

1921

Contribuições à história da medicina no Brasil. Reminiscências dermatológicas

Jaime L. Benchimol
Magali Romero Sá
(eds. and orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BENCHIMOL, JL., and SÁ, MR., eds. and orgs. *Adolpho Lutz: Dermatologia e Micologia = Dermatology and Micology* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 620 p. Adolpho Lutz *Obra Completa*, v.1, book 3. ISBN: 85-7541-043-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Contribuições à história da medicina no Brasil. Reminiscências dermatológicas*

pelo
Prof. Adolpho Lutz

(1921)

As notas seguintes se referem a moléstias da pele, observadas por mim durante um período de 40 anos, interrompido apenas por algumas ausências mais prolongadas. Grande parte das observações foram feitas na zona de café, outras na capital do estado de São Paulo; muitos casos foram vistos também na capital federal e em outros estados. Considero interessante não somente o fato da freqüência, mas também o da raridade ou ausência de certas moléstias. Encontrei desse modo muitos indícios etiológicos.

Por exemplo, só tive dois casos de psoríase legítima em doentes brasileiros e alguns casos importados. É interessante referir que um dos doentes brasileiros trabalhava com um estrangeiro com psoríase muito intensa quando adoeceu.

Não vi um só caso de micose fúngica no Brasil, mas em Nova York vi dois casos dessa moléstia rara, sendo o segundo consecutivo à ocupação de uma cama ao lado da do primeiro doente. Estes dois casos paralelos mostram que até em moléstias aparentemente bem esporádicas a possibilidade de uma transmissão direta ou indireta não pode ser excluída.

Outra moléstia que falta quase absolutamente nas zonas do interior que eu conheço é o lúpus vulgar. Atribuo essa moléstia à inoculação da tuberculose bovina por picadas de insetos. O gado do interior só raras vezes é tuberculoso, mas a moléstia é comum nas vacas leiteiras das capitais. Vi dois casos autóctones de lúpus na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro, ambos apenas incipientes.

Outras moléstias, bastante freqüentes nas clínicas dermatológicas européias, como líquen rubro, lúpus eritematoso, epitelomas e rinoscleroma, encontrei só raramente em doentes do interior. Nas grandes cidades com população mista, em parte imigrada, a patologia da pele tem um caráter mais cosmopolita.

Para outras moléstias, mais ou menos congênitas, como a ictiose, o angioma simples, nevos de toda espécie, quistos dermóides, a moléstia de Recklinghausen etc., não notei freqüência ou raridade exagerada. Lipomas e fibromas aparecem como em outra parte; os quistos sebáceos são bastante freqüentes.

* Publicado originalmente como "Reminiscências dermatológicas", *A Folha Médica*, v. 2, n.19, p.145-6, 1921-1922, e também como *Reminiscências dermatológicas. Segundo Congresso Sul-Americano de Dermatologia y Sifilografia*. Tip. San José 938, *El Siglo Ilustrado*, Montevideo, 1922. Na edição que saiu nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, tomo 44, fasc. 1, p.1-6 (português), 7-12 (inglês), março de 1946, figura a seguinte nota: "Este artigo foi escrito em 1921, quando o Prof. Lutz procurava resumir as observações de sua longa carreira médica. É publicado, agora, na série *Contribuições à História da Medicina no Brasil*. Recebido para publicação a 7 de fevereiro de 1946". Esta foi a edição que escolhemos para reproduzir aqui. [N.E.]

As moléstias que mais predominam estão em relação com o clima, a fauna e os hábitos locais.

O clima quente produz uma sudação abundante que traz como conseqüência a erupção do *Prickly Heat*, da disidrose e da furunculose das grandes glândulas sudoríparas da axila, afecção quase ignorada na dermatologia apesar de bastante freqüente nos países quentes. As dermatomicoses são muito favorecidas pela transpiração, e o eczema marginado pode mesmo invadir a pele fora da sua sede habitual.

Tanto a sudação como a picada de insetos e aracnídeos produzem comichão violenta. Como na sarna, o ato repetido de coçar-se com as unhas conduz a processos impetiginosos, ectimatosos e furunculosos. Essas e outras afecções são conseqüência de infecção com cocos piogênicos e são, às vezes, designadas com a expressão curta (posto que pouco correta) piodermites. Deixam muitas vezes, principalmente nas pernas das crianças, umas úlceras superficiais, conhecidas pelos nomes populares de feridas ou perebas. Podem conduzir a nefrites agudas ou infectar-se com espirilos, resultando então úlceras fagedênicas. Raras vezes complicam-se com miíase.

O hábito de andar descalço e de expor as pernas favorece toda espécie de infecções e de parasitos externos. Pelos pés se faz a invasão do *Necator americanus*, da *Larva migrans* e do *Dermatophilus (Pullex) penetrans*, bem como dos causadores do micetoma e de muitas úlceras fagedênicas. Outras úlceras localizam-se nas pernas, e certos processos infecciosos atacam simultaneamente o pé e a metade inferior da perna, produzindo uma hipertrofia elefantíásica dura. Essas infecções, ainda pouco estudadas, apresentam-se ora como grandes grupos de verrugas simples ou nódulos fibrosos, ora como estado papilomatoso e ceratósico. As últimas formas, chamadas *Mossy Foot* por Thomas, têm sido referidas à leishmaniose. Duvido que se possa atribuir esta etiologia a todos os casos, mas é preferível aguardar o resultado de estudos parasitológicos e terapêuticos, muito desejáveis, antes de entrar na discussão do assunto.

A própria leishmaniose cutânea aparece em qualquer parte exposta da pele, o que está de acordo com a suposta transmissão pelo *Phlebotomus*. Este díptero não é encontrado em toda parte, sendo desconhecido em regiões extensas e muito populosas. Só com a extensão da rede ferroviária tornou-se conhecido em São Paulo e na zona do Rio de Janeiro; os casos são raros e esporádicos. O mesmo se pode dizer das úlceras fagedênicas. Podem aparecer muitos casos em certas regiões, mas não são verdadeiramente moléstias comuns.

As blastomicoses por *Coccidioides immitis* e as esporotricoses são moléstias pouco comuns e sempre esporádicas. O mesmo se pode dizer do granuloma venéreo e dos cancrios fagedênicos.

Além dos fatores etiológicos já mencionados, há mais alguns que desempenham um papel na etiologia das úlceras. São estes a sífilis, a lepra, a ancilostomíase e a variz. As úlceras observadas antigamente na anemia parasitária lembravam mais as fagedênicas do que as úlceras simples, mas curavam-se pela expulsão do *Necator americanus*. Talvez se trate de um vírus atenuado.

O mesmo pode-se dizer de certas úlceras tróficas na lepra, que não são completamente explicáveis pela sensibilidade diminuída, nem pelo processo bacilar que pode faltar na sede das úlceras. Também as úlceras chamadas simples não podem ser atribuídas apenas à presença de varizes. Algumas delas mostram fundo sífilítico pela facilidade com que são curadas pelo uso dos ioduretos, mesmo quando seu aspecto não é típico para lesões

gomosas. A maior parte tem o aspecto e a localização típica das úlceras simples e pode ser curada pelo repouso, sem tratamento específico, embora a cura raramente seja permanente.

A importância deste assunto é provada pelo fato de que em Pernambuco há um hospital especial onde há geralmente mais de mil “ulcerosos”. Dos casos que examinei, poucos eram devidos à espirilose e nenhum à leishmaniose, mas maior número parecia devido à sífilis. O material merece ser estudado por seus lados etiológicos e terapêuticos.

Menciono rapidamente algumas moléstias de origem exótica introduzidas com os escravos. Entre estas ocupa o primeiro lugar a framboésia trópica, hoje já bastante rara. O nome “boubas” devia ser reservado a esta afecção, mas, pelo menos no estado de São Paulo, é vulgarmente usado como sinônimo de sífilis. Na minha clínica só tive raríssimos casos, mas vi maior número nas enfermarias dermatológicas. A possibilidade da transmissão por meio de insetos merece ser investigada.

O ainhum está hoje quase extinto. Na minha clínica tive apenas um caso.

Um caso de filaríase de Medina, que existia há muitos anos no estado da Bahia, representa hoje apenas uma curiosidade histórica.

Os numerosos parasitos exteriores, tanto os periódicos como os permanentes, têm na dermatologia papel duplo. Produzem irritação local e servem de transmissores de infecções locais ou generalizadas. Menciono, apenas rapidamente, a escabiose, que não é muito rara, e os piolhos da cabeça, que são comuns. As outras espécies de piolhos, com algumas exceções ocasionais, são quase desconhecidas. As larvas de Thrombiidae e os carrapatos são extremamente irritantes como também algumas espécies de *Simulium*, *Culicoides* e, em grau menor alguns culicídeos, tabanídeos e espécies de *Phlebotomus*.

Entre as infecções transmitidas por insetos há várias que afetam a pele, como o tifo exantemático, observado algumas vezes em São Paulo e Belo Horizonte, e a dengue, que apareceu há tempos no Rio e mais recentemente em São Paulo. A miliar epidêmica, observada no estado de São Paulo há muitos anos, parece pertencer ao mesmo grupo. É uma moléstia muito bem caracterizada por temperatura elevada e sudação abundante. O exantema é constante, mas nada tem de específico, sendo apenas consequência da transpiração. A mortalidade é muito alta, mas não se observam recaídas.

As mordeduras de carrapatos não raras vezes produzem nódulos inflamatórios que podem perdurar muitos meses e têm muita semelhança com tubérculos anatômicos. Em outros casos, observa-se uma infiltração de grupos de nódulos ou gânglios linfáticos, que também podem ser muito persistentes.

Parece que alguns casos de pseudoleucemia linfática são devidos a uma infecção por mordeduras de carrapatos.

Há muitos anos tratei de um caso de linfomas múltiplos, espalhados em todo o corpo, com uma solução arsenical de Fowler em doses crescentes, durante dois meses, sem obter nenhum resultado. Resolvi, contudo, continuar o tratamento e, ao correr do terceiro mês, pude assistir ao desaparecimento total dos linfomas.

Anos depois, vi em conferência um outro caso análogo em uma moça que conhecia desde o seu nascimento. Baseado nos sintomas clínicos e no exame do sangue, dois colegas tinham feito um prognóstico infausto. Lembrando-me do caso acima, sugeri a possibilidade da cura pelo emprego do mesmo tratamento. De fato, tive a grande satisfação de ver a doente completamente curada em período relativamente curto, pelo uso interno da mesma solução arsenical.

Nesse caso o que há de interessante é que os linfomas principiaram a aparecer após uma estada da doente numa fazenda do interior onde foi mordida por muitos carrapatos.

Tanto num como no outro caso, a cura parece ter sido radical e definitiva. Creio que, às vezes, os ixodídeos inoculam um vírus; conviria, pois, procurar bacilos acidorresistentes ou pseudodifitéricos, já que têm sido encontrados em alguns casos semelhantes.

Falando em moléstias de cuja transmissão podem ser inculcados insetos, desejo referir a lepra. Tenho visto um número bastante importante de casos incipientes, e cheguei à conclusão de que, em muitos deles, a lesão inicial era uma placa eritematosa, que caracteriza talvez o ponto de inoculação. Essa lesão ocupa, geralmente, regiões da pele habitualmente descobertas. Para muitos autores, estes eritemas seriam consecutivos a lesões nervosas e vasculares. As manchas que ocupam a linha mediana do corpo não falam, todavia, em favor desta teoria. Ao contrário, parece que o processo se alastra na pele do mesmo modo que uma dermatomicose ou uma mancha de azeite numa folha de papel. A mesma observação tem cabimento em relação ao vitiligo simples, bastante freqüente no Brasil, que chama muito a atenção em indivíduos de cor. A etiologia deste é desconhecida; parece independente de outras moléstias.

Deixo de lado os acidentes cutâneos provocados por mordeduras e picadas de animais venenosos e peçonhentos, os quais também são favorecidos pelo hábito de andar descalço, mencionando apenas a dermatite provocada pelos pêlos urticantes de muitas lagartas por prestar-se esta a erros de diagnóstico quando a etiologia não é bem evidente. Vi, por exemplo, uma senhora que, após ter viajado em um carro elétrico, apresentou subitamente um eritema no rosto. Reconheci que esse eritema era devido a pêlos de lagartas cabeludas, caídas de galhos de árvores que roçavam o carro ao atravessar uma alameda.

Não é muito raro observarem-se erupções generalizadas em indivíduos sensíveis a certos medicamentos, como os mercuriais, o sublimado, o iodofórmio etc. Um dos casos mais curiosos ligou-se à aplicação de uma pedra de mentol contra dores de cabeça. Não somente formaram-se na testa crostas estriadas correspondentes aos pontos de contato como também houve erupção generalizada que durou algumas semanas.

Devemos acrescentar ainda algumas palavras a respeito da pelagra.

Essa moléstia parece ocorrer esporadicamente; não tive contudo ensejo de observá-la nos doentes que tenho tratado. Observei, porém, no interior do estado de São Paulo, 50 casos de uma doença um tanto parecida que descrevi sob o nome de “pelagróide”.¹ Caracteriza-se por inflamação das mucosas, edemas e uma erupção hipostática, a princípio vermelha, tornando-se em seguida lívida e não desaparecendo mais pela compressão. Acomete, principalmente, crianças novas, criadas artificialmente; dura de dois a três meses, terminando freqüentemente pela morte em estado de caquexia extrema. Nas últimas horas nota-se, muitas vezes, uma ceratomalacia que pode evoluir até a perfuração das córneas.

Depois de sair daquela zona, há uns 35 anos, não me foi dado observar outros casos da doença. Fui, contudo, informado por um médico de Porto Rico, há uns seis ou sete anos, de que os mesmos sintomas eram observados naquela ilha, sendo a moléstia conhecida pelo singular nome de *la bonita*.

¹ Ver *Monatshfte für Praktische Dermatologie*, II, 1885, p.433 e v. 1886, p.32-3. [Nota do original]

Registramos ainda um caso observado na clínica de um colega no interior do estado de São Paulo. Assemelhava-se a um caso de ergotismo gangrenoso, porque havia gangrena simétrica, com mumificação das mãos e dos pés. Não foi possível obter esclarecimentos sobre a etiologia, visto tratar-se de um idiota não acompanhado por pessoa capaz de prestar informações.

Falta, por último, mencionar uma moléstia de pele que não é muito rara no noroeste de São Paulo e em algumas zonas vizinhas. Trata-se de uma dermatite mais ou menos generalizada que, no princípio, tem os caracteres de uma pitiríase rubra e, mais tarde, os de dermatite exfoliativa ou de pêfigo foliáceo. A marcha é crônica e o prognóstico, duvidoso. Há casos de cura mais ou menos espontânea, outros evoluem por muito tempo antes de terminar fatalmente. Se a moléstia não fosse tão extensa a ponto de ocupar quase toda a superfície cutânea, poder-se-ia até atribuir-lhe certa benignidade. Todavia é sempre muito mais grave que a *Tinea imbricata*, ou *Tokelau ringworm*, com que tem sido confundida. A *Tinea imbricata* é uma afecção completamente benigna, que conheço de vista e que não existe na América do Sul, nem mesmo entre os índios, já que o caraté, ou *mal de los pintos*, é uma moléstia diferente, a julgar pelas informações contidas na literatura, ou obtidas particularmente.

