

Lesões leproticas localizadas no Couro Cabeludo

Gil Castro Cerqueira

(Assistente-Dermatologista do Asilo-Colonia Pirapitingui)

II

Terminando a serie de citações á guisa de apresentação faremos notar que fica assim fartamente demonstrado, que as lesões da lepra no couro cabeludo, conquanto não sejam muito frequentes contudo não são, de modo algum, tão excepcionais como se vinha afirmando.

Pelos recentes estudos histologicos de SHUN e pelos nossos que exhibiremos a seguir fica evidenciado, á saciedade, que na cabeça - o couro cabeludo apresenta lesões clinicas e histologicas especificas de lepra e que, muitas vezes, parecendo indenes ou melhor, embora as lesões presentes simulem dermatoses outras, a especificidade da lepra pode, com facilidade, ser demonstrada. Aconselhariamos deante do que vimos de observar e notar, aos colegas, o exame sistematico da cabeça - couro cabeludo - ; possivelmente assim fazendo iriam encontrar, não raras vezes, entre cabelos abundantes e fartos, lesões perfeitamente caracteristicas que, sem este artificio, passariam despercebidas, mascaradas que ficariam pelos cabelos, nem sempre alterados, atrofiados ou desaparecidos.

Nos nossos observados não podemos apurar com exatidão qual a epoca e ha quanto tempo o couro cabeludo foi inicialmente lesado pela lepra ; já pela inopia de elementos apreendidos de visu, já porque as informações prestadas pelos pacientes foram imprecisas, talvez, por serem individuos de condições sociais muito modestas, trabalhadores rurais que são, pouco cuidadosos e menos observadores das suas pessoas e dos seus fisicos.

Notamos que, para muitos, constituiu verdadeira surpresa a revelação das lesões apuradas. Em 3 pacientes, julgamos ter conseguido ver as lesões, muito possivelmente, nos seus primeiros periodos da evolução. Mas, de accôrdo só com estes dados e com as informações que nos foram prestadas não devemos concluir esta parte ; entretanto, se a tanto fossemos levados diriamos que estas lesões, entre nós, foram notadas em pacientes que já alcançaram e passaram dos 40 anos, concomitantemente com a lepra em plena evolução e alguns, mesmo, em fase avançada. Pelo que nos foi dado apurar as lesões não tem regiões preferenciais, por esta ou aquela parte da cabeça, atingindo-a indiferentemente desde

as regiões limites do couro cabeludo, até as mais centrais sem que estas ultimas tenham a minima relação de continuidade com as lesões da face ou da nuca etc.

Julgo que se possa deprender das descrições de cada caso que apresento, que as lesões são das mais variadas desde as suas dimensões, coloração da pele, forma, numero, bordos e contornos, até, os seus estados, aspectos, variedades e perturbações das sensibilidades.

Em alguns observados nossos, A. M. J. F. V. e M. A. acompanhamos o gradual sofrimento ou atrofia dos pelos localizados em plena área das lesões que precederam a gradual alopecia em evidência.

Como vemos a questão dos diagnosticos no couro cabeludo e, consequentemente, das alopecias precisam ser discutidas com cuidado e com provas histologicas e bacteriologicas e não somente clinicas, puramente objetivas, para não serem indevidamente computados, como lesões de lepra, dermatoses e estados diversos e dispares e alopecias de causas as mais variaveis e até comuns, devendo ter-se em mente os casos apresentados por SHUN, nos quais, com exceção de um — o n. 6, todos os demais apresentam o couro cabeludo ; *"as mais das vezes quasi normal, as alopecias se originando sobre um estado normal, quasi não permitindo palpar infiltração e não apresentando nenhuma hipoestesia acentuada.*

Somente em um caso se pode verificar macula semelhante ao eczema marginatum."

Julgo, por consequência, como já tive ocasião de dizer diante da constância dos resultados revelados positivos aos exames de laboratorio que o meio mais adequado e seguro capaz de demonstrar a especificidade das lesões da lepra e destes estados sejam as provas bacterioscopicas e histologicas podendo-se considerar os casos que não satisfizerem estas condições como possiveis e até como casos provaveis de pertencerem a outros estados morbidos, os quais principio algum científico impede de ser compatíveis de existir associados á lepra.

As figuras histologicas reveladas nos exames dos nossos casos, afóra pequenas divergências de maior ou menor intensidade, são moldados talqualmente umas sobre as outras, como se poderá ver fazendo-se os confrontos de cada qual que acompanha a sua observação com as microfotografias anexas.

Desejo deixar consignado como um fato que observamos e que julgamos interessante o de encontrarmos uma grande porcentagem de bacilos granulosos nas laminas que continham material retirado de couro cabeludo e que serviram para os nossos exames bacterioscopicos.

Nos nossos casos não foram encontradas as cellulas verdadeiras de LANGHANS e sim as pseudo - cellulas.

Em todos os nossos observados, além das biopsias, fizemos esfregaços e tivemos assim a oportunidade de verificar a excelencia do processo pois os resultados foram sempre positivos, revelando absoluta paridade,

com as provas histológicas, na demonstração de globias e *Mycobacterium leprae*.

Muito ao contrario dos fatos observados por outros especialistas, nos casos as lesões clinicas são perfeitamente claras e visiveis, já pelas infiltrações notadas e notaveis, já pela mudança na coloração do tegumento que variou de cor sepia, a eritematosa, e á acromica, já pela presença de perturbações da sensibilidade e estados distroficis da pele

Como referências, diremos que temos perfeitamente nitidas na lembrança que vimos manchas eritematosas, mais ou menos difusas no couro cabeludo e encobertas pelos cabelos, manchas estas idénticas ás leprides circinadas e que descarnaram desaparecendo gradualmente em seguida, como de equal modo descamaram e desapareceram lesões idénticas situadas em outras regiões do corpo como torax, pescoço etc.

A que poderemos ou deveremos atribuir a dissimulação ou a ausência de lesões da lepra na cabeça ou quaes serão as causas determinantes das lesões leprosas ahí serem tão excepçionaes e não se exteriorisarem nas formações comuns is outras regiões?

Que me recorde talvez a unica explicação tentada para o fato foi a aventada por ROGERS E MUIR a pag. 202 que assim refere-se.

«As mentioned above, the scalp is free from invasion by the lepra bacillus, probably due to its formation, abundant blood-supply, and the length of its hair follicles».

Não existem regiões mais bem irrigadas, mais ricas em vasos e contudo não são invadidos pelos bacilos da lepra?

Alem disso, as lesões dos vasos sanguineos, venosos ou arteriais, principalmente os de pequenos calibre não são frequentemente e precocemente lesados, sendo até os preferidos?

Pelos igualmente longos e bem implantados como são os da cabeça não são destruidos ? E, até, de accôrdo com os proprios ROGERS E MUIR não são os de preferência lesados, ao passo que os pelos finos são por ultimo ou por mais tempo respeitados ?

«Later, the hair follicles are destroyed, the larger hairs being first affected; thus the hair of the eyebrows is rapidly destroyed, as are also the hairs on the limbs, especially those on the hands and feet: but the fine hairs on the face and insides survive for a much longer time».

JEANSELME diz que o bacilo da lepra tem horror ou aversão a gordura, dahi a sua ausência nas glandulas sebaceas.

Será esta a razão capaz de explicar o facto, por conter o couro cabeludo tecido gorduroso ?

Mas, não existem regiões mais ricas em tecido gorduroso, e entretanto, não são precocemente invadidos?

Para não falarmos no proprio envolvero de proteção dos bacilos, não já foi demonstrado por CORNIL e BABES a presença do bacillo

da lepra nas glândulas sebáceas, fato esse posteriormente confirmado por TOUTOU, UNNA etc. e recentemente tratado de modo exaustivo por SHUN e também relevados nos nossos casos ?

Não me recordo se já li alhures, porém, julgo que poderíamos tentar explicar, ao menos entre nós, a raridade mais aparente que real das lesões da lepra na cabeça dos seguintes modos, abstraindo-se qualquer culpabilidade de raras climas etc. e etc.

1.º) Pela constituição anatomica do couro cabeludo, o qual como está organizado constitue um entrave meceanico, se assim podermos falar ao desenvolvimento de lesões infiltrantes, dissimulando-ae abaixo da camada epidérmica, extraordinariamente resistente e densa devido " *às traves fibrosas espessas e resistentes, anatomicamente entre si e que se estendem da face profunda do derma it face superficial ao musculo e da aponevrose*" (ROUVIÉRE)"

2.º) Ao preconceito arraigado que se tem e que vem sendo transmitido de geração em geração de que o couro cabeludo é indene e respeitado pela lepra. e dai o seu quasi esquecimento nos exames clinicos.

OBSERVAÇÃO N.º 1

A. P., 60 anos, portuguez, branco, casado, jardineiro, internado em 19/1/932.

Informa que ha 3 anos, apareceram-lhe tuberculos no nariz e, tempos depois, outros pelo corpo, com dôres nos pés, manchas vermelhas dos joelhos para baixo, perda da sensibilidade nas mãos etc.

Informa ainda mais, que, logo na começo da molestia, .3; cabelos du cabeça caíram para tempos depois renascerem, porém não tão cheios como eram dantes, isto e, nas- ceram falhados.

Diagnostico : Forma mista C² N³.

Descrição Clinica: Calvicie, apresentando neste ponto o couro cabeludo coloração eritematosa, com ligeira infiltração, notando-se bem no vertex mancha acromica, na qual ha perda da sensibilidade termica.

Revisão em 26/2/934. Notam-se as mesmas lesões, sendo que a mancha acromica mais pronunciada, apresentando os bordos irregulares, com grande numero de pequenas manchas acromicas invadindo o couro cabeludo pela periferia da placa.

Rosto: Car sepia difusa, ao mesmo tempo que eritematosa, infiltração igualmente difusa. Alopecia dos supercilios, idem dos cilios e da barba. Orelhas infiltradas e eritematosas.

Exames bacterioscopicos :	28/11/933	—	M. N.	lamina	1756	+
	»		L. C.	»	1760	+
	5/3/934		L. C.	»	R	+
	»		»	»	N	+
	»		»	»	M	+
Sangue :	22/3/934		»	»	2539	—
	»		»	»	2575	—
	»		»	»	2536	—
	»		»	»	2540	—

Biopsia feita em 5/3/934: 3 fragmentos diferentes.

Nota-se forte atrofia da pele em todos os componentes, isto é,

1.º) Epiderme adelgada com corpo mucoso fino, quasi sem papilas e com camadas corneas destacadas.

2.º) Glandulas sudoriparas, glandulas sebaceas e pelos: são muito raros havendo campos inteiros com ausencia deles, os musculos erectores do pelo em parte desaparecidos, em parte fragmentados e atrofiados. A maior parte do derma é tecido inflamatorio, em forma de nodulos mal delimitados ou de feixes grossos irregulares. separados por pouco tecido colageno, e hialinizado e em parte edemaciados.

Essa infiltração acentua-se tanto mais quanto mais se afasta da epiderme, continuando-se até dentro do tecido adiposo subcutâneo.

Os focos inflamados são constituídos de fibras colagenas finas e separados por edema com maior e menor numero de celulas inflamatorias que, na maioria, são celulas de aspecto linfoide: depois ha fibroblastos e alguns leucocitos eosinofilos. Celulas epitelioides curtas e gigantocitos fatiam.

Os pequenos nervos mostram atrofia acentuada das fibras nervosas por proliferação fibrosa do endonervo e perinervo.

Nos focos inflamatorios ha poucos vasos capilares neoformados á luz larga. As arterioles são normais ou mostram pequenos espessamentos da parede. A pesquisa dos bacilos de Hansen nos cortes deu, em alguns deles, a presença de bacilos. Interessante é que foram encontrados em maior numero na parte menos inflamada, isto á, contigua á epiderme. Eles se apresentam na maioria em porções dentro das frestas linfaticas ou isolados ou em globias e estão geralmente dentro de celular conjuntivas.

Conseguimos ver grande numero de bacilos em globias dentro da bainha dos pelos.

Não conseguimos ver bacilos dentro das glandulas sebáceas.

N. B. Esta descrição com pequenas variantes irá servir de tipo aos demais exames excetuado o do paciente J. F. V. cuja descrição será citada na integra.

OBSERVAÇÃO N.º 2

V. B., 45 anos, masculino, brasileiro. viuvo, branco, lavrador, internado -em 2/11/933.

Relata que ha cerca de 2 anos teve inicio a sua molestia atual, a qual sobreveio com aparecimento de uns caroços (sic) nas mãos e antebraços. Tinha epistaxis, febres de quando em quando e cefaléias.

Forma clinica: — Mista C¹ N¹.

Descrição clinica: — Cabeça: Calvicie do tipo fronto-parieto-occipital e nestas regiões notam-se infiltrações difusas, mais ou menos pronunciadas, apresentando a pele coloração mais ou menos uniformemente roseo-violacea. Correspondendo mais ou menos, ás suturas Pronto-parietais, nota-se uma restante faixa de cabelos, onde a pele é de coloração menos notavel e onde igualmente a infiltração é menos pronunciada, o que vem concorrer para por em contraste as duas regiões infiltradas — a anterior e a posterior. Na região calva existem inumeros pelos pequenos atrofiados sob a forma de lanugem. Não sabe este paciente informar ha quanto tempo iniciou-se a queda dos

seus cabelos, entretanto afirma que se deu apes a molestia atual. Nota-se nesta região analgesia termica.

Rosto: — infiltração difusa, car escura sepia e muitos tuberculos que predominam na testa, mento, arcadas superciliares; nariz: — grosso com tuberculos labios — infiltrados, palpebras — edemaciadas e pendentes; orelhas, infiltradas, cianosadas, com lobulos pendentes. Alopecia dos supercilios, cilios e quasi completa da barba.

Exames bacterioscopicos:	4/11/934	M. N.	lamina	1504	++
	»	L. C.	»	1505	+
	21/2/934		lamina	2199	+
	5/3/934	»	E.		+
	»	»	D.		+
	»	»	C.		+
Sangue:	22/3/934		lamina	2535	—
	»	»		2572	—
	»	»		2534	—
	»	»		2573	—
	»	»		3286	—

Biopsias feitas em 5/3/934, 3 fragmentos diferentes.

Lesões identicas as do paciente A. P., com a diferença de serem menos penetrantes e de haver numero maior de glandulas sebáceas conservadas.

OBSERVAÇÃO N.º3

A. M., 37 anos, brasileiro, branco, casado, lavrador, internado em 2/11/933. Informa que esta doente ha cerca de 28 anos, pois tinha 9 anos de idade quando a sua molestia apareceu por mancha de ear branca nos joelhos que eram insensíveis.

Diagnostico: Forma mixta C³ N³.

N. B. Conta que ha 2 anos os seus cabelos caíram quasi totalmente e que, nesta ocasião, apareceram caroços (sic) roseos, dolorosos, em grande numero na região da cabeça, couro cabeludo os quais em seguida desapareceram coincidindo, então, neste momento a volta dos cabelos.

Descrição clinica: — Couro cabeludo fortemente eritematoso, o que se nota afastando-se os cabelos qua são abundantes e normais (4/11/933). Dificil foi neste exame verificarmos o aspecto destas manchas, a sua conformação, limites etc.

No exame de revisão feito em 26/2/934, verificamos o seguinte: — manchas claramente eritematosas de intensidade menor que da primeira vez, porem devido a ra- refação dos cabelo; que se processara via-se que as manchas eram varies, esparsas, umas grandes outras manures parecendo ser ligeiramente infiltradas pois alum da sen- sação á palpação via-se quo fazia ligeiro relevo sobre os tecidos circunvisinhos. Para melhor po-las em evidencia mandámos raspar os cabelos do paciente. Infelizmente a falta de um atelier apropriado para tais fotografias ado nos foi permitido aqui dar um ideia nitida destas manchas que eram de mais a mais de bordos bem limitados, porem de contornos irregulares.

Rosto : — coloração difusa eritemato — pigmentada, de aspecto quasi leonino, com grande numero de tuberculos na sua maioria aglomerados, alguns em visivel involução, outros ulcerados e varias cicatrizes, principalmente nas regiões da testa, faces, nariz que apresenta mutilações, mento, rams etc.

Alopecia quasi completa dos supercilio% cilios e barba.

Exames bacterioscopicos :	4/11/933	M. N. lamina	1498	+++
	5/3/934	L. C.	» B	+
	»	L. C.	» A	+
	»	L. C.	» K	+
Sangue :	22/3/934	»	2531	—
	»	»	2532	—
	»	»	2529	—
	»	»	2537	— 1 B. A R

Biopsia feita em 5/3/934 : — 3 fragmentos diferentes.

As lesões são identicas As do paciente A. P., porem em fase menos adiantada, quer dizer com os anexos da pele mais conservados e sendo as globias menos liens de bacilos.

As lesões especificas são bem visiveis dando a impressão vacuoliforme nitida -do tecido inflamatorio. Os musculos erectores dos pelos e os nervos estão em grande parte conservados.

OBSERVAÇÃO N.º 4

J. F. V. (I), 55 anos, brasileiro, branco, casado, lavrador, internado em 7/11/933.

Afirma que ha cerca de 3 anos começaram a aparecer manchas vermelhas no rosto, assim como bolhas; em seguida sentio dormência (sic) nas pernas, seguidas .de manchas e dores que tambem apareceram nas mãos. Notou logo em seguida man- chas vermelhas idênticas na cabeça, as quais, tempos depois desapareceram.

Diagnostico: Forma : — Maculo-anestesica.

Descrição clinica : Nas regiões parietal esquerda e occipital, encontramos manchas de cor vermelha, parecendo infiltradas, sendo que uma destas apresentava o centro coloração normal, porem com os bordos circinados e vermelhos. Os cabelos eram falhados.

No exame de revisão feito em 23/2/934 notamos que algumas destas manchas -descamaram e desapareceram, restando, porem, uma placa situada na região do vertex. do tamanho, mais ou menos, de 5 a 6 cms. de circunferência, nitidamente eritema- tosa e infiltrada, com evidente alopecia.

Rosto — manchas eritematosas infiltradas, mais pronunciadas na testa, regiões malares, mento, orelhas, etc. No exame de revisão notamos que o rosto continuava eritematoso e infiltrado, porem a descamação que existia bem pronunciada desapareceu.

Exames bacterioscopicos : 7/12/933 M. N. lamina 1839 —

Não foram feitos exames bacterioscopicos por se terem perdido as laminas que foram retiradas nesta data.

Exames bacterioscopicos: 22/3/934 lamina 2484 —
 » » 2485 —
 » » 2486 —

Biopsia feita em 22/3/934: 3 fragmentos diferentes.

Lesões idênticas às do paciente A. P., mas muito menos acentuadas e menos penetrantes. Escassos bacilos de Hansen.

OBSERVAÇÃO N.º 5

M. F. G., 27 anos, brasileiro, branco, solteiro, sem profissão, internado em 14/10/931.

Relata que ha 16 anos teve inicio a sua molestia por uma inflamação no nariz, com hemorragias abundantes e feridas (sic). Logo a seguir começaram a sair tuberculos etc.

Diagnostico : Forma mixta - C³ N³.

Descrição clinica : Cabelos fortes e Item implantados.

Nota-se na porção posterior correspondente ao occipital e a nuca 3 placas alopecicas, duas correspondentes aos bordos ou limites dos cabelos e uma na parte media, em plensa area pilosa, de tamanho mais ou menos de 5,1/2 cms. e de forma oval, de air rosea e nitidamente infiltrada, infiltração mole.

Rosto: — leonino, cõr arroxeadada, com enormes tuberculos na testa, palpebras, faces, labios e etc. Orelhas: — idem. Olhos: — pannus leproso. Alopecia dos supercilios e cilios. Sempre imberbe.

Exames bacterioscopicos:	21/3/934	M. N.	lamina	2541	†
	15/3/934	L. C.	»	2481	†
	»	»	»	2482	† BE
	»	»	»	2483	† BE

Biopsia feita em 15/3/934: — 3 fragmentos differentes.

Lesões idênticas às do paciente A. P. Pequeno numero de bacilos.

OBSERVAÇÃO N.º 6

J. F. V. (II), 42 anos, brasileiro, branco, viuvo, lavrador, internado em 11/1/933.

Informa que ha 10 anos a sua molestia começou por uma inchação (sic) no dorso do dedo indicador da mão esquerda. Em seguida notou a queda os supercilios. De 7 anos para ca os cabelos da cabeça começaram a cair lentamente, formando placas, sendo que a ultima notada data de 4 anos.

Diagnostico : — Forma mista C² N³.

Descrição clinica: No couro cabeludo notam-se varias placas alopecicas de cor eritematosa, mais ou menos brilhante, notavelmente infiltradas, vendo-se nestas placas raros cabelos isolados e na maioria atroficos. Estas placas estão disseminadas sem ordem por toda a cabeça, vendo-se desde as regiões centrais ate as regiões limitrofes, laterais e posterior.

Nestas placas ha ausência da sensibilidade termica e consideravel diminuição da dolorosa,

Rosto — Infiltração difusa, mais ou menos atenuada, sendo mais pronunciada ao nivel da testa, manta, faces, etc.

Alopecia dos supercilios, cilios e placas alopecicas na barba.

Orelhas infiltradas com telangiectasias.

Exames bacterioscopicos:	20/3/934	M.	N.	lamina	2513	2	BAR
	»	»	»	»	3290	+	
	»	»	»	»	3285	+	
	»	»	»	»	3289	+	
	»	»	»	»	3282	+	

Biopsia feita em 20/3/934,

As lesões especificas são bem acentuadas e profundas,

Estão localizadas principalmente ao redor das glandulas sebáceas.

Os pelos faltam quasi completamente, A epiderme e atrofica e lisa, Poucas glandulas sebaceas. Dentro e mais na periferia das lesões especificas ha raros Maw de infiltração parvicelular, o aspecto e a composição celular das lesões são identicas ao do paciente A. P,

O numero de bacilos de Hansen e grande, Estes foram encontrados fóra das lesões especificas e tambem em globias nas bainhas dos pelos, nas glândulas sebaceas e ate dentro de vasos precapilares,

OBSERVAÇÃO N,º 7

J, M., 45 anos, italiano, casado, branco, pedreiro, internado em 3/1/934,

Informa que a sua molestia iniciou-se ha doze anos por epistaxis abundantes e «entupimento do nariz, (sic), Tempos depois apareceram manchas escuras pelo corpo com adormecimento (sic) nas pernas.

Diagnostico : Forma mista C³ N³,

Descrição clinica : Couro cabeludo : — varias placas alopecias, umas pequenas. maiores outras, variando em tamanho desde a de uma moeda de 100 réis, ate uma de 400 réis, de coloração eritematosa, moderadamente infiltradas, localizadas ora no vertex, ora nas regiões occipital e parietais, sendo que a maioria delas esta localizada nas regiões limites dos cabelos desde as regiões frontal, parietais ate a nuca.

Em grande numero destes placas os pelos estavam ausentes, porem em outras existiam sob a forma de lanugem e de cabelos atroficos,

Muitas destas placas poderiam ser confundidas com as de pelade se não apresentassem coloração eritematosa e moderada infiltração, Em algumas a termo anes- tesia era sensivel,

Rosto : — infiltração difusa, de car sepia, muitas cicatrizes depressivas, mais pronunciadas no manto, faces, labios etc., nariz deformado com perdas de tecidos e cicatrizes, Orelha.; — com infiltração de côr sepia e varias mutilações. Alopecia dso supercilios. idem em placas na barba.

Exames bacterioscopicos:	26/6/934	N. N.	lamina	2587	++
	»	L. C.	»	2588	+
	»	»	»	2589	+
	»	»	»	2590	+
	»	»	»	3299	+
	»	»	»	3295	+
	»	»	»	3300	+

OBSERVAÇÃO N.º 7

B, S, F., 63 anos, branco, brasileiro, viuvo, lavrador, internado em 7/3/934. Informa que ha 4 anos teve inicio a sua molestia por manchas vermelhas no rosto,

Diagnostico Forma mixta C² N²,

Descrição clinica : — no couro cabeludo na parte correspondente a nunca vem-se antra os cabelos, que são normais, a pele apresentar manchas de au: eritematosa, mais ou menos, brilhante, ora isoladas, ora agrupadas ear semi-circulo, sendo de varios tamanhos, variando esses entre a de uma cabeça de alfinete ate a de uma amendoa, de superficie lisa, não se podendo notar infiltração nem perturbações da sensibilidade.

Rosto: — infiltração difusa, air eritematosa, mais ou menos pronunciada, principalmente na testa, mento, faces, Notam-se tuberculos na palpebra direita, no labio superior, Orelhas infiltradas com tubérculos.

Exames bacterioscopicos:	5/4/934	M. N.	lamina	2684	+
	»	»	»	3281	+
	»	»	»	3291	+
	»	»	»	3292	+
	»	»	»	3284	+

OBSERVAÇÃO N.º 9

M, A., 40 anos, brasileiro, casado, lavrador, internado em 9/3/934,

Relate que sua molestia começou ha um ano e meio, por uma descamação escura no dedo grande (sic) do pé direito, Logo em seguida começou a sentir dificuldades na respiração e o nariz ficou «entupido» (sic). Tinha epistaxis, Rosto avermelhado etc,

Diagnostico: Forma mista C¹N²

Descrição clinica : alopecia fronto-parietal, com o couro cabeludo nestes pontos de coloração eritematosa. Não podemos notar infiltração pronunciada, Os cabelos nas regiões visinhas a estes pontos e na região occipital são menos abundantes, falhados e em evidente atrofia. Na região do vertex veem-se antra os cabelos. pequenas manchas vermelhas, sem limites nitidos e de bordos difusos. Os pelos nestes pontos podem ser arrancados com grande facilidade vindo acompanhado das respectivas bainhas e Gbulbos, Rosto : — Ligeira e pouco pronunciada infiltração difusa de coloração moderadamente eritematosa e algumas cicatrizes.

Alopecia dos supercílios, rarefação dos cílios.

Exames bacterioscòpicos: 22/3/934 M. N. lamina 2542 +++
 » L. C. » 2437 +
 » » » 2439 +

OBSERVAÇÃO N. ° 10

A. B., 75 anos, branco, casado, italiano, lavrador, internado em 16/5/933. Não se recorda como e de que modo a sua molestia sobreveio e evoluiu.

Diagnostico: Nervosa (N³).

Descrição clinica : — calvicie quasi total restando apenas uma faixa de cabelos nas regiões limites do couro cabeludo. O couro cabeludo apresenta-se de coloração mais ou menos avermelhada.

Não notamos infiltração e sim pronunciada atrofia.

Notamos nesta região alopecica, perturbação evidente das sensibilidades termica, dolorosa e tactil,

Julgamos interessante fazer referencia a este caso pelo fato dele apresentar tais perturbações que nos sugeriu as seguintes observações.

Trata-se, como vimos, de um doente com manifestações troficas e lesões nervosas de varies intensidades o qual ao lado destas lesões apresenta o couro cabeludo inteiramente alopecico, Mas, o que julgamos interessante neste caso, ado foram certamente tais perturbações, mas, sim, a anestesia ao calor e ao frio, á dor e isensibilidade tactil.

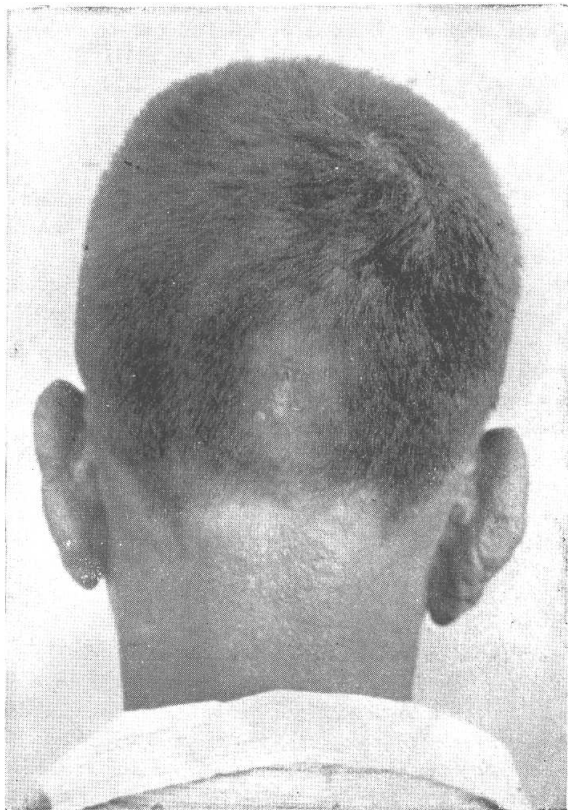
Serão essas lesões ou melhor esses estados provocados diretamente pelos bacilos por lesões *in loco* ou por marcha ascendente atravez os troncos ou ramos nervosos ou serão, como pode as vezes acontecer, devido a infecção metastatica dos nervos cola- terais que inervam a pele do couro cabeludo como já evidenciou Muir.

Não conseguimos fazer biopsias deste paciente por motivos alheios á nossa vontade, contudo fizemos exames por processos de escarificação comumente usados e os resultados foram negativos,

* *

Os exames bacterioscòpicos foram feitos em material retirado por esfregaços da parte cruenta dos fragmentos das biopsias que fiz e que serviram para os exames histologicos feitos pelo Prof. Dr. Walther Habersfeld cuja competencia dispensa commentarios.

Da maioria dos pacientes observados foram tiradas fotografias e dos preparados histologicos foram feitas microfotografias que vão anexas.



Fotografia 1 — Doente da observação n.º 5,

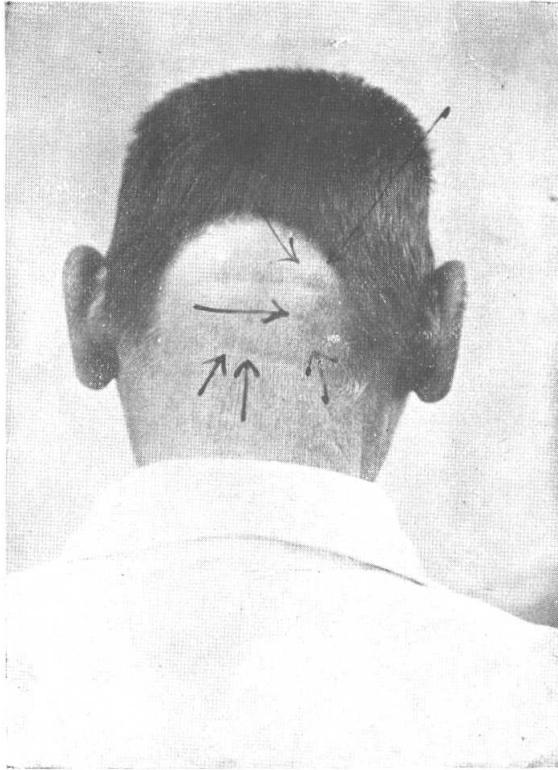
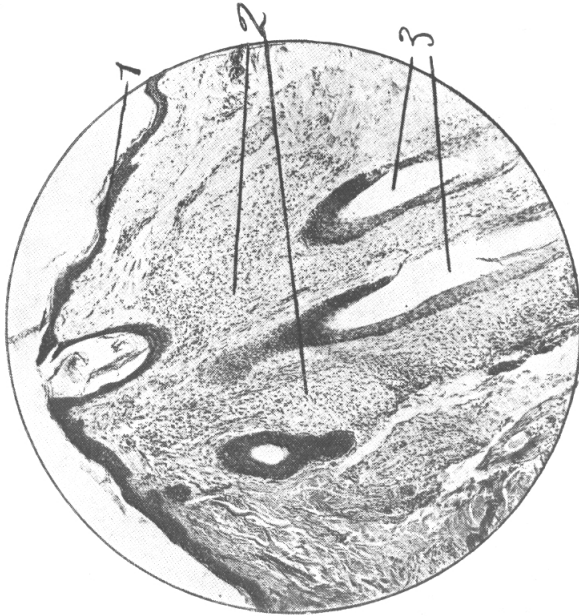


Foto n.º 2 - Doente da observação n.º 7.

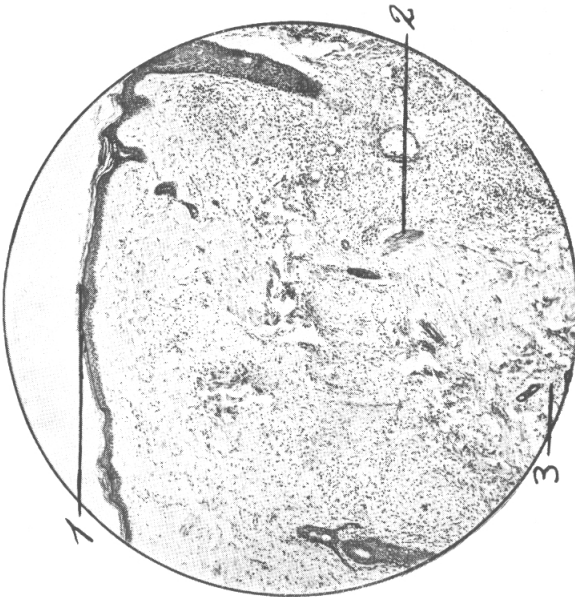


Foto n.º 3 — Doente da observação n.º 9.



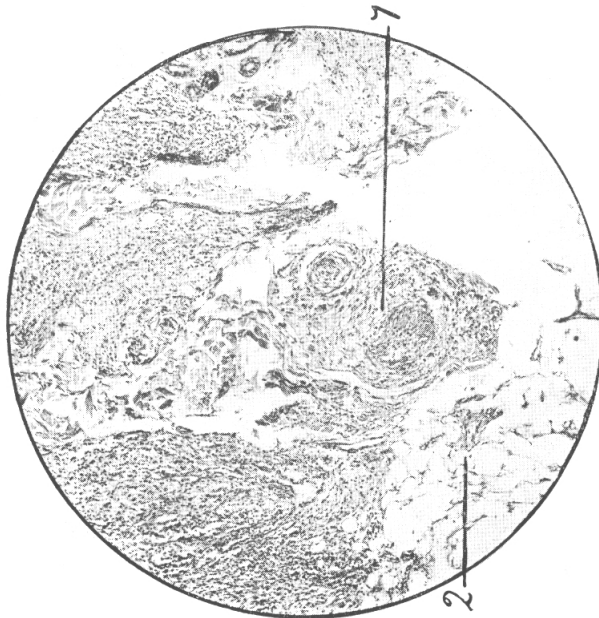
Microfotografia n.º 2 — Corte de couro cabeludo.

- 1 — Epiderme atrofica.
 - 2 — Focos leprosos.
 - 3 — Bainhas de pelo atroficas.
- (Aumento 80 x)



Microfotografia n.º 1 — Corte de couro cabeludo.

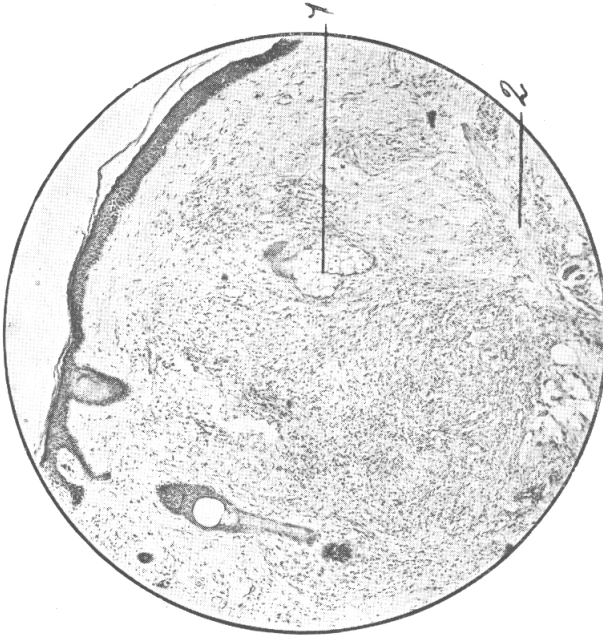
- 1 — Epiderme atrofica.
 - 2 — Musculo erector do pelo, atrofico, dentro de inflamação leprosa.
 - 3 — Glandulas sebaceas atroficas.
- (Aumento 80 x)



Microfotografia n.º 3 — Corte de couro cabeludo, parte profunda.

- 1 — Endo e perimevrite.
- 2 — Tecido sub-cutaneo

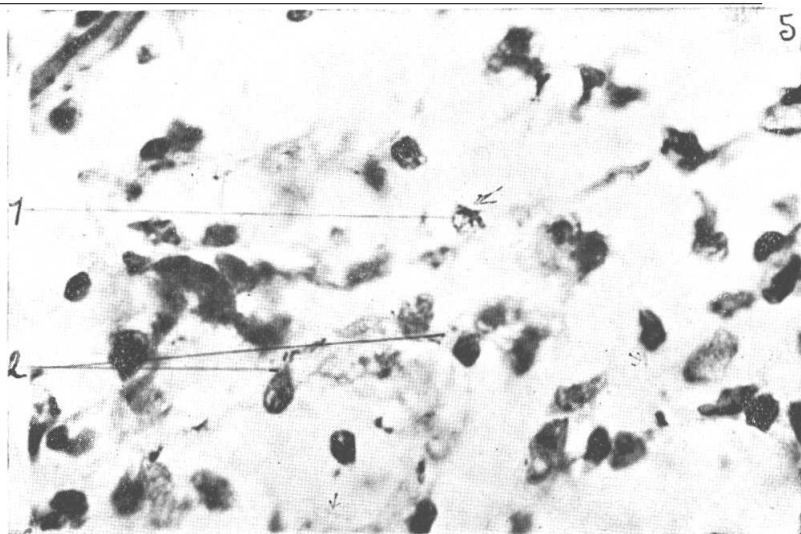
Em cima inflamação leprosa.
(Aumento 90)



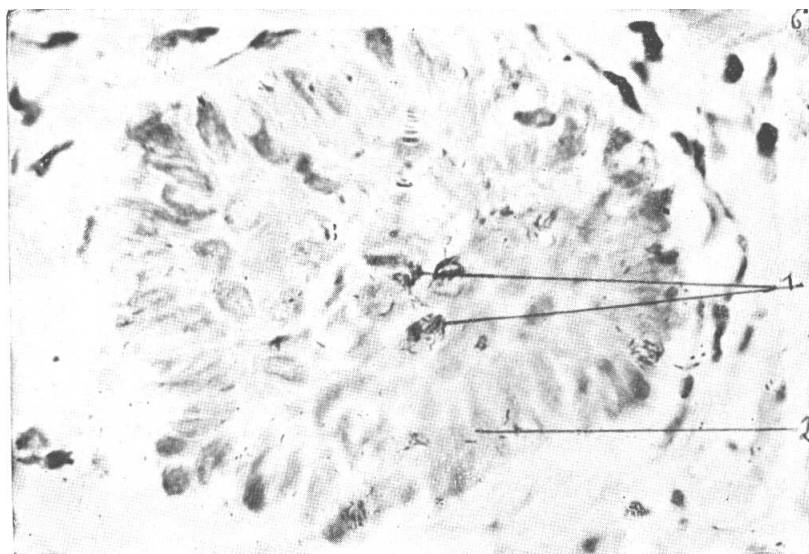
Microfotografia n.º 4 — Corte de couro cabeludo.

- 1 — Glandula sebacea, circundada de inflamação.
- 2 — Musculo erector do pelo, com inflamação periferica.

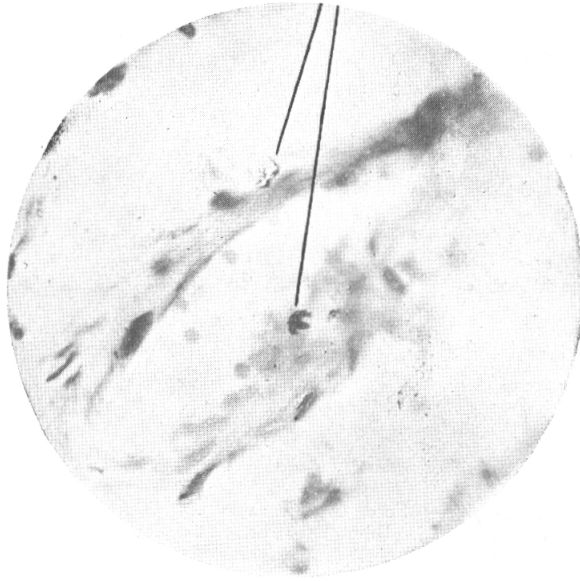
(Aumento 80 x)



Microfotografia n.º 5 — Foco de inflamação leprosa,
1 — Bacilos de Hansen insolados nas frestas linfáticas.
2 — Bacilos de Hansen em globias nas frestas linfáticas,
(Aumento 2,300 X)

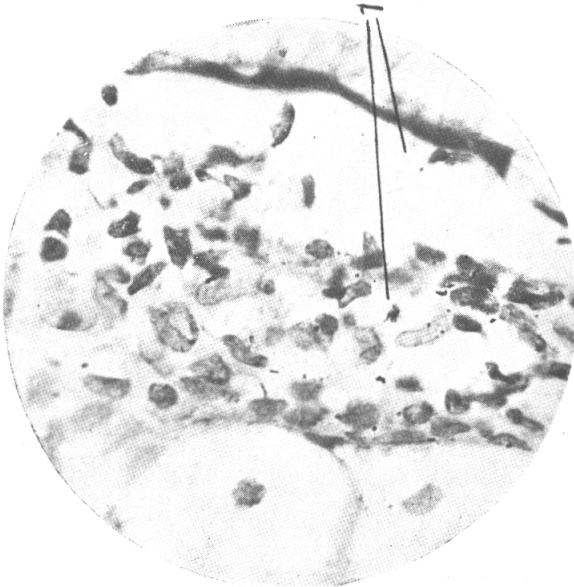


Microfotografia n.º 6 — Bainha do pelo,
1 — Bacilos de Hansen em globias,
2 — Bacilos de Hansen isolados,
(Aumento 2.000 X)



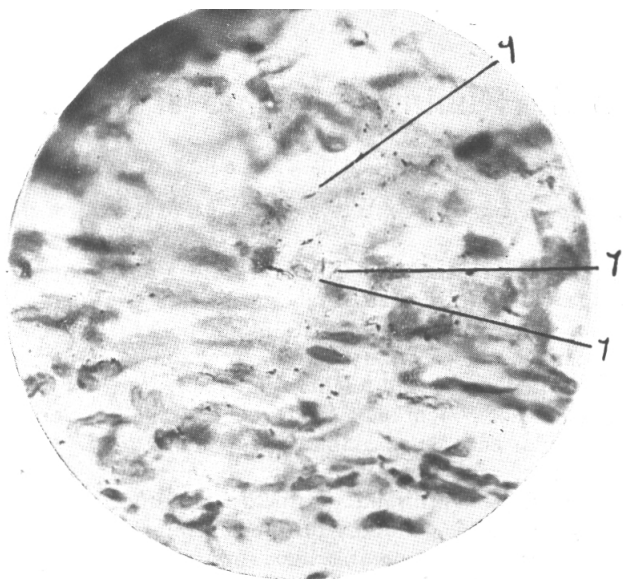
Microfotografia n.º 8 — Corte de couro cabeludo.
Vasos precapilares

1 — Bacilos de Hansen em globias.
(Aumento 1.900 x.)



Microfotografia n.º 7 — Corte de couro cabeludo.
Glandula sebacea

1 — Bacilos de Hansen em globias.
(Aumento 1.900 x)



Microfotografia n.º 9 — Corte de couro cabeludo.
Bainha do pelo
1 — Bacilos de Hansen isolados e em globias,
(Aumento 1,900 x)