

VOL-CHI
151

PITIRIASIS RUBRA DE HEBRA

(UM CASO CLINICO)



151 / 1 FMP

Celeste Monteiro d'Azevedo

PITIRIASIS RUBRA DE HEBRA

(UM CASO CLINICO)

Dissertação inaugural
apresentada á
Faculdade de Medicina do Porto



Comp. e Imp. na PAP. E TYP. AZEVEDO —
de AZEVEDO & FILHO — Largo dos Loyos, 18
PORTO — 1912.

151/1 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

AUGUSTO HENRIQUE D'ALMEIDA BRANDÃO

SECRETARIO

ALVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Lentes cathedraicos

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	Luiz de Freitas Viegas.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	José Alfredo M. de Magalhães.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Carlos Alberto de Lima.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Antonio J. de Souza Junior.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Candido A. Corrêa de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Thiago Augusto d'Almeida.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal	Vaga.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene	João Lopes da S. Martins Junior.
14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral	Vaga.
15. ^a Cadeira—Anatomia topographica	Joaquim Alberto Pires de Lima
16. ^a Cadeira—Psychiatria	Antonio de S. Magalhães Lemos.
17. ^a Cadeira—Neurologia	Vaga.

Lentes jubilados

Secção medica	} José d'Andrade Gramaxo. Maximiano A. d'Oliveira Lemos. Pedro Augusto Dias. Antonio J. de Moraes Caldas.
Secção cirurgica	

Lentes substitutos

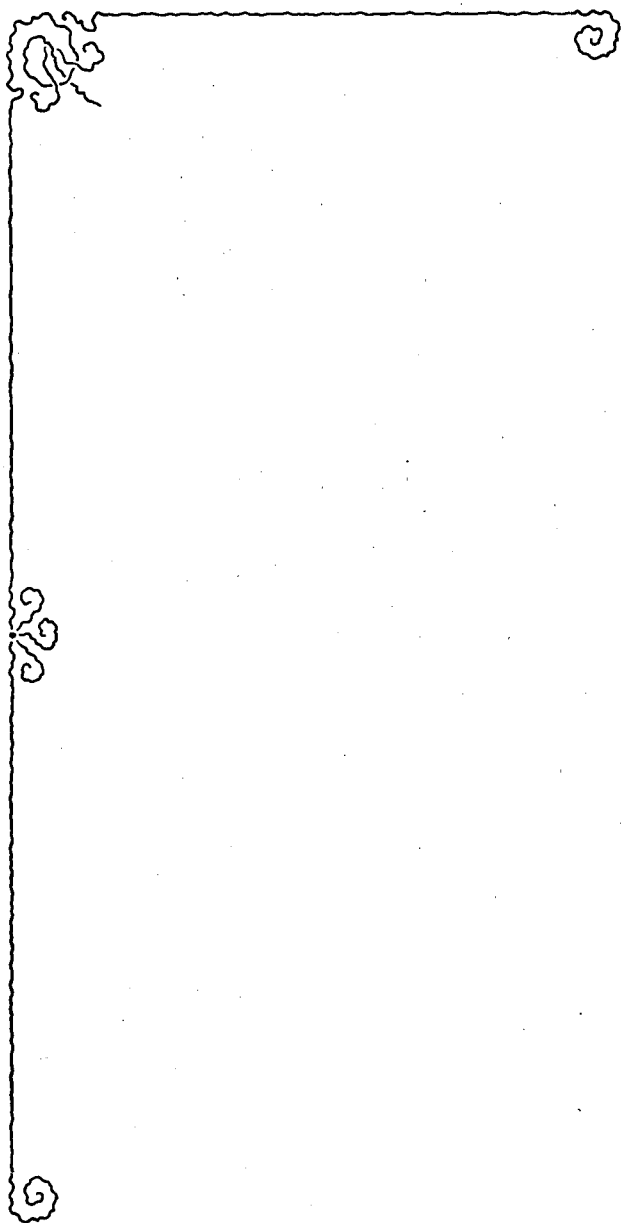
Secção medica	} Vaga. Vaga. João Monteiro de Meyra. José d'Oliveira Lima.
Secção cirurgica	

Lente demonstrador

Secção cirurgica	Alvaro Teixeira Bastos.
----------------------------	-------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e
onunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)



Determina o regulamento dos cursos de medicina que seja uma dissertação o remate dos nossos trabalhos escolares. Eis-nos, pois, cumprindo esse dever, para o que escolhemos a pitiriasis rubra de Hebra.

Talvez pela sua raridade tem sido esta afecção bem pouco estudada; em Portugal, crêmos até que nada existe escripto sobre este assumpto. E, no entanto, parece-nos elle da maxima importancia clinica. Foram estas circumstancias que nos levaram a aproveitar para a nossa dissertação final, um interessante caso de pitiriasis rubra, que tivemos occasião de encontrar no Hospital de Santo Antonio, na enfermaria de clinica dermatologica e syphiligraphica, com tanto zêlo dirigida pelo illustre dermatologista Prof. Luiz Viegas. Achavamos demasiado arrojado o nosso empreendimento para um principiante, mas, animou-nos a certêsa de que iamos ter no distincto Professor o mais precioso auxilio para a nossa observação. Foi assim que tivemos sempre ao nosso

lado quem nos orientasse, fazendo-nos notar as mais delicadas phases, as mais pequeninas mutações na evolução da doença.

Ao Prof. Luiz Viegas, não podemos deixar, portanto, de patentear todo o nosso reconhecimento pelo seu valioso auxilio.

Apesar dos seus esforços, resultou bem modesta a nossa dissertação; faltava-nos competencia scientifica para versar o assumpto, escasseava-nos o tempo, pois é durante o periodo de exames, que elaboramos o nosso trabalho, que outro valôr não tem que o d'uma observação cuidada, minuciosa. Não era outra a nossa pretensão; quizemos apenas registrar um caso dos mais interessantes, dos mais typicos, d'essa afecção tão rara.

Pitiriasis rubra de Hebra

Definição

A pitiriasis rubra de Hebra é uma dermatose rara, d'uma fôrma especial, caracterizada por um rubor inflammatorio generalizado e uma descamação furfuracea no seu principio, seguida de descamação em grandes retalhos, não apresentando nenhuma das lesões primitivas, como vesiculas, papulas, bolhas e pustulas.

Historia

Todas as lesões organicas tem de ordinario um periodo conhecido mais ou menos longo a que póde remontar o seu verdadeiro estudo clinico e sobre a maior parte d'ellas se encontram citados grande numero de patologistas. Não succede assim com a pitiriasis rubra. O que ácerca d'esta dermatose se tem escripto é muito pouco. Mesmo d'entre os dermatologistas, que são

aquelles a quem a lesão mais de perto interessa, poucos são os que teem feito observações de alguns casos clinicos.

Por longo tempo foi esta afecção considerada como um eczêma generalizado. E ainda hoje ha clinicos que se limitam a dar-lhe esse nome, embora erradamente, pois que de modo algum ella tem os caracteres do eczêma. O primeiro a descrever a pitiriasis rubra como um typo especial de lesão com os seus caracteres distinctivos perfeitamente definidos foi Hebra, d'onde veio o nome á lesão. Juntamente com este estudou-a Kaposi. Sob o mesmo titulo foi esta dermatose estudada por Hardi, d'onde veio o chamar-se-lhe tambem *pitiriasis rubra de Hardi*. E. Wilson estudou tambem particularmente esta afecção, dando-lhe o nome de *dermatite esfoliadora*. Actualmente é pois esta dermatose conhecida sob estas três designações, mas mais frequentemente designada pela de pitiriasis rubra de Hebra. E, se geralmente se faz d'ella um typo especial, não quer dizer que todos os dermatologistas a considerem assim. Ha ainda muitos que a englobam no termo genérico de *dermatites esfoliadoras cronicas*. Assim o professor Mracek considera-a como o typo das *eritrodermias cronicas generalizadas*, opinião em que o acompanham varios dermatologistas. E assim a descreve num caso por elle observado.

De resto, durante muitos annos a pitiriasis rubra era o termo genérico com que em varios paizes e em especial na Inglaterra e na America se designavam as eritrodermias esfoliadoras cronicas. Nos ultimos annos porém, os trabalhos de Brocq, vieram descriminar alguns pontos obscuros do estudo de Hebra e Kaposi e fazer da pitiriasis rubra um typo á parte com os seus caracteres especiaes, perfeitamente distinctos das eritrodermias es-

foliadoras em geral. É, pois, como uma eritrodermia esfoliadora especial que nós a consideramos.

Etiologia

Um dos pontos em que os conhecimentos e investigações dermatológicas tem batido sem encontrar uma solução segura, tem sido o estudo da etiologia da pitíriasis. Ainda hoje não está verdadeiramente apurada a causa d'esta afecção e cada caso clinico que tem surgido, tem por assim dizer semeado maiores duvidas sobre o verdadeiro agente provocador d'ella. E assim é que diversos dermatologistas lhe dão variadas causas, todas ellas resultantes da observação cuidada durante a marcha da doença ou do estudo feito na autopsia. E durante muito tempo se imaginou que a pitíriasis rubra, com a sua ignorada causa, era uma lesão privativa do sexo masculino, não existindo nunca em individuos do sexo feminino. Esta noção era errada e para confirmar esse erro bastavam os casos que surgiam, apparecendo indistinctamente no homem e na mulher. Muitos dermatologistas, após estudos feitos, acabaram por chamar-lhe *tuberculose cutanea*. Foi Jadassohn o primeiro que em 1892 aventou a hypothese de que a pitíriasis rubra podia ser uma localisação cutanea da tuberculose. E como uma ideia nova lançada ao estudo da medicina é sempre mais um ponto a investigar, logo outros dermatologistas orientaram nesse sentido as suas observações. E assim em 1901, Vietowicyski e Koptowski reconheciam a existencia da tuberculose cutanea em casos de pitíriasis rubra. O mesmo fazia Brunsgaard em 1903. Jadassohn apoiava a sua hypothese na reacção á tuberculina por elle obser-

vada. Os outros dermatologistas a que acima nos referimos confirmavam-na, por terem encontrado, em diversos casos de pitiriasis rubra folliculos tuberculosos com bacillos na superficie cutanea. Pautrier e Gongerot procuravam reunir todos os casos clinicamente conhecidos e constataram que em nove autopsias realizadas havia oito casos em que a tuberculose era claramente manifesta. De modo que pareceria á primeira vista que a pitiriasis rubra não era mais que uma tuberculose cutanea. E é certo que quasi todos os dermatologistas veem admittindo a intervenção da tuberculose na pitiriasis apesar de, por vezes, as lesões tuberculosas serem insignificantes. Ha porém dermatologistas que filiando-se na ausencia de lesões tuberculosas, consideram a pitiriasis como uma tropho-nevrose. Outros attribuem-lhe ainda por causa uma infecção geral que não a tuberculose. De modo que não poderemos chegar a uma conclusão sobre a causa d'esta dermatose. De resto, ficando no campo das hypotheses, não nos será dado tambem suppôr que ella tenha por causa uma lesão das glandulas vasculares sanguineas? Não possuimos dados que possam elucidar-nos claramente sobre esta hypothese mas tambem não podemos abstrair d'ella em absoluto. De resto em todos os casos citados de pitiriasis rubra, as glandulas vasculares sanguineas apparecem lesadas. Em todo o caso o que os factos nos provam é que na maioria dos casos a tuberculose quer latente, quer manifesta desempenha um largo papel intervencionista na producção d'esta dermatose.

Pathogenia

Constitue ainda um ponto completamente obscuro a pathogenia da pitiriasis rubra de Hebra. As duvidas ácerca da sua etiologia, ou antes a ignorancia da sua verdadeira causa determinante, não nos permite estabelecer tambem a sua pathogenia. E d'ella portanto muito pouco se conhece. Sabemos apenas que é uma doença de uma evolução muito lenta, sem apresentar phenomenos de uma reacção organica muito violenta e rapida como succede em muitas outras. Como principia porém e que marcha segue a pitiriasis rubra? Longe estamos ainda de conhecê-lo. O que sabemos é que a pitiriasis rubra se inicia sem as lesões primarias das outras dermatoses. Um ligeiro rubôr seguido a breve espaço de prurido e descamação epidermica, descamação esta que se continúa enquanto a doença dura, como se a epiderme se tivesse transformado num grande blóco de mica d'onde constantemente fossemos tirando finissimas lamellas.

Qual será o mecanismo da producção d'esse desamar contínuo? É ainda tambem um ponto obscuro, e não sabemos ainda hoje, se n'elle intervirá um agente microbiano, ou será simplesmente causado por uma dyscráse sanguinea acompanhada de uma desnutrição das cellulas epidermicas.

Realmente esta hypothese não nos custa aceita-la, porquanto conhecendo nós, que a circulação arterial da epiderme se encontra normalmente ausente, e a cellula epidermica apenas se nutre á custa da transudação sanguinea das camadas mais superficiaes da derme, deprehendemos facilmente, a causa da descamação. A cellula

carecendo de nutrição, perde a sua vitalidade, e com ella a cohesão que a prendia ás cellulas visinhas e cae abandonando o tecido a que pertencia. Por outro lado, a camada geradora da derme, desde que a dyscráse sanguinea lhe não traga uma incompatibilidade de funcções á falta de materiaes nutritivos, continúa a proliferar com certa intensidade, substituindo por novas cellulas as que vão morrendo e constituindo as escamas. Estas novas cellulas, uma vez diferenciadas em tecido epidermico, faltando-lhes a nutrição, morrem e caem em escama. E será ainda por este meio, que nós poderemos explicar a causa da descamação se tornar em laminas bastante grandes por vezes, tendo sido ao principio furfuracea? Parece-nos que sim. No principio a desnutrição cellular não é tão grande que se manifeste simultaneamente em grandes grupos de cellulas, e á medida que a lesão avança, os materiaes de nutrição diminuem e o numero de cellulas mortas augmenta. A descamação faz-se de um modo notavel, com uma rapidez e quantidade verdadeiramente extraordinarias. É este um facto de observação geral em todos os casos clinicos até hoje observados. Como explica-lo? Aqui ainda temos de admittir os dois factores: um é o agente provocador da queda, a desnutrição cellular que faz precipitar as cellulas para fóra dos tecidos a que pertencem. Outro facto que intervem n'esta descamação continúa é a extraordinaria actividade de reproducção cellular que possui a camada geradora da derme. É este o mecanismo que nos parece mais em harmonia com os factos observados. Poderia a acção microbiana produzir o mesmo effeito sem a intervenção dos dois factores que vimos apontando? Crêmos que não, pois

um agente microbiano não passaria todo o tempo da evolução da pitíriasis, que em geral é muito longo, localizado simplesmente na epiderme, sem atingir as camadas mais profundas.

Muitas outras considerações teríamos a juntar a estas, não só no que respeita á pathogenia da pitíriasis rubra, mas ainda com relação á sua anatomia pathologica, evolução, diagnostico, prognostico e tratamento. Parece-nos porém, que todas ellas terão mais cabimento a titulo de discussão do caso que vamos apresentar, e por isso reserva-las-hemos para mais tarde, passando immediatamente á apresentação da doente por nós observada.

O caso clínico

M. de D. L., de 37 annos, casada, nascida e residente em Mirandella, occupava-se desde a infancia na vida domestica. Pelo mês de Junho de 1911 sem sentir perturbação alguma, e sem que o menor traumatismo pudesse ter provocado o accidente, observou a rapida appareição de duas largas manchas vermelhas de fórma circular nas prégas inguinaes. Não sabe a doente precisar bem a extensão d'essas manchas, limitando-se a dizer, que ellas deveriam ter, talvez, a largura da palma das suas mãos. Causou-lhe aquella appareição uma certa surpresa, mas como não havia reacção d'ordem alguma, despresou taes manchas, não sabendo mesmo se ellas teriam uma existencia menos manifesta anteriormente. Longe, porém, não vinha o tempo de ellas trazerem

á luz mais alguma coisa, e essa de maior cuidado para a doente.

Passados três dias, após a percepção d'essas manchas, sentiu-se a doente cair n'um estado organico anormal, que a levou a julgar-se atacada de febres eruptivas.

Principiou por sentir arripios violentos e repetidos. A estes arripios seguíam-se verdadeiros accessos de calor, que davam á doente a ideia de que a passavam da agua muito fria para agua quente, sem transição alguma. E acrescenta, que n'estes momentos, o thermometro lhe marcava um augmento de temperatura. Acompanhando estas perturbações de character geral, appareceu-lhe um prurido generalisado por toda a superficie cutanea, prurido esse que a incommodava sériamente, accentuando-se na doente um estado de prostração geral. Com o apparecimento d'estas perturbações, coincidiu o desaparecimento das manchas que observára nas prégas inguinaes.

Essas manchas desapareceram, tendo produzido uma ligeira descamação furfuracea. Tudo isto se passou no espaço de dez a quinze dias, segundo a doente revelou. No entanto, com o desaparecimento das manchas, não se foram á doente as perturbações geraes nem o prurido que sentia, embora essas perturbações tenham soffrido uma certa diminuição de intensidade.

Immediatamente depois notou novamente a doente, que a vermelhidão antes observada apenas em dois pontos lhe apparecia em toda a parte do corpo, desde a planta dos pés até á face. A côr da sua pelle, era então de um vermelho muito vivo, parecendo, dizia ella, a pelle d'uma pessoa que se tivesse escaudado. Seguiu-se á apparição d'este rubor geral, uma descamação tambem geral. A principio, essa descamação fazia-se de um modo

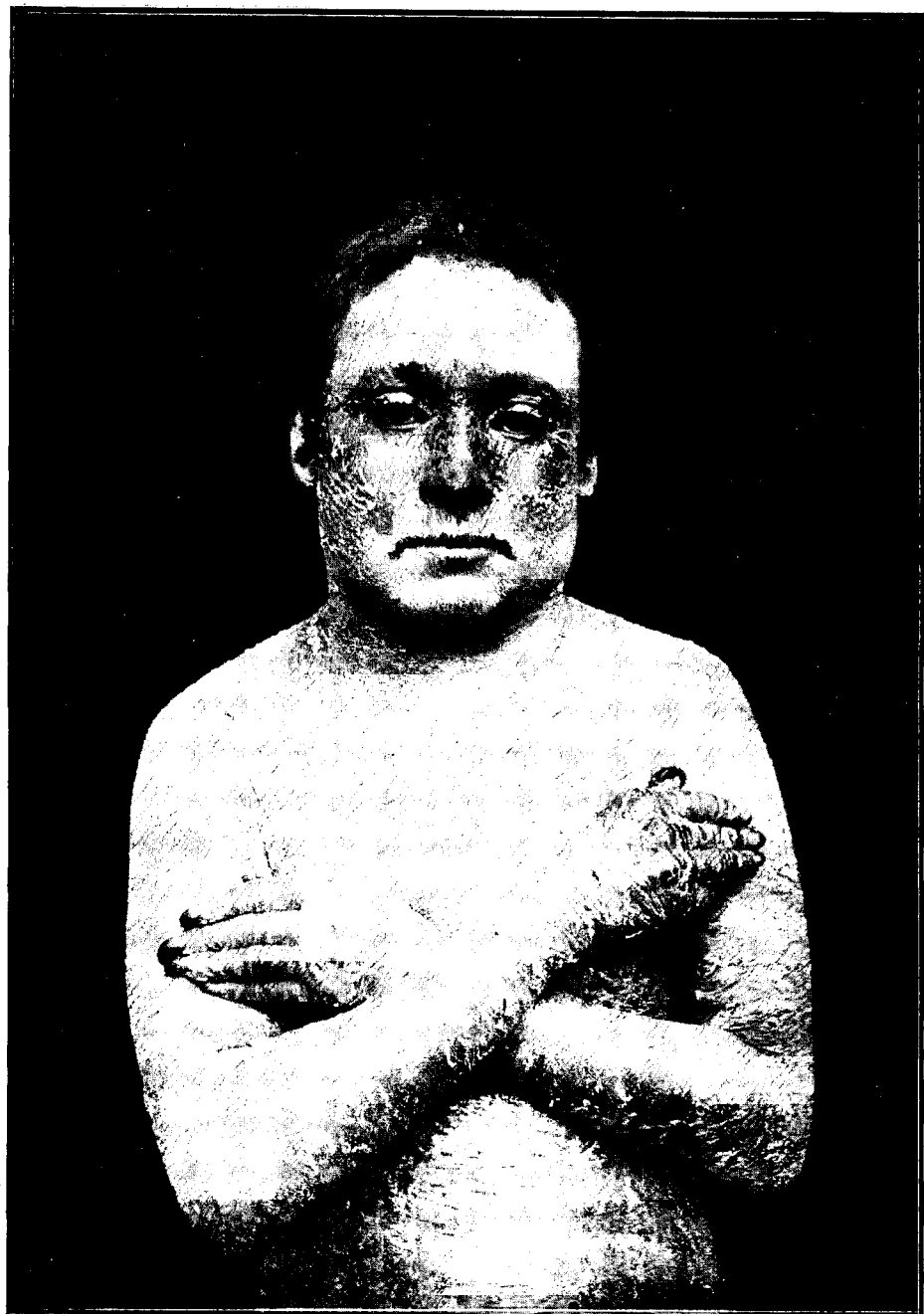


Fig. n.º 1

ligeiro, traduzida em pequenas escamas furfuraceas, que se produziam ao menor atrito da roupa ou das mãos. Uma vez principiada a descamação, sentiu a doente que os seus calafrios e as perturbações geraes lhe foram desaparecendo quasi por completo, pois apenas de longe a longe sentia um ligeiro arripio de frio. O mesmo não acontecia á sua superficie cutanea, que continuava com a mesma intensidade de rubor e seguindo uma marcha progressiva de gravidade. A descamação que por alguns dias fôra quasi insignificante, principiou a fazer-se sentir com mais abundancia, e as escamas deixaram de ser furfuraceas, para irem tomando dimensões apreciaveis, parecendo escamas de peixe, embora de menor espessura. Logo em seguida, principiou a notar que lhe caía o cabelo em grande quantidade, o que nunca lhe succedera antes. E assim viu decorrer dois mêses, sem que o seu estado apresentasse melhoras. O prurido era muito ligeiro, mas o rubor e a descamação geraes persistiam, sendo as escamas, ora furfuraceas, ora de dimensões maiores. A queda do cabelo, continuava tambem. Crendo-a portadora d'um ligeiro eczêma generalizado, e como tal diagnosticou o seu medico assistente a lesão, foram-lhe indicados os banhos sulfurosos, que foi tomar á povoação de Carlão, proxima da sua terra natal. Vem a proposito dizer, que essas aguas são de uma temperatura bastante elevada, que a doente a custo supportava, e de uma alta sulfuração. Com estes banhos, a doente principiou a sentir-se peor. É certo que o prurido lhe desapareceu, mas em compensação exacerbou-se-lhe extraordinariamente a descamação, e a pelle começou a gretar-se-lhe em pontos variados, sentindo então dôres intensas n'esses pontos. Passava-se isto em Agosto de

1911. Desanimada com o insucesso dos banhos, voltou a sua casa e a descamação persistia, já não sob a fôrma furfuracea, mas em largas escamas. De modo que, vendo-se impossibilitada de obter na sua terra a cura do seu mal, resolveu vir para esta cidade, dando entrada em Outubro, no Hospital Geral de Santo Antonio. Aqui foi permanecendo no mesmo estado. A descamação continuava a fazer-se, as sensações de frio seguidas immediatamente de sensação de calor, não deixavam de visitá-la frequentes vezes, o cabello e as sobrancelhas continuavam a cahir-lhe. As suas unhas, tanto dos pés como das mãos tinham crescido extraordinariamente, e apresentavam-se tão espessas e d'uma durêsa tal, que a doente deixou de poder corta-las. O seu estado geral tambem não era muito bom; em todo o caso não era de molde a inspirar-lhe sérios cuidados. Foi assim que nós fomos encontra-la em principios de Abril, e de então para cá principiamos a seguir cuidadosamente a evolução da sua doença. N'esta occasião procedemos ao exame directo, observando o estado das lesões que vimos descrevendo. Tivemos, a primeira vez que nos abeiramos da sua cama, a impressão de que estava diante de nós uma mulher já de idade bastante avançada, e foi preciso que a tabella hospitalar nos viesse elucidar, para sabermos que a nossa doente tinha apenas 37 annos. Os seus cabellos extremamente curtos e raros, lembravam uma cabelleira grisalha. Todo o seu corpo se encontrava coberto de largas escamas esbranquiçadas, transparentes em grande parte, deixando vêr por baixo d'ellas um rubor intenso, generalizado a toda a superficie cutanea. As suas unhas apresentavam-se muito compridas, espessas, fortes e recurvadas, parecendo verdadeiras garras d'ani-



mal, como se vê na fig. n.º 2. E essa fôrma de garra generalizada a todas as unhas dos pés e das mãos, era muito mais accentuada nas mãos. A pelle é mais lustrosa, brilhante, luzidia, nos pontos onde as escamas permitem vê-la. E nas mãos, um caso curioso se apresenta aos nossos olhos. É tão grande a atrophia muscular, que nós conseguimos distinguir á vista, por um ligeiro movimento dos dedos da doente, a fôrma de todos os ossos do carpo e metacarpo. Tambem a simples inspecção bastou, para notar uma notavel tumefacção de toda a região cervical, tumefacção esta, que se estendia a toda a face, dando-nos a impressão de que tinhamos diante de nós uma mulher muito gorda. Esta impressão porém desaparecia quando observavamos as partes restantes do corpo. A parte superior do thorax, participava ainda da mesma tumefacção, apenas num grau já menos elevado. Dispersas por toda a superficie cutanea, appareciam gretas de maiores ou menores dimensões. Este estudo da pelle, estava mais ou menos generalizado, accentuando-se principalmente nas prégas articulares. A estes dados, fornecidos pela inspecção, podemos juntar mais os seguintes dados pela palpação: a pelle encontrava-se muito tensa por todo o corpo, e havia œdemas quasi generalizados pelos membros e região cervical. Á pressão, desaparecia momentaneamente debaixo do dedo o rubor da pelle.

Havia atrophias musculares só nas mãos, encontrando-se as restantes massas musculares com uma pequena reduccção de volume.

A lingua apresentava-se apenas num ligeiro estado saburroso. O pulso que a custo conseguimos perceber atravez da pelle largamente retesada, apresentou-se hypo-

tenso, fraco, ligeiro e frequente, marcando 96 pulsações por minuto. Os seus pulmões faziam 22 excursões respiratorias, tambem por minuto. A temperatura não ia além da normal, antes se encontrava um pouco baixa, pois o nosso thermometro marcou 36°,5. Devemos dizer porém desde já, esta ausencia de temperatura era apenas momentanea, pois durante quasi todo o tempo anterior ao nosso exame ella esteve sempre mais ou menos além dos limites normaes do estado hygido. E depois tambem assim continuou, como se vê pelo graphico por nós obtido.

A auscultação forneceu-nos dados muito limitados ácerca do estado dos seus apparatus de circulação e respiração. Apenas podemos notar que os tons cardiacos eram mal batidos e nos pulmões existia uma ligeira congestão das bases com rudêsa respiratoria e respiração interscisa no pulmão direito. A doente conservava integros todos os movimentos dos membros inferiores e os dos membros superiores eram apenas prejudicados nas mãos pelas atrophias musculares a que nos referimos. Na observação das suas faculdades mentaes nada encontramos de anormal. O mesmo porém já não diremos dos seus orgãos sensoriaes, os quaes nem todos se encontravam em absoluta integridade. O tacto estava, como é natural, um pouco compromettido. Igualmente a audição estava alterada, revelando a doente uma certa surdez, que antes não existia, que por vezes lhe acarretava quasi a impossibilidade de comprehender as nossas perguntas.

A estes dados objectivos juntou-nos a doente os seguintes anamnesticos: Continúa a sentir de vez em quando arrippos geralmente seguidos de sensações de calôr. Sente fraquêsa e cansaço geraes e de vez em quando ligeiras

dôres na cabeça e no abdomen. Conserva habitualmente uma ligeira inapetencia, mas os alimentos não a affrontam. Realisa regularmente as suas dejecções e a diurese é regular. Sente por vezes ligeiros accessos de dyspnea, mais frequentes durante a noite quando repousa, mas não tem tosse nem expectoração. E com estas observações tínhamos percorrido todos os órgãos de economia, notando que o nosso exame, encontrou á superficie cutanea, as maiores lesões. Carecíamos agora de conhecer a historia da doente, inquirir dos seus antecedentes mórbidos pessoais e hereditarios. Também neste ponto não foi muito lisongeiro o resultado obtido. A doente contanos, com toda a precisão na sua maneira de expôr, toda a sua vida. Passou a sua infancia sem que nenhuma doença de maior a tivesse preocupado nem inspirasse cuidados aos seus. Apenas aos oito annos de idade foi acometida d'um ligeiro eczêma que as aguas sulfurosas do Molêdo se encarregaram de curar. Em todo o resto da sua vida, salientou-se sempre pelo seu perfeito estado de saude que lhe permittia entregar-se constantemente ás suas occupações domesticas sem a menor reserva. Accusa a doente que deixou de ser menstruada ha cêrca de 29 menses, occasião em que teve o seu ultimo filho. Recorda-se perfeitamente de seus paes e diz que foram sempre saudaveis. E numa ligeira pesquisa ás restantes pessoas de familia por ella conhecidas apenas sabe dizer que seu avô soffrera durante tempos d'um tumôr branco. Portanto, apenas uma suspeita pôde ficar na nossa imaginação — é que a doente tinha tido nos seus antepassados alguem que fôra victima da tuberculose. Defende também com ardôr a integridade organica de seu marido dizendo que nunca foi acometido do menor achaque de

qualquer ordem. Uma só coisa lhe occorre que elle tenha tido e foi o seguinte: ha três annos appareceu-lhe pela primavera uma ligeira erupção cutanea, constituida por pequeninas bolhas, com ligeiro prurido que durou apenas alguns dias. Não conseguimos apurar que especie de erupção seria esta, porquanto a doente não soube dar-nos esclarecimentos precisos. Em todo o caso, parece-nos que não deve tratar-se de qualquer afecção grave, visto a rapidez com que desapareceu. Da sua prole tambem não refere mais que uma invejavel saude nos quatro filhos que teve, dos quaes o mais novo tem 29 mēses de idade. E nisto se resumem as nossas observações. Nada mais nos foi possivel colher que nos orientasse para melhor traçarmos o diagnostico da lesão e proceder ao estudo da causa efficiente ou determinante da mesma.

Diagnostico

De que especie de lesão seria portadora a doente que tinhamos diante de nós? Para a investigação d'esta tornava-se necessario fazer entrar em jogo todos os dados da pathologia da pelle, para de entre elles tirarmos os que mais facilmente e melhor traduzissem as lesões por nós observadas. Estavamos ante um caso pouco vulgar na pathologia que simultaneamente deveria revestir uma fórma um pouco grave, constituir um typo especial que em nenhum outro poderiamos filiar. Mas como o melhor processo de chegar a definir a lesão seria principiando por dizer o que ella não era, fizemos o diagnos-

tico por exclusão. Não podíamos indubitavelmente filia-la no grupo das dermatoses vesico-pustulosas, visto que não se apresentavam á nossa vista nem as vesículas, nem as pustulas que lhes são características. Também não existiam em parte alguma da superficie cutanea, nem papulas, nem crostas, nem bolhas, tuberculos ou tumôres. Nenhuma d'estas fórmãs de lesões cutaneas encontravamos neste caso. Mas o que é certo é que em todas as lesões da pelle nós encontramos sempre como primeira manifestação uma d'ellas. Qual seria pois a que nós aqui encontravamos? Era a escama. Vimos realmente que a epiderme se ia, por assim dizer, desfazendo constantemente em escamas que iam desde a furfuracea até verdadeiros retalhos epidermicos. Portanto, já não poderíamos procurar o nome da lesão entre os eczêmas, psoriasis, impetigos ou qualquer uma d'essas variadissimas lesões que teem muito differente fórmula inicial. Não seria, portanto, de modo algum a generalisação de qualquer d'estas lesões. O que seria então? Podemos dizer que se tratava de um vastissimo erythema, espalhado uniformemente por toda a superficie cutanea? Sim, mas a descamação constante modificar-nos-ia este diagnostico. Mas existia realmente esse erythema, embora acompanhado de largas escamas e portanto poderíamos dizer que a doente era portadora d'uma lesão erythematosã geral com larga descamação epidermica.

Aqui tinhamos portanto já um grupo de lesões, no qual havíamos de encontrar necessariamente o logar correspondente á que vinhamos observando. A este grupo de lesões chamam os dermatologistas — dermatites esfoliadoras. Tratava-se aqui portanto, d'uma dermatite esfoliadora. Mas esta especie de dermatites póde ainda re-

vestir duas fórmias como em geral quasi todas as lesões organicas — aguda e chronica. D'entre as fórmias agudas aquella que mais impressiona os nossos sentidos é, indiscutivelmente, a escarlatina, cujo modo de descamação cutanea differe em absoluto da que nós observamos nesta doente. Além d'isso a evolução da doença não condizia de modo algum com a marcha aguda da escarlatina, nem os seus symptomas geraes a ella correspondiam. O modo como a lesão evolucionou era revelador de um cronicismo accentuado e portanto tinhamos de filia-la no grupo das *dermatites esfoliadoras cronicas*.

Não se preocupam demasiado os dermatologistas, com o estudo d'este grupo pathologico, e a poucos typos reduzem, as variadas fórmias por elles observadas. De modo que restava-nos procurar entre esses poucos typos, aquelle que mais semelhanças tivesse com o nosso caso. Encontramo-lo realmente, em uma doença rara e, como disse-mos antes, ainda muito mal estudada — a pitiriasis rubra de Hebra. Sem hesitação, assim classificamos a doença de que era portadora a doente M. de D. L.

Uma pergunta, porém, nos póde ser formulada. Porque razão não pertencerá a outro qualquer grupo, a lesão que apontamos? Podia ser por exemplo a eritrodermia esfoliadora de Besnier e Doyon? Realmente, ainda hoje não é dado distinguir claramente estes dois typos, tanto mais que estes mesmos auctores consideram a pitiriasis rubra de Hebra como o typo por excellencia das eritrodermias esfoliadoras generalisadas. Ha ainda uma especie de lesões que apparecem por vezes consecutivamente aos eczêmas e psoriasis e que se assemelham á pitiriasis — são as *herpetides esfoliadoras secundarias*. Mas d'estas nos exclue a marcha da lesão que

é primitiva e não implantada sobre outra anterior. As *eritrodermias premicosicas* que poderiam também confundir-se com a pitíriasis pela sua descamação furfuracea, d'ella se distinguem nitidamente pela larga descamação ulterior d'esta e pela intensidade e marcha progressiva da lesão.

Do eczêma e do psoriasis já vimos como distingui-la. Podia, é certo, confundir-se momentaneamente com o eczêma rubrum, mas a intensidade da descamação e a gravidade das perturbações geraes não estão de modo algum em harmonia com a symptomatologia do eczêma. Além d'isso, tanto no eczêma como na psoriasis a generalisação da lesão é sempre muito menor e nesta ultima existe a infiltração dermica completamente ausente no nosso caso. O *lichen rubro generalizado* differe também da pitíriasis pela menor descamação e pela impressão da pelle ao tacto que é lisa e tensa na pitíriasis, rugosa no *lichen*.

O *pemphigus foliaceo* é caracterizado pelo estado humido da pelle que é sêcca na pitíriasis. De todas as dermatoses, porém, aquella que mais se confunde com a pitíriasis rubra de Hebra é a *pitíriasis rubra pilar ou follicular*. Distingue-se, porém, pelas suas localizações folliculares, pelas lesões ungueaes, palmares e plantares que não existem na pitíriasis rubra. Além d'isso, a pitíriasis pilar é d'uma gravidade muito menor.

Ora, já dissemos que no nosso caso não encontramos dados com que nos fosse permittido filiar a lesão observada em qualquer outro grupo e que por exclusão portanto, lhe punhamos o diagnostico de pitíriasis rubra de Hebra. Vem, portanto, agora a proposito perguntar se nas observações por nós feitas existe a concordancia com

os factos clinicos apontados como caracteristica da pitiriasis. Sob este ponto de vista não nos resta sombra de duvida e podemos mesmo dizer que ella é a traducção fiel do tipo clinico apontado como modêlo.

São rarissimos, como dissémos, os casos de pitiriasis rubra; todavia, os dermatologistas são unanimes em traçar-lhe um certo numero de caracteres que passaremos a examinar ligeiramente afim de verificar se realmente o nosso caso seguiu a marcha normal ou d'ella se afastou muito. Segundo o estudo feito por Hebra, Hardy, Wilson, Chatelain, Dubreuilh e outros dermatologistas, a pitiriasis inicia-se por manchas vermelhas, largas, ao nivel das prégas articulares, manchas que se acompanham de uma ligeira descamação furfuracea e um leve prurido. Foi assim que a nossa doente iniciou a sua lesão. Estas manchas invadem o corpo todo, tornando a pelle uniformemente vermelha, côr viva, sêcca, tensa e iniciando uma descamação furfuracea geral. Ao mesmo tempo persiste o prurido ligeiro inicial, ha uma certa elevação thermica, principalmente na superficie cutanea e o doente começa a sentir umas ligeiras dôres vagas. Ora foram precisamente estes factos que observamos na nossa doente. Com o avanço da lesão, dizem os mesmos auctores, a extensão cutanea accentúa-se, a descamação augmenta e os cabellos tornam-se finos e cahem quasi completamente. São estes outros tantos factos por nós observados. E a quêda dos cabellos era no nosso caso bem accentuada parecendo os poucos que lhe restavam, pela sua finura, de uma creança de tenra idade. A lesão vae progredindo sempre e a pelle que se tornára brilhante, conservando-se sempre sêcca, principia a fissurar-se em varios pontos, principalmente ao nivel das prégas cutaneas.

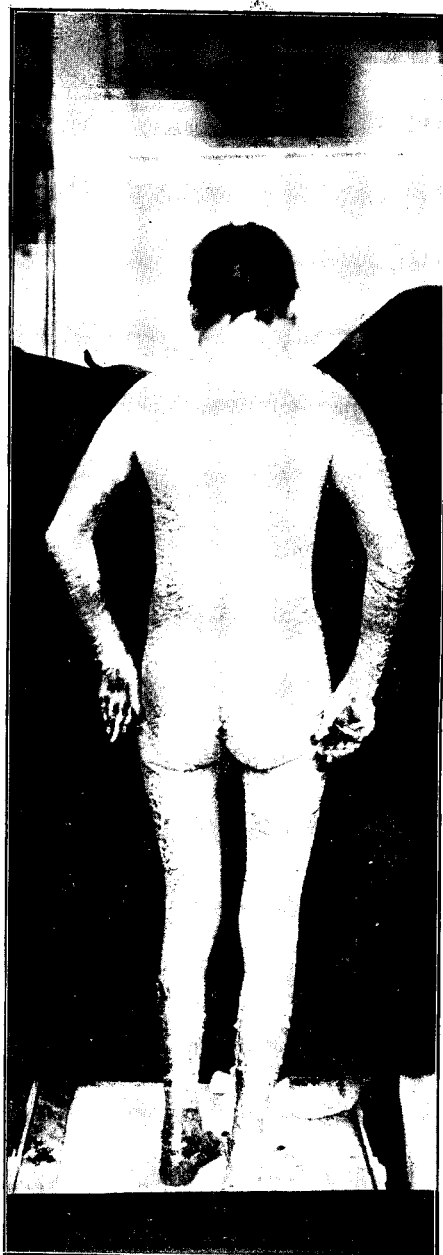
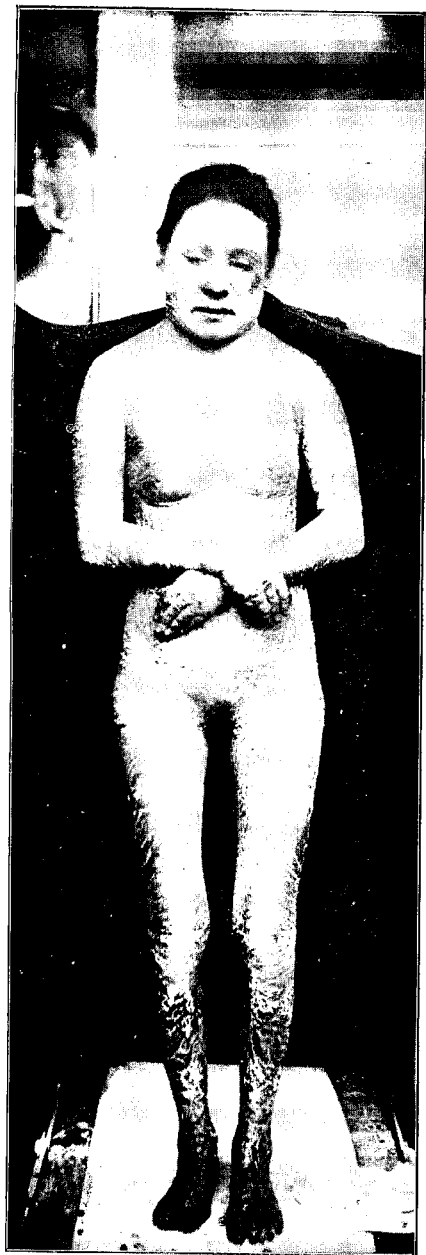


Fig. n.º 3

Mais factos perfeitamente identicos áquelles que nós observamos. Não pôde pois restar-nos duvida de que é realmente um caso de pitiriasis rubra de Hebra o que vimos estudando e, portanto, será este o diagnostico que lhe poremos. E para compara-la com o typo classico mais factos poderiamos ainda citar o que nos parece superfluo, pois é tal a semelhança do nosso caso com os dados apontados pelos dermatologistas a que nos referimos, que seria repetir a symptomatologia colhida pela nossa observação. E adiante veremos ainda como a evolução da doença continuou ainda a affirmar a concordancia perfeita do nosso caso com o diagnostico posto por aquelles dermatologistas em face de lesões semelhantes.

Prognostico

Uma ideia que nos é suggerida naturalmente quando nos abeiramos da cama d'um doente e traçamos na nossa imaginação o diagnostico da lesão de que é portador, é o seu prognostico. Por vezes não se torna facil estabelecer logo ao primeiro exame do doente o prognostico da sua lesão. Dizer realmente se o caso é d'uma cura mais ou menos provavel, se o futuro do doente nos apparece duvidoso ou é irremediavel a sua perda, são realmente affirmações que demandam toda a ponderação e reserva da parte de quem as faz. E nós crêmos mesmo que o prognostico de uma doença só pôde ser traçado depois d'uma longa e cuidada observação do estado do doente e da marcha da lesão. Neste caso, porém, já os dados

que possuíamos eram bastantes para que pudéssemos estabelecer um prognostico definitivo. A duração da doença, a sua marcha constantemente progressiva, o estado geral da doente cada vez mais precario, as referencias que todos os auctores nos faziam de casos semelhantes sem exemplo de nenhum que não fôsse fatal, tudo contribuiu para que classificassemos de irremediavel a morte da nossa doente. Isso, porém, não nos inhibiu de seguir cuidadosamente a evolução da doença e por isso registaremos as nossas

Observações diarias

Não deixa de revestir um grande interesse a observação cuidada que dia a dia fômos fazendo, porque ella nos deu ensejo de notar uma apreciavel série de mutações por que a doente passou. É claro, que muitas d'estas mudanças nos pareceram algumas vezes devidas ao tratamento a que a doente foi submettida e portanto, juntaremos á sua descripção o capitulo da medicação e dieta, dizendo os effeitos que dia a dia fômos observando com os diversos medicamentos a que a doente foi submettida. Na exposição do tratamento referir-nos-hemos apenas ao tempo em que a doente esteve confiada á nossa observação, abstrahindo do que anteriormente vinha seguindo. A sua dieta teve de ser sempre reduzida ao leite, pois que quando em 29 d'Abril procuramos ensaiar uma outra especie de alimentação, verificamos que a temperatura se elevava e o estado geral da doente tornava-se

peor. Poucos dias depois do nosso exame uma mudança nos appareceu no estado geral da doente. Até então vinha fazendo regularmente as suas dejecções e passados dias entrou a sentir constipação de ventre e difficuldade de dejectar, que só fazia com umas certas dôres intestinaes, principalmente no rectum. As fêses eram duras, de côr amarella e pouco abundantes. Estava então no uso da pomada de oleo de cade com oxydo de zinco como applicação cutanea e tomava diariamente um banho de tri-sulfureto de potassio, sulfureto com chloreto e carbonato de sodio. Este tratamento em nada revelou efficacia curativa. O unico resultado obtido foi a diminuição do prurido de que a doente vinha soffrendo desde o inicio da lesão e ainda uma ligeira diminuição das fissuras da pelle. De resto a descamação continuava a fazer-se em largas escamas por todo o corpo. E fazia-se com tal intensidade que diariamente se enchia na enfermaria um a dois baldes de escamas. Constituia realmente um phenomeno tristemente admiravel a quantidade d'escamas que constantemente se desprendiam da superficie cutanea d'esta doente. O estado geral da doente continuava a accentuar-se na sua marcha de mal estar. As dôres vagas que sentia de quando em quando principiaram a tornar-se frequentes e já quasi todo o dia e noite a doente se queixava de cephalalgias, nevralgias faciaes, dôres abdominaes e dôres generalisadas por todo o corpo. Passava-se isto quatro dias após o nosso primeiro exame. O braço direito principiou a mostrar uma certa difficuldade nos movimentos e provocando nas tentativas de distensão uma dôr ligeira.

Simultaneamente podemos notar que principiava a accentuar-se uma certa flacidez das massas musculares

dos membros superiores e inferiores. Com ligeiras pressões a doente sentia uma certa dôr, que se accentuava principalmente nas regiões das coxas e braços. Essas dôres eram puramente musculares pelo que podemos apreciar.

Já dissemos que havia um œdema notavel na região cervical e na face. Esse foi-se accentuando constantemente, fazendo incidir a sua maior saliencia na região dos sterno-cleido-mastoideos, de tal maneira, que toda a região cervical anterior se transformou em uma larga tumefacção, atravez da qual não era possível fazer a palpação da thyroideia, nem sentir os cornos do osso hyoideo. Um facto curioso nos offerecia esta tumefacção. Podiamos palpa-la á vontade sem que a doente se queixasse da menor dôr. A doente tinha accessos de dyspneia, por vezes muito violentos, que, principalmente de noite, lhe acarretavam um mal estar geral desesperador. Não faltaram tambem, as perturbações digestivas consecutivas. E assim é, que por vezes a doente sentia nauseas, sem que todavia chegasse a haver regorgitação de alimentos. A auscultação continuava a fornecer-nos os mesmos dados por parte do coração. No aparelho respiratorio continuava a accentuar-se a rudêsa de respiração, rudêsa que revelava claramente um obstaculo á entrada e sahida do ar, na parte superior dos bronchios. Nas bases dos pulmões persistia a congestão, com diminuição de murmurio respiratorio e a apparição de alguns sarridos humidos de pequenas bolhas. E n'isto se resumem as alterações por nós observadas até 20 d'Abril.

Quanto ao tratamento a que foi submettida, persistimos em dizer que continuaram sendo negativos os resultados. Desde que se accentuou a tumefacção cervical,

imediatamente ocorreu ao director da enfermaria, o Prof. Luiz Viegas, que se tratava d'uma inflamação notavel da thyroidea e por isso procurou recorrer á opothera^{pi}a, afim de tentar debellar o mal. Fez portanto, a doente, uso das capsulas de thyroïdina, nos fins de Março e principios d'Abril, mas sentiu-se peor em seguida a este tratamento. Fez, por varias vezes, uso das capsulas de sulfato de quinino, para combater a temperatura, e da limonada chlorydrica, para attenuar as perturbações gastricas de que se queixava. Ambos os medicamentos tinham apenas um resultado temporario. Como applicação cutanea, entrou em principios de Abril no uso d'uma pomada, composta de oxydo de zinco e uma pequena quantidade de oleo de cade. Esta pomada teve um certo effeito calmante e combateu por algum tempo, chegando a debella-las inteiramente, as fissuras da pelle. Não foi porém persistente este resultado, e mesmo durante a continuação da applicação da pomada, as fissuras voltaram a apparecer. Procurou-se tambem durante este periodo combater por meio d'um purgante de citrato de magnesio, a constipação de ventre. E de facto, durante alguns dias em seguida, a doente realisou regularmente as suas dejecções sentindo ao mesmo tempo menos dôres abdominaes. Podemos n'este periodo obter o pêso e a altura da doente, que eram respectivamente de 41 kilos e 1^m,50. Posto isto, vejamos as alterações observadas no periodo consecutivo, que nós faremos prolongar até á morte da doente. A sua alimentação continuou a fazer-se com leite, persistia a inapetencia, acompanhada por vezes de vomitos, com sensação de peso no estomago e intestinos e constipação de ventre, ainda que menos accentuada do que no periodo

anterior. Um facto curioso se dava entretanto; a diurese continuava a fazer-se regularmente, apresentando as urinas, geralmente, um aspecto notavel de limpidez. Foram-lhes feitas diversas analyses, nada nos sendo revelado d'anormal.

As dôres vagas, generalisadas por todo o corpo, continuavam a opprimir a doente, e se tinha periodos de algum allivio, eram elles muito ligeiros. Se porém, as dôres geraes não soffreram grande augmento, o mesmo já não podemos dizer das suas nevralgias faciaes, porque essas revestiam uma intensidade maior, a ponto de por vezes custar á doente supporta-las. Ao mesmo tempo sentia quasi constantemente uma sensação de pêso na cabeça, que parecia, dizia ella, não poder segurar-se no pescoço. A pressão continuava a ser dolorosa, principalmente nos membros. A tumefacção intensa, que persistia na região cervical, já não se limitava a esta região, mas tinha invadido a parte superior do thorax e toda a face, dando á doente o aspecto d'uma extraordinaria obesidade, que contrastava com a extrema emaciação das partes restantes do seu organismo. Procuramos com applicações de pensos humidos de um soluto d'acido borico, combater um pouco esta grande inflamação. E devemos dizer em verdade, que, embora muito ligeiramente, sempre conseguimos attenu-la um pouco. Tornava-se curioso o exame d'esta tumefacção. Á sua palpação não notavamos o aspecto d'uma superficie largamente infiltrada, ou apresentando mesmo verdadeira fluctuação como a simples inspecção fazia suspeitar. Toda aquella região parecia transformada n'uma massa da consistencia de tecidos sclerosados. Nas regiões superiores dos braços e mãos, notavelmente no direito, princi-

piou a accentuar-se tambem a tumefacção, mas alli deixava perceber nitidamente uma infiltração sub-cutanea. Esta grande tumefacção acarretou á doente um augmento da dyspnea a que já nos referimos, e era com grande difficuldade que ella realisava as suas excursões respiratorias, que foram quasi sempre em numero de 22 por minuto. E esta dyspnea tornava-se mais intensa de noite, quando ella procurava repousar, tornando-lhe por vezes o somno impossivel. E quando dormia, era tal a sua agitação e tal o ruido do ar passando atravez dos bronchios comprimidos pela inflamação, que chegava a não permitir o somno ás doentes que se encontravam na mesma enfermaria. Claro está que esta notavel dyspnea chamava a nossa attenção para o apparelho pulmonar, a cuja auscultação procediamos frequentemente. Notavamos sempre que a congestão das bases se accentuava augmentando a rudêsa respiratoria e o numero de crepitações de finas bolhas. A interscisão respiratoria, que no inicio ouviamos na parte anterior do thorax direito, continuava a sentir-se. A superficie cutanea conservava o mesmo aspecto secco, brilhante, vermelho vivo e a descamação continuava a fazer-se intensamente com largas escamas. No principio de Maio atravessou a doente uns dias em que a descamação diminuiu um pouco, e a pelle em certos pontos, principalmente na face, chegou a apresentar-se deveras promettedora d'uma marcha para a cura. Não foi porém muito longe o engano, porque immediatamente lhe sobreveio um prurido muito intenso fissurando-se em seguida a pelle e voltando a descamação a readquirir a sua intensidade. É para notar, que se no inicio ella se fazia sob uma fórma furfuracea, essa fórma agora tinha desaparecido por completo para dar

logar a escamas que por vezes attingiam superficies de 2 e 3 centimetros quadrados. N'esta altura procurou-se mudar as applicações therapeuticas locais, substituindo-as pelo oleo de figado de bacalhau, em cujas propriedades lubrificadoras e calmantes para a pelle, iamos esperançados. O resultado porém não correspondeu aos nossos desejos porque a doente sentiu-se peor.

Accentuou-se o prurido, a cõr vermelho-viva tornou-se de um vermelho mais carregado e em quasi todas as prégas cutaneas se fizéram fissuras que eram dolorosissimas para a doente a ponto de não poder supportar a applicação do medicamento. O pulso que a custo podiamos apreciar, devido ao grande retesamento da pelle, apresentava por vezes ligeiros augmentos de tensão. De modo que em todo o periodo que vimos descrevendo, podemos dizer que, áparte ligeiras intermitencias d'uma tensão mais apreciavel, elle se apresentou sempre fraco, hypotenso, ligeiro e frequente. A doente foi durante todo o tempo que estive á nossa observação uma tachycardia. E essa tachycardia dia a dia se foi accentuando. Assim, no nosso primeiro exame, vimos nós que ella tinha 96 pulsações por minuto. Esse numero foi-se elevando gradualmente de modo que era em 20 d'Abril de 102 pulsações por minuto e no principio de Maio nunca lhe contamos menos de 108.

No coração persistia a pouca accentuação dos ruidos e por vezes um ligeiro sôpro no primeiro tempo do fóco aortico. Este sôpro difficilmente se tornava perceptivel devido á grande tumefacção da parte superior do thorax. A quéda dos cabellos continuava a dar-se constantemente.

Dissémos nós que a doente estava tambem acomettida

de uma accentuada surdez. Pois, sobre este ponto de vista podemos observar um facto muito curioso. Em fins d'Abril sem que nenhuma applicação therapeutica lhe tivesse sido feita nesse sentido, a doente principiou a sentir-se um pouco melhor, ouvindo muito mais facilmente o que se lhe perguntava a ponto de, por vezes, dar a impressão de que a sua surdez tinha desaparecido completamente. Não sabemos como explicar o facto, mas o que é certo é que elle se deu. E nunca d'ahi em diante, tornamos a notar uma tão grande surdez como a observada a principio. Da thermogenese da doente falla o graphico que apresentamos e nelle se vê que ella se conservou febril durante toda a sua estada na enfermaria. A temperatura tinha por vezes grandes acessos, elevando-se consideravelmente a curva thermometrica.

Uma das razões que elevaram a temperatura foi a **mudança** do regimen exclusivamente lacteo sendo-lhe permittida uma refeição que consistia numa costelleta de vitella. Precisamente, quando começou usando d'esta refeição foi que se accentuou mais a elevação thermica, como se vê no graphico (dia 29 a 30 d'Abril) de modo que foi preciso supprimir este alimento. E immediatamente com a sua suppressão se deu uma baixa de temperatura. Como explicar este facto? Tambem não sabemos. Seria devido a um maior esforço organico?

A doente achava-se num grande depauperamento organico, de modo que carecia de um esforço maior para fazer a assimilação dos albuminoides da carne e d'ahi talvez o augmento da temperatura. Por vezes lhe foram ministradas no intuito de baixar a temperatura e calmar as nevralgias, capsulas de antipyrina, que não conseguiram nunca fazer desaparecer nem uma nem

outras. Desde o início da nossa observação tínhamos notado nas palpebras da doente alguma coisa de anormal. Mostravam uma certa tendencia a collocar-se em ectropion, tendencia que por fim se converteu em facto e nesta altura do nosso exame a doente conservava-as já em completo ectropion que nunca mais desapareceu. E agora vem a proposito referir o que se passava com os seus membros.

Dissémos nós que no nosso primeiro exame a doente revelava a integridade de todos os movimentos. Durante o primeiro periodo da nossa observação tambem não se accentuaram as difficuldades de realisa-los, não obstante terem já começado a esboçar-se as atrophias musculares. Não aconteceu, porém, o mesmo neste periodo. Aqui o caso revestiu já uma fórmula completamente diversa. Accentuam-se notavelmente as atrophias musculares e apparece um certo estado de contractura dos musculos flexores das mãos e dos pés que collocam os dedos em uma ligeira flexão.

A doente já não consegue realizar movimentos com os membros inferiores e os dos membros superiores estão muito reduzidos. Ao mesmo tempo, ha uma grande falta de energia muscular, sem duvida devida á atrophia, que não permite á doente segurar coisa alguma. As unhas, que desde o principio se conservavam recurvadas em garra, continuam apresentando os mesmos caracteres. Não diminuíram de grandêsa nem de resistencia, e a sua fórmula adunca, espessa, accentua-se cada vez mais. Algumas vezes se tentou fazer-lhe a ablação d'ellas, o que constituía uma tarefa laboriosa, pois foi preciso amollecê-las por longo tempo com agua tépida. E apesar de tudo, sómente uma pequena porção da extremidade

se conseguia tirar, porção que se reproduzia com admiravel rapidês.

Podemos dizer que de todas as partes do organismo da doente, foram as unhas as unicas que nunca nos revelaram alterações, mas pelo contrario, conservaram sempre a primitiva fórma com que nos tinham apparecido, na occasião em que procediamos ao primeiro exame da doente. E assim foi continuando a sua marcha esta doença, conservando-nos a doente o estado que vimos descrevendo, e mostrando diariamente a tendencia para o augmento das lesões. A dyspnea conservava a sua intensidade, augmentando por vezes e a descamação permanecia muito abundante. Pelo dia 10 de Maio um facto mais veio impressionar-nos. A lingua que se vinha conservando n'um ligeiro estado saburroso, appareceu-nos então com os bordos largamente fendilhados, fazendo lembrar uma folha de arvore com os seus recortes mais ou menos profundos. Tambem não podemos conhecer a causa a que attribuir isso, mas a verdade é que o facto se deu, e deu-se, não para desaparecer em breve espaço de tempo, mas para persistir emquanto durou a vida á doente. E esta fendilhação que tornou os movimentos linguaes muito difficeis, pois que a dôr constante que a doente sentia era exacerbada por esses movimentos, tornou-lhe muito espessos os bordos linguaes. É digno de nota, que durante todo o tempo, a doente conservou sempre perfeito o estado das suas faculdades intellectuaes, e nunca podemos notar-lhe qualquer incoherencia, que revelasse uma intervenção de qualquer lesão no seu systema nervoso central. Seguia pois a lesão uma marcha progressiva, sem apresentar ao menos um instante de repouso, por onde pudesse sentir

uma esperança de alliviar a doente dos tormentos que a affligiam. Os seus movimentos continuavam a reduzir-se cada vez mais, e o seu estado geral tornava-se cada vez mais precário. Recorrendo aos tónicos que pudessem dar-lhe uma vitalidade cellular que não era possível obter por meio dos alimentos, entrou a doente a fazer uso do arrhenal.

Mas as suas forças batiam em retirada, tornando-lhe já impossiveis os menores esforços. As dôres continuavam a persegui-la cada vez com maior intensidade. Na noite de 15 para 16 de Maio foi acometida d'um violento acesso de dyspnœia simultaneamente com um ataque cuja origem não podemos conhecer, tendo sido encontrada pela manhã sem falla e com a bocca torta. Todavia no dia 16 depois de cessar o ataque passou o dia em um estado d'apparente socego, talvez devido ao consumo de forças feito com elle, que a deixou n'um grande estado de prostração. E d'aquí em diante principiou então a doença a entrar n'uma phase de maior gravidade, da qual apenas se esperava de momento para momento a morte da doente. A inflamação da região cervical e thoracica, accentuava-se cada vez mais e já se estendia por todo o braço direito e parte do esquerdo. A dyspnœia provocada por ella tornava-se cada vez mais intensa, tendo mesmo de quando em quando verdadeiros acessos de extrema angustia. Quando appareciam estes acessos maiores sentia-se então o coração empregar uma extraordinaria energia na contracção. Os ruidos eram fortemente batidos e a sua transmissão fazia-se largamente por todo o thorax.

A auscultação pulmonar continuava a revelar-nos os mesmos signaes acrescentando agora a ausencia de vi-

brações. Continúa a intensidade da descamação cutanea; a pelle apresenta um rubôr vivo, tendendo a um vermelho carregado, muito tensa, brilhante e secca.

Em quasi todas as prégas cutaneas existem longas fendilhações. A pelle da região cervical não podendo já soffrer maior distensão, cedeu finalmente á pressão exercida pela inflamação intensa e ulcerou circularmente na linha cervico-thoracica. O prurido cutaneo accentua-se cada vez mais de modo que por todo o corpo onde a doente pôde chegar com as suas longas garras apparecem ulcerações de gretagem. A applicação local que se lhe vinha fazendo da pomada de oxydo de zinco e oleo de cade não foi sufficiente para debellar este prurido e as fendilhações cutaneas consequentes. Mais uma vez se tentou o emprego do oleo de figado de bacalhau como calmante e lubrificador mas o resultado foi precisamente o mesmo que da primeira vez. Tentou-se ainda o emprego d'algumas outras pomadas calmantes sem que obtivessemos resultado algum lisongeiro das nossas tentativas. Assim conseguiu evolucionar a doença sem que, mau grado nosso, resultassem proficuos os meios therapeuticos de que podiamos lançar mão. E assim foi a doente peorando cada vez mais até que finalmente morreu a 30 de Maio. Na madrugada d'este mesmo dia foi a doente acomettida d'uma afflicção terrivel. Soltou um grito estridente que poz em sobresalto toda a enfermaria e entrou num violento acesso de dyspneia com grandes convulsões. Succederam-se gritos reveladores de dôres intensas. A doente sentia uma pressão thoracica indescriptivel que lhe fazia dizer que a matavam, que lhe esmagavam o peito. O ar entra nos pulmões com grande difficuldade. Ella arqueja constantemente com uma ancia

impossível de descrever, geme, grita enquanto as suas forças lh'o permitem, executa os movimentos mais variados e mais exquisitos, contorce-se. Assim passa quatro horas entregue a essa agitação amaríssima interrompida apenas de instante a instante pelos gritos da doente. Finalmente ás 4 horas da manhã, a doente cae em prostração completa, persistindo a dyspnea intensa que pouco a pouco foi deixando de se perceber até que ás 6 horas da manhã morreu.

E assim terminou a sua marcha essa terrível doença, perante a qual tivemos de ficar quasi immoveis, limitando-nos a colher as observações que a doente dia a dia nos ia fornecendo.

Do tratamento dissémos já no decorrer d'esta exposição. Como se depreheende são extraordinariamente precarios os recursos therapeuticos de que podemos lançar mão e a pitiriasis rubra continúa ainda hoje sendo uma doença sem tratamento especifico.

D'aqui se vê pois, que o prognostico por nós estabelecido foi realmente aquelle que o caso requeria. Quanto ao diagnostico, se alguma duvida nos restasse sobre a precisão d'elle, essa duvida tinha desaparecido com a observação da marcha e evolução da doença. Já vimos que nos seus caracteres iniciaes ella estava perfeitamente d'accordo com os dados clinicos de todos os dermatologistas que se teem dedicado ao estudo da pitiriasis rubra de Hebra. O mesmo succede com a marcha e evolução.

Precisamente as mesmas fórmias que os dermatologistas que consultamos lhe assignalam, são as que nós observamos. E abtemo-nos de fazer a comparação visto que seria repetir. Apenas uma modificação, se assim podemos chamar-lhe, notamos. Essa modificação foi a

notavel fórma das unhas da nossa doente. Mas nós preferiremos chamar a esta modificação, modalidade clinica. Os dermatologistas são unanimes em dizer que a maior parte das vezes a pitiriasis rubra torna as unhas molles, friaveis, debeis. No nosso caso ellas tinham precisamente os caracteres oppostos, o que não vem contrariar o diagnostico, visto que ha auctores que assignalam casos, embora rarissimos, em que succede o que mencionamos no nosso. Tambem quanto á terminação da doença o nosso caso concorda com os estudos feitos. Todos os auctores lhe assignalam uma manifesta incurabilidade e um final, como se deu no caso de pitiriasis rubra por nós observado. Mas, alguém perguntará, não haverá fórmas de pitiriasis rubra de Hebra, ligeiras, de character mais benigno ás quaes possamos applicar os recursos therapeuticos com alguma esperanza d'exitto? Segundo Kaposi, Brocq e Widal devemos admittir que actualmente existem casos mais benignos de pitiriasis rubra de Hebra em que nos é licito tentar a cura. Nós porém não conseguimos encontrar em parte alguma a citação de qualquer caso que não tenha sido fatal. Conhecemos pessoalmente este e tivemos o conhecimento d'um outro num individuo do sexo masculino, caso observado pelo Prof. Luiz Viegas, tendo ambos o mesmo resultado, revestindo egual gravidade. De modo que persistimos ainda na opinião de que a pitiriasis rubra de Hebra é uma lesão grave de que ainda se não conhecem fórmas benignas. E de facto os auctores a que acima nos referimos que admittem a possibilidade de casos benignos, não nos apresentam um unico d'esses.

Etiologia do caso

Impunha-se-nos agora a obrigação de falar da causa determinante da pitiriasis rubra na nossa doente. As observações porém que podemos fazer, os dados que podemos colher não nos permitem de modo algum traçar o quadro etiologico do caso. Não encontramos antecedentes hereditarios nem pessoas d'onde pudesseamos inquirir a verdadeira causa, nem observamos durante a evolução da doença qualquer facto pelo qual pudesseamos deprehender qual o agente productor d'esta pitiriasis. Alguns dados nos faltaram que talvez pudessem dizer-nos alguma coisa, como sejam principalmente o exame do sangue e das escamas epidermicas, mas quer um, quer outro não nos foi possível, mau grado nosso, obtê-lo. O Prof. Alberto d'Aguiar, que procedeu á autopsia do cadaver da nossa doente, conservou algumas peças para estudos histologicos os resultados dos quaes, esperamos, não deixará de relatar.

Crêmos que d'esses estudos muito teremos a esperar para o conhecimento da etiologia d'esta doença.

Anatomia pathologica

Os dermatologistas que teem estudado a pitiriasis rubra não teem deixado de proceder no cadaver ao exame das lesões anatomicas. E em cada caso parece

notarem-se fórmas anatomo-pathologicas variadas, de modo que se fomos a descrevê-las aqui, teriamos por assim dizer de compendiar todos os casos. E como o unico que directamente nos interessa é o nosso, prescindimos de fazer referencias a outros e passaremos a descrever as lesões observadas por nós. E para isso, visto que o caso revestiu uma interessante curiosidade pela multiplicidade das lesões anatomicas, descreveremos succintamente a autopsia a que se procedeu.

Autopsia

No proprio dia da morte de M. de D. L. procedeu-se á autopsia do cadaver, a qual se mostrou indubitavelmente uma das mais curiosas senão a mais a que temos assistido, tal era a variedade e multiplicidade das lesões. A nossa descripção não será portanto relatar uma autopsia na verdadeira acepção da palavra, mas sim descrever as lesões anatomo-pathologicas observadas. Foi esta autopsia realisada pelo Prof. Alberto d'Aguiar e Prof. Luiz Viegas. Externamente apresentava o cadaver todas as lesões a que nos referimos nas nossas observações — unhas em garra, fortes, espessas; olhos em ectropion com retrahimento palpebral; esfoliação geral da pelle com grandes escamas no tronco, menores nos membros e fissuras da pelle nas prégas articulares. Além d'estas lesões que já tinham sido observadas *in vivo* apresentava-se uma outra que tambem nos ultimos dias da sua existencia principiava a desenhar-se. O cadaver apresentava manchas ecchymoticas com derramamento sanguineo na face dorsal do ante-braço e mão esquerda e em todo o ante-braço e mão direita. As mesmas manchas appare-

ciam dispersas nos pés e no terço inferior das pernas. Além d'isso existiam tambem duas ulceras de decubito nas regiões sagradas. A pelle offercia de particular uma certa resistencia ao córte, resistencia que fazia como que crepitar ao córte do bistouri.

Lesões sub-dermicas — Posto isto entremos mais profundamente nas lesões que a pelle occultava aos nossos olhos.

Regiões cervicaes — As primeiras observações dirigiram-se a estas regiões onde immediatamente ao primeiro golpe, apenas posta a descoberto a camada muscular, verificamos que os sterno-cleido-mastoideos se encontravam repellidos para o lado chegando o do lado direito a formar um verdadeiro arco de larga concavidade antero externa. Este mesmo arco existia no esquerdo mas menos accentuado. A força repulsiva d'estes musculos tinham sido os lobulos da thyroideia que se encontravam extraordinariamente augmentados de volume, a ponto de abranger quasi completamente toda a região cervical anterior. D'entre os lobulos aquelle que mais hypertrophiado se encontrava, era o direito. O corpo da glandula estava menos augmentado de volume. A sua consistencia era dura, de aspecto esbranquiçado, toda reduzida a uma massa de tecido sclerosado. E esta sclerose não só era evidente na thyroideia, mas em toda a região cervical, principalmente do lado direito mostrando d'onde a onde zonas de tecido lardaceo. As aponevroses cervicaes estavam fundidas, tambem sclerosadas. Todos os ganglios cervicaes estavam consideravelmente augmentados de volume com grande in-

filtração e endurecimento, revelando uma esclerose e condensação de tecido conjuntivo. Os órgãos mais profundamente situados não revelavam lesões apreciáveis.

Thorax—Seguindo a ordem descendente passamos a examinar a caixa thoracica e o seu conteúdo, onde abundavam as lesões.

A abertura da cavidade mostrou-nos immediatamente um derrame abundante nas duas pleuras direita e esquerda, derrame hematochyloso que deveria ter aproximadamente 3 a 4 litros de volume. Os ganglios da região retro-sternal estavam também augmentados de volume e tendo soffrido a degenerescencia. Ligando os pulmões á parede thoracica havia adherencias distendidas.

Essas adherencias davam-se na face anterior do lobulo superior do pulmão direito e no vertice e parte anterior do lobulo inferior do pulmão esquerdo. Os pulmões apenas se encontravam ligeiramente atalectasiados não revelando lesão alguma. O pericardio apresentava junto á inserção do pediculo cardiaco algumas ptechias diffusas. O sangue das cavidades do coração apresentava-se com uma côr escura, cyanotica não havendo coagulos sanguineos notaveis. O miocardio estava reduzido de volume e descórado, revelando uma ligeira miocardite. Mas no coração, o que mais despertou a nossa admiração foi o endocardio, onde fomos encontrar uma interessante endocardite vegetante que nunca pela auscultação conseguimos notar distinctamente no vivo. Essa endocardite dava-se nas sigmoideias aorticas, cujas valvulas pareciam verdadeiros pés de couve

flôr. As restantes valvulas estavam integras. Os ganglios mediastinicos, uma vasta massa unica, sclerosada. E antes de passarmos a descrever outras lesões seja-nos permitida uma observação. Vimos nós que nas pleuras existia um abundante derrame. Ora que lesões encontramos nós que nos permitissem toma-las como agente d'esse derrame? Podemos dizer que nenhuma. De modo que julgamo-lo devido á compressão exercida por essa volumosa massa a que estavam reduzidos os ganglios mediastinicos. E certamente a ella tambem devemos attribuir as modificações respiratorias que durante a vida observavamos constantemente na doente. Posto isto passemos a observar as lesões do

Abdomen -- Tambem n'esta parte do corpo são notaveis as lesões encontradas. O peritoneo póde dizer-se que foi o unico órgão em que não apreciamos sensiveis lesões. Os ganglios retro-peritoneaes estavam todos consideravelmente augmentados de volume. Tinham uma consistencia dura como os mediastinicos. Tanto estes como aquelles, tinham os seguintes caracteres: consideravel hypertrophia, sendo alguns do volume d'uma noz; aspecto exterior um pouco claro, com pontilhações sanguineas; consistencia dura, envolvidos d'um tecido sclerotico resistente ao córte dando o aspecto cerebral e secreção leucocitaria. Apenas em alguns appareceram ligeiros focos purulentos, e em outros retro-peritoneaes, uns pequenos hematomas. A mucosa intestinal estava largamente impregnada de bilis. As paredes intestinaes, estavam adelgaçadas com congestão e pontos ecchymóticos generalizados ao intestino delgado e mais accentuados no jejuno-ileon. A suffusão dos vasos com infil-

tração sanguinea era geral por todo o intestino, e em todo elle se desenhava nitidamente a arvore vascular terminal. O mesmo acontecia no estomago. As placas de Peyer estavam pouco salientes. O figado apresentava o volume normal, de aspecto muscado, leucemico, e revelou ao córte uma ligeira congestão. O baço estava consideravelmente augmentado de volume, apresentando focos de endurecimento hemorragico. Na sua parte superior, onde o endurecimento era maior, parecia ter ao córte, o aspecto d'um infarcto. Os rins encontravam-se diminuidos de volume, ligeiramente atrophados e deixaram vêr ao córte, alguns pequenos fôcos congestivos disseminados. As capsulas supra-renaes estavam hypertrophiadas; eram duras, resistentes, como nunca tinhamos até então observado.

Notou-se a existencia d'uma pequena capsula accessoria junta a um dos rins. Os ovarios estavam muito atrophados. E assim ficam resumidas as lesões que observamos na cavidade abdominal. Passemos agora ao

Encephalo — O cerebro apresentava-se um pouco anemiado. Nas meninges havia pequenas suffusões sanguineas, com uma ligeira congestão e hiperemia. No lobulo esquerdo havia immediatamente acima da circumvolução do corpo calôso um pequeno fôco ecchymotico. Ao córte nada de anormal se observou.

Ganglios externos — A geral hypertrophia observada nos ganglios visceraes suscitou a curiosidade de observar tambem os ganglios externos para inquirirmos do seu estado. E assim foram observados os gangliosinguino-cruraes que encontramos ligeiramente atro-

phiados e com pequenos fócios hemorragicos. O mesmo estado já não observamos nos ganglios da axilla. Estes encontravam-se consideravelmente hypertrophizados, parecendo cada um, uma grande noz.

Tinham um aspecto semelhante aos visceraes dando por expressão um exsudato analogo ao dos visceraes e apresentando alguns d'entre elles fócios purulentos. Temos assim resumidas todas as lesões macroscopicas anatomo-pathologicas existentes no caso de pitiriasis rubra a cujo estudo vimos procedendo. As lesões encontradas no nosso caso differem muito das lesões citadas pelos dermatologistas em casos semelhantes. Referem para os seus casos uma anatomia pathologica muito reduzida quando nós fomos encontrar uma grande multiplicidade de lesões. Seriam essas lesões devidas a affecções coexistentes? Sobre isso não nos podemos pronunciar. Todavia afigura-se-nos que a maior parte d'essas lesões devem ser explicadas por uma mesma e unica causa, causa que por sua vez podia ser o agente da pitiriasis.

Deduzindo

Após a ligeira exposição que fizemos do nosso caso estamos relacionados com todas as lesões organicas que M. de D. L. nos apresentou. Conhecemos todas as phases porque passou a doença e todos os episodios da sua evolução. Pela autopsia podemos avaliar das lesões anatomo-pathologicas. Numa ligeira vista de conjuncto procuramos saber o que diziam os mais notaveis dermato-

logistas ácerca da pitiriasis rubra de Hebra. Nada mais nos resta pois a acrescentar quanto á evoluçãõ da doençã, á sua marcha, á sua anatomia pathologica. Dois pontos porẽm deixamos ainda obscuros: a patogenia e a etiologia.

Da patogenia só poderemos fallar rigorosamente depois que nos seja conhecida a etiologia. Vamos pois investigar d'esta ultima. Observamos multiplas e variadas lesões; tivemos occasiãõ de inquirir dos antecedentes pessoaes e hereditarios da doente, conhecemos regularmente a evoluçãõ da doençã desde o seu inicio até ao termo fatal; e finalmente depois da morte podemos apreciar os descabros que antes não tinha sido possivel de modo algum fazer chegar aos nossos sentidos.

Com todos estes elementos poderemos entãõ dizer agora qual é a causa da doençã? Não podemos. A obscuridade, as trevas que a tal respeito se formaram no nosso espirito, persistem ainda. Seria a tuberculose, agente que os dermatologistas insistem em ser o determinante da pitiriasis rubra? As lesões observadas não nos fallam a favor da tuberculose. Como porẽm o polymorphismo d'esta lesãõ é tão vasto, só poderiamos pronunciarmo-nos definitivamente após inoculações, que não podemos fazer, sobre animaes, pois só ellas poderiam mostrar-nos se realmente existia ou não a tuberculose na doente em questãõ. Do que porẽm não nos resta duvida é de que a causa reside na infecçãõ ganglionar generalisada que observamos e não deixam de ter intervençãõ as glandulas vasculares sanguineas manifestamente alteradas. De que natureza seria a infecçãõ ganglionar, não sabemos.

E as alterações das glandulas vasculares seriam anteriores ou posteriores? Parece-nos que, attendendo ao estado avançado da sua lesão, nós devemos considera-las anteriores. E se nos é licito apresentar a opinião do nosso illustre Prof. Luiz Viegas, diremos que o nosso caso de pitiriasis rubra, teve por causa principalmente, a alteração das glandulas vasculares sanguineas. E porque mecanismo se deu essa acção?

As glandulas vasculares sanguineas foram attingidas por uma infecção, cujo agente nós não conhecemos. Essa infecção perverteu o seu papel hematopoiético e acarretou uma notavel dyscrase sanguinea. Simultaneamente os productos toxicos que se formaram nas glandulas, arrastados na corrente sanguinea, foram encontrar nos ganglios poderosas barreiras, que em uma lucta violenta e constante, acabaram por ser profundamente alterados. De modo que estava a superficie cutanea altamente prejudicada na sua nutrição pela dyscrase sanguinea e d'ahi a perda da vitalidade cellular, e com ella todas as perniciosas consequencias observadas. Ora não é esta a hypothese aventada pelos varios dermatologistas, hypothese que, com certêsa, os seus casos lhe não teem suggerido.

Quer-nos todavia parecer que os dados observados no nosso caso nos não excluem de seguir com enthusiasmo a opinião emittida.

E de resto não nos custa acceitar que as glandulas vasculares sanguineas com o seu altissimo papel na economia organica, não podessem com as suas alterações, produzir as variadas e perigosamente importantes lesões, que tivemos occasião de observar no nosso caso.

Todavia, prevalecendo mesmo esta hypothese, nós fi-

camos ainda ignorando a verdadeira causa da pitiriasis rubra de Hebra, e apenas temos de addicionar um facto a tantos outros observados. Sem querer considerar lei a afirmação feita, nós podemos todavia dizer, que a causa determinante d'esta pitiriasis, nos parece a alteração das glandulas vasculares sanguineas. É uma noção nova para nós, porquanto ainda até hoje não vimos que alguém tivesse pensado em tal causa.

Mas não nos arrependemos de enveredar por este caminho, porque elle nos parece viavel e apenas lamentamos que não nos seja conhecido o agente alterante das glandulas vasculares sanguineas. É certo que nos poderiam objectar, que a alteração das glandulas coincidiu precisamente com as manifestações da lesão cutanea. E nós podiamos responder que n'esse caso, continuava ignorada a lesão causal da pitiriasis, e que todas as lesões a que quizessemos chamar causas, podiam, em ultima analyse, considerar-se concomitantes. Como porém a indole do nosso trabalho era apenas concorrer com a exposição de mais um caso clinico, para o estudo da pitiriasis rubra de Hebra, e n'estas ligeiras considerações deixamos exposto tudo quanto podiamos apresentar que offerecesse algum interesse clinico, terminamos pelas seguintes

Conclnsões

1.^a A doente a que nos referimos era portadora de pitiriasis rubra de Hebra.

2.^a A pitiriasis rubra é uma doença sem etiologia específica conhecida.

3.^a É uma dermatose do grupo das eritrodermias esfoliadoras crônicas.

4.^a A sua evolução é muito lenta.

5.^a É uma doença d'um prognóstico fatal, sem tratamento específico e portanto incurável.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A disposição anatomica do peritoneo gastrico, explica-nos a maior gravidade immediata da perforação das ulceras existentes na parte anterior do estomago.

Histologia—A epiderme póde regenerar-se por meio d'enxertos.

Physiologia—Não está ainda bem explicado o mecanismo da penetração do ovulo na trompa uterina.

Therapeutica—Condemno o uso do perchloreto de ferro no tratamento das hemorragias pulmonares.

Pathologia geral—As associações microbianas são muitas vezes o principal factor da gravidade d'uma doença.

Pathologia externa—O fibroma uterino, histologicamente benigno, é uma affecção grave e mesmo mortal pelas suas complicações.

Pathologia interna—A tuberculose pulmonar é uma contra-indicação absoluta d'aleitamento.

Operações—Os abscessos tuberculosos não devem ser operados.

Obstetricia—A ruptura anterior das membranas e a dilatação do collo uterino são duas condições primordiales e indispensaveis para a applicação do forceps.

Anatomia pathologica—A anatomia pathologica da hysteria, é completamente desconhecida.

Medicina legal—Nem sempre se póde distinguir o enforcamento no vivo do realisado no cadaver.

Hygiene—A maior parte das doenças dos recém-nascidos evitar-se-hia com uma boa regulamentação do aleitamento.

VISTO.

O Presidente,

Suiz Vargas.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

Augusto Brandão.