

UM CASO NÃO DESCRIPTO DE MANIFESTAÇÕES LEPROTICAS NUMA DOENTE COM R. LEPROTICA

GIL DE CASTRO CERQUEIRA

Dermatologista do Asylo Colonia S. Angelo

Julgamos estar diante de um facto interessante pela concomitancia de manifestações leproticas com prurido intenso, numa doente ha mais de 2 annos, em continuos e repetidos surtos de R. L.

Relatemos o caso: — E. H.: 27 annos, femin., solteira, s. d., internada no Asylo Colonia Pirapitinguy em 9-2-34, promptuario n.º 4681, matricula n.º 1521.

Inquerito endemiologico: — sem importancia, não esclarecendo o contagio adquirido.

Antecedentes hereditarios e pessoas: — tambem sem importancia para o caso.

Historia da molestia actual: — diz que a sua molestia começou ha cerca de 8 annos, por cephaléas, tonturas, etc., ao que se seguiu o apparecimento de manchas escuras nas pernas, manchas que augmentaram invadindo outras regiões do corpo.

Pouco tempo depois, tempo que não pôde precisar, começaram a apparecer tuberculos aqui e alli, desapparecendo uns, apparecendo outros até ficar no estado actual.

Rosto: — infiltração diffusa moderada de quasi todo o rosto que se apresenta de cõr erythemato-pigmentado, com manchas de coloração violacea-esparsas; alopecia quasi total dos supercilios; orelhas: moderadamente infiltradas, principalmente os lobulos.

Tronco: — algumas manchas de coloração volacea.

Membros superiores: — Braços: f. posterior — infiltração diffusa no 1|3 inferior de ambos os lados, coloração avermelhada, grande numero de nodulos subcutaneos, varies nodules roseos de R. L., e manchas violaceas da mesma natureza; na face anterior alguns nodules roseos de R. L.. Antebraços: — f. posterior — ligeira atrophia da pelle, varias cicatrizes pequenas, muitos nodulos subcutaneos, manchas violaceas de R. L. e nodulos roseos da mesma natureza; f. anterior — notam-se estes mesmos elementos, porém em grão de intensidade menor; mãos: moderada atrophia dos musculos interosseos do 1.º espaço e das eminencias thenar e hypothenar.

Membros inferiores: — manchas violaceas nas nadegas; Coxas: f. posterior — atrophia da pelle, varies nodulos roseos de R. L. muitos nodulos sub-cutaneos, varias manchas esparsas violaceas de R. L.; f. anterior: notam-se os mesmos elementos, porém com menor intensidade e numero. Joelho: varios tuberculos de cor vermelho escuro. Pernas: f. posterior e anterior — oedema duro, coloração diffusa erythemato-pigmentada, muitos nodules sub-cutanees, principalmente na região dos tendões de Achilles; varios nodulos roseos de R. L., e varias manchas violaceas de R. L.; alopecia; Pés: oedema, atrophia da pelle do dorso dos pés, descamação fina, nodulos sub-cutaneos, inclusive nas faces plantares.

Mucosas: — nada de importancia.

Ganglios: — inguino-cruraes — augmentados de volume.

Nervos: — cubitae : parecem augmentados de volume porém não são dolorosos.

Systema nervoso:— Romberg — ausente.

Babinsky — normal.

Patellar — normal.

Achilleano — normal.

Cutaneo abdominal — normal.

(normal á esquerda

Triceps brachial — ausente á direita

Cubito-pronador — normal á esquerda
ausente á direita

Stylo-pronador — ausente.

Alterações das sensibilidades: — vide ficha especial.

Forma clinica: — Mixta C2N2.

Rosto: — manchas discretas violaceas, especialmente nas faces; nas regiões superciliares nota-se coloração rosea.

Tronco: — f. posterior: coloração rosea mais ou menos diffusa com raras manchas pequenas hypochromicas.

Nadegas: — cicatrizes e um tuberculo.

Coxas: — F. posterior: — cicatrizes e manchas violaceas de R. L., alguns nodulos sub-cutaneos, ligeira atrophia da pelle; f. anterior: mesmas lesões da face posterior, com maior intensidade.

Pernas: — moderado oedema duro, cicatrizes, pigmentação rosea diffusa, alguns nodulos de R. L., atrophia da pelle, alopecia.

Pés: — mais ou menos as mesmas lesões das pernas.

Braços: — manchas residuaes violaceas de R. L. recente.

Antebraços: — idem braços.

Mãos: — idem ficha inicial.

Em 13-2-36 foi ao nosso consultorio queixando-se de forte prurido apparecido ha varios dias, não lhe permittindo socego, principalmente á noite. Verificamos que a paciente apresentava — nas coxas: principalmente a do lado esquerdo e tambem nas pernas, nadegas, tronco, principalmente no dorso etc., lesões caracterisadas por: zonas de varios tamanhos, sendo a maior do tamanho de uma moeda de 400 rs., de coloração vermelha, infiltradas, de nivel superior as regiões circumvisinhas, de limites nitidos e bordos irregulares pela confluencia de novos elementos, de superficie mais ou menos irregular. Nas imediações dos orificios folliculares, mesmo que deshabitados de pellos, a coloração era de um vermelho mais escuro, com tendencia ao violaceo. Nem todas as lesões revelavam o mesmo aspecto pelas phases evolutivas apresentadas, emquanto umas estavam em plena evolução já outras demonstravam nitida regressão que se fazia pela diminuição da infiltração, mudança gradual da coloração, e descamação fina e furfuracea que se accentuava pelo acto de coçar.

A evolução dessas lesões se processava em tempo relativamente curto que ia de uma a duas semanas até 30 dias, tendo evolução total dessas manifestações durado cerca de 60 dias.

Quando os elementos eruptivos iniciaes que tinham o aspecto de pequenas papules confluíam, davam lugar as placas que já descrevemos e cujas superficies muito se assemelhavam a de uma casca de laranja, cujos poros fossem mais salientes. Retirado o material para exames bacterioscopicos — deram estes resultados positivos pela presença de bacillos e globias.

O exame histo-pathologico deu o seguinte resultado:

Nome do doente: E. R.

Medico: Gil Cerqueira.

Procedencia: A. C. Pirapitinguy

Qualidade da peça: pelle.

Fixação: Formol — 10%.

Cortes: Parafina *Coloração:* Hem: eosina.

Diagnostico anatomo-pathologico: — Macula leprosa infiltrada.

Notamos no derma papillar e derma propriamente dito, accumulos cellulares que se entremeiam com os feixes do tecido conjuntivo, dissociando-o.

Estes accumulos cellulares, que tomam o aspecto de faixas e lobulos, são constiluidos quase que exclusivamente por cellulas epithelioides. As massas de cellulas epithelioides apresentam em seu seio, numerosos lymphocytos que tomam uma disposição, ora disseminada, ora em agglomerações compactas. Veem-se tambem alguns leucocytos eosinophilos. Não encontramos cellulas de Virchow nem plasmocytos. As cellulas gigantes são muito raras, e de estrutura bem pouco typica.

O tecido conjuntivo do derma papillar e derma propriamente dito que se mostra proliferado e condensado, contem infiltrações cellulares discretas, constituídas por lymphocytos.

A disposição geral dos accumulos cellulares de que tratámos acima, é a seguinte: localizam-se preferentemente ao nivel do plexo vascular sub-papillar, menos accentuadamente ao nivel do plexo vascular sub-dermico e ao redor dos acinos glandulares sudoriparos. Em consequencia, quase todas as massas cellulares inflammatorias são centradas por vasos sanguineos, que se mostram muito dilatados, com as paredes bem espessadas e cheias de sangue (isto principalmente ao nivel do plexo sub-dermico), ou por acinos glandulares.

O hypoderma de que o corte nos mostra, só uma porção muito pequena apresenta os lobulos de gordura com infiltrações cellulares, constituídas por cellulas epithelioides e lymphocytos.

Os vasos tambem aqui se mostram muito dilatados e com as paredes dilatadas. O tecido gorduroso visinho dessas infiltrações mostra typicas lesões de "Wucheratrophie" de *Flemming*. Não encontramos no corte nenhum filete nervoso. A epiderme apresenta-se regularmente atrophiada, notando-se o desaparecimento completo das columnas inter-papillares. Em quase toda a extensão do corte, há uma faixa de tecido conjuntivo do derma papillar, separando a

epiderme das massas de cellulas epithelioides mas, em alguns pontos existe uma ligação íntima entre a epiderme e o granuloma.

Na sua apparencia banal, esta observação apresenta uma symptomatologia digna de nota, porque encerra uma questão da mais alta relevancia pela complexidade de factores obscuros, não devidamente esclarecidos e que se prestam a multiplas interpretações de physiologia nervosa sensitiva, em que o prurido apresenta-se, .innegavelmente, como um dos mais importantes capitulos das dermatoses neuro-cutaneas.

Sabido é que, ainda hoje existem controversias não esclarecidas e que persistem insolúveis na parte referente ao papel das terminações especializadas ás diversas sensações, ao nível do tegumento cutaneo.

Si em relação a algumas destas terminações e formações nervosas, as opiniões convergem attribuindo-se-lhes uma mesma especificidade, em relação a outras, porém, divergem e persistem dissociadas.

Por não cabíveis aqui, passaremos muito ao largo sobre taes controversias, além de que este assumpto já foi e será por nós ventilado em trabalhos outros. Apenas, abordaremos aqui e alli pontos que nos pareçam plausíveis de figurarem nesta observação. E' do dominio classico affirmar-se que o prurido é um symptoma inexistente nas manifestações leproticas, principalmente quando sobrevivendo em zonas anesthasicas. São evidentemente estes factos, juntamente com o aspecto e evolução das lesões assignaladas na nossa paciente que reputamos interessantes no caso.

Os phenomenos pruriginosos agudos ou mais persistentes decorrentes ou não da propria evolução leprotica, são relativamente frequentes na historia pregressa dos doentes de lepra, que os accusam, algumas vezes, como um dos primeiros symptomas reveladores da eclosão evolutiva morbida.

Outrotanto, não succede com os pruridos sobrevivendo nas manifestações leproticas, principalmente ao nível de uma pelle que, perdeu as varias modalidades de sensibilidades que, quando presentes concorrem para manter na sua integridade o tonus da pele, formando no individuo o estado denominado por Jacquet de "Eudermia".

Não tendo encontrado na litteratura especializada caso algum semelhante, mesmo o que foi publicado por Jeanselme e Horowitz,, de lesões bolhosas com prurido, em um doente portador ao mesmo tempo de paludismo e filariase, julgamos estar deante de um caso digno de registro pela morphologia, evolução e symptomas apre-

sentados pelas lesões, das quaes se destacava o prurido intenso e incommodo que tanto affligia a paciente, dotada de certo grão de emotividade, forçando-a a nos procurar.

A sensação pruriginosa era sentida intensa mesmo antes do apparecimento das lesões cutaneas e nos pontos posteriormente occupados por estas, acompanhando-as em toda a sua phase evolutiva mesmo quando a descarnação já se processava.

Usamos nesta paciente e em determinadas regiões, de tests e provas para pesquisas de sensibilidades cutaneas que por estarem reunidas a outras observações vão constituir assumpto de um novo trabalho a ser apresentado n'uma das futuras sessões. Como explicar ou qual o mechanismo das sensações pruriginosas da nossa paciente?

Seriam produzidas pela infiltração cellular, pela hyperemia, pela dilatação vascular etc.? Se assim é, porque outras lesões leprolicas apresentando a mesma estrutura anatomo-pathologica, talvez até, em grão mais intenso, não vêm acompanhadas de prurido?

Na inopia de melhores elementos convincentes, preferimos julgar que os phenomenos pruriginosos de nossa paciente foram determinados ou pela infiltração cellular que determinaria a compressão e irritação consecutiva das terminações sensitivas dolorosas, não destruidas ou não inteiramente destruidas — nas zonas anesthesicas — conforme podemos verificar com o test do acido formico, ou ainda, pelas modificações soffridas pelos vasos sanguineos, modificações que iriam agir sobre as terminações nervosas sympathicas vasculares ou finalmente segundo Kehler pela existencia de disturbios sensitivos provocados por perturbações do apparelho circulatorio peripherico determinando a ischemia que daria origem a substancias toxicas de proveniencia tissular que iriam agir sobre as terminações nervosas periphericas, não devendo contudo considerar-se, esses phenomenos, como dependentes de nevrites.