspeitou-se tratar-se de lúpus tuberculoso ulcerado. Com um tratamento tópico a úlcera cicatrizou em parte, até que ultimamente a parte não modificada começou a se estender, obrigando o doente a recolher-se de novo ao hospital.

Indivíduo branco, de 32 anos, brasileiro, solteiro, empregado no comércio, morador nesta cidade, internou-se na enfermaria da Clínica Dermatológica em 2 de maio de 1914.

Sua história mórbida é destituída de interesse, dizendo o doente vagamente ter tido sífilis há muitos nos, sendo entretanto o Wassermann negativo.

A lesão iniciou-se por uma pequena pápula situada à direita da cicatriz umbilical, sangrando ao mais ligeiro traumatismo, e um pouco pruriginosa.

Assim permaneceu durante um ano até que se ulcerou, a úlcera resultante estendeu-se superficialmente e adquiriu o tamanho de uma moeda de 2\$000. Fez-se a excisão de toda a parte afetada, ficando no lugar uma cicatriz densa e irregular.

Há cerca de sete meses, em um ponto mais saliente da cicatriz desenvolveu-se uma pequena ulceração, que rapidamente se propagou até a cicatriz umbilical. Atualmente ali se vê uma úlcera de forma oval, ocupando o centro do ventre, assestada ao redor da cicatriz umbilical, tendo o maior diâmetro no sentido transversal. Os seus bordos apresentam-se salientes, irregulares, não descolados, e muito consistentes. O fundo é irregular, sangra a qualquer contato, acha-se coberto de pequenos botões carnosos, e está banhado por secreção seropurulenta. Ela está em parte coberta por uma crosta escura, pouco aderente. Em alguns pontos deu-se já a reparação dos tecidos ficando uma cicatriz hipertrófica, irregular, e bastante espessa. Nas proximidades da úlcera existem esparsas pequenas ulcerações superficiais. O doente não se queixa de dor nem de prurido, apenas sente às vezes sensação de picada. Os gânglios da vizinhança não sofreram modificação alguma.

Foi já praticada a biopsia e oportunamente daremos a descrição das alterações estruturais do tegumento afetado.

O *Dr. Adolpho Lutz* é de opinião que se trata realmente de um epitelioma, principalmente pela prova oferecida com a análise histológica.

Clinicamente o aspecto atual é também o dessa espécie de neoplasma, porém torna-se digno de menção o fato de se desenvolver em um indivíduo moço, em idade, que não é o apanágio desses tumores, e pela sua marcha relativamente lenta, o que mostra certa benignidade. Pode-se incluí-lo na categoria do *ulcus rodens*.

O tratamento não parece ser difícil tendo-se em vista a superficialidade da lesão. Qualquer intervenção cirúrgica no sentido de ablação da lesão é contra-indicada porque iria determinar grande perda de tecido. Aconselha de preferência a aplicação do rádio, ou como recurso mais pronto os raios X.

⁴⁴ *Boletim*, p.30-1, 1914.

O *Dr. Silva Araújo Filho* acha que o mais interessante a se considerar no caso é a idade um pouco imprópria dos neoplasmas malignos.

Recorda que o doente há tempos esteve aqui no serviço clínico, onde se fez a extirpação do tumor, que naquele momento se apresentava muito menor que agora, e supôs-se então tratar-se antes do lúpus ulcerado. Nessa ocasião teve manifestações cutâneas de natureza sífilítica, que cederam ao tratamento mercurial, sem que este em nada influísse na ulceração do ventre. Outro fato digno de chamar a atenção é a sede do neoplasma, por isso que não são conhecidos os epitelomas dessa região. Não será plausível a hipótese, que aventa, de se tratar realmente de um lúpus, no qual posteriormente se tenha implantado o epiteloma?

1915

1ª Sessão Ordinária, 7 de maio de 1915 ⁴⁵

Presidente – Dr. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Arthur Moses

Compareceram mais os Drs. Adolpho Lutz, Henrique Aragão, Eduardo de Magalhães, Victor de Teive, Lauro Travassos, Silva Araújo Filho.

Inseriu-se em ata um voto de pesar pela morte dos Drs. Pedro Sanches de Lemos e Eduardo Jorge, sócios fundadores da Sociedade de Dermatologia.

Epiteliomatose múltipla primitiva, pelo Dr. Rabello ⁴⁶

Refere-se a três doentes portadores de epiteliomatose múltipla cutânea, um da clínica civil e dois da hospitalar. O primeiro trata-se de um indivíduo branco, lavrador, de 70 anos, que se expunha aos raios solares. Apresenta há anos placas de seborréia concreta no rosto e mãos. As lesões, que datam de dois anos, acham-se no ângulo orbitário direito e na região alar do mesmo lado. O exame microscópico mostrou tratar-se de epiteloma espinocelular. O da região malar, que tinha dois centímetros de diâmetro e era vegetante, foi excisado e tratado pelo rádio na linha da incisão. A pequena lesão do ângulo orbitário foi tratada somente pelo rádio.

Outro doente que apresenta é lavrador, tem 53 anos de idade e mostra lesões múltiplas na região supra-orbitária esquerda, ombro, dorso e antebraço direito.

O último tem 35 anos, trabalha na alfândega e expõe-se também aos raios solares. Apresenta lesões idênticas aos outros assestados no ângulo orbitário esquerdo, lábios e atrás do pavilhão da orelha.

Tem igualmente placas de seborréia concreta sobre as quais se desenvolveram as lesões epiteliomatosas.

Do estudo desses três casos tiram-se noções interessantes, a saber; a) formas múltiplas primitivas da pele; b) desenvolvimento em placas de seborréia; c) ação provável dos raios actínicos do sol. São, portanto, fatos de valor que devem ficar registrados.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que os casos apresentados têm muita analogia com as placas seborréicas dos velhos, as quais se podem transformar em epitelomas.

A ação do sol parece poder-se explicar como a dos raios X, que são capazes de provocar lesões semelhantes.

⁴⁵ Nesta sessão, além dos assuntos comentados por Lutz, foram debatidos, sem intervenção sua, casos de leishmaniose tegumentar (Werneck Machado) e de psoríase vulgar (Eduardo Rabello).

⁴⁶ *Boletim*, p.7-8, 1915.

Casos de granuloma ulceroso, pelo Dr. Silva Araújo Filho⁴⁷

Apresenta três doentes e fotografias de mais um caso.

I – J. F., negro, de 40 anos, natural da Capital Federal, onde sempre residiu. As lesões se iniciaram há um ano, nas regiões inguinais.

Apresenta uma grande ulceração circundando a bolsa e estendendo-se até o terço superior das coxas; parte superior da bolsa também ulcerada; pela parte posterior a ulceração abrange todo o períneo indo até o ânus.

Bordas da ulceração nítidas, elevadas, sinuosas; fundo vegetante, granuloso, rosado com pontos avermelhados, banhado por líquido seroso, muito fétido. A lesão é pouco dolorosa; pruriginosa e hemorrágica. Foi submetido a 15 injeções de tártaro emético, apresentando algumas melhoras.

II – G. E. S., pardo, 30 anos, residente nesta cidade, doente há dois anos. Apresenta uma grande ulceração assestada no sulco inguinal, com o aspecto característico do granuloma ulceroso. Foi tratado pelos raios X, fazendo aplicações de 5 H durante dez minutos, dose de Sabouraud para as tinhas. Fez três aplicações no espaço de duas semanas. Queixou-se de dores nas lesões e prurido logo após as aplicações. A ulceração está completamente cicatrizada.

III – A. R., espanhol, branco, 28 anos, residente no Brasil há dez anos, doente desde o começo de 1910.

Em 1912 esteve internado na 19ª enfermaria, sendo curado pelo emético e tendo tido alta em abril de 1913. Em outubro de 1914 reapareceu a doença, iniciando-se por uma pequena ulceração na região inguinal direita.

Apresenta uma grande cicatriz, retraída e profunda, indo das espinhas ilíaco-anteriores e superiores ao púbis, numa extensão de 20 centímetros.

A reincidência deu-se ano e meio depois da primeira cura pelo emético, sendo que a cicatrização era completa. Fez agora, para cura do novo surto, 16 injeções de tártaro de 0,1 e lavagens cotidianas em uma solução de tártaro-emético a 1% em solução fisiológica; acha-se quase curado.

IV – V. G. P. S., pardo, 41 anos, natural do estado do Rio, entrou para a 19ª enfermaria no começo de 1902, apresentando então o início da doença atual. Em abril de 1915 voltou para o hospital, apresentando uma enorme ulceração estendendo-se das espinhas ilíaco-ântero-superiores até a terceira vértebra lombar.

Tratara-se da forma atrófica do granuloma. Notava-se destruição da bolsa e do ânus.

Entrou para o hospital já em caquexia, falecendo três dias após. Nos *frottis* foi encontrado em grande quantidade o *Kalymmatobacterium granulomatis*.

O Dr. Aragão aproveita a oportunidade para exibir contribuição original relativa a inoculação de material do granuloma e cultura do germe.

Não obteve a reprodução da moléstia integral, mas num caso de inoculação obteve formação de lesões de onde obteve o germe nos primeiros dias. Logo após formaram-se abscessos com pus caseoso, não mais encontrando o germe. Ocupa-se da reinfecção apresentada, crendo tratar-se de uma reinoculação talvez pelas vestes do doente. Assim

⁴⁷ *Boletim*, p.8-9, 1915.

pensa ainda mais por ter surgido a lesão fora da zona primitiva, tratada pelo emético.

O *Dr. Rabello* acredita mais na revivescência da lesão antiga que escapou à influência do tártaro, empregado por tempo deficiente.

O *Dr. Adolpho Lutz* diz que talvez se possa excluir a idéia de reinfecção e insiste no tratamento demorado, mesmo após o desaparecimento das lesões.

O *Dr. Terra* acha que o tártaro dá um resultado brilhante no tratamento do granuloma, mas não logra a cura definitiva, o que prova a reincidência de todos os casos aqui observados.

O *Dr. A. Moses* diz ser um pouco cedo para se afirmar sobre o efeito definitivo do tártaro. Acha-o preferível ao tratamento pelos raios X, sendo os resultados até agora obtidos muito lisongeiros.

Larva migrans, pelo Dr. F. Terra⁴⁸

É fora de dúvida que são, geralmente, acometidas de mífase linear as pessoas que andam descalças na areia, e principalmente quando em uso de banhos de mar.

Conquanto não se conheça o parasita causador da dermatose, há fundamento para se acreditar que ele existe nas praias. Sobre o seu *hábitat* preciso dissentem os observadores, acreditando uns que é ele encontrado na areia, supondo outros ser ele hóspede das vegetações das praias.

O caso vertente interessa justamente por servir de subsídio a esse detalhe da etiologia. O indivíduo em questão estava em uso de banhos de mar quando surgiu a dermatose; andava descalço na praia, onde aliás faltava a vegetação habitual (coqueirinhos etc.).

Aí se encontram apenas algas, trazidas pelas ondas, e musgo, que reveste as pedras. Essas informações podem servir de instrução para o ponto debatido.

Obs. – Trata-se de um menino de 8 anos, branco, brasileiro, de boa constituição, morador na praia da Saudade, em uso de banhos de mar há dois meses. Começou a dermatose há um mês por prurido um pouco intenso na borda externa do pé esquerdo, onde em breve apareceu uma linha sinuosa, avermelhada, em relevo. Cedeu com aplicações de tintura de iodo. Posteriormente surgiu outro túnel, também em relevo, no calcanhar, provocando o descolamento da epiderme córnea. Atualmente observa-se na borda interna do mesmo pé, parte média, um trajeto linear, sinuoso, formando curvas caprichosas, que se cruzam em vários sentidos. Formaram-se bolhas do tamanho de uma ervilha, de conteúdo transparente, vendo-se nitidamente, na epiderme de revestimento da bolha, uma linha irregular. Ao lado dessas lesões existe um outro túnel em formação, muito dificilmente reconhecível, fazendo ligeira saliência, de cor rósea, de trajeto irregular, sinuoso. O doente acusa, na sede das lesões, prurido, aliás tolerável.

O *Dr. F. Terra* insiste no fato de a criança andar descalça na areia da praia. Procurando-se inquirir sobre o *hábitat* da larva causadora da doença, aventou o Dr. Aragão a hipótese de a larva viver nos vegetais existentes nas restingas. Ora, no caso presente, a praia, onde o doente contraiu a mífase, não tem vegetação.

⁴⁸ *Boletim*, p.10-1, 1915.

O *Dr. Adolpho Lutz* mostra o grande interesse que o assunto vai despertando, pela freqüência com que se encontra agora a *larva migrans*.

Viu ultimamente dois casos, sendo um deles em indivíduo que morava longe da praia; trabalhava em jardinagem e teve a dermatose na mão. Não logrou ver a larva em nenhum dos casos. Nos casos observados na América do Norte, constatou-se, em grande número deles, pois a doença é aí freqüente, que se tratava de indivíduos que lidavam com areia. Será um oestrídeo?

Não parece, porque nunca se observaram lesões como essas nos portadores de oestrídeo. Não acredita também que sejam cuterebrídeos.

Viu uma larva do gênero dolycopodial, que vive em água, no estrume e na areia.

Essa larva tem grande poder de penetração. Será, porventura, a causadora de semelhantes lesões? Precisamos de uma larva que tenha a propriedade de penetrar nos tecidos alimentando-se de líquidos orgânicos.

O *Dr. Rabello* diz que trata de uma senhora com lesões pertinazes nas mãos, de longa duração, resistindo a tratamento enérgico e variado, a qual não lidava com areia, mas tinha o hábito de estrumar as plantas do jardim, o que está de acordo com a hipótese aventada pelo *Dr. Lutz*.

O *Dr. Silva Araújo Filho* lembra a observação que referiu o ano passado, à Sociedade, de um doente que apresentou durante dois anos lesões características de *larva migrans*; esse indivíduo não lidava com areia e residindo num subúrbio, havia muitos anos, não ia às praias do Rio; no entanto possuía uma pequena chácara que cultivava, tendo assim ocasião de lidar com estrume. Estranha que o parasita possa viver tanto tempo em estado larvar, mas as lesões que apresentava, e que foram vistas também pelo Prof. Terra, constituindo uma epidermite, serpeante, linear, eram idênticas às habitualmente descritas como *Larva migrans*.

2ª Sessão ordinária, 21 de maio de 1915⁴⁹

Presidente : Dr. F. Terra

Secretários: Drs. E. Rabello e Víctor de Teive

Compareceram mais os Drs. Arthur Moses, Henrique Aragão, Antonio José Cajazeiro, Adolpho Lutz, Lauro Travassos, Werneck Machado e Silva Araújo Filho.

Foram aceitos como sócios efetivos os Drs. Jorge de Gouvea e Antonio José Cajazeiro.

Onicomiose rara pelo Dr. F. Terra⁵⁰

A importância do caso é flagrante por se tratar de uma localização imprevista do *Epidermophyton* de Sabouraud.

Uma senhora brasileira, solteira, branca, de 33 anos, de boa compleição, moradora no interior do estado do Rio, apresenta uma afecção das unhas dos pés e das de alguns

⁴⁹ Assuntos não comentados por Lutz nesta sessão: granuloma ulceroso venéreo (Silva Araújo Filho), úlcera fagedênica tropical (Silva Araújo Filho), boubá (Silva Araújo Filho), tuberculose verrucosa (Eduardo Rabello) e micetoma (Eduardo Rabello).

⁵⁰ *Boletim*, p.13-4, 1915.

dedos das mãos, datando de dez a doze anos. Não precisa por onde nem como se iniciaram as lesões, mas afirma não ter o hábito de lidar com animais domésticos. Refere também que em sua casa nunca esteve pessoa alguma que sofresse de doença da pele ou das unhas, nem se lembra de ter estado em contato com alguém que tivesse incômodo análogo.

Refere ter gozado sempre saúde e não ter em outra região do corpo qualquer afecção da pele, máxime na região inguinocrural. Apenas de vez em quando tem acentuado prurido nos dedos dos pés, seguido de espoliação epidérmica.

Todas as unhas dos pés estão afetadas, apresentando lesões idênticas às das mãos.

Nas mãos as lesões assestam-se nas unhas dos indicadores, estendendo-se acima das pregas superungueais. No indicador direito está muito mais alterada a lâmina ungueal, achando-se reduzida a delgada lamínula. Em ambos os indicadores, estão frágeis, irregulares, fareláceas e amareladas. Aplicada a tintura de iodo, e posteriormente a chrysarobina em verniz, foram notadas grandes melhoras.

Fizemos a sementeira em meio de prova de Sabouraud, e ao cabo de alguns dias começaram a surgir pequenas colônias, que só algum tempo depois atingiram seu completo desenvolvimento.

Formaram-se colônias vivazes de *Epidermophyton inguinalis*, de base cor-de-rosa, superfície branca, montanhosa, com depressões radiadas e penugentas.

Trata-se pois de uma localização muito rara do *Epidermophyton inguinalis*, que destarte vem demonstrar mais uma vez a pluralidade de suas formas clínicas, simulando muitas vezes outras dermatoses.

O Dr. Rabello referiu o caso de uma senhora que há vinte anos tinha lesões de epidermofitose⁵¹ espalhadas pelo corpo, com localizações muito adiantadas nas lâminas ungueais.

Nesse caso isolou o *Epidermophyton* purpúreo.

Refere-se à pluralidade desse *Trichophyton*, confirmada diariamente pelos fatos. Essas investigações estão de acordo com os trabalhos de Bang, que isolou o *Trichophyton purpureum*.

O Dr. Lutz acha que se deve pesquisar se esses doentes vítimas da epidermofitose sofriam de hiper-hidrose nas zonas onde se desenvolvem as lesões. Nos climas quentes a umidade constante da pele favorece o desenvolvimento das lesões e sua disseminação, explicando-se a localização atípica das epidermofitoses.

O Dr. Rabello confirma essa suspeita dizendo que observou doentes que apresentavam reincidências estivais de tricofícias tórpidas no inverno. Cita um caso de doente, em que a dermatose, datando de 34 anos, curou-se com parasiticidas em pouco tempo e era tida como manifestação própria do artritismo.

O Dr. Silva Araújo Filho lembra um caso idêntico ao do Prof. Terra, por ele comunicado, o ano passado, à Sociedade.

⁵¹ O termo usado pelo debatedores é "epidermophyeia". [N. E.]

Blastomicose bucal, pelo Dr. F. Terra⁵²

Trata-se de um indivíduo de cor parda, 40 anos, brasileiro, lavrador, residente no Engenho de Dentro, como antecedentes mórbidos individuais refere ter sarampo, varíola e paludismo, não havendo contraído doenças venéreas. Como antecedentes familiares nada de importante acusa.

Confessa que tinha o hábito, comum no interior, de mastigar folhas e talos de vegetais.

Há cerca de 11 meses manifestou-se grande inflamação na bochecha esquerda, em conseqüência de uma lesão pruriginosa que surgiu na gengiva do mesmo lado. Começou a sentir dor de garganta e disfagia há quatro meses mais ou menos. As lesões tornaram-se objeto de preocupação quando, há dois meses, surgiram também na comissura labial esquerda, estendendo-se pelo bordo livre do lábio até atingirem a comissura direita.

O doente acha-se atualmente bastante magro, enfraquecido, com a face edemaciada, os gânglios submaxilares inflamados e dolorosos, e tem tosse acompanhada de expectoração, existente, aliás, desde o começo da doença.

Nas comissuras labiais, bordo livre e face interna do lábio inferior, existe uma ulceração superficial, finamente granulosa, com pontilhado avermelhado e numerosas e minúsculas pústulas, muito superficiais. A ulceração, de aspecto farláceo (*sic*), é banhada por serosidade.

Lesões idênticas existem na gengiva da arcada inferior, e, seguindo uma disposição linear, na mucosa das bochechas, no nível do encontro das superfícies dentárias. Vêem-se também iguais ulcerações na mucosa do palatino e lesões com o mesmo aspecto no soalho do vestibulo das fossas nasais.

Nos *frottis* foram encontrados blastomicetos em várias fases de evolução. Refere o doente que convivia com um indivíduo que tinha ulcerações no rosto.

Trata-se, pois, de um caso de blastomicose da mucosa, sendo, entre nós, freqüente a localização bucal.

O *Dr. Aragão* acentua o fato da localização bucal, parecendo indicar que por aí se faz a penetração do germe. Lembra que todos os doentes têm o hábito de mastigar vegetais, parecendo que estes são parasitados pelos blastomicetos.

O *Dr. Lutz* aconselha que se pesquise o blastomiceto nas fezes e no esputo.

O *Dr. Rabello* acredita que para a blastomicose se possa aplicar o que sabemos sobre o esporotrico, que é veiculado freqüentemente pelos vegetais crus.

Dois casos de botriomicoma humano, pelo Dr. E. Rabello⁵³

No primeiro, cuja preparação histológica apresenta, trata-se de um tumor que se desenvolveu no lábio inferior de uma moça, de cerca de 20 anos, consecutivamente a um ligeiro traumatismo. Após um mês de evolução apresentou-se o tumor pediculado, localizado no limite da pele e da mucosa, com cerca de meio centímetro de diâmetro; a preparação histológica mostra alterações angiofibrosas, peculiares a esse tumor.

⁵² *Boletim*, p.15-6, 1915.

⁵³ *Boletim*, p.17-8, 1915.

No outro caso o botriomicoma localiza-se na face interna da coxa esquerda, em um indivíduo de 23 anos, e seguiu-se também a um traumatismo. Tem cerca de dois centímetros de diâmetro e um pedículo, longo de um centímetro, apresenta-se, como o anterior, coberto de crosta hemológica, pois a lesão sangra facilmente. O caso atual é de tumor dessa natureza dos mais volumosos que temos registrado.

A constituição é de um angiofibroma, predominando, porém, aqui a grande riqueza vascular.

O *Dr. Moses* indaga se nos cortes foi encontrado algum germe particular, e que elucidaria a natureza do tumor.

O *Dr. Lutz* acha que a estrutura angiofibrosa desses tumores não basta para dar característica a esses tumores.

Assim acontece com a célula gigante, que não pode mais servir de base para classificação, visto ser encontrada em doenças de várias naturezas.

O *Dr. Moses* acha que se deve aproveitar o material para fazer inoculações em animais. Talvez seja o meio de se apurar qual o germe causador do tumor.⁵⁴

3ª Sessão Ordinária em 9 de julho de 1915⁵⁵

Presidente – Dr. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Silva Araújo Filho

Compareceram mais os Drs. Adolpho Lutz, Arthur Moses, H. Aragão, Jorge de Gouvea, Zopiro Goulart, Daniel de Almeida, Palmeira Riper, Victor de Teive, A. de Mattos, Augusto Vidigal e Lauro Travassos.

Sarcomatose secundária hipodérmica, pelo Dr. Jorge de Gouvea⁵⁶

Obs. – Martha S., 50 anos, branca, alemã, viúva, empregada de serviço doméstico, entrou para a enfermaria do Dr. Daniel de Almeida em junho de 1915.

Antecedentes mórbidos carecendo de importância. Há cerca de 15 meses apareceram na região inguinal direita dois nódulos indolores, móveis, com pele normal.

Progressivamente aumentaram, atingindo o volume de um ovo de galinha aproximadamente. Sentindo nesse tempo mal-estar e febre, foi operada em Buenos Aires. O exame anatomopatológico exigido pelo cirurgião mostrou ser uma sarcomatose, o que o induziu a prever uma generalização.

Gozou de saúde durante quatro meses até que se iniciou a generalização do processo mórbido com o aparecimento de vários pequenos tumores.

Acha-se a doente muito magra e depauperada, apresentando na perna direita vários tumores, sendo uns pediculados e outros sésseis. Alguns apresentam coloração vinhosa, outros, francamente preta. O tamanho varia, sendo os maiores da dimensão de uma

⁵⁴ *Boletim*, p.12-8, 1915.

⁵⁵ Adolpho Lutz não comentou a apresentação de Silva Araújo Filho sobre boubas.

⁵⁶ *Boletim*, p.21-2, 1915.

noz, os menores de grão de milho. Uns isolados, outros reunidos em grupos de três a cinco. A plêiade ganglionar direita muito enfiada e o membro abdominal edemaciado.

Na perna esquerda não existe lesão alguma.

Resumindo, podemos classificar em três ordens os acidentes:

a) verdadeiros nódulos subcutâneos, móveis, indolentes, de colocação azulada mais ou menos intensa;

b) outras saliências, pendiculadas, de coloração variando de violeta escura ao negro;

c) manchas hipercrômicas, negras.

Nestes últimos dias começou a ter escarros sangüíneos, fazendo crer em generalização interna.

O *Dr. Lutz* não nutre dúvida sobre o diagnóstico, sendo que as localizações internas falam muito a favor da sarcomatose.

O *Dr. Gouvea* acrescenta que os cortes de um dos tumores mostraram a estrutura do sarcoma.

O *Dr. Rabello* acha que o caso já por si interessante torna-se mais curioso por se tratar de uma forma secundária. Os tumores do tipo hipodérmico são muito raros entre nós. Lembra o caso por ele apresentado de sarcoma primitivo da pele, sarcomatose de Kaposi. Podia-se pensar no caso presente em micose fungóide, pois há certa analogia de lesões; a última, porém, tem características que se afastam do caso vertente, sendo as lesões mais ulcerosas e havendo no começo prurido intenso e pertinaz. Trata-se de sarcomatose secundária da pele, posterior a sarcomatose ganglionar.

Leishmaniose e epitelioma, pelo Dr. E. Rabello⁵⁷

D. P., branco, 63 anos, italiano, pedreiro, vindo de Bauru, internou-se na clínica em abril de 1915. Sem antecedente mórbido digno de nota, viu surgir há cerca de quatro anos uma dermatose ulcerosa, localizando-se as lesões no dorso das mãos e no pé esquerdo; tratado pelo tártaro eméutico em injeções endovenosas, as úlceras cicatrizaram em 25 dias, mais ou menos.

No lábio superior, e no véu do paladar, vêem-se lesões típicas de leishmaniose. Há três meses a ulceração do nariz complicou-se com miíases, curada com lavagens de creolina. Atualmente apresenta, além da leishmaniose mista, essa ulceração nasal com bordas elevadas e duras, circular, profunda, que fez suspeitar um epitelioma, o que foi confirmado pelo exame histológico. As lesões de leishmaniose regrediram com o tártaro.

O *Dr. Lutz* diz que nesses casos de dermatose crônica, onde há suspeita de epitelioma, deve-se proceder a pesquisa histológica, como se fez no caso presente, vindo ele a confirmar a suspeita ditada pela observação clínica. Lembra o fato, raro, de um epitelioma complicando uma lesão leprosa da bochecha. No doente presente há também a assinalar-se a complicação de miíases, que é sempre a temer em doentes que residem em zonas do interior e que, exibindo lesões abertas, estão aptos para elas. Observou um caso de epitelioma da nádega, no qual a invasão de larvas dramatizou o quadro clínico, emprestando-lhe mesmo uma maior gravidade, dando maiores domínios à úlcera.

⁵⁷ *Boletim*, p.22-3, 1915.

Miíase linear, pelo Dr. F. Terra⁵⁸

Teve ocasião de observar no começo de maio deste ano um novo caso de *Larva migrans*, desenvolvendo-se em uma menina branca, brasileira, com seis anos, que estava em tratamento de tinha microscópica, ainda em evolução.

As lesões, pouco aparentes, não foram notadas pelas pessoas da família, nem pela menina, que sentia apenas ligeiro prurido na zona afetada. Constavam elas de uma linha rósea, de pequeno relevo, com configuração caprichosa, irregular, voltando ao ponto inicial, para novamente cruzar outro ponto da linha, e de pequenas vesículas situadas em alguns lugares do seu percurso.

Essas lesões se assestavam na face dorsal da mão direita, junto ao espaço interdigital do anular com o médio. Datavam de seis dias. A família informou que a menina tinha o hábito de brincar com a areia do jardim, conquanto a casa seja distante da praia. Com a aplicação diária de tintura de iodo, tudo desapareceu, subsistindo no local escamas e manchas escuras.

Com grande surpresa, verificaram pessoas da família que os acidentes cutâneos reapareciam, formando-se de novo o trajeto linear, saliente e rubro.

O Dr. Lutz diz que seria muito desejável encontrar a larva no tegumento cutâneo, o que até agora não se conseguiu, não obstante as biópsias feitas em vários doentes.

Mantém as idéias exaradas na sessão anterior.

Apresenta à Sociedade as moscas e larvas de duas espécies de *Dolichopodiidae*, colhidas no mangue e no estreme.

Oferecem hábitos muito semelhantes. A larva penetra na nervura das folhas podres e nos orifícios das rolhas de cortiça – alimenta-se com sucos orgânicos, estando em condição de parasitar a pele. Encontra um bom meio nutritivo no ágar a um e meio por cento, onde vivem igualmente bem as larvas dos tabanídeos, que têm propriedades semelhantes.

Aí penetram muito rapidamente e, sendo esse um meio transparente, pode-se ver bem o seu movimento. Preferem os meios úmidos.

4ª Sessão ordinária, 30 de julho de 1915⁵⁹

Presidente – F. Terra

Secretários – E. Rabello e Silva Araújo Filho

Compareceram mais os Drs. Adolpho Lutz, Alarico Damásio, Arthur Moses, Lauro Travassos, Roquete Pinto, D'Utra e Silva, A. Porto, Werneck Machado e Sampaio Vianna.

É lido um ofício do presidente da Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, convidando a Sociedade para se fazer representar na comissão mista da profilaxia da lepra. A Sociedade elegeu para essa comissão os Drs. F. Terra, Adolpho Lutz e J. Moreira.

⁵⁸ *Boletim*, p.23-4, 1915.

⁵⁹ Assuntos não comentados por Lutz nesta sessão: lúpus eritematoso (Alfredo Porto), botyomicoma (Sampaio Vianna) e esponja (Arthur Moses). No original do *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia* existe um erro de impressão, pois o ano indicado é 1916, e não 1915.

Foi lido também um ofício do embaixador americano, convidando a Sociedade para se fazer representar no Segundo Congresso Científico Pan-Americano, ficando resolvida a sua adesão e nomeados os Drs. Adolpho Lutz e Moses.

Foi aceito sócio o Dr. Murilo de Campos.

Caso pró-diagnose, pelo Dr. Werneck Machado⁶⁰

Trata-se de um indivíduo branco, português, casado, de 34 anos, empregado em restaurante, que apresenta uma lesão bucal há oito meses mais ou menos.

Ignora como se iniciou a lesão, referindo apenas ter surgido uma espinha na comissura labial esquerda.

Apresenta edema duro de todo o lábio superior, do meio para a parte externa, achando-se a pele lisa e cianótica. O edema prolonga-se para a pálpebra inferior. A mucosa do lábio e da bochecha mostra-se muito endurecida, apresentando pontos vermelhos, luzentes no local de contato dos dentes. Na mucosa do palatino, placas pequenas, amarelas. Dificilmente o doente abre a boca, sendo impossível ver-se a garganta.

Língua endurecida, seca.

Na região cervical esquerda um gânglio aumentado de volume, porém indolente. Ausência de sintomas subjetivos.

O *Dr. Lutz* lembra a necessidade de orientar as pesquisas no sentido da actinomicose, tendo em vista a rapidez da marcha das lesões e a dureza lenhosa da língua.

O *Dr. Moses* acha que se deve fazer o Wassermann, para eliminar a hipótese de sífilis.

Mais um caso de boubia, pelo Dr. Silva Araújo Filho⁶¹

Este ano já teve oportunidade de apresentar cinco casos de boubia; hoje traz à Sociedade mais um exemplar dessa dermatose.

G. P. G. B., preto, 40 anos, residente em Maxambomba, lavrador, e que se acha internado na Clínica Dermatológica. Nada de importante como antecedente mórbido. Informa que residia em casa de uma família, onde havia uma menina afetada de erupção idêntica à que ora exhibe. Em maio último surgiu-lhe na face interna do braço direito um pequeno nódulo, que logo se ulcerou, e outro idêntico apareceu atrás do maléolo externo do pé esquerdo. Atualmente existem três lesões circulares, cobertas de crosta amarelada, na região frontal, pouco salientes, vegetantes, com um centímetro de diâmetro.

Existe na parte externa da região superciliar esquerda um pequeno tubérculo exuberante, também coberto de crosta melicérica. No pavilhão das orelhas, na hélice, encontram-se acidentes análogos, já em via de regressão. Na região peitoral direita vê-se uma placa, circular, numular, de fundo papilomatoso, banhado por líquido seropurulento escasso.

⁶⁰ *Boletim*, p.26-7, 1915.

⁶¹ *Boletim*, p.27-8, 1915.

Observam-se espalhadas, sem ordem, no tegumento cutâneo, eflorescências framboesiformes em vários estados de evolução. Na bolsa vêem-se também placas papilomatosas, porém mais úmidas. Nas palmas das mãos numerosas escamas, bastante aderentes, achando-se hipertrofiada a camada córnea do tegumento. Na região plantar os tubérculos se ulceraram, apresentando-se com o aspecto a que os doentes dão o nome de cravos boubáticos.

Digna de atenção é a erupção finamente papulosa, em forma de placas esparsas, que se nota em vários sítios da região torácica.

Gânglios inguinocrurais aumentados de volume, móveis e indolentes. O doente acusa prurido, principalmente nas lesões mais desenvolvidas.

Wassermann negativo.

O *Dr. Lutz* insiste na necessidade de excluir do quadro clínico da boubá o que aí se inclui do domínio de outras doenças, como gangosa, blastomicose, leishmaniose etc.

O *Dr. Terra* diz que nessa modalidade líquenóide há a distinguir-se se se trata de um novo sintoma da boubá, como que Baermann, ou se é um líquen pilaris ocorrendo em um boubático, aproveitando as condições de miséria orgânica propícia ao desenvolvimento de líquen.

Urge verificar a presença do treponema na pápula desse líquen.

5ª Sessão Ordinária, 11 de agosto de 1915⁶²

Presidente – Prof. Fernando Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Silva Araújo

Compareceram mais os Drs. Victor de Teive, Sampaio Vianna, Lauro Travassos, Arthur Moses, Werneck Machado, Adolpho Lutz e Henrique Duque.

Caso pró-diagnose, pelo Dr. F. Terra⁶³

Trata-se de um menino de 14 a 15 anos presumíveis, morador em Maxambomba, estado do Rio, que apresenta espalhados pelo corpo tumores subcutâneos, endurecidos uns, outros, em maior número, com um ponto de fusão purulenta, e alguns, já abertos para o exterior, deixando sair uma secreção seropurulenta.

Esses tumores, espalhados pelo couro cabeludo, antebraços, mãos, pernas e pés, alguns móveis sob a pele, mas aderentes quase sempre aos planos profundos, sendo a pele que os cobre, máxime nos amolecidos, de cor mais escura que a normal. São indolores, e o doente, de inteligência medíocre, nada informa quanto à data do aparecimento.

⁶² Além das comunicações comentadas por Lutz, foram apresentadas nesta sessão outras que diziam respeito a lúpus eritematoso (Fernando Terra), adenoma sebáceo (Eduardo Rabello) e sífilis hereditária (Eduardo Rabello). Este propôs voto de pesar pelo falecimento de Paul Ehrlich, presidente honorário da Sociedade. O Dr. Aragão sugeriu que se transmitisse ao Instituto de Patologia Experimental de Frankfurt moção de pesar pelo passamento do seu diretor. Nessa sessão, o o Dr. Ataliba Ferraz de Sampaio foi eleito sócio efetivo.

⁶³ *Boletim*, p.31-2, 1915.

Nos membros esses tumores se alongam, como se seguissem o trajeto de um nervo ou vaso, longitudinalmente ao eixo do corpo.

Suspeitada uma micose, provavelmente a esporotricose, foram negativas por três vezes as culturas no meio glicosado.

Examinados dois desses nódulos, um já supurado, foi feito o exame microscópico da secreção, que nada revelou digno de nota. Dos cortes histológicos, ainda em estudos, nada de certo pode ser dito, podendo-se, todavia, fazer a hipótese, tanto pelo lado clínico, como pelo histológico, de sarcóides subcutâneos do tipo Darier-Roussy ou do nodular dos membros.

Posteriormente será a Sociedade informada do resultado final das pesquisas.

O *Dr. Moses* aconselha a inoculação em ratos, para bem se eliminar a hipótese de micose.

O *Dr. Lutz* diz ter verificado no exame dos cortes o espessamento das túnicas vasculares.

O *Dr. Rabello* acha que esse espessamento das túnicas já foi notado em lesões do sarcóide, ao lado de lesões foliculares tuberculosas, como células gigantes e epitelióides. Aliás, o grupo dos sarcóides, como viu em Paris no serviço de Brocq, deve sofrer uma revisão, no sentido das idéias de Pautrier, que os considera simples síndrome clínica de origem tuberculosa, sífilítica ou mesmo especial.

6ª Sessão Ordinária, 24 de setembro de 1915⁶⁴

Presidente – Prof. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Linneu Silva

Compareceram mais os Drs. Adolpho Lutz, Zopiro Goulart, Sampaio Vianna, Victor de Teive, Neves Armond, Arthur Moses, Henrique Aragão, Oscar D’Utra, e Silva Araújo Filho.

O *Prof. Terra* chama a atenção da sociedade para os casos de lepra que tem visto nos asilos desta capital e pede que a Sociedade se interesse junto à Comissão de Profilaxia da Lepra para que sejam tomadas providências.

O *Prof. E. Rabello* propõe que se represente aos poderes públicos no sentido de se promover nos países europeus a facilidade de aquisição do *Salvarsan*, cujo preço em nosso mercado vai tornando-o inacessível à bolsa dos doentes.

Tuberculose pápulo-necrótica, pelo Dr. E. Rabello⁶⁵

Refere-se o caso de um indivíduo, de 30 anos, exibindo uma tuberculide pápulo-necrótica.

⁶⁴ Nesta sessão, além das comunicações comentadas por Lutz, foram apresentados trabalhos concernentes a botriomicoma (Fernando Terra), lúpus eritematoso (Sampaio Vianna), leishmaniose tegumentar (Silva Araújo Filho) e líquen (Eduardo Rabello). O original do *Boletim* dá como ano desta sessão, 1916, mas trata-se de um erro tipográfico.

⁶⁵ *Boletim*, p.36-7, 1915.

Sofre da doença há cerca de um ano. Localiza-se de preferência nos membros, onde apresenta lesões acnéicas que lembram os *folliculés de Barthelemy*, e no tronco.

Cutirreação à tuberculina positiva com reação papulosa franca.

Algum tempo depois manifestou-se bronquite dos ápices com falta de apetite e depauperamento rápido, tendo o doente se retirado para fora desta capital.

O Dr. Terra, como subsídio à freqüência da tuberculide pápulo-necrótica, refere um caso que observou nesta capital em uma mocinha. Além das pápulas necróticas esparsas nas mãos e antebraços, apresentava lesões congestivas no nariz e face, simulando lúpus eritematoso.

O Dr. Lutz lembra que se empregue, de preferência à cutirreação, a injeção de tuberculina, que pode determinar a reação local nas lesões, o que facilita o diagnóstico.

O Dr. Zopiro Goulart diz que, ao contrário do que referem os autores, os casos, aqui observados, têm, como sintoma muito freqüente, o prurido.

7ª Sessão Ordinária, 8 de dezembro de 1915

Presidente – Prof. F. Terra

Secretários – Drs. E. Rabello e Arthur Moses

Compareceram os Drs. Adolpho Lutz, Linneu Silva, Zopiro Goulart, Sampaio Vianna, Silva Araújo Filho, Luiz Felício Torres e Neves Armond.

Foram propostos sócios efetivos os Drs. Jesuino Maciel, Antônio Cardoso Fontes, Camacho Crespo e Luis Felício Torres.

Caso pró-diagnose, pelo Dr. F. Terra

Trata-se de um indivíduo brasileiro, preto, de 70 anos, residente no interior, apresentando na extremidade cefálica várias lesões, cujo início não sabe precisar.

Existem no couro cabeludo várias cicatrizes róseas, deprimidas, com alopecia, e outras de vários tamanhos, assestadas na região frontal, adiante do pavilhão da orelha, no nariz e na região malar de ambos os lados e no mento.

O interessante é que essas lesões guardam certa simetria, fazendo lembrar o lúpus eritematoso.

Apresenta também lesões pustulosas, tanto na cabeça como na face.

O Dr. Lutz pensa tratar-se de sífilis crostosa, baseando-se antes na reação de Wassermann, visto ser curiosa a história clínica.

O Dr. Zopiro Goulart diz que se pode desdobrar o caso clínico; assim, pode ser que se trate de sífilis; existem, porém, concomitantemente lesões próprias do impetigo.

Leishmaniose mista, pelo Dr. Silva Araújo Filho ⁶⁶

Apresenta um doente portador de lesões muito semelhantes às que exibiram os três doentes que apresentou na última sessão.

⁶⁶ *Boletim*, p.41-2, 1915.

A. R., brasileiro, branco, de 25 anos, carroceiro, adoeceu há quase quatro anos, em Santa Luzia do Carangola, onde reside.

Começou lesão por um nódulo assestado na região lombar esquerda, o qual se ulcerou. Com o emprego de plantas, segundo a indicação de curandeiros, fazendo várias lavagens por dia, a lesão cicatrizou com pouco mais de um mês. Nesse local vê-se agora uma grande cicatriz branca, superficial e lisa. Pouco tempo depois surgiu uma ulceração com o mesmo aspecto no pavilhão da orelha esquerda, lesão que cicatrizou em parte.

Apresenta ulceração do lábio inferior e terço superior da região mentoniana. Grande ulceração do lábio superior, invadindo o soalho das fossas nasais. Destruição do lóbulo do nariz e subsepto.

As ulcerações apresentam o mesmo característico de leishmaniose, devendo-se assinalar a presença de reação mucótica.

O *Dr. F. Terra*, a propósito desse caso, cita um fato de sua clínica particular, que mostra a dificuldade que se purulenta [+] extraordinariamente abundante.

As lesões que oferecia a seu doente eram muito semelhantes às deste. Houve destruição do lóbulo e asas do nariz, do septo cartilaginoso e soalho da entrada das fossas nasais.

A pele do nariz tinha espessamento e cor próprios da leishmaniose. É casado e tem filhos, sendo sadia a prole. Wassermann fracamente positiva e o doente submetido a tratamento mercurial, não colheu resultado algum.

Hesitando entre sífilis e leishmaniose, aplicou fortes doses de iodureto de potássio e injeções amiudadas de biodureto de mercúrio, sem melhora apreciável. Insistindo nesses meios viu em breve as melhoras se acentuarem e a cura tornou-se por fim definitiva.

O *Dr. Lutz* diz acreditar que o doente ora apresentado seja um caso de leishmaniose, mesmo na ausência do exame bacteriológico. Viu em São Paulo casos semelhantes, que não cederam ao tratamento mercurial, nem em alta dose, o que certamente faria bem, se se tratasse de sífilis. Quanto à confusão com o lúpus, não acha justificável, sendo essa doença muito rara entre nós, tendo visto em trinta anos de prática apenas três casos. As lesões da orelha e do nariz são, pelo seu aspecto, muito semelhantes aos demais casos de leishmaniose.

Na Europa, se examinassem esses casos, não seria de estranhar que se estabelecesse o diagnóstico de sífilis.

Sifilide anular, pelo Dr. Silva Araújo Filho⁶⁷

Este ano foram já observados quatro casos de sífilis anular no serviço do Prof. Terra. Mostra as fotografias de três desses casos e um doente. Desses doentes, três eram brasileiros, dois pretos e um mestiço, sendo o outro o que apresenta à Sociedade.

Trata-se de um indivíduo português branco, 32 anos, ferreiro, residente na ilha de Paquetá. Há três meses teve um cancro hunteriano assestado no sulco balanoprepucial, acompanhado de adenite inguinal direita, conservando ainda a esclerose consecutiva à ulceração. Apresenta na região correspondente ao triângulo de Scarpa direito sífilides

⁶⁷ *Boletim*, p.42-3, 1915.

circinadas, muito regulares, formadas por anéis papulosos enquadrando uma porção central da pele escura. Na pele da verga apresenta lesão com o mesmo aspecto.

O *Dr. Adolpho Lutz* diz ser a sífilide anular muito comum entre os pretos, lembrando-se de ter visto uma criança de três anos afetada dessa forma. O tratamento local dá muito bom resultado.

Esses fatos eram outrora conhecidos por lúpus sífilítico, atendendo ao aspecto da pele crivada de pequenos tubérculos.

O *Dr. Silva Araújo Filho* chama a atenção da Sociedade para o fato de se tratar de um indivíduo branco, pois alguns especialistas consideram a sífilide circinada como peculiar aos indivíduos de cor. Os três casos já referidos foram tratados unicamente com mercúrio, sem tratamento local, o que vem destruir a hipótese de uma micose evoluindo em um sífilítico, como pensam também alguns autores.

Psoríases e tuberculose, pelo Dr. Felício Torres⁶⁸

Refere ter visto uns doentes de psoríase vulgar, que pertenciam a família de tuberculosos, sem que eles fossem tuberculosos.

Impressionado com as referências de Demoulière, que pretende estabelecer relações entre a psoríase e a tuberculose, indaga se se poderá admitir nos seus casos essa influência mútua.

O *Dr. Lutz* pensa não haver relação entre as duas doenças, porque então o número de psoriáticos seria muito maior tendo-se em vista a grande frequência da tuberculose entre nós. A psoríase encontra-se também em nacionais, porém é mais comum em estrangeiros. Quanto ao contágio, nada se pode precisar. Um dos seus doentes, brasileiro, esteve muito tempo em contato com um indivíduo estrangeiro afetado de psoríase de forma grave.

O *Dr. Silva Araújo Filho* diz que em geral os doentes que tem visto afetados de psoríase são fortes, bem constituídos, não aparentando ser tuberculosos, nunca tendo, porém, investigado nesse sentido. Nada apurou tampouco quanto ao contágio. Lembra-se de ter visto oito casos de psoríases, sendo apenas três brasileiros.

⁶⁸ *Boletim*, p.43, 1915.

1916

Sessão em 2 de junho de 1916⁶⁹***Larva migrans***⁷⁰

O *Dr. Emilio Gomes* refere-se a um menino de seis anos de idade, natural desta cidade, e que brincava às vezes na praia de Icaraí. Apresenta, há cerca de dois meses, uma zona rubra onde serpenteia uma linha sinuosa, saliente, que vai terminar na região palmar. Encontram-se também alguns grupos de vesículas e crostas, e a lesão se acompanha de prurido.

Instituiu o tratamento com aplicações de tintura de iodo e compressas de água quente, tendo, porém, se realizado a cura por meio da congelação pelo cloreto de etila.

O aspecto das lesões não deixa margem à dúvida de que se trata da miíase linear, a qual, com freqüência, se vai observando entre nós.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que não tanto a freqüência da miíase linear, que já não é pequena, mas o conhecimento da larva é que mais nos deve interessar. Torna-se bem difícil perceber a larva, visto como a lesão produzida por ela se manifesta tardiamente.

Lembra o método da vitro-pressão, como se faz para se pôr em evidência o tubérculo do lúpus, obtendo-se assim mais fácil descortino da larva nos tecidos. Talvez assim se simplificasse o problema, tendo-se hoje melhor conhecimento das larvas dos dípteros.

O *Dr. Cardoso Fontes* também reconhece a dificuldade da cura dessa dermatose, parecendo que o calor é o melhor agente no seu tratamento. Refere o caso observado em Copacabana de uma menina de 9 anos, que apresentava lesões típicas nas pernas e pés, tendo obtido a cura com compressas de água quente, aplicadas três vezes ao dia, bem demoradamente.

O *Dr. Eduardo Rabello* aplaude a lembrança do *Dr. Lutz* de recorrer à compressão vítrea para se ver a larva. Hoje sabe-se que esta se encontra em sítio que excede de cerca de 1 centímetro o ponto terminal da linha inflamatória.

Na pesquisa seria conveniente levar-se em conta mais este dado.

⁶⁹ Nesta sessão, além dos temas comentados por Adolpho Lutz, foram apresentados ainda os seguintes assuntos: granuloma ulceroso (Fernando Terra), blastomicose (Arthur Moses), reinfecção luética (Eduardo Rabello) e cancro sífilítico abdominal (Eduardo Rabello).

⁷⁰ O *Brazil-Medico*, n.30, de 22.7.1916, p.235.

Sessão em 7 de julho de 1916⁷¹

Úlcera tropical⁷²

O *Dr. Adolpho Lutz* assinala o fato de serem consideradas como devidas a leishmânia úlceras de outra natureza. São em geral úlceras consecutivas a traumatismos, com pouca tendência para cura espontânea, existindo em algumas zonas com caráter epidêmico. São freqüentes em Avanhandava, Capela Nova e Espírito Santo do Pinhal. Cedem com tártaro emético e qualquer tratamento antisséptico brando. O exame microscópico revela a presença da simbiose fuso-espirilar. Os bacilos apresentam extremidades arredondadas. O papel patogênico dos espirilos evidencia-se pela localização profunda que ocupam nas lesões. A transmissão parece fazer-se por um díptero do gênero *Ipelatis*.

A leishmaniose é provavelmente transmitida pelos flebótomos.

A cronicidade é um dos caracteres dessas úlceras, sendo a gangrena nosocomial de marcha muito mais rápida. São muito comuns nos membros inferiores; alguns doentes, porém, exibem também lesões assestadas nas mãos e no rosto.

Para corar os germes emprega um novo processo: fixa rapidamente em alúmen formolisado, cora dois minutos com uma solução concentrada de azul vitória, tira o excesso, seca e examina em água entre lâmina e lamínula. Os espirilos ficam mais bem corados.

O *Dr. Eduardo Rabello* refere que o que acaba de dizer o Prof. Lutz está de acordo com o que tem observado na Clínica Dermatológica.

Sessão em 4 de agosto de 1916⁷³

Nodosidades justarticulares de Jeanselme⁷⁴

O *Dr. Eduardo Rabello* lembra que essa denominação foi empregada por Jeanselme para designar certos tumores de consistência fibrocartilaginosa, justarticulares, aflegmáticos, de marcha e duração tórpida e longa, que viu pela primeira vez em 1899, em naturais da Indochina. Esses tumores, que em geral aparecem sem pródromos e que, apenas pela sua sede e volume, podem incomodar o paciente, localizam-se mais vezes nas imediações das articulações dos cotovelos, dos quadris e dos joelhos, poupando quase sempre as pequenas articulações.

Depois de Jeanselme, Steiner, Gras, Neveux, Brault, Brumpt, Fontoynt e Carougeau e, ultimamente, Jojot e Commes têm-se referido a casos análogos, vistos em diversas regiões da Ásia e da África. Entre nós, e cremos mesmo que na América, ainda não foi visto caso análogo, sendo certo, pois, que o doente que hoje apresenta, pestado dessas nodosidades, é o primeiro visto no nosso país.

⁷¹ Nesta sessão foram discutidos outros assuntos sem que houvesse intervenções de Adolpho Lutz: eritema polimorfo (Eduardo Rabello), ceratose pilar rubra (Eduardo Rabello), granuloma ulceroso venéreo (Fernando Terra) e sífilis vesical (Jorge de Gouvea).

⁷² *O Brazil-Medico*, ano XXX, n.36, 2.9.1916, p.286.

⁷³ Além das comunicações que foram objeto de comentários de Lutz, foram discutidos nesta sessão os seguintes assuntos: um caso de psoríase tratado pela emetina (V. de Teive), drenagem filiforme nas adenites supuradas e simbiose fuso-espirilar (Eduardo Rabello).

⁷⁴ *O Brazil-Medico*, ano XXX, n.43, 21.10.1916, p.339-40.

O paciente é um rapaz de 30 anos de idade, sem antecedentes interessantes a não ser cancro venéreo por duas vezes, a última, há 11 meses, sem acidentes conseqüentes. Há cerca de nove meses, viu com espanto aparecerem dois pequenos nódulos, um em cada antebraço, na sua face posterior, junto à articulação do cotovelo. Esses nódulos foram crescendo pouco a pouco e, junto do que aparecera no braço esquerdo, um outro surgiu algum tempo depois. Há cerca de seis meses, começaram a se mostrar outros nódulos próximos à articulação do quadril direito, onde hoje podem ser percebidos três. Todos esses tumores têm o mesmo aspecto: nódulos duros, aflegmáticos, subcutâneos, móveis, um só do cotovelo direito apresentando certa aderência aponevrotica; de tamanho variável entre uma avelã e uma noz, e não incomodando em nada o portador. Sob o nódulo do cotovelo direito, um pouco aderente, foi notada pequena exostose do cúbito. A palpação, além da dureza fibrosa e da indolência, deixa perceber que os nódulos são irregulares e bossados. Esse tumor maior do braço direito foi retirado para exame histológico e o corte a navalha confirmou a sua consistência e aspecto fibrosos. Foram feitas culturas em meio de Sabouraud com a polpa desse nódulo e, até agora, nada ainda revelaram quanto à hipótese de uma micose.

De fato é até agora desconhecida a etiologia desses tumores e os exames histológicos de Jeanselme e Commes falam por um tumor fibroso, de natureza um pouco especial, com zonas de reação inflamatória e células gigantes; mas, com esses dois autores, as pesquisas dos germes resultaram infrutuosas. Fontoynt e Carougeau descreveram, como causa, o *Discomyces carougeani*, mas até hoje diversos autores, como Pinoy, para citar, acaso, o mais competente no assunto, não têm confirmado esse achado. Um outro fato que fala algum tanto, também, em favor de uma micose, é a regressão desses tumores já assinalada por mais de um autor, após o uso do iodeto de potássio.

O exame histológico do seu caso está sendo feito; prescreveu o iodeto de potássio, para mais uma vez verificar a sua ação, e o resultado dessas pesquisas, juntamente com a prova final das culturas, será oportunamente referido.

O Dr. Adolpho Lutz reivindica a sua prioridade na questão das nodosidades justarticulares, lendo a seguinte tradução de um artigo que publicou em 1892, no *Monatschrift für Dermatologie*:

Depois da lepra e da sífilis, quero mencionar uma afecção que observei várias vezes, tanto em indígenas como em estrangeiros. A fotografia, que acompanha, mostra um caso bem caracterizado. Os doentes, só em parte, eram leprosos; mas todos eram suspeitos de sífilis.

Trata-se de tumores encontrados sempre perto de um osso e, geralmente, numa região articular. A sua consistência é tal que se pode pensar em condromas, mas distinguem-se de exostoses por não fazer parte do osso. Com o uso do iodeto de potássio esses tumores desaparecem, às vezes, completamente, nas mais vezes, só em parte, não todavia com a rapidez das gomas comuns. No original da fotografia extirpei os restos dos tumores do cotovelo, depois de esgotado o efeito do iodeto, e encontrei tumores de tecido conectivo branco, tendinoso, solidamente aderentes aos tecidos vizinhos.

O mesmo constatei num filho do doente, que tinha sobre uma costela um tumor semelhante, exposto pela ulceração dos tecidos sobrepostos; havia também um estado caquético, com sintomas de sífilis congênita; o pai tinha uma mancha de eritema, certamente leprosa. Outros casos, onde, indubitavelmente, se tratava da mesma afecção,

exibiam tumores nos quadris, palmas das mãos, antebraços e dedos, sendo geralmente menores e de data mais recente.

Comunica também ter visto casos no Brasil, notando tendência à bilateralidade. Um dos casos era sífilítico e foi melhorado com o iodeto, sendo a sede principal, nesse caso, os quadris. Acha muito duvidoso que essa afecção seja causada por um *Discomyces*, mas a sua relação com a sífilis merece ser estudada.

O *Dr. Eduardo Rabello*, à vista dessa publicação que desconhecia, como aliás todos os que se têm ocupado do assunto, lembra que é de justiça dar-se à doença o nome de “nodosidade justarticular de Lutz-Jeanselme”.

O *Dr. D’Utra e Silva* acredita que na América é o caso do *Dr. Rabello* o primeiro publicado, pois os do *Dr. Lutz* foram vistos fora do país. Pensa que se deve pesquisar a sífilis, pois, competências negam a origem micótica. Referências de *Pinoy*, que viu cortes nitrados, assentam em que alterações de tecidos, descritas como germes, não passavam de lesões de capilares.

O *Dr. Eduardo Rabello* confessa que, no seu caso, o Wassermann foi negativo, e não existem indícios de sífilis, a não ser uma exostose cubital, já referida, sendo agora o doente submetido ao iodeto de potássio.

O *Dr. Adolpho Lutz* pondera que, em certos casos, os tumores se ulceram, sendo a perda de fora para dentro, e quanto ao tamanho, às vezes excedem de muito o de uma noz, como num dos seus casos, dependendo isso do tempo de duração. Em certos casos, a ulceração pode ser consequência de processo degenerativo.

O *Dr. D’Utra e Silva* diz que o processo ulceroso pode vir de dentro para fora, ligado o fato à progressão da zona inflamatória, que tem sido descrita no tumor.

Ceratoderma simétrica das extremidades⁷⁵

O *Dr. Sampaio Vianna* apresenta um doente, português, cocheiro, solteiro, apresentando placas de ceratose simétrica situadas na porção intradigital dos polegares e indicadores e estendendo-se para o dorso das mãos. No bordo interno dos calcanhares e na sua face plantar, existem lesões semelhantes, porém mais espessas e atravessadas por sulcos.

Refere não ter usado de medicamento por tempo demorado. Como antecedentes, nega a lues, acusando blenorragia, que teve há cinco anos, hoje curada. Não há estigma de heredossífilis, e aguarda o exame do sangue para Wassermann.

O *Dr. Eduardo Rabello* aventa a hipótese de sífilis e blenorragia, que favorece o desenvolvimento das ceratoses.

O *Dr. Adolpho Lutz* tem visto casos de ceratoses, que se grupam nas ictioses, de influência congênita.

⁷⁵ O *Brazil-Medico*, ano XXX, n.43, 21.10.1916, p.340.

Sessão em 1º de setembro de 1916 ⁷⁶

Nodosidades justarticulares ⁷⁷

O *Dr. Adolpho Lutz*, a propósito do caso apresentado na sessão anterior, lembra que no livro de Castellani há observações mais antigas que a de Jeanselme, como a de Stein, porém todas posteriores à de sua autoria.

Sarna – Pediculose ⁷⁸

O *Dr. Fernando Terra* refere que, este ano, têm tido desusada freqüência nas salas da Clínica Dermatológica os casos das dermatoses acima referidas. Só se lembra de análoga freqüência em 1893, quando entrou a esquadra legal com muitos marinheiros afetados. A grande maioria de doentes, que há observado, é de indivíduos que têm dormido em albergues noturnos, agora instalados pela cidade. Lembra que a Sociedade se dirija às autoridades sanitárias pedindo providências para o caso.

O *Dr. Sampaio Vianna* diz que tem notado o mesmo fato no ambulatório da Santa Casa, onde quase todos os casos são de indivíduos que têm dormido nos albergues.

O *Dr. Eduardo Rabello* constata que mesmo na clínica privada têm sido muito freqüentes, este ano, os casos de sarna, às vezes constituindo epidemias em famílias inteiras.

Quase uniformemente essas epidemias provêm de casos verificados em criados que naturalmente podem estar em contato com indivíduos que tenham dormido nos albergues, ou que tenham eles mesmos neles permanecido.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que o caso não é assim tão simples como, à primeira vista, parece, pois os piolhos são tidos como responsáveis pela transmissão do tipo exantemático. Como entre nós têm sido vistos casos esporádicos dessa doença, são necessárias medidas de cautela.

⁷⁶ Nesta mesma sessão foram discutidos os seguintes assuntos, sem intervenções de Adolpho Lutz: leproserias (Silva Araújo), novarsenobenzol na sífilis (Fernando Terra), tuberculide pápulo-necrótica (Sampaio Vianna), a propósito dos sarcóides cutâneos (Eduardo Rabello) e pitiríase versicolor (Silva Araújo Filho).

⁷⁷ *O Brazil-Medico*, n.47, p.372, 18.11.1916.

⁷⁸ *O Brazil-Medico*, n.47, p.372-4, 18.11.1916.

Sessão em 10 de novembro de 1916⁷⁹

Eritema pelagróide⁸⁰

O *Dr. Sampaio Vianna* apresenta à Sociedade o indivíduo A. N., do sexo masculino, branco, português, solteiro, vendedor de doces, residente na estação de Ramos, subúrbio do Distrito Federal, doente que em fins de outubro procurou o ambulatório de moléstias de pele da Santa Casa e que, atualmente, ocupa um dos leitos da Clínica Dermatológica do Prof. Fernando Terra.

Referiu o doente não ter conhecido pai e haver perdido a mãe há cinco anos, mais ou menos, já bastante idosa e vitimada por causa que ignora. Tem dois irmãos robustos e sadios, residindo ambos nesta Capital. Homem forte, tendo gozado sempre saúde, sem nunca ter contraído moléstia alguma venérea, trabalhava das 6 horas da manhã às 10 horas da noite no comércio ambulante de doces, carregando caixa à cabeça e expondo-se à ação dos raios solares durante todo o dia. Confessa que usava e abusava de bebidas alcoólicas, tomando, diariamente, para mais de uma garrafa de aguardente. Como conseqüência do vício a que se entregava, mal se alimentava, mesmo porque a comida lhe causava repugnância (textual). Procurava despertar o apetite escolhendo iguarias extravagantes. Assim, comia amiudadas vezes (duas por semana) pão de milho e azeitonas. Referiu mais, que depois de lhe aparecer a moléstia de pele, todas as manhãs ao levantar-se era acometido de vômitos pituitosos. Algumas vezes, também, sofreu de diarreia. Não precisa bem o paciente como se iniciou a dermatose que apresenta; lembra-se, porém, da formação de pequenas bolhas que se rompiam, deixando escoar um líquido viscoso, e cercadas de manchas de cor vermelho-escuro, lesões essas localizadas na face dorsal das mãos e dos pés e nas regiões laterais e posterior do pescoço.

Diz que buscou o hospital porque tal é a astenia de que padece, que mal tem forças para elevar a caixa de doces à altura da cabeça, o que fazia, antes de adoecer, com a maior facilidade. Queixa-se mais de forte prurido generalizado e de sensação de frio, dizendo ter enregeladas as pernas dos joelhos aos pés. Presentemente não mais existem as bolhas a que o doente se referiu e que são as lesões do primeiro período da doença. Encontram-se agora, além de um eritema bronzeado, pigmentado, de bordos difusos, crostas, *reliquat* das antigas bolhas, leves escamas e uma certa tendência à atrofia da pele. Nas proximidades das articulações metacarpofalangianas existem duas fendas mais ou menos profundas. No pescoço não há o clássico colar, mas, em quase toda a extensão do eritema que existe nessa região, está a pele liquenificada. O resto do corpo apresenta lesões de escabiose, que o doente contraiu depois de aparecer a primitiva dermatose. Não há indícios de sífilis: nem cefaléia, nem algias noturnas, nenhum gânglio engorgitado. O doente conserva normais os reflexos rotulianos. Não foi encontrada estomatite nem outra qualquer lesão das mucosas.

O caso que apresenta é duplamente interessante, pela sua relativa raridade numa cidade onde são comuns os dias de sol ardente, e pelo conjunto de condições etiológicas que, associando-se, fazem oscilar o diagnóstico entre um *eritema pelagróide* ou *pseudopelagra*

⁷⁹ Nesta sessão, além das comunicações comentadas por Adolpho Lutz, foram discutidos os seguintes assuntos: profilaxia da lepra, casos de ulceração da língua e de prurigo de Hebra, e o tratamento do epiteloma cutâneo.

⁸⁰ *O Brazil-Medico*, ano XXXI, p.48-9, 1917.

e uma *pelagra verdadeira esporádica*. Com relação à pouca freqüência dos casos entre nós, basta lembrar que, a não ser aqueles apresentados à Sociedade pelo Prof. Rabello, quase todos doentes da clínica do Prof. Terra, não consta ao orador que outros tenham sido assinalados e publicados.

O interesse maior, porém, é o do diagnóstico. Embora não lhe repugne a idéia de classificar o seu caso como pelagra esporádica, tanto mais quanto, além dos sintomas apresentados pelo doente, confessou ele fazer uso freqüente de pão de milho, acredita antes tratar-se de um eritema pelagróide acidental descrito por Bouchard como comum em certos indivíduos predispostos que se expõem à ação prolongada dos raios solares. Ora, o seu doente era um alcoólatra inveterado, e o alcoolismo é justamente com a alienação mental e outros estados debilitantes uma das causas predisponentes dos eritemas pelagróides.

Quando viu pela primeira vez o doente e soube que ele exercia a profissão de vendedor de doces, a primeira idéia que lhe veio à mente foi que ele se alimentasse das sobras do negócio, ingerindo, dois e três dias depois de fabricadas, broas de milho, nas quais germinasse o *Aspergillus* a que se atribui a pelagra verdadeira. Nas indagações que fez, verificou o contrário do que supunha, confessando apenas o doente comer duas vezes por semana pão de milho, mas este em bom estado. Darier diz “que em França tem sido observada uma síndrome absolutamente idêntica à pelagra ou algumas vezes atenuada, nos alienados, alcoólicos e nos malnutridos e moralmente debilitados”. É o caso deste doente: além de mal-alimentado, abusava do álcool e expunha-se ao sol o dia inteiro. O diagnóstico de acidente actínico é o que se impõe, salvo melhor juízo.

O *Dr. Eduardo Rabello* diz que os casos do *Dr. Sampaio Vianna* são idênticos aos observados na Clínica Dermatológica. Em todos eles se tem visto que os indivíduos viviam expostos à ação dos raios solares, e que eram intoxicados pelo álcool. Convém referir esse fatos para que ulteriormente sirvam de esclarecimento à etiologia da afecção.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha que não há lugar para se incriminar o álcool como fator etiológico, sendo que o mais que poderia fazer é predispor à doença, como ocorre com o beribéri. Observa-se antes a coincidência de o alcoolismo ser comum na classe baixa, onde se encontra a pelagra. Há anos teve ocasião de observar uma doença que classificou de pelagróide e que consistia em um exantema, situado nos pés, desenvolvendo-se nas crianças e que se assestava nas partes declives, transformando-se pela hipóstase em uma afecção purpúrica. Acompanhava-se esta de edemas, diarréia, bronquites, sendo que os edemas às vezes precediam os acidentes cutâneos.

1919

1ª Sessão Ordinária (junho)

Presidente – Dr. F. Terra

Secretário – Dr. A. F. da Costa Júnior

Compareceram mais os Drs. Pacheco Mendes, Adolpho Lutz, Silva Araújo Filho, Gilberto M. Costa, Victor de Teive, Barros Barreto e A. Vidigal.

Sifilomas primários extragenitais – Dr. Gilberto M. Costa⁸¹

Teve ocasião de ver um caso de cancro assestado na região do punho, com semelhança perfeita com a úlcera da leishmaniose. O Wassermann foi fortemente positivo quando surgiam os acidentes secundários da infecção.

O outro caso era de um cancro ulceroso do lábio inferior, que há 15 dias ainda perdurava, tendo a lesão começado em dezembro do ano passado.

O terceiro caso é o do doente aqui presente, e cujo cancro se localiza no lábio inferior, datando de cinco meses, e com o gânglio satélite na região submaxilar esquerda.

O *Dr. Adolpho Lutz* diz serem já numerosos os fatos de localização desses acidentes fora da zona habitual.

Lembra o caso de uma doente que tinha o sifiloma inicial assestado em todo o dorso da mão. A lesão era muito superficial e cedeu facilmente ao tratamento mercurial, tendo aplicado localmente a pomada cinérea dupla.

Explica-se facilmente essa localização porque a doente exercia a profissão de parteira. Curado o acidente cutâneo, surgiram na época própria os fenômenos constitucionais, entre os quais avultaram manifestações oculares, que bastante incomodavam a doente.

Nodosidades justarticulares – Dr. F. Terra⁸²

Por ser de observação pouco freqüente entre nós, traz ao conhecimento da Sociedade um caso, que teve ocasião de ver em março deste ano.

Achava-se nessa ocasião em Cambuquira, estância hidromineral bastante conhecida, quando lhe foi dado ensejo de travar relações com um colega que exerce a clínica na cidade de Campanha.

Pouco tempo antes viera ao Rio para se operar de um tumor que, localizado perto da articulação do cotovelo direito, já lhe tolhia o movimento, impedindo-o de praticar a cirurgia, em que é exímio especialista. A ferida operatória achava-se em via de cicatrização, e o tumor retirado ficara no Rio para o estudo histológico.

⁸¹ *Boletim*, p.35, 1919.

⁸² *Boletim*, p.36-7, 1919.

Referiu o colega, brasileiro, solteiro, com cerca de 32 anos, que desde estudante de medicina tem essas nodosidades, que foram de crescimento excessivamente lento. Nenhum incômodo lhe traziam esses tumores, a não ser o embaraço que lhe causava ao movimento do membro em que aquele se assestava junto à articulação, e que maior desenvolvimento adquirira. Notou o Dr. Terra que próximo à articulação ainda existiam dois nódulos, situados em plano profundo, móveis, bastante consistentes, e tendo o volume mais ou menos de ovo de pomba.

Nas proximidades da articulação do cotovelo esquerdo também encontrou dois ou três nódulos, do mesmo tamanho daqueles, também de consistência dura, e sotopostos ao tegumento cutâneo.

A sua longa evolução, para mais de dez anos, a sede, a perfeita simetria e os demais caracteres não permitiram a menor dúvida de tratar-se da afecção conhecida por nodosidade justarticular, denominação que o Dr. Terra crê dada por Jeanselme, mas assinalada por outros autores.

O Dr. *Gilberto Costa* quer apenas chamar a atenção para o fato de esses tumores se assestarem nas imediações das articulações do cotovelo. Assim tem sido sempre nos fatos ocorridos entre nós.

O Dr. *Rabello* teve ocasião de comunicar duas observações dessa afecção, e em ambos os casos o tratamento específico, pelo iodureto e mercúrio, deu bons resultados.

O Dr. *Adolpho Lutz* publicou há anos a história de dois doentes dessa afecção, cuja natureza é ainda obscura. A consistência dos tumores é bem acentuada, fazendo lembrar o encondroma. O iodureto de potássio determina a redução do tumor. Explica-se o fato porque se trata de lesão onde há abundantes células de granulação, em uma trama de tecido conjuntivo. Aquelas sofrem a reabsorção sob a influência dos ioduretos, o que diminui o volume e consistência dos tumores.

Bubonulo do sulco balanoprepucial – Dr. F. Terra⁸³

Da clínica particular tem em tratamento um caso interessante de complicação do cancro, idêntico a fatos sobre os quais chama a atenção o Prof. Radaeli, da Universidade de Cagliari, e a que deu o nome de bubonulo do sulco.

Trata-se de um moço de cerca de 20 anos, brasileiro, branco, solteiro, morador nesta cidade e bacharelado em Direito. Há pouco mais de um mês apareceu-lhe, dias após um coito, uma pequena úlcera no sulco balanoprepucial, junto ao freio, do lado esquerdo.

Sem que houvesse aplicação de substância cáustica, os tecidos sobre que assentava a úlcera tornaram-se um pouco duros, o que despertou no paciente a suspeita de tratar-se de um cancro sífilítico. O processo de cicatrização fez-se naturalmente, persistindo, todavia, aquela dureza. Quando me procurou para esclarecer a dúvida sobre a natureza da ulceração, esta achava-se quase extinta, subsistindo apenas uma pequena zona não epidermizada. A pesquisa microscópica feita pelo Dr. A. Moses, requisitada pelo Dr. Terra, foi negativa tanto em relação ao bacilo de Ducrey, como ao treponema. Em todo

⁸³ *Boletim*, p.37-8, 1919.

esse tempo nenhuma reação se produziu nos gânglios linfáticos da região vizinha, que até hoje conservam seu volume normal.

Há dez dias o doente de novo consultou o Dr. Terra, mais alarmado, porque ao lado da úlcera, que se havia reaberto, formara-se um nódulo.

Com efeito, para fora da ulceração, situada exatamente sobre o sulco, existia um nódulo, do tamanho de uma avelã, um pouco consistente, bastante doloroso, e já com tendência a se abrir para o exterior.

Com a ponta do termocautério procedeu-se à abertura do abcesso, eliminando-se então uma certa quantidade de pus espesso, e pôde-se verificar que havia uma cavidade um tanto profunda.

A úlcera resultante da abertura do abcesso tomou no dia seguinte o aspecto do cancro mole, o que fez o Dr. Terra recear a formação do cancro dissecante. Procedeu a nova cauterização com a faca de Paquelin, aconselhando a aplicação diária de álcool fenicado a 10%, com o que vai o doente conquistando rápidas melhoras. A localização do bubonulo no sulco é de observação recente, pois eram mais conhecidos esses acidentes no dorso do pênis, situados no cordão linfático dessa região. São, portanto, casos de linfangite nodular supurativa, complicando o cancro venéreo simples, bubonulos de Nisbet.

O *Dr. Gilberto Costa* tem observado o abcesso complicando o cancro mole, porém situado na folha externa do prepúcio.

Nesses casos encontrou o diplococo de Neisser, embora na úlcera existisse o Ducrey.

Dr. Adolpho Lutz – A originalidade do que se observa está na proximidade do acidente em relação ao cancro, ao contrário do bubão, que se faz a distância. Mas no fundo o processo é o mesmo, porque se trata de uma linfangite aqui localizada na rede muscular, ali no gânglio.

Acho que se poderia, por analogia, aplicar o nome de bubonulo à linfangite de esporotricose nodular.

Dr. Silva Araújo Filho – Pertence a Nisbet a prioridade do conhecimento do bubonulo. Ocorre-me o caso narrado por Stanziale de um nódulo de esporotricose, assestado no prepúcio, assumindo o aspecto de bubonulo.⁸⁴

⁸⁴ *Boletim*, p.35-8, 1919.

1921

Sessão de Julho de 1921 ⁸⁵

Sob a presidência do Prof. F. Terra, e secretariado pelo Dr. A. F. da Costa Júnior, realizou-se a sessão mensal de julho da Sociedade Brasileira de Dermatologia, estando presentes o Prof. Rabello, o Prof. Adolpho Lutz, e Drs. Arthur Moses, Mário Magalhães, G. Moura Costa, Henrique Aragão e Victor de Teive.

Aprovada a ata da sessão anterior, passou-se ao expediente.

Foi lido um ofício da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, comunicando a sua nova diretoria. Foram propostos sócios; pelo Dr. Costa Júnior, o Dr. Joaquim Pereira da Motta; pelo Dr. Moura Costa, os Drs. Orsini de Castro e Aroeira de Belo Horizonte; o Dr. Pereira da Motta, estando presente, tomou posse.

Caso pró-diagnose ⁸⁶

O Dr. A. F. da Costa Júnior expõe o seu caso “pró-diagnose”. Trata-se de uma menina de 8 anos, com uma lesão única ulcerada na face direita, datando de três anos. Tem Wassermann negativo, cutirreação negativa, pesquisa de leishmânia negativa; não pôde ser feito o exame histopatológico. Semeando o produto da lesão, foi isolado o *Penicillium glaucum*. A doente, que foi submetida a variados tratamentos, sem resultados, viu a lesão cicatrizar rapidamente com a administração de iodureto. Sobre o caso falam o Prof. Rabello e os Drs. Adolpho Lutz e H. Aragão. O Dr. Rabello acha que o diagnóstico está entre uma micose e sífilis, mas que não se pode responsabilizar o *Penicillium* pela lesão descrita. Faz considerações sobre as pesquisas de germes micóticos em lesões cutâneas, que podem ser infectadas por um saprófita; ultimamente na clínica de Ladassohn observou-se um caso dessa natureza, e não só na Alemanha como na França chama-se a atenção para tais casos.

O Dr. Lutz diz que verificou que o *Penicillium* vive em uma solução de iodureto.

O Dr. Aragão acha que todos os bolores vivem bem no iodureto e cita que o tártaro não mata a leishmânia mas cura a doença, pois que a ação desses medicamentos é indireta, agindo sobre o meio.

Sobre o rinoscleroma ⁸⁷

O Dr. Mário Magalhães fala sobre rinoscleroma a propósito do bacilo de Frisch, que tem estudado em confronto com outros germes encapsulados. Diz que a literatura é, no

⁸⁵ Nesta sessão, assuntos não comentados por Lutz foram anetodermia de Ladassohn (Moura Costa), dois casos de tinha e um de dermatose linear (Moura Costa).

⁸⁶ O *Brazil-Medico*, ano 35, v.2, p.206, 15.10.1921.

⁸⁷ O *Brazil-Medico*, ano 35, v.2, p.206-7, 15.10.1921.

caso, deficiente e contraditória. Estudou o germe isolado do caso (já apresentado na Sociedade), bacteriologicamente. Pode dizer que não é um Friedländer. Relata minuciosamente as metódicas pesquisas que vem fazendo sobre o germe isolado, quer quanto à sua biologia, quer quanto à sua patogenia. Promete continuar as suas pesquisas a fim de ver se pode concluir que o germe encapsulado, que sempre se encontra no rinoscleroma, é ou não responsável pela moléstia, estando como está esta parte do problema deficientemente estudada.

O *Prof. Lutz* diz ter especial interesse pelo caso, pois foi quem estudou o primeiro caso no Brasil, há 31 anos.

Pelo adiantado da hora foi suspensa a sessão.

Sessão de setembro de 1921⁸⁸

A sífilis e os problemas neurológicos⁸⁹

Em seguida às palavras do Prof. Terra, o Dr. Teixeira Mendes inicia a sua comunicação, precedendo-a de singelo e rápido discurso, em que agradece a honra que lhe foi concedida pela Sociedade Brasileira de Dermatologia. Saliencia os laços da união que intimamente entrelaçam as duas partes dos conhecimentos médicos: neurologia e sifilografia.

Evidencia a importância que ressalta da noção de se pensar sempre na sífilis quando se esteja em presença de problema neurológico, pois pode-se dizer que para o conhecimento da etiologia e terapêutica nervosas, na maior parte das doenças, é indispensável ter-se sempre as vistas voltadas para a sífilis. Para demonstração do que vem de assinalar vai apresentar à Sociedade um caso de esclerogoma da base do encéfalo, em que variados e interessantes sintomas se encontram presentes.

Trata-se de uma mulher de cor parda, brasileira, que apresenta marcha ebriosa, desigualdade dos reflexos patelares, ptose palpebral, paralisia facial, nistagmo.

Dos sintomas encontrados verifica-se que a lesão pode ser localizada na base do encéfalo, no ponto em que emergem os nervos cranianos. Quanto ao processo etiológico não padece dúvida ser sífilítico, como demonstram as reações de Wassermann positivas no sangue e no líquido céfallo-raquidiano, a linfocitose e a reação de Nonne.

O tratamento instituído conseguiu melhorar por algum tanto a paciente, mostrando-se agora paralisadas as melhoras.

Discutem o caso os *Drs. Adolpho Lutz e Moura Costa*. O primeiro indaga sobre o exame do fundo do olho, sendo-lhe informado nada apresentar de extraordinário; o segundo indaga sobre o tratamento sofrido pela doente antes de entrar para o Hospital, por pensar que se possa atribuir tal sintomatologia a uma neuro-recidiva. O autor diz não saber se a doente sofreu ou não algum tratamento antes de ser internada, mas acha que não.

⁸⁸ Ainda nesta sessão, A. F. da Costa Júnior apresentou um caso de boubá, não comentado por Adolpho Lutz. Os periódicos consultados deixam de apresentar, doravante, os nomes dos membros presentes à sessão.

⁸⁹ *O Brazil-Medico*, ano 35, v.2, p.258, 15.10.1921.

Quanto ao tratamento o Dr. Moura Costa lembra injeções intra-raquidianas, relatando casos em que tem obtido melhoras, ao que o Dr. T. Mendes diz rezear muito a via intra-raquidiana pelos riscos que apresenta, mas não vê inconveniente em que seja ela ensaiada.⁹⁰

Sobre um caso de eritema medicamentoso⁹¹

Apresenta-se um caso de eritema medicamentoso, produzido por ingestão de quinino e aspirina, com as lesões típicas muito características.

Falam sobre o caso os *Drs. Terra, Moncorvo, F. Torres e Adolpho Lutz*, discutindo a suscetibilidade de certos indivíduos, mesmo na infância, a certos medicamentos, tendo os *Drs. Moncorvo e Lutz* citado casos numerosos que têm observado.

Aproveitando a reunião da Sociedade o *Prof. F. Terra* comunica aos senhores sócios ter recebido do Prof. Brito Foresti uma carta, convidando-o para delegado efetivo no Brasil, do II Congresso Sul-americano de Dermatologia, a reunir-se em Montevideu, em outubro próximo. Assim, diz ter ficado a comissão brasileira composta pelos Profs. F. Terra, E. Rabello e Werneck Machado. Tendo havido igualmente convite oficial ao nosso governo, o Prof. Terra declara já ter se entendido com os Srs. Ministros do Interior e Exterior, sobre a organização da representação brasileira. Entretanto, encarrega-se de receber as adesões ao dito Congresso.

⁹⁰ *O Brazil-Medico*, ano 35, v.2, p.258-9, 15.10.1921.

⁹¹ *O Brazil-Medico*, ano 35, v.2, p.259, 15.10.1921.

1922

3ª Sessão Ordinária, 25 de abril de 1922⁹²

Presidida por Adolpho Lutz

Eritema arsenical⁹³

O *Dr. Gilberto M. Costa* referiu-se a uma série de nove casos de eritema arsenical, tratados pela urotropina. Em todos esses casos, obteve bons resultados, mas não encontrou ainda explicação bem clara para a maneira por que atua a urotropina.

O *Dr. Moncorvo Filho* lembrou ensaiar a urotropina no tratamento dos casos de iodismo. O *Prof. Rabello* lembrou fosse empregada a urotropina associada ao brometo de potássio em vista da dificuldade de substituir esse sal que, sendo indispensável na clínica, prova freqüentemente acidentes cutâneos; tem ensaiado o cloreto de cálcio para modificar e mesmo curar os acidentes cutâneos provocados pelo brometo de potássio.

O *Dr. A. Fontes* disse ter já lido uma comunicação sobre acidentes séricos tratados pela urotropina.

O *Dr. Adolpho Lutz* lembrou que o brometo de potássio pode ser substituído pela uretana, sem inconvenientes, citando casos.

⁹² Adolpho Lutz não comentou a apresentação de Arthur Moses sobre a técnica da reação de Wassermann. No volume de 1925, consta a observação de que, “por não terem tido publicidade os resumos das sessões realizadas em 1922, 1923 e 1924, pela Sociedade de Dermatologia, de que os *Annaes* são o órgão oficial, serão publicados agora os resumos atrasados e simultaneamente os das sessões que se forem realizando”. Neste volume, porém, foram publicados apenas os resumos das sessões de 1922. As sessões de 1923 e 1924, apesar da nota, não apareceram nos exemplares por nós consultados.

⁹³ *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia* (doravante referenciados nestas notas como *Annaes*), ano I, n.2, p.63-4, 1925.

1926

Sessão de 31 de agosto de 1926⁹⁴

Presidência do Prof. Adolpho Lutz

Casos de lúpus eritematoso, pelo Prof. Felício Torres⁹⁵

Discutem a comunicação o Dr. Silva Araújo e o Prof. Lutz.

O *Dr. Silva Araújo* diz aproveitar a oportunidade para recordar um caso de lúpus eritematoso da face, em uma rapariguinha na qual mais tarde foi verificada tuberculose pulmonar, com pesquisa positiva do bacilo. Essa paciente teve também, após esse surto pulmonar, eritema nodoso.

O *Prof. Lutz* lembra a hipótese de ser o lúpus eritematoso causado pelo bacilo da tuberculose bovina. Fala a favor dessa idéia o fato de ser o lúpus tuberculoso mais comum nos lugares onde o homem fica mais em contato com o gado. Talvez haja um transmissor que transporte o germe para o homem, explicando a localização nas partes descobertas.

No nosso meio, a raridade do lúpus eritematoso seria devida à ação dos raios solares e à não estabilização do gado.

Diz o *Dr. Silva Araújo* que a tuberculose cutânea é realmente muito mais rara no Brasil do que no Uruguai e na Argentina, conforme pôde observar quando visitou esses países.

Blastomicose, pelo Prof. Rabello⁹⁶

Apresenta à Sociedade um doente internado no seu serviço hospitalar com lesões ulcerosas vegetantes nos lábios e boca e invasão dos gânglios do pescoço. A pesquisa, tanto no pus como em um fragmento de tecido retirado, revelou a presença de parasitos de blastomicose. É mais um caso a ser incluído no rol dos em que a terapêutica nada pode fazer.

O *Prof. Lutz* lembra que viu os primeiros casos de blastomicose observados na América do Sul.

Em Buenos Aires viu o célebre caso Posadas-Wernicke e desde logo julgou não se tratasse de coccidiose, como pensavam aqueles pesquisadores. Em 1908, no Brasil, identificou o primeiro caso em São Paulo, examinando um fragmento de tecido enviado

⁹⁴ Nesta sessão, não foram comentadas por Lutz as comunicações concernentes aos seguintes assuntos: um caso de epiteloma terebrante da face (Arminio Fraga), lúpus eritematoso disseminado agudo (Eduardo Rabello) e um caso pró-diagnose (Hildebrando Portugal).

⁹⁵ *Annaes*, ano II, n.4, p.48-9, ago. 1926.

⁹⁶ *Annaes*, ano II, n.4, p.49-50, ago. 1926.

⁹⁷ *Annaes*, ano II, n.3, p.48-9, 1926.

com diagnóstico de epiteloma, no qual encontrou formas típicas do parasito. As lesões assestavam-se na boca, na garganta e nos gânglios.

Tratou improficuamente com iodeto de potássio e com raios X, vindo o paciente a morrer de caquexia. Na autópsia encontrou lesões superficiais das mucosas, com numerosos parasitos.⁹⁷

1927

Sessão de agosto de 1927⁹⁸

Acladiose micosa – Eduardo Rabello e Olympio da Fonseca⁹⁹

O Prof. Rabello e o Dr. Olympio da Fonseca apresentam um caso de acladiose micosa identificada micologicamente pelo Dr. Olympio da Fonseca. Foi o caso objeto de meticolosa observação da parte dos autores que o apresentaram em pequeno trabalho à Academia Nacional de Medicina. Pedem registro para o caso: o doente acha-se internado na 19ª enfermaria do Hospital da Misericórdia, serviço do Prof. Rabello.

O *Dr. Adolpho Lutz* acha o caso de grande interesse e chama a atenção para as analogias clínicas com certos casos de escrofulodermia.

⁹⁸ Assuntos não comentados por Lutz nesta sessão foram: prurido com eczematização e liquenificação (Ferreira da Rosa), sobre dentes de Hutchinson (Joaquim Motta), eritodermia medicamentosa (Joaquim Motta), micose úlcero-nodular (Fonseca Filho, Arêa Leão e Nogueira Penido), diagnóstico diferencial da blastomicose (Fonseca Filho, Arêa Leão) e micetoma podal (Eduardo Rabello e Fonseca Filho).

⁹⁹ *Annaes*, ano III, n.1-4, p.52-3, dez. 1927.

1930

No exemplar de 1930 do *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia* (ano IV, n.2, abr.-jun., p.95-6) há a informação de que a Sociedade havia constituído uma comissão para promover a adesão de especialistas brasileiros ao VIII Congresso Internacional de Dermatologia. No encontro – a ser realizado em Copenhague em agosto daquele ano – seria discutida a fundação da Associação Internacional de Dermatologia.

Lutz foi um dos vice-presidentes da comissão. Os outros nomes indicados foram os seguintes:

Presidente honorário: Prof. Fernando Terra

Presidente: Prof. Eduardo Rabello

Vice-presidentes: Profs. A. Lindenberg, Albino Leitão, Aguiar Pupo, Antônio Aleixo, Francisco Clementino, Parreiras Horta e Ulysses Nanohay.

Secretário-geral: Dr. Oscar da Silva Araújo

Membros: Prof. Flaviano Silva, Drs. Abílio Martins de Castro, Arminio Fraga, J. Maria Gomes, A. da Matta, Joaquim Motta, S. Ramos e Silva, Nicolau Rossetti, Olympio da Fonseca e Orsini de Castro.

Para representar a Sociedade na reunião de fundação da Associação Internacional de Dermatologia foram indicados o Prof. Eduardo Rabello e os Drs. Oscar da Silva Araújo e A. F. da Costa Júnior.