

MEMÓRIAS  
DO  
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

---

Tomo 44

Março, 1946

Fascículo 1

---

**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 dêste modo muitos indícios etiológicos.

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

Não vi um só caso de *Mycosis fungoides* no Brasil, mas em Nova York vi dois casos desta 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.

---

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.

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

Outras moléstias, bastante freqüentes nas clínicas dermatológicas européas, como *Lichen ruber*, *Lupus erythematosus*, *Epitheliomas* e *Rhinoscleroma* 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 *Ichthyosis*, *Angioma* simples, *Naevus* de toda espécie, *kystos dermoides*, moléstia de *Recklinghausen* etc., não notei freqüência ou raridade exagerada. *Lipomas* e *fibromas* aparecem como em outra parte; os *kystos sebáceos* são bastante freqüentes.

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 consequência a erupção de "*Prickly Heat*", *dyshydrosis* e *furunculose* das grandes glândulas sudoríparas da axila, afecção quase ignorada na dermatologia apesar de bastante freqüente nos países quentes. As *dermato-mycoses* são muito favorecidas pela transpiração e o *Eczema marginatum* 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, ecthymatosos e furunculosos. Estes e outras afeções são a consequência de infecção com coccus piogênicos e são, às vêzes, designados com a expressão curta (pôsto que pouco correta) *piodermites*. Deixam muitas vêzes, principalmente nas pernas das crianças, umas úlceras superficiais, conhecidas pelos nomes populares de feridas ou perebas. Podem conduzir a nefrites agudas ou infetar-se com espirilos, resultando então úlceras fagedênicas. Raras vêzes complicam-se com *Myiasis*.

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 de *Necator americanus*, da *Lavra migrans* e do *Dermatophilus* (*Pullex*) *penetrans*, como dos causadores do *Mycetoma* 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 elefan-

tiásica dura. Estas infecções, ainda pouco estudadas, apresentam-se ora como grandes grupos de verrugas simples ou nódulos fibrosos, ora como estado papilomatoso e queratótico. As últimas formas, chamadas "*Mossy Foot*" por THOMAS, tem 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 acôrdo com a suposta transmissão pelo *Phlebotomus*. Este díptero não é encontrado em tôda parte, sendo desconhecido em regiões extensas e muito populosas. Só com a extensão da rêde ferroviária tornou-se conhecida em São Paulo, e na zona do Rio de Janeiro; os casos são raros e esporádicos. O mesmo pode-se dizer das *úlceras fagedênicas*. Podem aparecer muitos casos em certas regiões, mas não são verdadeiramente moléstias comuns.

As *Blastomicoses* por *Coccidioides immitis* e as *Sporotrichoses* são moléstias pouco comuns e sempre esporádicas. O mesmo se pode dizer do *Granuloma venéreo* e dos *chancros fagedênicos*.

Além dos factôres etiológicos já mencionados há mais alguns que desempenham um papel na etiologia das úlceras. São êstes a *Sífilis*, a *Lepra*, a *Anquilostomiase* e as *Varices*. 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 varices. Algumas delas mostram o seu fundo sífilítico pela facilidade com que são curadas pelo uso dos ioduretos, mesmo quando o seu aspecto não é típico para lesões gomosas. A maior parte tem o aspecto e a localização típica das úlceras simples e podem ser curadas pelo repouso sem tratamento específico mas a cura é raras vêzes permanente.

A importância dêste assunto é provada pelo fato que na cidade de Pernambuco há um hospital especial onde há geralmente mais de mil "ulcerosos". Dos casos que examinei poucos eram devidos a 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 êstas ocupa o primeiro lugar a "*Framboesia tropica*", 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 *Filaria medinensis*, 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 um papel duplo. Produzem irritação local e servem de transmissores de infecções locais ou generalizadas. Menciono apenas rapidamente a "*Scabies*" 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 *Thrombiideos* e os carrapatos são extremamente irritantes como também algumas espécies de *Simulium*, *Culicoides* e, em grau menor alguns *Culicideos*, *Tabanideos* e espécies de *Phlebotomus*.

Entre as infecções transmitidas por insetos há várias que interessam à pele, como o *tifo exantemático*, observado algumas vezes em S. Paulo e Belo Horizonte, e o *Dengue*, que apareceu há tempos no Rio e mais recentemente em S. Paulo. A *Miliária epidêmica*, observada no Estado de São Paulo há muitos anos parece pertencer ao mesmo grupo. É uma moléstia muito bem caracterizada pela temperatura elevada e a 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 a maior similhaça 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 emprêgo do mesmo tratamento. De fato, tive a grande satisfação de ver a doente completamente curada em um espaço de tempo relativamente curto, pelo uso interno da mesma solução arsenical.

Neste caso o que há de interessante é que êstes linfomas principiaram a aparecer após uma estadia 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 vêzes os Ixodídeos inoculam um virus; conviria pois procurar bacilos ácido-resistentes ou pseudo-diftéricos, já que têm sido encontrados em alguns casos semelhantes.

Falando em moléstias de cuja transmissão podem ser inculcados insetos, deŕejo referir a Lepra. Tenho visto um número bastante importante de casos incipientes, e cheguei à conclusão que, em muitos dêles a lesão inicial era uma placa eritematosa, que caracteriza talvez o ponto de inoculação. Esta lesão ocupa geralmente regiões da pele habitualmente descobertas. Para muitos autores êstes 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 fôlha de papel. A mesma observação tem cabimento em relação ao *Vitiligo* simples, bastante freqüente no Brasil, que chama muito a atenção em indivíduos de côr. 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 êrros de diagnóstico quando a etiologia não é bem evidente. Vi por exemplo, uma senhora que após ter viajado em um carro elétrico apresentou súbitamente um eritema no rosto. Reconheci que êste 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 observar-se erupções generalizadas em indivíduos sensíveis a certos medicamentos, como os mercuriais, o sublimado, iodo-fórmio, 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 contacto, como também houve uma erupção generalizada que durou algumas semanas.

Devemos acrescentar ainda algumas palavras a respeito da *Pelagra*.

Esta 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 cinqüenta casos de uma doença um tanto parecida que descrevi sob o nome de *Pelagroide*. <sup>(1)</sup> Caracteriza-se por inflamação das mucosas, edemas e uma erupção hypostática, 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 cachexia extrema. Nas últimas horas nota-se muitas vezes uma queratomalacia, podendo ir até à perfuração das córneas.

Depois de sair daquela zona, há uns trinta e cinco anos, não me foi dado observar outros casos desta doença. Fui contudo informado por um médico de Pôrto Rico, há uns seis a sete anos, que os mesmos sintomas eram observados naquela ilha, sendo a moléstia conhecida pelo singular nome de "la Bonita".

Registramos ainda um caso observado na clínica de um colega no interior do Estado de S. 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 S. Paulo, e em algumas zonas vizinhas. Trata-se de uma dermatite mais ou menos generalizada que no princípio tem os caracteres de uma *Ptyriasis rubra* e mais tarde os de *Dermátite exfoliativa* ou de *Pemphigus foliaceus*. 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 fôsse tão extensa que chega a ocupar quase toda a superfície cutânea poder-se-ia até atribuir-lhe uma certa benignidade. Todavia é sempre muito mais grave que a *Tinea imbricata* ou *Tokelauringworm* com que tem sido confundido. 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 *Carate* ou *Mal de los Pintos* é uma moléstia diferente, a julgar pelas informações contidas na literatura ou obtidas particularmente.

---

(1) Vide Monatsh. f. prakt. Derm. II 1885, p. 433 & V. 1886, p. 32-33.