# Sociedade de Medicina

Sessão de 21-6-1940

Presidente: Hugo Ribeiro
Secretario: Rubens Maciel

## Queratose pilar do couro cabeludo com alopécia consecutiva

por Hugo Ribeiro

W. W. solteiro, 18 anos, agricultor, residente em Feliz, municipio de São Sebastião do Caí, no Rio Grande do Sul.

Veio a Porto Alegre, para cumprir deveres militar e enviado a nosso serviço hospitalar, após inspeção de saúde no exercito. Não fala nem entende a língua portuguêsa. Apresentou-se á consulta, acompanhado de uma irmã, nas mesmas condições.

E' um indivíduo de constituição física normal, mas um débil mental. Foi pela irmão, com auxílio de um interprete, que obtive informações, é um homem robusto. Ha 10 anos teve quéda de cabelos, em zonas limitadas, ficando a péle limpa, sem crostas e sem pús. Algumas placas desapareciam e outras se formavam, com o mesmo aspecto. Durante 5 anos durou essa doença. O doente curou-se, completamente. Essa história é bem clara: a afecção do pai é PELADA e nada tem de semelhante com o que se observa no filho.

Mãe, sempre foi de boa saúde. Ultimamente, porém, sofre disturbios da menopausa. Tem cabeleira normal e sempre a teve isenta de qualquer doença. Pai e mãe são primos-irmãos.

Tem 3 irmãos e 2 irmãs. Uma irmã, atualmente com 24 anos, até a idade de 15 anos, não tinha cabelo algum. Foi nessa idade que começaram a nascer, irregularmente. A partir dos 20 anos é que a cabeleira começou a ter aspecto normal. Presentemente, diz a informante, nada de anormal se observa na cabeça. E' uma história confusa que não permite diagnóstico algum.

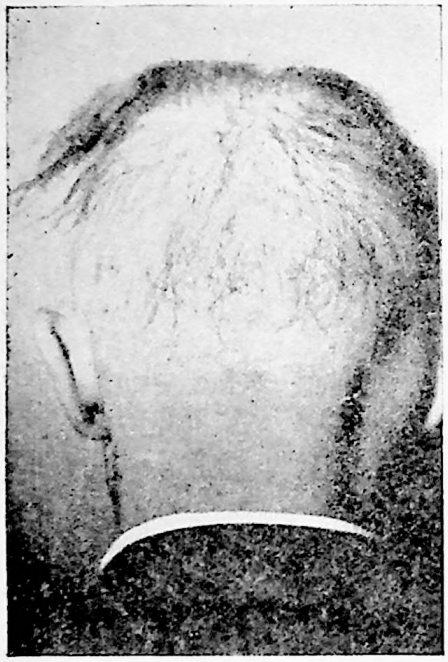
Não ha, na família, entre primos e tios, nenhum caso de afecção do couro cabeludo, pelo menos que chame a atenção.

Quanto ao doente, a informante diz o seguinte:

Quando criança, não teve doença grave; foi sempre calado, não fazendo relações com outras crianças e indiferente aos brinquedos coletivos, o que constratava com os irmãos, todos crianças normais. Essa anormalidade mental, acentuou-se na adolescência. "

Infelizmente não poude obter da informante uma história per-

feita da maneira como se iniciou e evoluiu a alopecia. Tudo que ela diz nesse sentido é confuso e contraditório. Para o diagnóstico tem que se basear unicamente no aspecto morfológico das lesões.



Quando examinou o paciente, êle estava irritado, pouco disposto a se deixar examinar e, sobretudo, muito desconfiado, procurando a cada momento retirar-se. Sua irmã o tranquilisava. A anormalidade da inteligência era patente.

Com a ajuda das fotografias que apresenta, póde-se bem avaliar dos caractéres morfológico da afecção do couro cabeludo.

Ha uma grande rarefação na cabeleira, o que bem se observa nas fotografias 1 e 2. E' uma alopécie extensa e irregular, atingindo todos os pontos da cabeleira, em uns, mais do que outros. Nas regiões temporo-parietaes, é quasi total. A' observação minuciosa da péle, vemos que na abertura de cada folículo, com cabelo seco e sem vitalidade, ha uma pequena papula peri-pilar e queratosica; e em grandes porções de péle, onde não ha mais cabelo, um pontilhado de minusculas cicatrizes, correspondentes a folículos destruidos. Os cabelos são quebradiços, alguns a poucos milimertos da superfície da péle, outros a bem maior distância. Na nuca, na face e na cabeça, em pontos onde não ha cabelos, como por exemplo em toda porção acima do pavilhão da orelha, ha uma infinidade de minusculas saliencias queratosicas, correspondentes ás aberturas foliculares e um não menor número de pontos cicatriciais. O mesmo estado alopécico e as mesmas saliencias se observam nos supercílios, em todo limite superior. A péle conserva a coloração normal. Não ha barba nem bigode e em quasi toda superfície, correspondente á barba, ha as pequenas papulas da queratose pilar. Quanto ao resto do tegumento

cutâneo, tem a assinalar uma queratose pilar simples na face posterior dos braços. O paciente tem uma péle mais ou menos seca mas longe de poder ser considerada como ictiose.

Observando-se a cabeleira sob a luz de uma forte lampada elétrica, inumeros fios, aqueles que estão mais soltos, isolados, mostram-se com alternativas de porções obscuras e brilhantes, como se observa nos casos típicos de Pili-Torti. A figura 2, mostra, com muita nitidês o que menciona. Retirou diversos cabelos para exame microscópico. Em nenhum deles poude constatar as alterações características dessa curiosa afecção dos cabelos e ainda menos de Moniletrix. Os cabelos são irregulares. Não foram encontrados micélios nem esporos. As culturas em meio de Sabouraud foram negativas, quanto a cogumélos patogênicos.

Para estabelecer um diagnóstico, baseado no aspecto morfológico das lesões, observadas nesse couro cabeludo, tem, primeiramente, que afastar a hipótese de um processo atrofo-cicatricial, resultante de TINHA FAVOSA ou de foliculítes supuradas de qualquer naturesa. Póde afastá-las, pela ausência absoluta de lesões em atividade que, forçosamente, ainda haveria, nessa cabeça toda atingida pelo processo patológico, que ainda está em evolução.

A forma de foliculíte que Rayer descreveu com o nome de "sycosis capiliti" não parece aplicável ao caso. Essa afecção não tem um começo, e uma evolução tão impressionante como as foliculítes, fortemente supuradas, mas ha pustulas miliares que teriam que subsistir ainda, nesse doente que tem a afecção em faze evolutiva. A pseudo-pelada terá que ser lembrada, mas essa hipótese, acha pouco plausivel em razão das pápulas peri-pilares. Não é difícil afastar também o diagnóstico de ictiose. Todos os cabelos doentes, nascem de um folículo com queratose pilar, observada também na face e em outras regiões onde ela é habitual. O doente tem indiscutivelmente uma queratose pilar que é sobretudo notada na cabeça e é também nessa região que a atrofia cicatricial é mais intensa.

Quando viu as alternativas de brilho e obscuridade em muitos cabelos, que secebiam a luz de uma forte lampada, pensou no Pili-torti e a alopécia, em seu conjunto, é sujestiva.

O exame microscópico dos cabelos doentes, mostra irregularidades de espessura, mas sem os fusos que caracterisam o Moniletrix. Diante das lesões de queratose pilar a das alterações pilares tem-se também, pensar no Moniletrix, sobretudo por saber-se que Sabouraud diz, que certos doentes com essa afecção têm uma cabeleira semi-normal e, entre os cabelos quebrados, é difícil de encontrar o tipo francamente moniliforme, enquanto que outros são privados de cabelos e a péle é crivada das minusculas elevações corneas, nas quais, ás vezes, póde achar-se um cabelo moniliforme enrolado; e entre êsses dois extremos, todos os casos intermediários pódem ser observados. Não viu, no entanto, um s ó cabelo com os caracteristicos de "Moniletrix" e, por conseguinte, não pode firmar êsse diagnóstico. Na realidade, Moniletrix é uma malformação congênita como também é a queratose pilar e as lesões dessa são frequentes na primeira.

E' digno de registro, o fato dessa malformação ser observada em

um débel mental, filho de pais consaguíneos, pessôas da vida agrícola e, provavelmente, isentos de sífilis.

J. Gerbase — Acha interessante o caso apresentado pelo Dr. Ribeiro. Pelo modo de formação, e presença de pápulas peri-pilas e queratose é uma observação pouco encontrada na clínica.

**Considerações em tôrno dum caso de pseudo-paralisia de Parrot**

Trata-se duma menina (Neuza B.··) com menos de 2 meses de idade, branca, brasileira, que apresenta, há duas semanas, uma impotência funcional do membro superior esquerdo, sem que tivesse sofrido traumatismo de espécie alguma. Gravidez e parto normais.

Membro superior esquerdo imobilizado em adução e pronação. Cotovelo levemente aumentado de volume doloroso à palpação, com as extremidades articulares espessadas; não há rubor nem calor. Mão e dedos com movimentos expontâneos. O cotovelo apresenta movimentos passivos normais, porém, com forte reação dolrosa. O membro superior todo reage por movimentos ao simples pinçamento da péle.

Manifestações evidentes de sífilides cutâneas, em fórma de máculas e pápulas, sôbre as nadegas, raiz das côxas, dedo indicador esquerdo; infiltração edematosa dos grandes lábios; leve infiltração com descamação da região peribucal. Discreta Hepato e Esplenomegalia.

Não há conjuntivite nem vulvovaginite de provável origem gonocócica.

A radiografia dos dois membros superiores revela lesões típicas de osteocondrite do 1.°, 2.° e 3.° graus, de periostite ossificante e de rarefações ósseas, espalhadas sôbre o úmero, rádio e cúbico, mais acentuadas do lado esquerdo, doente.

O diagnóstico de Pseudo-Paralisia de Parrot impõe-se diante das manisfestações clínicas e radiológicas do esqueleto.

E' oportuno salientar, como é do objetivo desta comunicação, a variedade, extensão e intensidade das lesões ósseas sifiliticas, como manifestações peculiares à sífilis congênita da primeira nfânca.

O valor diagnóstico da radiologia óssea na sífilis congênita da primeira infância é incontestável, não só pela grande frequência das lesões ósseas, como por ser mais sensível que os tests serológicos.

Assim, nos casos duvidosos, em que não são acompanhados de manifestações ostensivasde sífilis congênita da primeira infância, o exame radiografico do esqueleto é imprescindível, e mais prático que as reações serológicas.

Florencio Ygartua — Apreciando a comunicação, extende-se em considerações sôbre as manifestações ósseas da heredo-sífilis e sôbre o valor de sua constatação pela radiografia. No que diz respeito a pseudo-paralisia de Parrot lembra o que se observa na linha epifisiária que é característica quando alargada e denteada.

J. Gerbse — Salienta o valor da reação sorológica que é sempre positiva nesses casos com manifestações exuberantes e generalisadas.

H. Ribeiro — Aprecia as multiplas manifestações ósseas desse

caso de sífilis e menciona, como fez seu coléga Ygartua, o valor do aspecto da linha epifisiária, alargada denteada, no diagnóstico da pseudo-paralisia de Parrot e que é característica, mas, inconstante.

Discussão: — Em relação aos oradores que comentaram a minha comunicação (Drs. Ygartua, Gerbase e Hugo Ribeiro) tenho a declarar o seguinte:

a) O exame radiológico do esqueleto é um meio complementar nos casos evidentes de sífilis congênita da primeira infância, e de grande valor diagnóstico etiológico nos casos duvidosos;

b) Segundo os trabalhos de Cervini e Bogani, as manifestações radiológicas das lesões ósseas apresentam-se 100% na sífilis congênita da 1.ª infância; e a radiologia é mais sensível e superior à serologia em quase 7%, nos casos que não são acompanhados de manifestações clínicas evidentes;

c) A tíbia em lâmina de sábre é característica dos estígmas sifiliticos da 2.ª infância; é diferente da tíbia râquitica.

d) Além da osteocondrite, da periostite ossificante e das rarefações ósseas, as formações hiperplásticas exuberantes e as faixas transversais constituem as restantes manifestações ósteoradiológicas da sífilis da 1.ª infância; o aspecto em dente de serra só é verificável nas fórmas, em que se tenha produzido o descolamento diaepifisiário, da osteocondrite sífilitica.

## PSEUDO-PELADA DE BROCQ, OBSERVADA EM PAI E FILHO

Há pouco tempo, fui procurado por um coléga do interior do Estado para examinar sua cabeça, onde falhas bem apreciáveis na cabeleira, formavam-se lentamente.

Trata-se de um homem robusto, com 52 anos de idade. Sua mãe teve 14 filhos, 7 dos quais faleceram, quando criança e 5 já adultos. Desses, um faleceu portuberculose, outro por nefrite sifilítica e uma irmã de parto.

Sua esposa é filha de pais com infecção luética, teve 4 filhos, um dos quaes tem a mesma doença do pai.

O paciente é do tipo brevelinho e tem uma pequena hipertensão arterial. Mx. 16 Mn. 9. A reação de Wassermann é fracamente positiva.

Há 9 anos que notou, pela primeira vez, as falhas na mabeleira, na região temporal direita e, desde então vem assistindo a progressão do mal, a-pesar-de vários tratamentos experimentados. Fez pesquizas de laboratório, visando cogumelos e foram negativos.

Na região temporal direita, dêsde seu limite com a ocipital até á frontal, estende-se a placa maior. Não é uma alopécia completa; por toda parte, há habelos, mais ou menos isolados, pois seus vizinhos já caíram e de um modo definitivo, o que se póde afiançar, pela obliteração cicatricial dos respectivos foliculos. A observação mostra que essa placa não se fez por extensão de um só, mas, pela confluência de pequenas placas vizinhas, todas de limites irregulares. Nada há, de semelhante com a pelada.

Não h; cabelos quebrados nem processo apreciável, de foliculite. As aberturas foliculares não são inflamadas e em alguns, apenas nota-se uma pequena descamação.

Essa placa maior, estende-se para a região do lambda, formando-se aí, uma outra mais ou menos delimitada; e em redor uma infinidade de pequenos claros, cujas reuniões formarão amanhã, placas maiores.

Procuramos ver então o filho que sofre do mesmo mal. Trata-se dum homem, também robusto de constituição física semelhante á do pai. Nunca teve doenças venéreas e, a não ser as doenças próprias da infância nada tem a assinalar em seu passado. A alopécia começou em 1930, mais ou menos, na mesma época que a do pai e isso devemos assinalar.

A maior placa alopécica ocupa a porção central e superior da ca-

beça. E', na verdade, uma alopécia cicatricial com os mesmos caractères da observada no pai. Na fotografia se observam todos aspectos que descreveu no primeiro caso. Registra como diferença, entre os doentes, a espessura dos cabelos: no pai, êles são grossos e mais ou menos, lisos, e no filho, finos e encrespedos. Como no primeiro, a alopécia é cicatricial, sem processo inflamatório apreciável nas aberturas foliculares, a placa grande de contornos mal delimitados e por toda superfície ainda existem, isolados, cabelos longos, no meio de uma péle cheia de cicatrizes correspesdentes às aberturas foliculares.

O diagnóstico de pseudo-pelada de Brocq, impõe-se, em um e em outro caso. Há um processo folicular que marcha para a atrofia e a esclerose em doentes que não tem nem tiveram tinha favosa nem foliculite supurada de qualquer natureza.

Julga interessante esses dois casos, pois essa afecção não é comumente observada e ainda menos em pai e filho, com o característico portanto, de um mal contagioso ou familiar. Darier, em seu livro diz que são em número de 12 os casos de pseudo-pelada observados, anualmente, no hospital S. Luiz de Paris. Em seu pequeno serviço hospitalar são viu o relator, um só caso, ao passo que,no serviço particular são em numero de 7 as observações, 3 das quais relatou no congresso médico realizado no Rio Grande do Sul em 1940. Compreende-se que a razão dessa divergência está, pelo menos entre nós no fato que, essas doenças dos cabelos não preocupam os doentes de hospital.

Quanto ; etiologia, tem apenas a dizer que que em ambos os doentes há sifilis hereditária sem poder, no entanto incriminá-la. A teoria parasitária não obteve confirmação; do mesmo modo a opinião de Santalof que faz da pseudo-pelada, uma fórma atípica de lupus eritematoso.

A denominação de pseudo-pelada, não perece razoável, pois, na realidade ela não se assemelha á pelada, pelo menos aos olhos do dermatologista. Darier propôs que a denominem "alopécia pseudo favosa". O relator a considera com o mesmo defeito pois, todas as alopécias com cicatrizes foliculares, deveriam ser consideradas alopécias pseudo favosas.

J GERBASE — Para êsses casos acha melhor a denominação de **foliculite descalvante.** Lembra-se de um caso muito semelhante ao que se vê na segund afotografia apresentada pelo relator e para o qual fez êsse diagnóstico.

H. RIBEIRO — Realmente alguns dermatologistas, sôbretudo americanos agrupam todos os casos de alpécia por cicatriz folicular e os denominam de acôrdo com o que se refere o Dr. Gerbase. No entanto é daquêles que preferem distinguir a pseudo-pelada de Brocq das demais alopécias por cicatriz folicular que ao contrário da pseudo-pelada que evolue sem processo inflamatório aparente, têem uma evolução prolongada com supuração folicular. O acne descalvante de Quinquaud não tem supuração mas clinicamente é evidente o processo inflamatório. Êle representa o traço de união entra pseudo-pelada e as foliculites purulentas descalvantes.

Os Drs. **Pessôa Mendes,** Chefe do Serviço de Péle do D. E. S. e **D. T. Clausell,** Microbiologista do D. E. S. apresentaram "Um Caso deCronomicóse".

Indivíduo do sexo masculino, de 66 anos de idade, lavrador.

Iniciou-se a doença há 22 anos, por pequena papula, na perna direita, maleolo externo. Tendo sido couterisada com ácido sulfúrico, notou, dias após, o aparecimento de nocas lesões, idênticas á primeira, na periferia do local em que fôra aplicado o ácido. Posteriormente houve propagação por toda a perna. Hoje, o pé, a perna e parte da coxa aumentados de volume, estão tomados por 1) lesões verrucosas de tamanho variados, 2) lesões papilomatosas, algumas pediculadas, 3) elementos ulcerados, crostras e areas cicatriciais, 4) lesões da coxa com aspecto gomoso. Entre estas últimas, algumas são ulceradas mas em

geral são lesões espessas do tamanho de uma nóz, não tendo disposição regular ao longo de cadeias linfáticas.

Os elementos não coçam e sangram com grande facilidade.

Além dessas lesões o doente apresenta outras: na palma da mão e na base do septo nasal. A primeira, uma hiperqueratose; a última tendo o aspecto de uma verruga plana, alongada. Esta é pruriginosa com os bordos ligeiramente eritematosos.

O exame anatomo-patológico revelou:

> "na epiderme, lesões acentuadas de acantose; em alguns pontos, hiperceratose; na derma micro-abcessos com predominância de polimorfonucleares e plasmocitos, contendo vários corpusculos de aspecto esporular; fóra do exsudato, em alguns pontos, reação tecidual e epitelioide e gigantocelular; em outros, tuberculoide".

O exame micrológico realizado por um dos relatores, revelou a presença de **Trichosporium pedrosoi,** cogumelo frequentemente registrado na literatura como responsável pelas cromomicóses.

A diagnóse dessa espécie se fez por um estudo morfológico do aparelho esforifero em face dos três típos de conidiofóro que identificam as três espécies de agentes etiológicos da micóse em questão.

Verificou-se que não se tratava de uma fórma mixta. O aparêlho conidiano constituido de haste espessada sustentando um tufo de conidios ovóides, aderentes além dos caractéres culturais subsidiários caraterizam a espécie **Trichosporium pedrosoi.**

J. GERBASE — Faz considerações sôbre as denominações de Cromomicose e cromoblastomicose opinando pela primeira, conforme fizeram os relatores. Faz referência a dois casos estudados em Pôrto Alegre pelo Dr. Oscar Pereira. E' de parecer que se deve usar sempre a denominação **Cromomicose** para evitar confusão com a **blastomciose,** que nenhuma relação tem com a mesma.

H. RIBEIRO — Diz que as cromicoses estão na ordem do dia e os Drs. Pessoa e Clausen trazem á discussão um caso bem diagnósticado e documentado. Êle serve para mais uma vez chamar a atenção dos dermatologistas quando se acham diante de um doente com uma dermatose com aspecto morfológico de tuberculose verrucosa. Não se refere aos casos adiantados e típicos mas àqueles em que o diagnóstio presta-se á confusão. Com o conhecimento que se tem hoje dessa micose há necessidade, pelo menos em alguns casos, de recorrer ao meio cultural, para precisar um diagnóstico de tuberculose verrucosa.

Áta da sessão realizada no dia 7 de Junho de 1940.

Aos 7 dias do mês de Junho de 1940, em sua séde e sob a presidência do dr. Hugo Ribeiro, reuniu-se a Sociedade de Medicina de P. Alegre, em sessão ordinária. Abertos os trabalhos pelo Sr. Presidente, foi lida e aprovada a áta da sessão anterior. Passou-se a seguir ao expediente, após o que o presidente convidou a casa para permanecer um minuto de pé, como homenagem a Portugal, cujo oitavo centenário de fundação se está comemorando.

Iniciando a ordem do dia, o prof. Tomaz Mariante pronuncia uma conferência sôbre "Bloqueio oscilante", com exposição de numerosos diapositivos referentes a um caso clínico. Teceu comentários o Dr. Rubens Maciel. A seguir, o Dr. Newton Neves lê o seu trabalho sôbre "Pesquiza cultural do bacilo de Koch pelo método de Weinstein", trabalho comentado pelos drs. Mais Failace e Hugo Ribeiro. E como nada mais houvesse a tratar, o sr. presidente, agradecendo o comparecimento dos presentes, encerrou a sessão. Do que eu, Rubens Maciel, 1.º secretário, lavrei esta áta e assino com o presidente.

**Dr. Hugo Ribeiro** - presidente **Dr. Rubens Maciel** - 1.º secretário

Áta da sessão realizada a 21 de Junho de 1940.

Aos 21 dias do mês de Junho de 1940, em sua séde e sob a presidência do Dr. Hugo Ribeiro, reuniu-se a Sociedade de Medicina de P. Alegre em sessão ordinária. Abertos os trabalhos pelo sr. presidente, foi lida e aprovada a áta da sessão anterior. Passou-se á proposta de novos sócios, foram propostos e aceitos os drs. Humberto Lubisco e Herbert Carneiro Jung. Passando á ordem do dia, o dr. Hugo Ribeiro expôs um caso de "Quaratose pilar com alopécia consecutiva", o qual foi comentado pelo dr. Gerbase.

A seguir, o dr. Pessôa Mendes expõe, sob o ponto de vista dermatológico, um caso de "Cromomicose", encarregando-se o dr. Clausen, da parte micológica. Comentaram o caso os drs. Hugo Ribeiro e Gerbase, encerrando a discussão os drs. Mendes e Clausen. O dr. E. J. Kanan lê a observação de um caso de "Pseudoparalisia de Parrot", comentado pelos drs. Ygartua, Hugo Ribeiro e Gerbase, voltando a falar o dr. Kanan para encerrar a discussão. O dr. Gerbase comenta um caso de "Nevocarcinoma", trabalho apreciado pelo dr. Hugo Ribeiro. Finalizando, o dr. Hugo Ribeiro lê um trabalho sôbre "Pseudopelada de Brocq, que o dr. Gerbase comenta. E como nada mais houvesse a tratar, o sr. presidente, agradecendo o comparecimento dos presentes, encerrou a sessão. Do que eu, Rubens Maciel, 1.º secretário, lavrei a presente áta que assino com o presidente.

**Dr. Hugo Ribeiro** - presidente **Dr. Rubens Maciel** - 1.º secretário