

Sociedade de Medicina

Sessão do dia 17 de Maio de 1940.

Presidente Hugo Ribeiro

Secretário Rubens Maciel

O Presidente abrindo a sessão, comunica à casa que, no dia 11 do corrente foi inaugurado o leprosário de Itapoan e que nessa ocasião, dirigiu-se a S. Ex., o Sr. Interventor Federal Cel. O. Cordeiro de Farias e ao ilustre Diretor do Departamento Estadual de Saúde, Dr. Bonifácio Costa para cumprimentá-los e dizer da grande satisfação com que a classe médica de Porto Alegre, assim como a de todo Rio Grande, recebeu a notícia do início de um perfeito e moderno serviço de profilaxia do mal de Hansen que, de ha muito, vem progredindo no país.

O sr. presidente, comunica também o falecimento do ilustre Prof. Fidanza, catedrático de dermato-sifilologia, da Faculdade de Medicina de Rosario, e uma das mais brilhantes figuras da dermatologia sul-americana. Lógo que teve conhecimento da morte do grande cientista argentino, escreveu ao Dr. Quiróga, presidente da "Asociación de Dermatología y Sifilología", para expressar o grande pesar com que foi recebida a notícia no meio médico brasileiro, onde o Prof. Fidanza contava com grande número de admiradores.

Poroqueratose de Mibelli

Por José Gerbase

Quando em fins de 1936 em viagem de férias estivemos em Maciel, fomos solicitados por distinto colega a examinar uma sua enfermeira que apresentava uma dermatose no membro inferior direito.

Após exame cuidadoso, verifiquemos tratar-se de um caso bastante interessante de Poroqueratose de Mibelli.

Além de ser esta dermatose relativamente rara, ou mesmo rara entre nós o que justifica plenamente a publicação de todos os casos observados, o nosso apresentava uma particularidade muito interessante e pensamos mesmo um dos raros da literatura, qual seja a profusão de lesões que ia desde o calcaneo até a região poplitéa (Fig. 1).

Os dois únicos casos que tivemos oportunidade de observar com o Prof. A. Fraga, quando eramos seu assistente na 26.^a enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, onde durante sete anos recebemos os seus abalizados ensinamentos, e os demais que conhecemos através a literatura, são todos de lesões de pequenas dimensões, solitárias.

A observação clínica é a seguinte:

A. S. C. 19 anos, solteira, brasileira (Alagôas — Atalaia), nada oferecendo de importância os antecedentes morbidos hereditários e pessoais. E' sadia e de boa compleição.

História da doença atual: conta a doente que data de 13 anos a sua molestia, tendo começado por uma placa saliente localizada na região do calcâneo, tendo se estendido lentamente para cima até atingir a prega do joelho. Acusa como sintoma subjetivo um ligeiro prurido, negando que outras pessoas de sua família tenham a mesma doença.

Localização e descrição das lesões: apresenta na face posterior da perna direita, várias placas alongadas no sentido vertical, de dimensões várias, todas bem limitadas por bordos salientes, verrucoides, formando nítido relevo sobre os tecidos circunvisinhos. Observa-se que estes bordos apresentam um sulco contendo uma lâmina aderente.

A área das lesões é ligeiramente atrofica, apresentando uma certa tendência à pigmentação.

Esta curiosa dermatose foi em 1885 observada pela primeira vez pelo dermatologista italiano Majocchi, tendo sido posteriormente descrita por Mibelli (1893) que a denominou Poroqueratose e por Respighi que a chamou de Hiperqueratose Excentrica.

A poroqueratose tem como lesão inicial uma papula cornea de forma cônica, no vertice da qual ha uma depressão de onde emerge um filete corneo. De evolução centrifuga, a lesão inicial lentamente vae se estendendo, dando lugar assim a placas irregulares, circinadas, às vezes mesmo figuradas, de diâmetro de alguns milímetros a alguns centímetros.

A pele da área central pôde se apresentar segundo os casos: atrofica, escamosa, coberta de lâminas corneas, estratificadas e aderentes, ou mais raramente pôde conservar a aparência da pele normal. Às vezes, esta área central pôde apresentar um certo gráu de pigmentação.

Os elementos são em geral isolados, localizados sobretudo nas extremidades, havendo uma certa predominância para os membros inferiores (casos do Prof. A. Fraga e o nosso). Outras localizações têm sido descritas: braços (caso do Dr. Vicente Grieco), órgãos genitais e mucosa bucal, regiões palmo-plantares (Moore).

As lesões são praticamente indolentes expontaneamente. São dolorosas à pressão, podendo às vezes ser levemente pruriginosas, como foi por nós observado.

A evolução é extremamente lenta. O caso que deu motivo a estas ligeiras linhas vinha evoluindo ha 13 anos.

Alguns elementos podem não progredir durante mezes ou anos; outros, pelo contrário, evoluem lentamente e constituem com o tempo lesões extensas da superfície da palma da mão, de aspéto figurado, circinadas outras pela associação com placas vizinhas.

Na grande maioria dos casos permanecem indefinidamente, podendo, às vezes, desaparecer expontaneamente deixando uma área atrofica um pouco deprimida.

A etiologia da poroqueratose de Mibelli é desconhecida. E' observada em todas as idades, sendo que o carater familiar tem sido notado. Respighi constatou-o 14 vezes numa família de 37 pessoas. Gilschrüst 11 vezes em 4 gerações.

A maioria dos autores com Truffi, a aproxima dos noevi, com os quais ela oferece certa analogia e se aproxima pela localização unilateral ou zoniforme das lesões, sendo que suas relações com os póros sudoríparos e orifícios foliculares são discutíveis (inconstância dessas relações e localização das lesões nas mucosas).



Infelizmente a paciente negou-se de modo absoluto à prática da biopsia, prejudicando, assim, uma parte da nossa observação.

Após exame minucioso, não tivemos dificuldade de rotular o nosso caso como um de poroqueratose de Mibelli; pois o mesmo apresentava sinais clássicos da afecção: placas anulares ou circinadas, limitadas por um bordo saliente, verrucoso, escavado por um sulco contendo uma lâmina cornea aderente. O diagnóstico diferencial tem que se fazer com o liquen plano anular, com as hiperqueratoses de um modo

geral, quando os elementos patognomonicos da dermatose não são bem nítidos.

Nos casos atípicos, o diagnóstico diferencial terá que ser feito com as sífilides queratósicas, a tuberculose verrucosa, o lupus eritematoso sendo estes casos esclarecidos pela biopsia.

Tratamento: poderá ser feito por agentes químicos (ácido salicílico, resorcina, ácido pirogálico em pomadas) ou pela fisioterapia (electro-fulguração e radioterapia).

Hugo Ribeiro — Acha o caso apresentado pelo Dr. Gerbase, muito interessante, por se tratar de uma dermatose rara. O aspecto dos bordos das lesões não deixa dúvida quanto ao diagnóstico dessa tão curiosa dermatose, descrita por Mibelli. Não teve ocasião de ver caso semelhante, com aspecto tão característico e com lesões tão extensas.

Um caso atípico de pelada

Por **Hugo Ribeiro**

A. K., 29 anos, solteiro, alemão, residente em Porto Alegre, electricista. Filho de pais sadios. Tem 5 irmãos com boa saúde. Um irmão faleceu quando muito pequeno, cuja causa é ignorada pelo paciente.

É um homem robusto, sem passado morbido apreciável. Não teve molestias venéreas, e nada se encontra no exame clínico que faça pensar em sífilis hereditária ou adquirida. Tem seborreia no couro cabeludo.

Dois anos antes de consultar pela primeira vez, recebeu forte corrente elétrica, ficando preso ao fio, cerca de dois minutos. Dêsse acidente resultou, contratura muscular, com os dedos em flexão. Por tal motivo, foi duas vezes operado, melhorando muito o estado da mão.

Cerca de 10 mezes após êsse acidente, percebeu que perdia cabelos e pêlos em diversas regiões do corpo.

O que desde logo chamava a atenção, a qualquer observador, era a falta completa de cabelos em todo limiar temporo-occipital da cabeleira, permanecendo intato o limiar frontal, no qual se notava, de anormal, o triângulo seborreico fronto-temporal de Sabouraud, que exprimia bem, a existência de uma regular alopecia seborreica.

A faixa de alopecia no limiar da cabeleira era bastante larga, conforme se observa na figura, e tinha o bordo superior regular, sem arcos desenhados, como é habitual na pelada ofiásica. No entanto, pequenos claros se notavam, pouco acima dêsse bordo, o que dava um aspecto de alpecia em clareira da sífilis. Não havia barba, apenas alguns pêlos na região sub-mentoneana. O bigode tinha aspecto normal e o doente declarava que nada de anormal notava, o mesmo não se dando com as sobrancelhas que eram pobres. Pestanas normais.

Nas regiões axilares e pubiana também houve perda considerável de pêlos. Nessa última o limite superior formava linha mais ou menos réta, como se observa no sexo feminino. Todos os pêlos das pernas de-

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Braça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense
E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeccão diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratorio
Gros
Rio de Janeiro

Laboratorio Tenax, Ltda.

Rua Misericórdia, 34 — Pôrto Alegre

A ilustre classe medica, temos a satisfação de lembrar os nossos produtos

CINOCOL — Empôlas de 1, 2 e 5 cc. Lecitina, Cholester, canfora, guaiacol, cinamato de benzila, em vehic. oleoso.

GASTRENO — Em pó. Composto de Carb. bis., carb. de calcio, bicarb, socio, mag. peridrol, luminal, ext. atropa beladonna e mag. calcinada.

NEOESPAMIN — Liquido — Base de Cardenal, papaverina, datura, passiflora e atropina.

MADAN — em pó. $(\text{ALK}(\text{SO})_{12} \text{H}_2\text{O} + \text{C}_{50}\text{H}_{80}\text{O}_{16} + \text{BO}^3\text{O}^3\cdot\text{H}^2\text{O})$ — latas de 20 papeis.

OESTRAL A — LIQUIDO. Para os atrasos ou falta de regras, Citrato de ferro amoniacal, fenil-dimetil-isopirazolone, acido-fenil-etil-barbiturico, atropa beladonna, hyosciamus niger, velariana officinalis, ruta graveolens, juniperus sabina, anemona, pulsatila, piscidia eritrina, apium petroselinum e artemisia absinto em veículo aromatico.

OESTRAL H — Liquido. Para os excessos de regras ou hemorragias. Acido fenil-barbiturico, fenil-dimetil-pirazolone, atropa beladonna, hyosciamus niger, valeriana officinalis, piscidia eritrina, viburnum prunifolium, hydrastis canadensis e hamamelis virginica em veículo aromatico.

TRATAMENTO ESPECIFICO CONTRA AS DYSENTERIAS

CAROBINASE

Produto original, formula dos Drs. W. Peckolt e A. Prado, chefes das secções de Botanica Medica e Parasitologia no Instituto Butantan

**DYSENTERIAS AGUDAS OU CHRONICAS
PRODUZIDAS POR AMEBAS, GIARDIAS E
OUTROS PROTOZOARIOS INTESTINAES.**

**INFECÇÕES, FERMENTAÇÕES e COLITES, ENTERITES
INTOXICAÇÕES INTESTINAES e DIARRHEAS em GERAL**

**EFFEITO RAPIDO NAS CÓLICAS E PUXOS
NENHUMA TOXIDEZ**

Ação therapeutica comprovada em laboratorios nacionais e estrangeiros, observações clinicas, e centenas de attestados medicos.

INSTITUTO CHIMICO PAULISTA LTDA.

Rua João Adolpho, 4-A — Caixa Postal, 2575 — São Paulo

sapareceram. Wasserman: Neg. Um ano depois, observou pela segunda vez, e o encontrou com o mesmo aspéto.



Nessa ocasião enviou o doente ao professor Saint-Pastous, para um exame clínico geral, especialmente visando periurbações endocrínicas. O professor Saint-Pastous, afóra a alopecia, não constatou uma sintomatologia que permitisse colocar o caso em uma síndrome de disfunção glândular.

Quanto à evolução, o paciente informava que os cabelos, assim como os pêlos das diferentes regiões foram escasseando-se, paulatinamente, de um modo regular. Indagando sôbre a existência de placas alopécicas, teve resposta negativa.

Não observou o doente durante a fase de formação dessa alopecia, mas é levado a admitir, baseado nas informações do paciente — que é bom observador — e uma placa de pelada é de fácil observação — e baseado também no limite superior da faixa alopécica sem hemicírculos nem mesmo arcos, que essa alopécica se fez sem placas aparentes. Mas, tomando em consideração os pequenos claros que apontou, pensa, que eles representam minúsculas placas de pelada, embora nunca tivesse constatado cabelo peladico de Soubouraud.

Depois dêsse segundo exame, feito, um ano após o primeiro, não tornou a ver o doente.

Tem a impressão, que êsse caso, seja realmente um caso de pelada, mais ou menos generalizada no tronco e membros, e na cabeça, revestindo-se do aspéto de pelada ofiácea, mas de forma e evolução um tanto atípicas.

Muito interessante é que o leva a meditar, é o fato do paciente notar que a alopecia se iniciou 10 mezes após um forte traumatismo elétrico e de duas intervenções cirúrgicas, para corrigir contraturas musculares.

É inclinado a admitir a coincidência, impressionado, talvez demasiadamente, pelos ensinamentos de Sabouraud que não reconhece pelada consecutiva a traumatismos. A natureza dêsse traumatismo e sua violência, são, no entanto, muito impressionantes para o levar a meditação; e é por assim pensar que julga a observação merecedora de uma discussão e de ser publicada.

Um caso de Pritiriasis Versicolor Acromiante

Por **Enio C. de Campos**

Trata-se de um indivíduo de 20 anos, sexo masculino, branco, solteiro, funcionário público, natural desta capital, onde reside.

Ha 4 meses notou pequenas manchas claras na região dorsal, as quais foram aumentando de número e estendendo-se em todo o dorso e parte anterior do torax a ponto de se confluírem, formando extensas máculas, principalmente na região dorsal. Todas estas manchas eram esbranquiçadas contrastando com a côr morena da sua pele, que, diz-nos o paciente, estava queimada pelo sol, pois, ha 4 meses, vinha frequentando um club náutico onde tomava banho de sol todos os dias.

No interrogatório não encontramos nenhum dado de interesse quanto aos antecedentes mórbidos pessoais e hereditários — é um indivíduo que sempre gozou saúde, só accusa em seu passado uma gonorréia; seu pai faleceu do coração; sua mãe vive com saúde aos 59 anos; tem 4 irmãos, todos fortes; nenhum caso de tuberculose na família.

Pelo exame geral verificamos tratar-se de um indivíduo robusto, biotipo estênico, musculatura bem desenvolvida, gozando perfeita saúde.

O exame dos diversos aparelhos foi negativo.

No exame da pele, as manchas que, nas 2 fotografias conseguidas, pôde-se ver perfeitamente: — na parte anterior do torax: manchas acrômicas variando do tamanho de uma lentilha ao de uma noz; na parte posterior: algumas manchas acrômicas pequeníssimas, perifoliculares e outras maiores atingindo até o tamanho de uma moeda atual de 100 réis, grande número confluindo-se nas partes medianas, para formar extensas máculas acrômicas.

Notamos ainda que estas manchas são um pouco mais claras que a pele, sem pigmentação solar, dos quadrís, protegida pelos calções.

Encontramos presente o "s'gne du copeau" dos franceses, tão característico da P. V.

Em face do aspecto das lesões e do "signe du copeau" ou sinal da unhada entre nós, o diagnóstico de P. V. A. logo nos surgiu à mente.

Mostramos este doente ao ilustre e acatado dermatologista Dr. Hugo Ribeiro que concordou com o diagnóstico.

Para obtermos a confirmação micológica, solicitamos a pesquisa do cogumelo ao Professor Raul di Primio que constatou a presença de *Malassezia Furfur* nas manchas da pele.

Tratar-se-ia de um caso simples, comum, de P. V. si não fosse a acromia.

Por Castellani foram descritos 2 parasitos do gênero *Malassezia*: *M. Tropica* e *M. Macfadyeni*, como causadores, respectivamente, da P. V. flava ou *Tinea flava* de Castellani e da *Tinea alba* do Ceilão descrita também por Castellani, cujas manchas são acrômicas. Brumpt em seu compêndio de Parasitologia (ed. 1936) cita estas duas espécies de *Malassezia*. Para Gougerot, no entanto, estes parasitos seriam o mesmo *M. Furfur*.

Em nosso meio esta forma acromiante, todos nós temos observado, não é rara, ao contrário, encontramos muitas vezes, e encontramos comumente nas pessoas de cor morena e especialmente nos indivíduos queimados pelo sol. Nas pessoas muito claras a P. V. se apresenta, ao contrário, com seu aspecto típico, manchas pardacentas, cor de café com leite claro. É esta forma que se encontra nos europeus onde raramente se observa a forma acromiante. Temos, pois, manchas pardas sobre fundo branco e manchas brancas sobre fundo escuro.

Ainda mais, segundo foi provado, experimentalmente, por Gougerot, podemos transformar a P. V. típica, pardacenta, em P. V. acromiante sob a ação dos raios solares ou sob irradiação ultra-violeta.

A P. V. A. tem uma acromia real, verdadeira, e não falsa acromia por contraste. No nosso paciente esta acromia é real, pois si compararmos as manchas da parasitose com a cor clara da pele ao nível dos quadrís, sempre protegida pelo calção, verificaremos que aquelas manchas são muito mais claras que a pele dos quadrís.

Na literatura médica riograndense encontramos um caso de P. V. discoide acromiante, descrito por nosso eminente dermatologista Dr. Hugo Ribeiro (Arquivos Riograndenses de Medicina em 1934, ano 13, n. 6), no qual êle salienta perfeitamente a acromia verdadeira nestes casos de P. V.

Quanto à patogênica, encontramos nos tratados de dermatologia, dois mecanismos para sua interpretação:

1 — por um papel de proteção do parasito atuando como um simples anteparo;

2 — por uma ação própria do parasito sob o pimento, lisando-o; tratar-se-ia de uma melanólise.

A primeira hipótese não podemos aceitar de um modo absoluto, pois si assim fôsse não encontraríamos as formas típicas de cor pardacenta de P. V.

A segunda hipótese, si bem que possa explicar a acromia, não deve ser aceita como causa única; outros fatores também devem in-

fluir; si a acrômia se produísse, unicamente, por êste mecanismo por que não a observariamos em todos os casos de P. V.? Sabemos que nas formas típicas, em vez de acrômia, temos, ao contrário, manchas pardacentas, hipererômicas.

No entanto, sob a ação dos raios solares ou sob irradiação ultravioleta, observamos manchas acrômicas. E' o caso do nosso paciente que, ha 4 meses, vinha se expondo, diariamente, aos raios solares.

O fator solar é importante. Jausion fez experiências nêsse sentido: applicando uma ventosa na região inter-escapular de um malgache, friccionou, em seguida, toxina polimicósica, preparada com técnica própria, e expôs durante 5 minutos às irradiações de uma lâmpada de Dufestel. Encontrou mais tarde na zona irradiada uma mancha leucodérmica

Gougerot, nas suas realizações experimentais, assim concluiu: "A P. V. acromiante resulta de 3 fatores que não são de modo algum incompatveis: 1.º — ação descorante do sol sôbre a P. V. típica, transformando a escama parda em escama branca; 2.º — ação antipigmentar da mancha micósica, que age como um anteparo; 3.º — despigmentação da pele parasitada que se encontra lesada pelo menos perturbada sob o ponto de vista da pigmento-gênese, porque não reage mais como a pele normal; ela é o mais das vezes hiperresistente e não pigmenta com doses médias que pigmentam a pele sã. No entanto não se trata de uma resistência absoluta, pois com doses mais forte chega-se a pigmentar as manchas acrômicas".

Hugo Ribeiro, no seu caso de P. V. discoide acromiante, acima referido, em que seu paciente não sofria diretamente a influência da irradiação solar pois andava bem resguardado (era inverno naquela época), acredita mais numa diminuição da quantidade normal do pigmento no local das manchas, que em virtude das lesões, não necessita da mesma quantidade de pigmento de que precisa a pele não lesada, para se defender das agressões da luz, calor, etc.

O estado local da pigmento-gênese é, pois, fator importante. Esta pigmentogenia reagiria nos indivíduos morenos por uma diminuição da sua função. Não podemos fugir aqui a um fator constitucional.

Desta forma temos na P. V. acromiante vários mecanismos para explicar sua patogenia; isto nos demonstra que nenhum dêles é satisfatório. Ainda não conhecemos verdadeiramente seu mecanismo íntimo.

Podemos, para concluir, dizer que a acrômia das lesões de P. V. surge em consequência de uma ação melanolítica do cogumelo sob a influência das irradiações solares, ou, sem essa influência, numa pele morena, predisposta, cuja função pigmentogenética é diminuida pela simples presença do processo parasitário.

José Gerbase — Jeanselme destacou da piritiase versicolor comum, uma forma que chamou de "Acrômia Parasitária" a que Castellani, em 1905, fez uma nova espécie do gênero *Malassezia*-*Malassezia* Trópica".

Quanto à etiopatogênica da acrômia, acha que pôde ser explicada pelo filtro absorvente dos raios ultra-violetas da luz solar, filtro êsse,

Iolipobí

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-diastrases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-diastrases	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormônios.

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

O IOLIPOBI, além de conter essa útil acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormônios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepato-diastrases; neuro-diastrases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescrição medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Héllion Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda}

Medicados pela illustre classe medica

Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
Néo-Vitamin — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
Insulina — Diabetes.
Synergon A. B. C. — Blenorragia e complicações em ambos os sexos.
Fermento tridigistivo — Perturbações digestivas.
Séro Lipotonico (Mef) — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
Séro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
Ovariomastina — Dysmenorrhea (comprimidos e amp.)
Glandula Pituarica — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
Gl. Thyreoide — Insufficiencia thyreoidiana.
Cholelactina — Desordens intestinaes.
Encephalina — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
Polyendocrinico — insufficiencias das glandulas associadas.
Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
Pancreas — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
Suprarenal — Insufficiencia da gl. suprarenal.
Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
Extracto hepatico — Insufficiencia hepatica.
Lipocarbisan (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.

Quinoparsen — Impaludismo.
Paulaxil — Prisão de ventre.
Biotoxil — Opothérapie associada nos estados toxi-infecciosos.
Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
Thyroluteina — Perturbações da menstruação.
Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
Vitamina — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitaminoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
Extracto Hepatico — Injectavel. Opothérapie hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorragicas etc.
Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccções, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
Ioformil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxi-infeccções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
Néohemosteno — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopterapia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- **Dr. Helion Póvoa (Assistente)**

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

constituído pelas lesões ou de proliferações micelianas ou estratificações escamosas, impedindo, portanto o estímulo normal da pigmentogênese.

Armin Niemeyer — salienta que a pitíriase versicolor é extremamente frequente, entre nós, no sul do Brasil, mesmo em pessoas robustas, e que a exposição ao sol a provoca, tanto que ela é vista, com frequência, nos meses de Março e Abril na volta dos clientes das praias de banho.

Fórmulas há em que as manchas de Pitíriase Versicolor são acrómicas desde o início, o que já fez aventar a hipótese que possa haver várias raças de *Microsporon* ou *Malassezia furfur*; umas hiperpigmentando outras apigmentando. Em outros casos as manchas brancas aparecem no decurso do tratamento, quando a doença está curando, (acrômia secundária).

H. Ribeiro — A comunicação do caso de pitíriase versicolor aeromianta é interessante, porque vem focalizar uma forma clínica da pitíriase versicolor, poucas vezes mencionada entre nós, apesar de ser relativamente frequente, como muito bem chamou a atenção, o colega Niemeyer. Pouco conhecida nos meios não dermatologista, tem ocasionado erros diagnósticos, de consequências desastrosas, pela confusão que se presta aos olhos de um clínico pouco experimentado em dermatologia, que a toma, facilmente, como vitiligo e mesmo como sífilide pigmentar.

A ação do sol, na formação das manchas claras, é apreciada pelos próprios doentes, que chegam aos nossos consultórios, para se tratarem de umas manchas "que adquiriram durante o veraneio, com o forte sol"; na realidade, a maior parte das vezes, já levam a doença, da cidade, o sol, geralmente, o das praias, a põe em evidência.

O Dr. Campos mencionou a acrómia relativa e acrómia verdadeira.

Na apreciação dos casos de acrómia verdadeira, — que deviam ser os únicos a ser chamados de acrómia parasitária — encontram-se alguns, em que a diferença de pigmentação, entre a placa de pitíriase e a pele sã, protegida pela roupa, embora apreciável, é muito pequena. Pensa que, em muitos deles, a acrómia seja relativa, com patogênica mencionada pelo Dr. Campos e tão bem apreciada pelo Dr. Gerbase. A pele dos morenos, sofre muito a ação do calor e da luz, de modo que ela se mostra mais escura, que seria, si estivesse a um abrigo maior da ação pigmentogênica da luz. Nesses casos, a placa de pitíriase seria "o abrigo maior".

Enio Campos — Encerrando a discussão, mostra-se satisfeito pelos comentários que ouviu relativos a sua comunicação.

Linfoangioma da axilaPor **Hugo Ribeiro**

A. S. 13 anos, menina bem constituída. Pai faleceu com 42 anos de angina de peito. Mãe com 40 anos, diz que sofre do fígado, de prisão de ventre e de urticaria, durante as regras. Tem dores de cabeça, pela manhã. Teve 6 filhos e um aborto. Todos os filhos estão vivos e sadios.

Informa que a menina nasceu normalmente, teve as doenças próprias da infância, uma bronquite, que ha um mês, foi operada de apendicite, tudo correndo normalmente.



Aos 2 meses teve um "carogo no peitinho" que desapareceu aos 6 meses. Mais tarde apareceu um tumor na axila, séde da afecção atual, do tamanho de um ovo. Foi operada e curou-se rapidamente. A informante não se recorda si havia pús, e nenhuma informação deu que permitisse um juízo seguro sobre a natureza do tumor.

Ha 3 anos notou um aumento de volume na axila que aos poucos se tornou levemente azulado e foi sómente 2 anos após que observou as pequenas saliências que, com aspécto de vesículas se dispõem sobre a superfície, levemente azulada e bastante saliente, da axila.

Examinando a paciente, verificou um aumento circunscrito, na face interna da axila direita, vendo-se através da epiderme uma coloração azulada e sobre essa péle, grande número de pequenas saliências esféricas, transparentes, cheias de um líquido claro; as maiores com telelanjectasias em suas paredes. Nenhuma cicatriz operatória, ou d'outra natureza, foi observada na região.

Fazendo-se pressão elas se esvaziam, ficam murchas, para logo encherem-se novamente, e tomarem o aspécto anterior. Não ha processo inflamatório, nem sinais subjetivos. Na face interna do terço superior do braço, notam-se, esparsas, algumas pseudo-vesículas, semelhantes às primeiras, e mais abaixo, na face interna, próximo ao cotovêlo, observa-se um hemoangioma, provavelmente, com ramificações profundas.

A figura mostra, com muita nitidez, dispensando maior descrição, o aspécto das pseudo-vesículas.

Não ha dúvida que se trata de uma hiperplasia do tecido vascular linfático, de um linfoangioma. Como se vê também, através a pele, uma coloração azulada, e no braço, próximo ao cotovêlo, um hemoangioma, com todos os seus caracteres, podemos estabelecer para o caso, o diagnóstico de HEMOLINFOANGIOMA.

Exame citológico do líquido de uma das pseudo-vesículas, feito no Laboratório Geyer:

"Além de muitas hematias, ha regular número de elementos cellulares, distribuidos na seguinte porcentagem:

Lymphocytos	84,6%
Celulas epitheliaes	8,2%
Monocytos	5,8%
Polynucleares	1,4%

Dr. René Flores

E' bem provável, diz o Dr. Ribeiro, que as hematias verificadas, sejam resultantes de uma telejanctasia ferida, no momento da colheita do líquido.

J. Gerbase — E' uma afecção que, pelo seu aspécto objetivo, se prestaria a um diagnóstico completamente diferente: fotograficamente seria um caso de herpes. Daí o perigo de se querer fazer um diagnóstico comparando fotografias .

E' um caso interessante pelo seu modo de formação e, principalmente, pela presença de um hemoangioma, próximo ao cotovêlo.

E, Kanan — Pergunta ao relator que tratamento foi aconselhado.

H. Ribeiro — Tratando-se de um tumor facilmente, extirpável, foi indicado o tratamento cirúrgico, por lhe parecer, no caso, mais rápido, mais seguro e de melhor resultado estético, que a neve carbonica, a electrocoagulação e o radium.

Um caso de Eritema pigmentado fixo

Por **Coradino L. Duarte**

Quando, em uma das últimas sessões do ano passado, ouviu o Dr. H. Ribeiro relatar casos de ERITEMA PIGMENTADO FIXO, alguns atribuidos ao uso do Veramon, referiu-se ao de uma senhora de sua clínica particular, que muito se assemelhava com aquêles por êle citados; e si na sessão de hoje, vem colaborar, sem ser dermatologista, é porque teve ocasião de ver um segundo surto eruptivo, na paciente, aparecendo nas mesmas condições que o primeiro.

Como era natural, pediu ao Dr. H. Ribeiro para também observá-lo.

Trata-se de uma senhora de 40 anos, casada, ha 18 anos. Teve 6 filhos, que vivem todos, com saúde e são bem constituídos. Não teve abortos.

Os pais estão vivos e com saúde. Sua mãe teve 10 filhos e alguns abortos. Dois irmãos faleceram de sarampo quando crianças (3 e 12 anos) e um outro de uremia com 12 anos.

Sempre foi muito nervosa e em seu passado não menciona uma doença grave, além da asma. Quando teve o primeiro ataque, consultou um tisiólogo, receiosa de estar com tuberculose, receio que sempre teve por ser muito magra. Diz a paciente que fez uma radiografia, com resultado satisfatório. Os ataques de asma repetiram algumas vezes, com intervalos irregulares. O ultimo foi ha dois anos e meio. Sofre de prisão de ventre.

Em 1935, estando com dôr de cabeça, tomou vários medicamentos para combatê-la. Pela primeira vez, então, appareceu a erupção, depois de algumas horas de mal estar, a qual repetiu por várias vezes, com aspécto, mais ou menos, idêntico em todos os surtos, e o que é mais, ocupando sempre os pontos atingidos anteriormente, marcados por manchas pretas sem tendência ao desaparecimento.

Quando a observou, cinco dias depois do início da erupção, o quadro dermatológico era, resumidamente, o seguinte: no lábio inferior, uma placa eritemosa, coberta de pequenas vesículas, como herpes; no cotovêlo esquerdo, uma grande placa heritemosa, com centro preto, sôbre base edemaciada; no ante-braco direito, ocupando toda a super-

fície de uma mancha negra de um surto anterior, uma bolha, em forma de crescente; e junto ao sulco inter-glúteo uma outra placa de maiores proporções, perfeitamente circular, com diâmetro de cerca de cinco centímetros e com centro preto com pequeno halo eritematoso.



Bolha em forma de crescente, reproduzindo-se em cada surto eruptivo no mesmo local, com a mesma forma e sobre a mancha escura deixada pela erupção anterior

Como sinais subjetivos, queixava-se a paciente de forte sensação de queimadura em todas as placas, sobretudo nos primeiros dias; ardência nas mucosas vulvar e vaginal e prurido nasal acompanhado de coriza, que a deixavam fortemente inervada.

Informou mais, que, aquela grande bolha observada no antebraço, só se formava depois de dois dias, de uma fase eritematosa, e que sempre aparecia com a mesma forma de crescente.

Essa erupção tem uma evolução de sete a dez dias, e atinge sempre as manchas negras deixadas pelos surtos anteriores. A erupção termina com descamação.

Todas as vezes que a erupção apareceu foi depois de tomar Veramon para dores de cabeça, medicamento que a deixa muito nervosa e talvez febril. Nunca botou termômetro nessas ocasiões. A Cafiaspirina suporta melhor, e não desperta erupção.

A reação de Wasserman teve um léve retardamento da hemolise;

Kahn e Müller positivo fraco, uma cruz.

Leucocitos..... 8.100 por mm³

Hematias 5.910.000

Polinucleares neutrofilos 68 por cento

eosinofilos 4

basofilos 0

monocitos 6

linfocitos 22

Ausência de anisocitose, poiquilocitose e policromatofilia.

Exames feitos pelo **Dr. Maya Failace**

H. Ribeiro — O caso apresentado pelo Dr. Coradino é, sem dúvida, um **ERITEMA PIGMENTADO FIXO**. A placa observada junto ao sulco intergluteo tem todos os caractéres morfológicos; seu início, seu período de estado e sua terminação, e o fato de mostrar-se sempre no mesmo local, em surtos repetidos, deixando uma mancha negra, constituem a evolução característica dessa curiosa afeecção.

Muito interessante é aquela bolha, em forma de crescente, repetindo-se sempre no mesmo local e com a mesma forma, cobrindo a mancha negra do surto anterior. E' um exemplo da forma bolhosa já mencionada por Brocq e que nos léva a pensar na doença de Duhring, porque, vem acompanhada de sensação dolorosa e repete-se em doente que consrva sempre bom estado geral. A evolução é, no entanto, diferente.

Contrariando ao que observamos nos casos por nós citados, nessa sociedade e publicados nos "Anais Brasileiros de Derm. e Sifilografia" do Rio de Janeiro, o doente do Dr. Coradino não tem a eosinofilia bem apreciável.

Também é digno de menção, o comprometimento das mucosas, assim como a asma, a reação sorológica positiva, embora fracamente, a prisão de ventre e a magreza da doente. Tudo isso tem que entrar em consideração para quem quizer tentar compreender a etio-patogenia do E.P.F. no doente em questão.

Temcs, presentemente, um doente em observação e estamos fazendo as provas biológicas e exame histopatológico. E' bem provável que breve voltaremos ao assunto.

Queloides — Vitiligo

Dr. José Gerbase

Observação clínica

L. de C., 21 anos, branca, casada, brasileira, doméstica; rúa Oito de Dezembro, Vila-Izabel (D. Federal).

Antecedentes mórbidos hereditários — Fae vivo, com 68 anos; é alcoolatra inveterado e sofre de reumatismo (sic) nas articulações tibio-tarseanas. Mãe viva, com 59 anos, gozando saúde. Eram 10 ir-

mãos; quatro morreram de causa ignorada pela paciente e dos vivos pouco informa.

Antecedentes mórbidos pessoais — Nascida a termo e desmamada aos 14 meses. Na 1.^a infância, sarampo, var.ola e coqueluche. Menstruada pela 1.^a vez aos 13 anos; regras posteriores periodicamente normais com cólicas. Após o 1.^o filho teve uma amenorréia durante 11 meses; daí para cá, tem sido menstruada com “atrazos” e com cólicas. Ultimamente sente-se enfraquecida e, às vezes, tem “tonteiras com a vista escura”.

História da doença atual — Conta-nos a paciente que, trabalhando na cozinha, aconteceu derramar banha fervente sobre o dorso de sua mão direita, advindo deste acidente uma queimadura, que cicatrizou em 2 meses.

Observa a paciente que a cicatriz está ficando saliente, endurecida, ao mesmo tempo que aparecem “manchas brancas” na extremidade distal da referida mão, como também nos respectivos bordos.

Descrição e localização das lesões — A paciente apresenta na face de extensão do punho direito estendendo-se para o dorso da mão, uma cicatriz queiloideana, irregular, de cor roseo-vermelho, em geral



bem limitada, salvo na parte distal em que se perde gradualmente, confundindo-se com a pele normal. Esta lesão, mede cêrca de 10 cents. de comprimento, por 4 cents. de largura; apresenta prurido, dôr expontânea e dôr ntensa é despertada pela apalpação. No bordo cubital, no bordo radial do index, no dorso e nas partes laterais dos quatro últimos dedos da referida mão, existe despigmentação acentuada, cujo limite é marcado por uma orla ligeiramente hipererômica; observa-se ao nível das articulações metacarpo-falangeanas, uma orla festonada.

A observação clínica diariamente nos vem demonstrando quão difícil é às vezes a interpretação etiopatogênica do vitiligo e a sua respectiva terapêutica.

De ha muito se tem responsabilisado a sífilis como a causa do vitiligo. Para Gougerot, o vitiligo é quasi sempre consecutivo à um eritema terciário, perceptível ou não, fazendo parte da série das leucomerías sífilíticas.

Para o grande mestre francez, o vitiligo, seria, portanto, uma sífilide acrômianete, adquirida ou congênita.

Na verdade, casos ha, em que a sífilis é a responsável dirêta pela leucomelanoderμία. Nós mesmo, já tivemos oportunidade de observar um caso de vitiligo do lábio superior em uma menina de 16 anos, cuja cura completa foi obtida exclusivamente pelo tratamento específico (arseno-bismutico). Casos ha, no entanto, em que a sífilis está presente e que só o tratamento específico é inefficaz (estamos observando um caso que breve publicaremos) e casos ha em que a sífilis não pôde ser responsabilisada pelo vitiligo.

As observações de vitiligo por traumatismo são, hoje em dia, bastante conhecidas dos dermatologistas. Nêstes casos, é o trauma o único responsável pelo aparecimento do vitiligo nos pontos que se faz sentir (cintura, pelo cinto ou elástico da calça, perna, pela liga, etc.) e que cessada a causa (trauma) lôgo se faz a pigmentação.

A observação que motivou esta ligeira nota, teve no queiloide o "trauma" determinante do vitiligo, e isto cabalmente demonstrado pelo seguinte: para o queiloide instituimos a radioterapia após a 3.^a aplicação, com melhoras perceptíveis da lesão queiloideana, observamos que a pigmentação estava se fazendo nas placas acrômicas.

Continuamos a irradiar o queiloide e após a 5.^a aplicação a pigmentação era quasi completa. Nêste momento nos dispuzemos a fotografar novamente o caso, o que infelizmente não conseguimos, pois, a paciente que estava matriculada no ambulatório não mais voltou ao serviço.

CONCLUSÃO: reside o interesse do caso na localização exclusiva do vitiligo numa região atingida por um queiloide e que a melhora dêste determinou a repigmentação das lesões de vitiligo.

H. Ribeiro — No caso apresentado, observamos, na mesma região duas afecções bem distintas quanto a sua sintomatologia, e apa-

recendo após uma queimadura no dorso da mão. A discrômia não é localizada, em porção da pele que sofreu o traumatismo, mas sim em suas proximidades; mas somos levados a admitir que seja d'êla decorrente. Queloide e vitiligo não tem uma etiopatogênica definida e para ambos são invocadas, às vezes, uma mesma causa, como por exemplo, a sífilis ou a tuberculose; e quanto aos traumatismos êstes figuram, certamente, como causa ocasionada em ambas as afecções, notadamente queloide.