

**Trabalho do Asylo Colonia Pirapitinguy Departamento de  
Prophylaxia da Lepra, S. Paulo**

**A GYNECOMASTIA NA LEPRA**

**LUIS BAPTISTA**

Dermatologista do A. C. Pirapitinguy  
(D. P. L. S. Paulo)

*(Continuação do numero anterior)*

OBSERVAÇÃO N.º 1

(I — ANAMNESE)

A. S., 23 annos, branco, brasileiro (São Paulo), casado, oleiro, Jundiahy, proveniente de Jundiahy. Data da internação: 11/9/1933.

**ANTECEDENTES FAMILIARES E HEREDITARIOS:** Pae, fallecido com 61, annos, ha 6 annos, doente de lepra. Mae, fallecida com 42 annos, ha 10 annos de hydropsia (sic). Teve 9 irmãos, dos quaes 3 vivos e 6 mortos. Os vivos todos internados neste Asylo-Colonia. Os 6 restantes falleceram doentes de lepra. Conheceu apenas a avô materna que era forte, tendo fallecido de velhice (sic). Os demais avós não conheceu, sabendo todavia, por informação dos paes, que eram sadios; ignora porém a causa da morte dos mesmos. Tios residentes na Italia, não sabendo informar se gozam ou não saude.

Contrahiú matrimonio ha 4 annos, com mulher doente de lepra, a qual nunca se engravidou.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** Nascido a termo, tendo sido forte em criança. Teve sarampo, coqueluche e cobreiro (sic.)

Nega ter antecedentes venereo-syphiliticos. Nega ter tido orchite. Aos 8 annos foi operado de phymose que sobreveio a um traumatismo. Foi oleiro até ha 10 annos, trabalhando 8 a 10 horas diarias; dormia bem; não era ethylista nem tabagista e nunca tinha tido contacto sexual. Nega ter sido masturbador creosotados, 61 cc. de mercado Heiser e 34 cc. de bismochaulmoogra. Nunca fez uso de narcoticos ou existentes. Peso actual: 65 Ks.

**QUEIXA E HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** — Julga estar doente ha 10 annos, tendo a sua molestia se iniciado por inchaço nos pés, tendo se seguido de queda dos pellos dos braços e das sobranceilhas. A pelle do rosto engrossou-se, sentia entupimento do nariz, as orelhas engrossaram-se. Concomitantemente com a inchação dos pés appareceram manchas brancas nos joelhos e coxas, nega que tivesse surtos febris, corrimentos nasaes, epistaxis e dores reumatoides como prodromos da molestia. Trabalhou em sua profissão (oleiro)

por 2 ou 3 annos após o apparecimento da molestia, sentindo-se sempre com boa disposição para o trabalho, que só abandonou para se asylyar.

Internou-se então num abrigo de hansenianos em Jundiah, onde permaneceu até a sua transferencia para este Asylo-Colonia. No referido abrigo fez tratamento de oleo de chaulmoogra por via buccal, tomando 3 grammas diariamente, por 3 annos consecutivos. Fazia uso do medicamento por 15 dias seguidos, descansando outros 15. Tinha boa tolerancia. Diz ter sentido melhoras com este tratamento, tendo o seu rosto "clareado". Ern setembro de 1933, foi removido para este Asylo-Colonia, onde tomou 6 cc. de esterese calicos creosotados, 61 cc. de mercado Heiser e 34 cc. de bismo-chaulmoogra. Nunca suportou bem o tratamento especifico, que era substituído constantemente, por medicamentos para dôres, reacção leprotica e complicações oculares.

## (II — EXAME OBJECTIVO)

**INSPECÇÃO GERAL:** O paciente se locomove livremente, tendo a marcha ligeiramente escarvante. Facies leonino, estado psychico bom. Constituição forte, normotypo. Estado de nutrição bom. Musculatura medianamente desenvolvida, paniculo adiposo regular, com predominancia na região mamaria. Peso: 63 ks. Altura: 1,68. Orelhas grandes, com lobulos grandes e pendentes. Ortognata. Desenvolvimento cephalico proporcional ao desenvolvimento do corpo. Nariz "en lorgnette". Mucosas visiveis de coloração normal.

### EXAME DERMATOLOGICO PELLE

**CABEÇA:** — Rosto infiltrado, de coloração erythemato-violacea com grande numero de nodulos e tuberculos. Nariz "en lorgnette", telangiectasias nas faces, orelhas volumosas, com numerosos nodulos e lobulos pendentes.

**TRONCO:** Infiltração diffusa, manchas de limites mais ou menos nitidos, contornos irregulares ligeiramente infiltradas, de coloração pardacenta na face anterior e posterior do tronco; grande numero de tuberculos, a maioria delles em reabsorção; placas de infiltração diffusa de dimensões diversas, disseminadas.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle muito secca, atrophada, de coloração arroxada, principalmente nos ante-braços e mãos; grande numero de tuberculos, quasi todos involuidos. Mãos muito cyanosadas e com os dedos afilados nas extremidades, tuberculos ulcerados e ulceras.

**MEMBROS INFERIORES:** Nadegas: — Pelle secca e descamante com numerosas placas levemente infiltradas de limites diffusos confluentes e coloração alaranjada. Pelle das coxas com os mesmos caracteres, mais accentuados e numerosas cicatrizes de tuberculos e tuberculos involuidos. Na região crural direita nota-se uma grande cicatriz linear consequente a uma intervenção para simpactomia praticada em Março de 1935.

Pelle dos joelhos encarquilhada, brilhante de coloração levemente violacea, com cicatrizes de flictenas.

Hyperpigmentação da metade inferior das pernas, edema duro dos malleolos, numerosas cicatrizes e ulceras.

Pés edemaciados, parakeratose intensa, plantas chatas e cobertas de grandes escamas.

**GANGLIOS:** — Inguino-cruraes e epitrocleanos infarctados.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** — Discreta amyotrophia das regiões thenares, amyotrophia dos interosseos, lombricoides e região hypothenar. Afilamento das extremidades dos dedos; edema duro dos malleolos, parakeratose ac-

centuada nos pés. Pachyonixis, onichogryphose e onichorrexis; males perfurantes plantares alguns ulcerados, outros cicatrizados.

**PERTURBAÇÕES DA SENSIBILIDADE:** — A sensibilidade é apenas conservada nas raras zonas de pelle de apparencia sã.

**TRANCOS NERVOSOS:** — Cubitae espessados.

**CLASSIFICAÇÃO:** Mixta C3 N3.

**SYSTEMA PILOSO:** — Cabellos perfeitamente conservados, chamando logo a attenção pelo contraste entre a sua cabelleira basta e a escassez dos pellos de outras partes do corpo: restam apenas alguns cilios; queda total dos supercilios; não ha nem vestigios de barba ou bigodes, nem pellos na região axillar e na linha mediana. Pellos do pubis muito raros, com disposição feminina Não ha pellos na margem do anus.

**UNHAS:** — das mãos curtas, largas e muito convexas. Unhas dos pés já dscriptas.

### EXAME DOS APPARELHOS E ORGÃOS

a) — **MAMMAS:** — Conicas, com os bicos levantados c horisontaes, das dimensões de uma tangerina, mais saliente do lado direito ( figs. 1 e 2) aureolas



FIG. 1



FIG. 2

medindo 35 mm. de diametro de côr marron escura com tuberculos de Morgagni bem visiveis. As aureolas são eguaes em dimensões e em pigmentação. Mamillos medindo 12 mm. de espessura e 4 de comprimento. São chatos, duros e bem separados das aureolas por um sulco circular, como se fossem invaginados.

Pela palpação se mostram flacidas como que formadas por um acumulo de tecido adiposo no seio do qual percebem-se nodulos duros mats ou menos delimitados, dolorosos a palpação e deslizando sob a pelle e sobre os planos profundos. Esses nodulos são identicos, porém menos palpaveis e sensiveis do lado esquerdo.

Diz ter a gynecomastia apparecido aos 18 annos: não era dolorosa, tornando-se porem depois, ha uns 8 mezes, data em que as mammas se inflammaram (sic) tendo apparecido os tuberculos que vasaram (sic.). Em 13 de Abril do corrente anno, o paciente se nos apresentou a consulta queixando-se de in-flammação das mammas, havia 15 dias. Ao exame, as encontramos inflammadas, dolorosas, principalmente a direita que pela apalpação dava a perceber-se um nodule volumoso das dimensões de um limão, muito sensivel, e que pela pressão, dava sahida na pelle, por 2 pequenos orificios, a uma substanda amarellada de aspecto cremoso. O exame bacterioscopico dessa substancia revelou-se riquissimo de bacillos alcool-acido-resistentes, em globias. Infelizmente, por descuido do Laboratorio, não poude ser feito o estudo cytologico.

Pela inspecção, notamos o volume da mamma direita augmentado, comparando ao seu estado anterior.

**ORGÃOS GENITAES:** — Pello pubiano raro com disposição feminina. Penis regularmente desenvolvido. Testiculos muito pequenos pouco sensiveis pressão, duros esclerosados. No bordo superior do testiculo direito, nota-se um tumor duro, de consistencia fibrosa, das dimensões de uma avella, de limites mais ou menos nitidos. Epididyms e cordões spermaticos duros e espessados.

**PROSTÁTA:** — Normal.

**SYSTEMA ENDOCRINO:** Thyroides de volume e consistencia normaes, não dolorosas a palpação. Não ha exophthalmia; os demais signaes oculares não puderam ser pesquisados pela intensa photophobia consequente á irite de que o doente é portador. Não ha tachicardia, nem tremores.

Puberdade aos 15 annos Primeiro contacto sexual aos 19 annos, com o casamento. Diz que tinha boa potencia até ha 3 annos mais ou menos, quando teve o ultimo contacto sexual. Ha um anno que não tem erecção alguma. Tinha frequentemente, sonhos libidinosos terminando por polluções.

**APPARELHO RESPIRATORIO:** — Nada digno de nota.

**APPARELHO CARDIO VASCULAR:** — hyperphonese da segunda bulha aórtica.

**ABDOMEN E APPARELHO DIGESTIVO:** — Baço hypertrophiedo.

**APPARELHO NERVOSO:** — Reflexos rotulianos exaggerados, achilianos abolidos. Clonus das rotulas. Signal de Babinsky presente a esquerda. Os reflexos pupilares não foram pesquisados por ser o padente portador de uma irite leprosa.

**SYSTEMA OSTEIO ARTICULAR:** — Vela radiographias.

**REACÇÃO DE WASSERMANN:** + + + +

**REACÇÃO DE KAHN:** + + + +

**EXAME DE URINA:** — Pesquisa de assucar e albumina: negativos.

**MUCO NASAL:** — positivo.

**LESÕES CUTANEAS:** — positivas.

### EXAME HISTO-PATHOLOGICO

**MAMMA:** — (Fixação: formol a 10%; cortes: parafina; coloração: hematoxilina-eosina).

"Mastite leprosa com estas principaes particularidades: numerosos focos infiltrativos peri-canaliculares (canaes galactóphoros) com abundantes elementos cellulares e quasi exclusivamente representados por cellulas de Virchow e cellulas espumosas. Os canaes mostram-se além disso, mais numerosos e em geral dilatados. Esclerose do tecido conjunctivo intersticial, com numerosos elementos adiposos e muito proliferados (fig. 3).



FIG. 3

Mamma (hematoxylina-eosina)

**Augmento 41 X:** — Esclerose do tecido conjunctivo intersticial. O tecido conjunctivo peri-canalicular (canaes galactóphoros) mostra-se, em geral, sede de um edema que dissocia as fibras.

Infiltração cellular muito mais accentuada ao redor desses canaes e entre os variados types cellulares que compõem a infiltração distinguem-se numerosas cellulas de Virchow.

Não ha elementos glandulares (acinos).

Edema dissociativo peri-canalicular.

Presença de abundantes bacillos "leprae" em "globias" ou não, principalmente em localização peri-canalicular.

### PROVAS PHARM ACOLOGICAS

**Prova de Goetsch:** — negativa.

**Prova da atropina:**

Periodo preliminar (em jejum e repouso)		Periodo experimental (depois de 1 miligr. atrop.)	
Pulso:	60	Pulso:	66
Pressão:	10,0 — 6,5	Pressão:	10,0 — 7,0
Reflexo oc. cardíaco.	= + 10	Reflexo oc. — card.	= — +
	Seccura da boca.		

**Prova da pilocarpina:**

Periodo preliminar (em jejum e repouso)		Periodo experimental (após de 1 centigr. piloc.)	
Pulso:	60	Pulso:	78
Pressão:	10,0 — 6,5	Pressão:	10,0 — 5,5
Reflexo oc. Card.	= + 10	Reflexo oc. — card.	= + 2
	Seccura da boca.		
	Pulsações aórticas. Excesso de calor.		

**TESTICULOS:** — (formol a 10%, parafina, hematoxilina e eosina e Ziehl-Neelsen).

"O tecido conjuntivo intersticial mostra-se extraordinariamente infiltrado, prevalecendo entre as células infiltrativas as "células espumosas" e as de Virchow (fig. 5).

Os canaliculos espermaticos atrophiados e hyalinizados, com alterações completas dos seus elementos celulares (fig. 4).

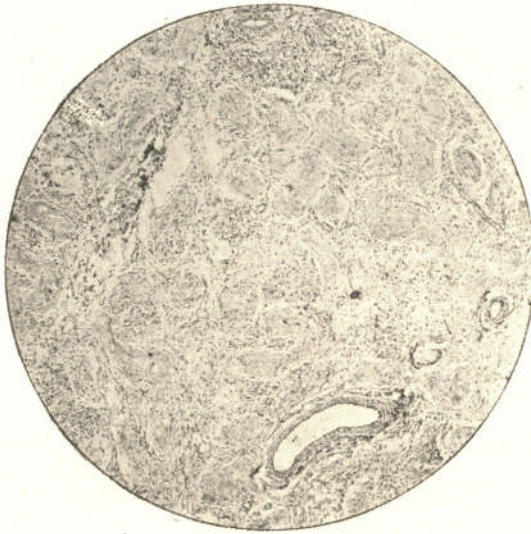


FIG. 4

Testiculos (hematoxylina-eosina)

**Augmento 59 X:** — Vêm-se numerosos côrtes de canaliculos seminiferos, mas quasi completamente desfeita a sua estrutura normal: epitelio destruido, paredes hyalinizadas, luz obliterada em quasi todos; muito esclerosado o tecido conjuntivo inter-canalicular e, alem disso, muito infiltrado por células de varios typos, predominando as células de Virchow, estas e as do typo espumoso são tambem encontradas nos tubos seminiferos.

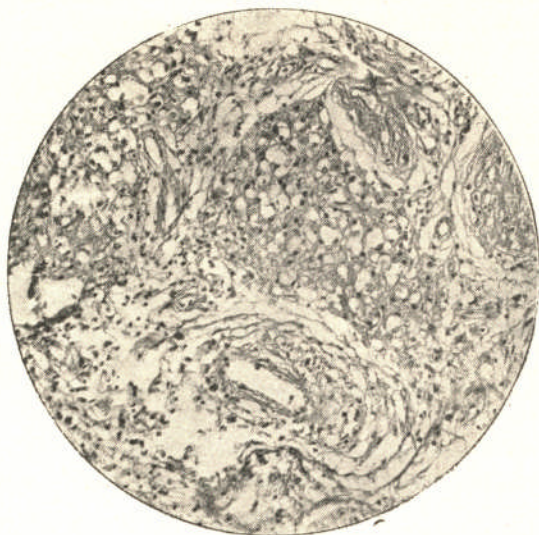


FIG. 5  
Testiculos (hematoxylina-eosina).

**Augmento 210 X:** foco mais de infiltração, distinguindo-se entre outros tipos celulares, células de Virchow e espumosas.

Os cortes corados pelo methodo de Ziehl mostram grande quantidade de germens nas "cellulas espumosas" e nas cellulas de Virchow, no tecido conjunctivo intersticial, nas paredes dos canaliculos, em espaços lymphaticos, formando "globias", ou agregados em menor numero: notam-se formas bacillares e granulosas. **Orchite leprosa, atrophia e esclerose**".

#### (IV — EXAMES ESPECIAES)

##### Exame radiologico

**SELLA TURSIKA:** — Dimensões, estrutura e contornos, normaes.

**PÉS:** — Principalmente do lado direito, trata-se dum pé (metatarsiano varus) em que esta se processando uma ostéolise que já determinou o afilamento dos dois metatarsianos externos e numerosas deformações das phalanges; devido a contracturas dos artelhos não podemos observar as phalanges.

**MÃOS:** — Nada de anormal.

##### EXAME DOS OLHOS

**ANAMNESE:** — Queixa-se de photophobia e as vezes dôres em A. O.

**EXAME EXTERNO:** — Nodulos, ulcerações e infiltrações na região superciliar com madarosis superciliar em A. O. Raros cilios nas palpebras superiores e falta de cilios nas palpebras inferiores.

**TONOMETRIA:** — (Schioetz): O. D. 22 mm. Hg; O. E. 17 mm. Hg.

**OPHTALMOSCOPIA:** — Fundus: O. D. normal. O. E. exame prejudicado pelas lesões da cornea.

**O. D. V.** — 1 | 3.

**O. E. V.** — Conta dedos a um metro e meio.

**O. D.** — Cornea bastante turva por infiltrações superficiaes formando ilhotas disseminadas em varios sectores do tecido corneano. Pequena massa tumoral saliente em relação com as 3 horas e penetrando uns 2 mms. na cornea. Reflexo pupilar á luz: preguiçoso.

**O. E.** — Centro corneano bastante opacificado por grande massa de infiltração para-central desde as 3 horas até junto ao bordo pupilar. Entre 9 e 6 horas innumerous pontos de infiltrações superficiaes. Vasos neoformados em grande quantidade partem do limbo em quasi todas as direcções até o centro da cornea. O segmento corneano comprehendido entre 6 e 9 horas e até o centro acha-se livre de lesões. Pupila immovel.

#### **EXAME ODONTOLOGICO**

**Lábios:** grossos, volumosos, mucosas descoradas.

**Dentes:** boa calcificação, irregularidade de implantação. Gengivas retraidas em consequencia do tartaro dentario.

**Lingua:** sulcada, com granulações na ponta.

Nada mais digno de nota.

#### **EXAME OTHO-RHINO-LARYNGOLOGICO**

Nariz "en lorgnette" com perfuração do terço médio do septo. Bordos ulcerados e sangrentos. Amygdalas hypertrophiadas sendo a direita maior. Infiltrações em placas na abobada palatina e na base da uvula. Tampões de cerumem em ambos os ouvidos.

#### **COMMENTARIOS**

Nesta observação, esta patente, tratar-se de um individuo leproso, de forma mixta (C3 N3), não apresentando interesse especial pelo lado dermatologico.

O inicio da molestia, ao julgarmos pelas informações fornecidas pelo observado, data de 10 annos, mas, provavelmente iniciou-se bem anteriormente. Com effeito, os symptomas a que se refere não são iniciaes. Além disso, o pae e seis irmãos falleceram leprosos e tem tres irmãos internados neste Asylo, com os quaes viveu sempre em promiscuidade.

A Reacção de Wassermann é + + + + e a de Kahn + + + +, mas nega absolutamente, passado venereo-siphilitico. Faltam signaes clinicos de heredo-lues a não ser nariz "en lorgnette", pelo qual é responsavel no caso, a lepra. Outros signaes clinicos encontrados são communs a lepra e á syphilis.



*Lesões testiculares* O exame histo-pathologico confirmou o diagnostico de atrophia e esclerose testicular, afirmando a natureza leprosa da lesão.

E' impossivel determinar-se, ao certo, a antiguidade da lesão, se surgiu concomitantemente ou posteriormente á hipertrophia mamaria.

Com effeito, o paciente accusa o inicio da gynecomastia aos 18 annos, e que se casou aos 19, não tendo filhos. Isso nos levaria a suppôr que por essa occasião já existisse a lesão testicular.

Por outro lado porém, só accusa diminuição sensivel da potencia, de 3 annos para cá, e que sua esposa é tambem leprosa, portanto sujeita a lesões esterilisantes. De facto indagada, diz ella não ter menstruação ha 6 annos, portanto, já 2 annos antes do casamento. Diz ter tido relações sexuaes sómente o primeiro anno depois de casada e que ha 3 annos não é procurada pelo marido.

Pela natureza da lesão testicular e pelo seu grão de desenvolvimento é de se crêr porém, seja a mesma mais antiga.

*Avaliação endocrina do caso.* Não se póde no caso, com em geral na lepra, dar valor as lesões da pelle e dos phaneros que muito se assemelham as do hypothiroidismo. Por outro lado faltam signaes collateraes do hyperthiroidismo, estando porém o metabolismo basal augmentado de 29%. Na determinação o graphico não offereceu grande regularidade, embora insistissimos em varias tentativas.

Os signaes oculares, secundarios, do hyperthiroidismo não puderam ser pesquisados por ser o paciente portador de uma photophobia intensa,

A prova de Goetsch, negativa, falia contra um hyperthiroidismo. As provas da atropina e da pylocarpina faliam dum equilibrio vago-sympathico que seria rompido no caso de disthyroidia. O exame radiologico, mostrando normalidade de dimensões, extractura e contornos da sella tursica, ausencia de lesões dos ossos da mão e a presença sómente de lesões trophicas do esqueleto dos pés, fallam contra as lesões da hypophyse.

Confirmando as verificações radiographicas, estão os tests hypophysarios egualmente negativos. O exame do fundo de olho nada revelou que pudesse se relacionar com as lesões daquelle orgão.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna, nada nos chamou a attenção. Isso nos leva a crêr que a unica lesão de orgão existente no caso é a do testiculo, não podendo todavia precisar a antiguidade da mesma, si anterior ou posterior a gynecomastia; si pode ou não ser responsavel por ella...

**GYNECOMASTIA** — Como se deprehe de da historia clinica do paciente, a gynecomastia ter-se-ia iniciado ha 5 annos, quando o paciente tinha 18 annos de idade.

A sua ficha inicial, feita neste Asylo-Colonia em 21|9|1933, já assignala esse facto. O paciente por essa occasião apresentava sensivelmente o estado actual, tendo soffrido alguma peóra.

Conforme o seu relato, as mammas se hypertrophiam aos 18 annos, sendo a direita, mais volumosa e dclorosa que a esquerda e, ultimamente deu-se o facto contrario.

O nosso exame actual, verificou que a mama direita é realmente mais desenvolvida que a esquerda e mais dolorosa á palpação.

Pela palpação pudemos perceber augmento da massa adiposa e u'a massa modular dura, dolorosa á pressão, com os caracteres proprios de uma glandula mammaria.

O exame microscopico praticado no material retirado pela biopsia na mamma direita, quando o paciente se apresentou á consulta em 13-4-1936, queixando-se da inflamação dessa mamma, que era dolorosa, revelou uma mastite leprosa, ccm a presença de abundantes bacillos "leprae", em globias ou não, principalmente de localização pericanalicular.

Não foram encontrados "acini", porém, havia proliferação e dilatação dos canaes galactophoros, esclerose do tecido conjunctivo intersticial com numerosos elementos adiposos e muito proliferados.

Faltam-nos outros esclarecimentos, fornecidos por um exame histológico mais detalhado.

Resumindo, crêmos poem, poder affirmar tratar-se de um caso de mamma comparavel á mamma feminina virgem, com maior desenvolvimento á direita e de um processo de mastite leprotica. A causa do processo gynecomastico não esta patente, somente podendo-se attribuir á lesão testicular, cuja precedencia á hypertrophia das mammas não poude ser precisada.

## OBSERVAÇÃO N.º 2

### I — ANAMNESE

B. G., 52 asnos, masculino, casado, branco, lavrador, proveniente de Santa Izabel, onde residia. Internado em 28|3|1933.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** diz ser o primeiro caso de lepra em sua familia. Nega convivencia com leprosos. Tem um filho, tambem internado neste Asylo, cuja molestia apparecera posteriormente a sua.

**ANTECEDENTES PESSOAES:** — Nada se refere de interesse.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** — Pae fallecido ha 30 annos, ignora com que idade, de febre typhoide. Mãe fallecida ha 2 annos, com 60 annos de idade, de causa ignorada. Tem tres irmãos que gozam saúde.

**HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** Diz ter se iniciado, a sua doença, ha 17 annos, por dores articulares e formigamento nas extremidades. Há 7 annos, iniciou-se a queda dos supercilios. Ha 5 annos, infiltrou-se-lhe o rosto. Ulceras nas pernas ha 2 annos. Mal perfurante desde essa occasiao.

## II — EXAME OBJECTIVO

### — LESÕES CUTANEAS —

**CABEÇA:** — Fronte, faces e orelhas infiltradas. Madarose ciliar e superciliar.

**TRONCO:** — Infiltração diffusa e pelle secca, brilhante e preguada nas faces anterior e posterior. Tuberculos em via de reabsorção junto ao angulo inferior do omoplata esquerdo. Gynecomastia.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle secca, pregueada, alopecica, levemente infiltrada em quasi toda a superficie dos membros, principalmente no bordo cubital dos ante-braços, punhos e mos. Placas de tuberculos conglomerados proximas ao cotovelo.

**MEMBROS INFERIORES:** — Pelle secca, pregueada, alopecica e com infiltração nas nadegas e coxas, principalmente na metade inferior da face antero-externa destas. Cicatrizes pigmentadas nos joelhos. Pelle infiltrada e escamosa nos dots terços inferiores das pernas. Ulcera na face posterior da perna esquerda, junto ao tendão de Achilles. Infiltrações elephantiasica, pelle secca e escamosa nos pés.

**GANGLIOS:** — Inguino-cruaes infarctados.

**TRONCOS NERVOSOS:** — Cubitae espessados.

**ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE:** — Insensibilidade thermica em toda superficie dos membros superiores e inferiores. Insensibilidade dolorosa nas mesmas regiões, excepto face interna dos braços e coxas. Insensibilidade tactil nos cotovellos, face posterior dos antebraços, maos e dos joelhos aos pés.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** Atrophia de todos os grupos musculares das mãos, predominantemente da região hypothenar, com desvio dos dedos da mao direita. Uma ulcera perfurante em cada pé.

**FORMA CLINICA:** Mixta (C3 N3).

**DERMATOSE CONCOMITANTE:** — Epithelioma da palpebra inferior direita.

## III — EXAMES COMPLEMENTARES

**MUCCO NASAL:** — Lamina 581 + + (por occasião do fichamento em 22|12|1933.

**PROVA DE GOETSCH:** negativa.

## IV — REVISÕES

Em 28|6|1934: — Este paciente foi revisto no apresentando alterações das lesões cutaneas. — Em 29|1|1635: — Foi feita uma segunda revisão apresentando as seguintes modificações: Tronco — A gynecomastia notada na ficha inicial é mais accentuada á direita (fig 9). Membros superiores — A pelle dos

antebraços se apresenta secca, alopecica e com leve infiltração. Asphyxia das mãos. Os dedos da mão direita se apresentam desviados do eixo do membro. dirigidos para fora. Membros inferiores — Ausencia do segundo podarticulo direito (Intervenção cirurgica) e dystrophias ungueaes accentuadas. Duas ulceras na face posterior da perna esquerda e uma na região homologa. Anesthesia thermica da glande e escroto. Em 29|8|1935: o paciente não apresentava alterações sensiveis de suas lesões cutaneas.

Em 13 de Fevereiro o paciente falleceu tendo-se procedido á necroscopia, cujo laudo histologico é o seguinte:

## 1 — THYROIDE.

### (Coloração pela hematoxylina-eosina)

"Apresentam-se nos cortes sob aspecto normal as vesiculas thyroidianas, de tamanhos desiguaes maiores e menores e mais ou menos cheias de substancia coloide acidophyla fortemente corada em vermelho; no conteúdo coloide de algumas vesiculas, notam-se, mas sempre em pequeno numero, restos de cellulas epitheliaes descamadas. As cellulas epitheliaes da parede que as limita são de forma regularmente cubica nas vesiculas pouco cheias, achatadas nas em que mais abundante é o coloide e, nas completamente cheias, pela compressão, mostram-se sobre o aspecto endoteliforme. As faixas conjunctivas que dividem o órgão era globulos apresentam-se em pequena quantidade, normal, no emtanto, na sua exstructura; normaes egualmente os elementos conjunctivas intervesiculares, vendo-se nelles alguns pequenos nodulos lymphoides heteroticos. Vasos com exstructura normal e assim, tanto os da glandula propriamente dita, como os existentes na capsula conjunctiva envolvente, na qual se os distinguem muito nitidamente em secções transversaes e longitudinaes.

## 2 — HYPOPHISE

(Coloração pela hematoxylina-eosina).

A capsula envolvente do órgão, nos raros pantos em que ella apparece nos cortes, é de exstructura normal, com seu tecido conjunctiva mais ou menos lameloso, muito ténue delicado, sem qualquer vestigio de esclerose.

**Lóbo anterior** — Estructura em cordões cellulares em intimo contacto com abundantes capillares sanguineos do delicado estroma conjunctiva. Os diversos typos cellulares estão ahi representados: **cellulas cromophilas** de cytoplasma granuloso e fortemente corado (**cellulas oxyphilas, acidophilas, eusinophilas**), ao lado de outras de cytoplasm tambem granuloso mas de granulações maiores e de afinidade tinctorial basica (**cellulas cromophilas, basophiles, cyanophilas**), predominando decididamente as primeiras; por fim, **cellulas principaes ou cromophobas** que se distinguem de permeio com as outras mais pelo nucleo grande e cytoplasma transparente do que pelos seus limites, esses muito apagados, indecisos. Vêm-se tambem no lobo anterior, mas só em pequeno numero, vesiculas atrophias de conteúdo coloide que fixa a coisna. Um delicado estroma conjunctiva serve de sustentaculo as cellulas. Não há nem vestigio de cellulas gordurosas nem de cellulas pigmentadas. Emfim, nas zonas periphericas notam-se algumas cellulas com alterações nucleares, representadas por "hyperchromia" e "pycnose". Junto "pars intermedia" é que se vem amontoados cellulares importantes representados por cellulas **cromophilas basophilas** e por vesiculas com conteúdo coloide. As cellulas da peripheria desse amontoado mostram-se, melhor que as do centro, sob a forma poliedrica, com cytoplasma transparente e um nucleo grande, espheroidal.

Na zona que corresponderia "pars intermedia", incomparavelmente menos vascularizada que "pars anterior" vêm-se agglomerados celulares representados, na sua maioria, por células "cromófilas basófilas"; lambem ahi vê-se um certo numero de alterações degenerativas, das mesmas células cromófilas (corpos de Hering). **No lobo posterior**, em um estroma normal, notam-se células cromófilas emigradas do lobo anterior e da "pars intermedia". Por fim, em muito pequeno numero, células pigmentadas.

### 3 — MAMMA

#### (Coloração pela hematoxilina-eosina).

A epiderme normal, bastante pigmentada a custa do pigmento melanico das células da camada basal.

**Tecido conjuntivo**, denso nas partes mais profundas, **não existindo nem vestígios de elementos celulares adiposos**, em qualquer zona em que considerem os côrtes, alias bastante grandes, seja em altura, seja em largura. Pode-se dizer que, "pro parte", esse tecido conjuntivo, mais do que denso, mostrase com certo grão de esclerose, esclerose que melhor se nota nas partes mais profundas. Numerosos e normaes os elementos musculares lisos dos musculos "aureolar" e "mamillar". Abaixo do tegumento vêm-se, em diversas alturas, feixes musculares cortados nos sentidos longitudinal e transversal e tanto mais abundantes e desenvolvidos, quanto mais para a superficie se os considerem.

Raras **glandulas sebaceas** e atrophiadas, raros tambem e atróphicos, os folliculos pilosos. Muito pouco são os cortes de **glandulas sudoríparas**; as que apparecem são de estructura normal. Não se vêm **filetes nervosos**. Numerosos cortes de canaes galactophoros percorrem o estroma conjuntiva; mais ou menos irregulares e flexuosos, mais ou menos largos, alguns (em côrtes transversaes) com visível "plissage" do seu epithelia de revestimento e este normal, tanto á forma das suas células (cylindricas), como quanto ao numero de suas fileiras. Desses ductos, uns são simples, outros são ramificados. **Não ha o menor vestigio de elemento glandular.**

Finalmente, logo abaixo do epithelia, no derma papillar, mas extendendo-se tambem ao derma propriamente dito, existem focos infiltrativos apreciaveis, em disposição facultivamente peri-vascular e constituídos quasi exclusivamente de fibroblastos, com muito raros lymphocytos. Presumimos tratar-se de uma reacção inflammatoria banal, talvez antiga. Em todo caso, sem caracter especifico.

### 4 — TESTICULOS

#### (Coloração pela hematoxilina-eosina e Van Gieson)

a) — **Albuginea**: Apresenta-se regularmente espessada e á custa do seu elemento conjuntiva. O espessamento dessa membrana é todo elle equal, quer dizer: não ha zonas mais espessadas do que outras. Dos vasos visiveis em grande numero, em cortes geralmente transversos, alguns tem a parede esclerosada; muitos mostram-se dilatados e engorgitados de sangue.

Das formações, tambem fibroses (septa, septula), que a albuginea emite pela sua face interna e que dividem a zona por ella limitada em **loja** ou **lobulos testiculares**, e que contém o tecido proprio do órgão, desses septos não se vê nenhum.

b) — **Rete vasculosum testis** (Rêde de Haller). Só em uma zona e bem circumscripita, zona que corresponde á de maior espessamento da albuginea testicular (Corpo de Higmore) vêm-se cortes transversaes de canaes regularmente calibrados com as cavidades mais ou menos anfractuozas, limitadas por um re-

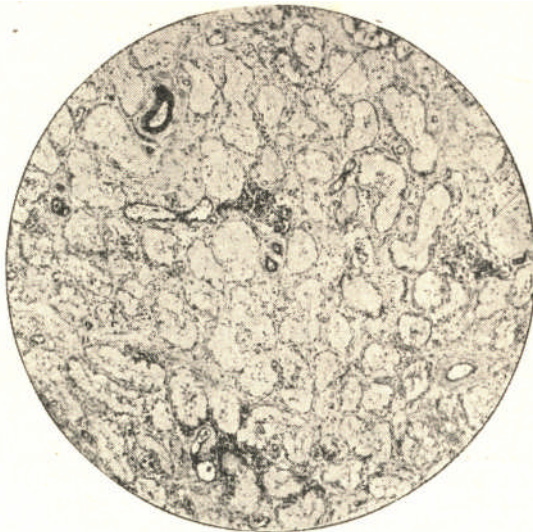


FIG. 6

Testiculos — Col. Hematox. - eosina — Augmento 70 X.  
 1 — Canaliculos hyalinizados.  
 2 — Cellulas intersticiaes.



FIG. 7

Testiculos (autopsia) — Hematox. - eosina.

Pequeno augmento (40%): — Vêem-se, distintamente cortes de tubos seminíferos, cuja estrutura normal esta seriamente compromettida; hialinização completa das suas paredes, luz obliterada ou quasi, elemento epitelial desaparecido. O tecido conjuntivo que une os canaes mostra-se igualmente esclerosado, hialinizado e sêde de infiltração celular variada, em geral difusa, mas, em certas partes muito condensada. Os elementos infiltrativos são variados, havendo muitas cellulas vacuolizadas (cellulas de Virchow). Vêem-se alguns amontoados de cellulas intersticiaes.

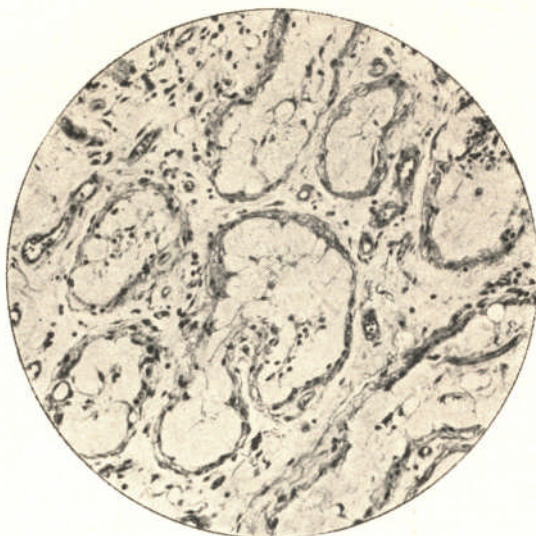


FIG. 8

Testículos — Hematoxilina e eosina (autopsia).  
Grande aumento (230 x): — Córtes de canaes seminíferos com as suas paredes hyalinizadas, atrofia completa do tecido germinativo. Hyalinização e esclerose do tecido conjunctivo intercanalicular.

vestimento de natureza epithelial de cellulas cylindricas, com nucleo intenso e fortemente chromophilo, fileira cellular que repousa directamente sobre o tecido fibroso do **Corpo Higmore**, isto é, sem interposição de membrana basal. Essas formações tubulares da “Rêde de Haller”, estão excavadas em pleno tecido fibroso que é o “Corpo de Higmore”, muito abundantemente vascularizado, com muitos vasos sanguineos (arteriolas e venulas) dilatados e engorgitados de sangue. São muito raros os vasos lymphaticos.

**Cerebro:** normal.

**Cerebello:** normal.

**Nervo:** nevrite leprosa.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de abundantes bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen.

**Aórta:** normal.

**Coração:** atrophia fosca do myocardio (pigmento de uso).

**Pulmões:** anthracose com edema e pneumonia hypostaticas.

**Ganglios tracheo-bronchicos:** anthracose com focos de tuberculos de typo caseoso.

**Nota:** — Os córtes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen.

**Ganglio inguinal:** adenite leprosa.

**Nota:** — Os córtes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de numerosos bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen.



FIG. 9

**Figado:** lepra hepatica.

**Nota:** — Os côrtes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de numerosos bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen, localizados principalmente nos espaços de Kiernen.

**Baço:** lepra esplenica com degeneração hyalina peri-vascular.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen, localizados principalmente nos corpusculos de Malpighi.

**Pancreas:** normal.

**Rins:** glomerulo-nephrite chronica.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen.

**Suprarenaes:** normaes, com autolyse cadaverica bastante accentuada.

#### DIAGNOSTICOS

**Thyroide, hypophyse:** normaes.

**Mamma:** reacção inflammatoria chronica sem caracter especifico.

**Testiculos:** atrophia e esclerose leprosa.



**Nota:** — De todos os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen, só o testículo revelou a existencia de bacillos alcool-acido-resistentes, não em globias, mas numerosos nos canaes seminiferos e no tecido conjunctivo intercanalicular.

## COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de lepra mixta C3 N3, nada chamando a attenção sob o ponto de vista dermatologico a não ser o paciente portador de um epithelioma baseo-cellular da palpebra inferior direita.

O seu fallecimento inesperado não nos permittiu a observação clinica detalhada e a realização de outros exames necessarios ao completo esclarecimento do caso. Das provas pharmacologicas, somente foi feita a prova de Goetsch, que rezultou negativa.

A photographia porem do paciente tirada em Abril de 1935 (fig. 9), mostra-nos claramente uma hipertrophia mammaria de ambos os lados com grande predominancia ã direita.

As mammas, á palpação davam-nos a impressão de u'a massa dura, fibrosada, ligeiramente dolorosa, á direita.

Autopsia e o relatorio histo-pathologico detalhado mostra-nos a hypophise e thyroide normaes. As mammas com "reacção inflammatoria chronica sem caracter especifico", não havendo nem vestigios de elementos cellulares adiposos e ao lado disso esclerose de tecido conjunctivo muito denso principalmente nas partes mais profundas.

Apesar do relatorio histo-pathologico affirmar a presença de uma reacção inflammatoria chronica sem caracter especifico, perguntamos si no presente caso não teria havido, anteriormente, um processo de mastite leprosa, como no caso anterior e que regrediu ficando apenas como consequencia uma fibrose? Seria interessante pesquisar cuidadosamente, em outros cortes a presença de bacillos e principalmente de granulações a que não se ref ere o relatorio histo-pathologico.

O que está porém bem patente é a atrophia e a esclerose leprosa dos testiculos precisando-se todavia notar tratar-se de um individuo de 53 annos de idade.

O facto da reacção inflammatoria chronica da mamma não apresentar caracter especifico, isto é, não serem encontrados bacillos alcool-acido-resistentes não infirma a possibilidade da lesão mammaria ter sido leprotica, porquanto tratava-se de uma forma de lepra estacionaria e que na occasião de seu fichamento em Março de 1933 até o seu fallecimento em Fevereiro de 1936, não apresentou peóras.

### **OBSERVAÇÃO N.º 3**

#### **I — ANAMNESE —**

C. C., 35 annos, masculino, casado, branco, tintureiro, proveniente de Amparo, onde residia. Internado em 17|10|1932. Observações em 22|8|1933.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Foi o primeiro caso de lepra de sua familia. Mãe internada neste Asylo. O paciente morava em São Paulo quando a doença se manifestoti.

**ANTECEDENTES PESSOAES:** — Nada refere digno de nota.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** — Pae fallecido ha 9 annos, em um accidente. Mãe com 65 annos, internada neste Asylo. Tem 7 irmãos, são.

**HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** — Diz estar doente ha 11 annos, tendo se iniciado sua doença por tuberculos nas coxas e insensibilidade nas extremidades. Ha 6 annos infiltrou-se-lhe o rosto e os supercillos começaram a cahir. Diminuição de acuidade visual ha 5 annos, terminando em cegueira ha 3 annos. Queixa-se de asthenia.

#### **II — EXAME OBJECTIVO**

##### **— LESÕES CUTANEAS —**

**CABEÇA:** — Orelhas, fronte, faces, nariz e mento infiltrados. Cegueira. Madarose ciliar e superciliar.

**TRONCO:** — Infiltração diffuse nas faces anterior e posterior.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle secca, alopecica, pagueada, com leve infiltração diffusa na face posterior dos braços e dos antebraços. Tubérculos disseminados. Placas de tuberculos conglomerados nos cotovellos. Elementos de reacção leprotica. Mãos e dedos infiltrados e cyanoticos.

**MEMBROS INFERIORES:** — Pelle secca, pagueada, alopecica nas coxas, sendo levemente infiltrada na face antero externa. Elementos de reacção leprotica. Pelle secca, pigmentada, brilhante, infiltrada e alopecica nas pernas. Infiltração elephantiasica nos pés.

**TRONCOS NERVOSOS:** — Cubitae endurecidos e dolorosos.

**ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE:** — Insensibilidade thermica e dolorosa no rosto e dos cotovellos. As mãos excepto terço superior da face anterior dos antebraços, nas nadegas, face antero-externa das coxas dos joelhos aos pés. Insensibilidade tactil nos cotovellos, face posterior dos antebraços, mãos, nadegas e dos joelhos aos pés.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** Não há.

**FORMA CLINICA:** — Mixta (C3 N2).

#### **REVISÕES**

Duas revisões foram feitas nesse paciente. A primeira, em data de 21|2|1935, sem alteração e a segunda, em 29|9|1935, encontrando-se os tuberculos assinalados anteriormente, regredidos.

#### **III — EXAMES COMPLEMENTARES**

##### **EXAME ANATOMO-PATOLOGICO**

**MAMMAS:** — (autopsia: formol a 10%, parafina, hematoxylina-eosina).

“Epiderme normal, notando-se excesso de pigmento melanico nas cellulas basaes e, em alguns pontos, cromotophoros no derma papillar.

O tecido conjunctivo do derma papillar apresenta-se normal notando-se apenas, fôcos infiltrativos minimos de situação peri-vascular e só de cellulas lymphocitarias. No derma propriamente dito, vem-se em grande quantidade côrtes transversos ou não de feixes musculares (musculus aureolaris). O tecido conjunctivo vae-se tornando cada vez mais denso e esclerosado a medida que se observam as partes mais profundas do côrte notando-se pontos em que elle, além de esclerosado, é hiperplasico.

Nesse tecido conjunctivo e principalmente nas suas partes mais profundas, vêm-se côrtes de canaes galactophoros em tudo normaes.

O tecido adiposo apparece em muito pouca quantidade e só nas partes profundas do côrte. Vasos e nervos com suas estruturas normaes.

Diagnostico: esclerose do tecido conjunctivo intersticial”.

**“TESTICULOS** — (hematoxylina-eosina): A estructura normal do órgão está completamente modificada. Só muito difficilmente podem ser reconhecidos, e em zonas muito limitadas, alguns côrtes de canaliculos seminiferos, assim mesmo obtilerados e hyalinizados. Proliferação accentuada e esclerose do tecido conjunctivo inter-canalicular. Infiltração cellular abundantissima de séde pericanalicllar ou não: e constituida de cellulas de variados typos, entre todas predominando as cellulas de Virchow e as cdlulas espumosas. Zonas ha em que as cellulas desses dois typos e de outros (plasmocytos, lymphocytos, etc.) substituem por completo os elementos preexistentes, conjunctivos, epithelial, etc.

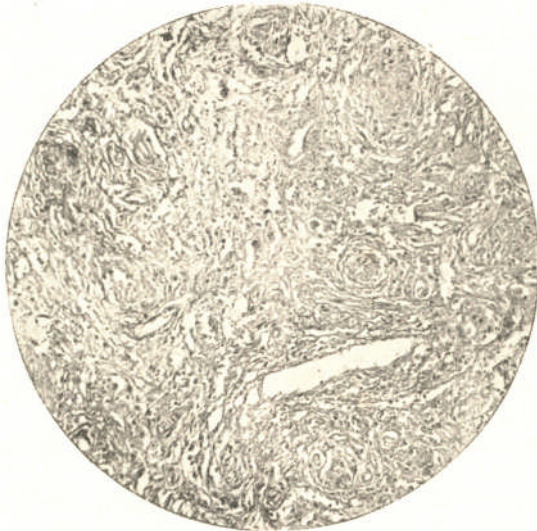


FIG. 10

Augmento 140 X: — Zona de accentuada esclerose do tecido conjunctivo intersticial, onde só muito mal ainda se reconhecem canaliculos seminiferos, dal a alteração da estructura normal.

Infiltração cellular difusa.

Ao redor de um vaso capillar sanguineo dilatado agglomeram-se em maior numero as cellulas infiltrativas, predominando entre ellas cellulas de Virchow e cellulas espumosas.

Em côrtes convenientemente corados vê-se que a preparação é riquíssima de bacillos de Hansen em globlas e isolados no tecido conjunctiva inter-canalicular, nas paredes dos canaliculos, etc.

Diagnostico: orchite leprosa. Atrophia, esclerose".

**METABOLISMO BASAL:** (methodo de Benedict-Ross) = — 1%.

**PROVA DE GOETSCH:** negativa.

**MUCO NASAL:** positivo.

**REACÇÃO DE WASSERMANN:** negativa.

**REACÇÃO DE KAHN;** negativa.

**DOSAGEM DE CHOLESTERINA NO SANGUE:** 64 mm. %.

**DOSAGEM DE CALCIO NO SANGUE:** 8,3 mgrs. %.

### COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de lepra mixta (C3 N2), doente ha 14 annos, tendo fallecido em 22 de Maio de 1936, de cancer do estomago.

Não nos foi dado aqui, tomar a observação completa. O paciente não apresentava porem, signaes clínicos evidentes, de disturbios de glandulas de secreção interna.

O metabolismo basal normal, fala por um equilibrio funcional da thyroide. A prova de Goetsch, negativa, parece confirmar isso.

As mammas, regularmente hypertrophiadas, eram pouco dolorosas á palpação, e de consistencia dura, fibrosa; palpavam-se nódulos profundos.

O exame histo-pathologico encontrou o tecido conjunctivo mais duro e esclerosado "á medida que se observam as partes mais profundas do corte", notando-se pontos em que elle alem de esclerosado é hyperplastico.

Isso nos leva a suppôr que anteriormente tivesse havido um processo de mastite leprosa, semelhante ao do caso da observação n.º 1; essa mastite teria regredido, deixando como resultado a fibrose do tecido conjunctivo.

Assim, ter-se-ia a hypertrophia da mamma, á custa da fibrose e hyperplasia desse tecido.

O exame histo-pathologico dos testiculos revela orchite leprosa, com atrophia e esclerose.

Este caso, poderia ser interpretado como o caso de B. G., observação n.º 2.

### OBSERVAÇÃO N.º 4

#### I — ANAMNESE.

N. B. G., 27 annos, masculino, branco, brasileiro, solteiro, mecanico ajustador, natural e proveniente de Jundiahy. Internou-se em 4|10|1934 sendo fichado em 6|10|1934.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Afirma que não existem doentes de lepra em sua família, e que nem teve convivência com leprosos.

**HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL:** — Diz estar doente há 3 anos, tendo a sua molestia começado por manchas vermelhas nos joelhos.

## II — EXAME OBJECTIVO

### — LESÕES CUTÂNEAS —

**CABEÇA:** — Rosto de ar erythematoso intenso; leve infiltração das faces; orelhas infiltradas. Rarefacção dos supercílios.

**TRONCO:** — face anterior, cor erythematopigmentada intensa.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle com o mesmo aspecto da do tronco. Mãos cianosadas e garra do mínimo esquerdo.

**MEMBROS INFERIORES:** — Pelle erythematopigmentada, atrophica, alopecica.

**FORMA CLÍNICA:** — Mixta (C3 N2).

**REVISÕES:** — Em 14|4|1936, o paciente apresentou-se a consulta queixando-se que de 15 dias para cá, notou inflamação das mamas, que se tornaram dolorosas, principalmente á pressão. Diz igualmente que essa inflamação augmentava sob a influencia da masturbação (o paciente era masturbador).

O nosso exame revelou, augmento de volume da mamma direita (fig. 11).

Em 15|4|1936, foi praticada uma biopsia da mamma e do testículo direitos.

O exame clinico do testículo revelou diminuição da sensibilidade á pressão. Grãos diminuidos de volume. Nada mais digno de nota.



FIG. 11



FIG. 12

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**EXAME ANATOMO-PATOLOGICO** (material colhido por biopsia da mamma direita).

**MAMMAS:** — (formol a 10%, parafina, coloração pela hematoxyliosina e Ziehl-Neelssen). "Mastite leprosa só diferente do caso de A. S. por ser no presente, o infiltrado leprotico menos intenso e o tecido conjunctivo intersticial menos proliferado".

**TESTICULOS:** — (formol a 10% — parafinacol. hematoxylina-eosina e Ziehl-Neelssen): "**orchite leprosa**, com atrophia e esclerose".

Este doente falleceu inesperadamente em 28|4|1936, de causa não bem determinada.

**No dia 27**, pela manhã, ás 9 horas, tomou uma injeccão de "Atophanyr a conselho do ophtalmologista, acamou-se ás 12 horas com indisposição geral, vomitos e febre.

A pyrexia culminou ás 15 bores com 41° c. Foi visto ás 18 horas pelo medico interno que o encontrou muito aigtado, com intensa rubefação da face, tachycardia, pressão 6,0 2,0.

Fez tratamento symptomatico.

Ás 22 horas, a temperatura baixara para 38° c., e melhorou da agitação. Só foi visto no **dia seguinte, 28.**

Contam os enfermeiros que durante a noite appareceram manchas arroxeadas pelo corpo.

As 6 horas, temperatura 36° c. — pressão 1,5 — 1,0. Pulso impalpavel, salvo nas carotidas; manchas roxas de sufusão sanguinea por todo o corpo.

#### — AUTOPSIA —

**INTESTINOS:** — congestão passiva com edema da sub-mucosa. Perda da porção superficial do epithelio do revestimento da mucosa devido á autolyse cadaverica.

**FIGADO:** — lepra do figado com degeneração gordurosa das cellulas hepaticas.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de bacillos de Hansen.

**BAÇO:** — hyperemia congestiva do baço.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos de Hansen.

**RIM:** — degeneração albuminosa, granulomatosa ou parenchymatosa, com accentuada degeneração vesicular ou hydropica. Ha raros infiltrados de cellulas inflammatorias do typo chronico, sem caracter especifico. Sao raros os cylindros hyalinos no interior dos tubulos renaes.

**Nota:** Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos de Hansen.

**SUPRARENAL:** — normal.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos de Hansen.

**TESTICULO:** — orchite leprosa com atrophia e edema.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de bacilos de Hansen.

**GLANDULA MAMMARIA:** Mastite leprosa.

**Nota:** — Os cortes corados pelo methodo de Zizhl-Neelssen não revelaram a presença de bacillos de Hansen.

## COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de mastite leprosa clinica e anatomo-patologicamente perfeitamente identico ao de A. S.

O fallecimento inesperado, do paciente nos impediu de tomar a sua observação completa.

Infelizmente não foi possível, por motivos extranhos á nossa vontade, a necropsocia completa.

Como factos mais interessantes temos as lesões leproticas do figado e as lesões testiculares.

Outras conclusões não podemos tirar, per falta de documentação sufficiente.

### OBSERVAÇÃO N.º 5

#### I — ANAMNESE

T. A., 70 annos, masculino, italiano, casado, carpinteiro, natural de Chietti. Internado em 8|3|1936. Fichado em 11|3|1936.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Diz ser o unico doente da familia, negando convivencia com doentes de lepra.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** — Sem interesse.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** — Pae, italiano, fallecido ha cerca de 30 annos. Mãe, italiana, fallecida ha cerca de 40 annos.

**HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** — Diz estar doente ha vinte annos tendo se iniciado sua doença por dores articulares. Tuberculos nos membros e rosto; queda dos supercilios e gynecomastia ha 10 annos, mais ou menos. Atrophia dos interosseos ha 5 annos. Cegueira ha 3 ou 4 annos.

#### II — EXAME OBJECTIVO

##### LESÕES CUTANEAS

**CABEÇA:** — Pelle secca, atrophica, descamante, hyperpigmentada; teve infiltração diffusa Alopecia com zonas de infiltração ligeiramente hyperpigmentadas. Rarefação total dos dois terços externos dos supercilios. Quêda dos cilios. Epiphora e lago ophtalmico. Orelhas bastante infiltradas. Nariz com destruição parcial do septo osseo. Barba e bigodes conservados.

**TRONCO:** — Pelle secca, atrophica, descamante, apresentando manchas de coloração alaranjada na face anterior e cicatrizes de tuberculos nas faces anterior e posterior. Gynecomastia bilateral accentuada.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle muito secca, atrophica, descamante, com infiltração dura, de coloração arroxeadá principalmente nos braços, (reacção leprotica involuida) cicatrizes de tuberculos e tuberculos reabsorvidos.

**MEMBROS INFERIORES:** — Nadezas, com escaras de decubito, coxas com a pelle muito secca, atrophica e descamante. Vestigios de reacção leprotica. Ulceras nos joelhos. Pelle da perna com os mesmos caracteres da pelle das coxas, porem mais accentuados, apresentando além disso, hyperpigmentação e ulceras. Parakeratose accentuada dos pés. Dystrophias ungueaes.

**ALTERAÇÕES DA SENSIBILIDADE:** — Não foi pesquisada.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** — Amytrophia das mãos. ulceras nas pernas e nos. Parakeratose, dystrophias ungueaes. Epiphora, lago ophtalmico,

**FORMA CLINICA:** — Mixta C3 N3.

### OBSERVAÇÕES

O paciente apresentou-se para o fichamento, febril, com 37,4° em estado de somnolencia, queixando-se de dores pelo corpo, principalmente nos braços e pernas. Queixa-se do dôres nos ouvidos que deixam vasar grande quantidade de pús.

Gynecomastia ha 8 ou 10 annos. A principio dolorosa, depois aos poucos foi se tornando indolor á palpação. — Bilateral — e consistencia glandular.

Em 18|3|1936, este paciente falleceu tendo sido dado como causa-mortis: **uremia.**

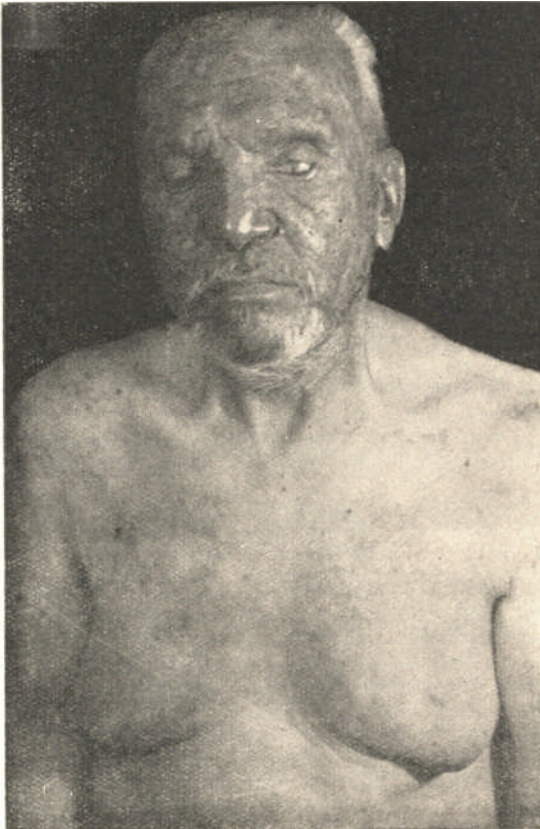


FIG. 13

### AUTOPSIA

(formol a 10%; parafina, hematoxylina-eosina).

**HYPOPHYSE:** — normal.

**Nota:** — Observamos a presença de vesículas colloidaes de pro-



porções maiores que as normaes na "pars intermedia" ou lobo intermediario. Ha alguns corpusculos hyalinos de Herring (cellulas chromophilas immigradas) na "pars nervosa" ou lobo posterior.

**THYROIDE:** — Normal.

**SUPRARENAL:** — Normal, com autolyse cadaverica pouco accentuada.

**EPIDIDYMO:** — Epididymite leprosa chronica, com estase accentuada sem formações cysticas, devido provavelmente a obliteração parcial dos canaes epipipymarlos ou defferente (retracção cicatricial).

**Nota:** — Nos cortes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen observamos a presença de bacilos de Hansen em fôcos de infiltração, localizados no tecido intersticial de sustentação. Esses fôcos, assim como os bacilos de Hansen não são encontrados quer no interior, quer no epithelio de revestimento dos canaes do epididymo.

**TESTICULO:** — Orchite leprosa, com esclerose e hyalinização dos tubulos seminiferos.

**Nota:** — Os cârtes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de bacilos de Hansen.

**MAMMA:** — Glandula mammaria: normal. Granuloma leproso no hypoderma e derma profundo da pelle da mamma.

**Nota:** — Os côrtes corados pelo methodo de Ziehl-Neelssen revelaram a presença de bacillos de Hansen unicamente no granuloma leproso.

**RIM:** — nephrose ou nephrite epithelial não especifica (mal de Hansen), provavelmente toxica.

## COMMENTARIOS

Trata-se de um individuo leproso ha 20 annos, tendo a sua molestia apresentado o periodo prodromico classico.

Esse paciente apezar do seu estado geral precario e de sua idade avancada, expunha corn detalhes e precisão dignas de credito a historia de sua doença e relata a hypertrophia mammaria como datando de 10 annos mais ou menos.

Devido ao seu estado precario e ao seu fallecimento poucos dias depois da internação, não nos foi possível obter a documentação completa.

Tratava-ser de uma forma mixta de lepra (C3 N3) não se podendo relacionar certas alterações da pelle com a disfunção de glandulas endocrinas, por serem essas alterações tambem occasionadas pela lepra.

Esse paciente apresentava-se com reacção leptotica, sub-febril queixando-se de dôres rheumatoides e otite purulenta. Logo depois cahiu em estado comatoso vindo fallecer poucos dias depois tendo sido dada como causa mortis, a uremia.

De facto o laudo histo-pathologico da autopsia parece confirmar o diagnostico clinico. O mesmo laudo porém, não constatou lesões da hypophyse, da thyroide e da supra-renal. Havia uma

epididymite chronica com estâse accentuada sem formações cysticas, devido provavelmente a obliteração parcial dos canaes epididymarios (retracção cicatricial). O relatorio histo-pathologico diz: "glandula mammaria, normal. Granuloma leproso no hypoderma e derma profundo da pelle da mamma", tal relatorio nada nos diz sobre a estrutura dos diferentes tecidos que formam a mamma; nada nos falla sobre o tecido adiposo, sobre o tecido conjunctivo, nos quaes provavelmente deveria haver modificação de estrutura. O referido relatorio sómente assignala presença de bacillos de Hansen "unicamente no granuloma leproso". Nos testiculos foi encontrada esclerose e hyalinisação dos tubos seminiferos, sendo revelada a presença de bacillos de Hansen.

O que está bem patente no presente caso é a lesão testicular leprotica.

## OBSERVAÇÃO N.º 6

### I — ANAMNESE

D. O., 36 annos, branco, brasileiro, solteiro, viajante (até 1928). Proveniente do Asylo-Colonia "Santo Ângelo" e internado no A. C. P. em 5 de Novembro de 1931.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Teve um primo, fallecido doente de lepra no A. C. P., no qual a doença se manifestou anteriormente, mas, não teve contacto com o nosso observado que viajava como marinheiro desde 1915. Não se lembra de ter tido contacto com outros doentes.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Pae, fallecido em 1929, com 71 annos, de congestão cerebral (sic). Mãe, fallecida em 1905, com 30 e poucos annos, em consequenda de uma operação, que o doente não sabe indicar. Nada sabe informar sobre a sua saude, pois na occasião do seu fallecimento, o paciente era criança. Nada digno de nota quanto aos colateraes e ascendentes.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** — Das molestias da primeira infancia diz ter tido sarampo, coqueluche e que estivera acamado aos 7 annos por 40 dias em consequencia de uma molestia que não sabe precisar. Na adolescencia teve hemorragia e um cancro do qual se tratou com Neo-Salvarsan. Em 1918 foi operado tendo sido feita a estirpação de ganglios lymphaticos no pescoço. O paciente lembra-se sómente de que esses ganglios eram inflammados não suppuraram e que se sentia muito enfraquecido, tendo se inflammado apenas os ganglios do lado direito. Em Outubro de 1935, concomitantemente com o apparecimento da reacção leprotica, teve orchite bilateral. Desde os 14 annos até os 23 foi marinheiro, viajando constantemente, levando porem vida regular. Bebia e fumava moderadamente: não abusava dos prazeres sexuaes. Peso anterior: 68 Ks. peso actual: 40 Ks.

**QUEIXA E HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** Esta doente de lepra desde 1924. Sua molestia se iniciou por febre, tendo geralmente dois acessos diarios, que se repetiram systematicamente durante uma semana, as 10 e as 16 horas. Diz que a temperatura não excedia de 39° e concomitantemente, as mãos e as orelhas se inflammaram apparecendo nodulos vermelhos e dolorosos que hoje o doente identifica com a reacção leprotica que já o acommetteu outras vezes. Por esse motivo consultou a um medico que prescreveu alguma medicação cuja natureza ignora, lembrando-se porem que, ao cabo de uma

semana, começou a sentir melhoras, levantando-se e notando que poucos dias depois as orelhas e as mãos já haviam desinflammado e estavam descarnando. No fim de quinze dias voltou ao seu estado anterior, não tendo nem vestígios dos accidentes cutaneos. Em 1925, appareceram-lhe no dorso das mãos nodulos, procurando então outro medico que o examinou e o encaminhou á Inspectoria de Lepra e Doenças Venereas, do Rio de Janeiro. Entrou immediatamente em tratamento com estheres ethylicos de Chaulmoogra (1 cc.). Fez duas caixas de 1 cc. Ao iniciar a terceira caixa, de 2 cc., exacerbou-se a reacção leprotica que já vinha tendo desde o inicio do tratamento, e da qual só melhorava suspendendo a medicação. Fez por urn anno esse tratamento sempre com interrupções devido a reacção leprotica. Abandonou a medicação referida, procurando tratar-se por sua orientação. Assim fez por um anno e meio, abandonando depois disso totalmente, o tratamento, até 1930. Nesta data veio para S. Paulo, sendo então fichado na I. P. L. e internado no A. C. "Sto. Ângelo" em 20|12|1930. Transferido para o S. P. B. em 3|11|1931 e daí para o A. C. P. cm 5|11|31.

### **INTERROGATORIO SOBRE OS DIFFERENTES APPARELHOS E ORGÃOS**

**OLHOS:** — Photophobia.

**NARIZ:** — As vezes tem epistaxis que cedem espontaneamente. Tem corrimentos nasaes, constantemente.

**GENITO URINARIO:** — nicturia e polaquiuria.

**NEURO-MUSCULAR:** — Insomnia. De 9 mezes para cá coincidindo com o recrudescimento da reacção leprotica que o obrigou a acamar-se, vem notando diminuição da potencia sexual. Teve ha um mez duas polluções com espaço de 15 dias, sendo uma dellas, a primeira sanguinea. Queixa-se de diminuição da memoria, sensação de dormencia nas mãos, formigamento e dormencia nos pés.

### **III — EXAME OBJECTIVO**

**INSPECÇÃO GERAL:** — O paciente se apresenta deitado preferindo o decubito lateral, pois, em decubito dorsal tendo as pernas flectidas sobre as coxas, em angulo quasi recto, tem de apoiar-se sobre os calcanhares. Diz preferir a posição lateral porque a outra acarretando peso sobre os calcanhares, se torna incommoda, por serem estes dolórosos.

Constituição fraca, mal nutrido, paniculo adiposo muito escasso, pesando 40 Ks. e medindo 1,70 de altura.

Orelhas de tamanho normal, bem implantadas, lobulos adherentes. Ontognata. Desenvolvimento cephalico e dos membros proporcional ao desenvolvimento do corpo. Os membros guardam proporções normaes no desenvolvimento dos seus segmentos.

Nariz "en lorgnette". Mucosas visiveis, ligeiramente descoradas.

Extremidades com lesões neurotrophicas accentuadas. Articulações dos joelhos em ligeira flexão e a extensão forçada, a perna forma com a coxa um angulo de abertura mais ou menos de 140°. O movimento de extensão é limitado pela retracção dos tendões que se projectam em saliencia na face posterior do "cavum" poplitéo. O movimento de flexão tanto activo como passive se processa com maior amplitude, conseguindo-se formar em flexão forçada das pernas sobre a coxa, um angulo de 45°.

Ganglios inguinaes levemente infarctados, duros, não dolorosos á apalpação, deslisando sob a pelle e adherentes ao plano sub-jacente.

Os demais ganglios não são infarctados.

Temperatura: 35,8° (ás 6,00 horas).

## EXAME DERMATOLOGICO

### — PELLE —

**CABEÇA:** — Rosto apresentando zonas de coloração erythematosas com telangiectasias nas faces; a pele nessa região é secca e descamante. Pela palpação, notam-se zonas endurecidas sem limites nitidos na camada sub-jacente, parecendo ser consequente a reacção leprotica hoje em franca involução. Os supercilios são muito rarefeitos nos seus dois terços externos e falhos no terço interno. A pele da região superciliar se apresenta de coloração erythematosas, infiltrada e descamante. Queda total dos cilios inferiores, estando os superiores mais ou menos conservados. O mento apresenta uma coloração erythematosas diffuse não apparentando, pela simples palpação estar infiltrado. As orelhas se apresentam de dimensões normaes, de coloração vermelho-violacea, com a pelle muito secca recoberta de escamas ichtiosiformes. São duras a palpação e se apresentam muito seccas, consistentes, como que mumificadas.

**PESCOÇO:** — No pescoço notam-se duas cicatrizes lineares longitudinaes, attingindo quasi todo o seu comprimento, cicatrizes essas consequentes a intervenção cirurgica já referida anteriormente nesta observação.

**TRONCO:** — A pelle de todo o tronco, tanto na sua face anterior e principalmente da posterior, se apresenta muito secca e descamante. As escamas variam no seu typo, sendo algumas pequenas, brancas, sedosas, brilhantes e muito tenues e outras grandes, espessas, formando placas, uma verdadeira descamação ichtiosiforme. A pele se apresenta em toda a extensão altamente atrophica formando pequenos plissados. Na face anterior do tronco a pelle da região mamillar apresenta pequenas zones de coloração vermelho-violacea, infiltradas, correspondendo as zonas onde existiam elementos de reacção leprotica, hoje involuidos. Notam-se ainda cicatrizes pequenas, deprimidas, de tuberculos. Na face posterior encontramos as mesmas lesões anteriormente descriptas porem mais accentuadas.

**MEMBROS SUPERIORES:** — A pelle dos membros superiores se apresenta em toda a sua extensão igualmente secca e recoberta de escamas ichtiosiformes; nota-se ainda, principalmente na face posterior dos braços e antebraços placas infiltradas de coloração violacea, sem limites nitidos. Essa infiltração se accenela á medida que se appproxima para a extremidade do membro, formando uma infiltração dura que abrange o terço inferior dos antebraços e mãos. Nessa região a pelle que, como nas demais partes do membro superior, se apresenta de coloração erythemato-violacea, é recoberta de escamas ostraceas colladas umas as outras, mostrando do dorso das mãos um aspecto interessante, como fossem as primeiras cellulas da camada cornea da epiderme.

**MEMBROS INFERIORES:** — De uma maneira geral, pode-se dizer que a pele apresenta os mesmos caracteres acima descriptos. Devemos accrescentar a existencia de um edema duro nos malleolos e pés.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** — A mão direita se apresenta em garra dos minimo e anular, medio e indicador. As phalanges desses dedos formam com os metacarpianos uma concavidade no dorso da mão. Essas mesmas phalanges teem flectidas sobre si as phalanginhas em angulo quasi recto. Essa flexão é produzida pela retracção dos tendões. Os movimentos das articulações entre phalanginhas e phalanges, phalanginhas e phalanges e metacarpianos são normaes. As extremidades dos dedos se apresentam afiladas e as unhas muito concaves com estrias longitudinaes. O pollegar dessa mão soffreu um movimento de torção para dentro, de 90°, ficando a polpa desse dedo voltada para a face externa do indicador e a unha voltada para fora. Os movimentos passivos das articulações desse dedo se processam normalmente e

os movimentos activos, porém, são limitados. A mão esquerda apresenta os dedos afilados e unhas com os mesmos caracteres já descriptos. Em ambas as mãos notam-se amyotrophias nas regiões thenar, hypothenar, dos lombricoides, dos interosseos, principalmente dos primeiros.

**Pés:** — Nota-se grande espessamento da pelle principalmente da planta dos pés, edema duro e dystrophias ungueaes. As unhas são muito espessas, com estrias longitudinaes.

**Nota:** — Para detalhe das lesões osseas, veja relatorio radiographico.

**SYSTEMA PILOSO:** — Cabellos bem conservados, implantação normal, apresentando apenas as entradas frontaes pronunciadas. Rarefacção dos supercilios, cilios superiores; queda dos inferiores. Bigodes e barba escassos. Pellos do pubis escassos com disposição feminina; pellos da margem do anus muito escassos.

**Unhas:** veja descrição acima.

### EXAME DOS APPARELHOS E ORGÃOS

a) — **Mammas:** Inspecção: Mammas com tendenda ao typo feminino, das dimensões de uma laranja media, igualmente saliente de ambos os lados, figs. 14 e 15; aureola de coloração normal, apresentando desigualdade na sua superficie, com **pequenos tuberculos de Morgagni**; ambas as aureolas são das mesmas dimensões e igualmente pigmentadas. Mamilos normalmente desenvolvidos estando o esquerdo ligeiramente infiltrado e erythematoso. O direito de coloração normal.

Pela palpação notam-se nodulos profundos, duros, sem limites nitidos, ligeiramente dolorosos. Esses nodulos alguns são adherentes a pelle, deslisam sobre os pianos profundos e são identicos de ambos os lados.

Notou o apparecimento das mammas em 1927. Alguns mezes depois do apparecimento, tornaram-se dolorosas e, ha um anno, eram muito dolorosas pressão. Dahi para cá tornaram menos dolorosas e menos volumosas.

Sob a grande diminuição do volume das mammas, deve-se considerar o grande emmagrecimento do paciente nesses ultimos 9 mezes.

b) — **Orgams genitae:** — Pello pubiano raro, com disposição feminina; penis pouco desenvolvido: testiculos pequenos, apresentando nodulos duros, Nada digno de nota.

c) — **Systema endócrino:** — Thyroide de volume e consistencia normaes não sensivel a palpação. Não ha exophtalmia. Os demais signaes oculares não puderam ser pesquisados pelo estado do paciente (V. relatorio ophtalmologico). Não ha tremores nem tachycardia nem outros signaes de disthyreoidia. Puberdade aos 13 annos, idade com a qual teve os primeiros contactos sexuaes. Appetite sexual normal até 1930. Dahi para cá tem decrescido progressivamente. As ereções que a principio eram diarias, hoje em muito se espagaram, chegando a passar 3 mezes sem erecção. Durante os 9 mezes que esta acamado teve 2 polluções nocturnas com espaço de 8 dias uma da outra, ha um mez.

d) — **Apparelho respiratórios** — Ligeira retracção do apice esquerdo, onde percussão se nota uma sub-maciszez e diminuição do fremito thoraco-vocal nas zonas supra-escapulares (V. radiographia).

e) — **Apparelho circulatorio:** — Nada de anormal se nota.

f) — **Apparelho digestivo:** — Nada de anormal.



FIG. 14



FIG. 15

g) — **Abdomen:** — Nada digno de nota.

h) — **Apparelho nervoso:** — Cubitae espessados e muito dolorosos á palpação.

Amyotrophias: Nos antebraços, mãos e pernas.

Sensibilidade thermica: abolida nos membros inferiores, superiores, dorso. flancos, retardada no abdomen e faces.

Sensibilidade tactil: abolida na face posterior das nadegas, coxas, pernas e pés; na face anterior da metade inferior das coxas para baixo e nos antebraços e orelhas.

Sensibilidade dolorosa: abolida nas mesmas zonas da sensibilidade thermica.

Reflexos: rotulianos ligeiramente exaltados, cutaneos abdominaes presentes e normaes; cremasterinos normaes. Esphincteres normaes. Não ha dermographismo vermelho. Psychismo normal. Queixa-se do insomnia, domindo quatro ou cinco horas por noite.

i) — **Sistema osteo-articular:** — veja lesões neurotrophicas e radiographicas.

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**Reacção de Wassermann:** Negativo.

**Reacção de Kahn:** Negativo.

**Dosagem de colessterina no sangue:** 155 mlg.

**Exame de urina:** Pesquisa de albumina: traços; assucar: negativo.

**Muco nasal:** Positivo.

**Lesões cutâneas:** Positiva.

**METABOLISMO BASAL:** (methodo de Benedict-Ross) = + 73%.

#### PROVAS PHARMACOLOGICAS GERAES

**PROVA DA PILOCARPINA:** — (chloridrato de pilocarpina 1 centigrammo).

Pulso: augmentou de 34.

Pressão maxima, diminuida de 15 mm.; minima conservada.

Leve dermographismo, ligeira rubefacção da face, sialorrhéa e sudorese pouco abundantes, secreção lacrimal, sensação de calor pelo corpo.

**PROVA DA ATROPINA:** negativa.

**PROVA DE GOETSCH:** neagtiva.

#### "TESTS" HYPOPHISARIOS

**Injecção intradermica** de 1|10 de cc. de pituitrina, provocou a formação uma papula contornada de uma aureola branca circundada de urna segunda, erythematosa. Reacção pouco evidente.

**PROVA DE GLYCOSE:** — Paciente em jejum, ingeriu 150 grs. de gly-cose e em seguida foi injectado 0,7 de extrato total de hypophise (1 cc. de endo-*I*pfisina).

A pressão inicialmente era 10,0-7,0, 20 minutos depois da ingestão da glycose a pressão cahiu para 9,0-6,0. A pesquisa do assucar na urina por 3 horas consecutivas foi negativa.

**Injecção de 2 cc. de extrato de lóbo posterior.** (Pituitrina): Não determinou modificação thermica.

#### IV — EXAMES ESPECIAES

**EXAME ODONTOLOGICO:** — **Dentes:** Ausencia de dentes na arcada superior, na arcada inferior alguns dentes mal conservados, recobertos de tartaro.

**Gengivas:** gengivite tartarica.

**Lingua:** saburrosa.

Nada mais digno de nota.

**EXAME RADIOLOGICO:** — CHAPA N.º 15. — **Pés** — Notavel rarefacção calcarea e um accentuado processo inflammatorio das partes molles impedindo a nitidez da radiographia apesar de havermos feito varias tentativas, modificando a technica.

**CHAPA N.º 16 — Mãos** — Ainda aqui é bem niada a rarefacção calcarea e na direita notamos o desaparecimento dos espaços inter-articulares entre as phalanginhas e phalangetas dos três ultimos dedos, não havendo porem synostose.

**CHAPA N.º 17 — Sella tursica** — Normal.

**EXAME OPHTALMOLOGICO:** — Anamnese — Queixa-se de photophobia e lacrimejamento, mas hoje acha-se bem melhor do surto de irido-cylite que começou em Setembro de 1935, accometendo primeiro o O. D. e pouco tempo depois o O. E.

**Exame externo** — Cilios conservados nas palpebras superiores. Pequenos e rarefeitos nas palpebras inferiores.

O. D. V.: 1 | 4.

O. E. V.: 1 | 3.

O. D.: Cornea normal. Pupilla em dilatação irregular por synechias posteriores. Exsudato organizado junto ao bordo pupillar superior.

O. E.: Cornea normal. Synechias posteriores e depositos pigmentares na crystalloide anterior, mais concentrados junto ao bordo pupillar.

**Nota:** — O paciente está em uso do collyrio de atropina á ½%.

#### **EXAME OTO-RHINO-LARYNGOLOGICO**

Perfuração do septo em todo o terço media, com bordos ulcerados e sangrentos. Naso-pharinge normal, amygdalas pequenas, normaes. Ouvidos, nada de anormal.

#### **EXAME RADIOLOGICO DOS PULMÕES**

**CHAPA N.º 44** — Campos pulmonares: boa transparencia, notando-se porem, em ambos os campos, na circumvizinhança da zone hilar uma trama fibrosa: e no lobo superior esquerdo um ganglia calcificado. — (25 | 6 | 1936).

#### **— COMMENTARIOS —**

Trata-se de um individuo de 36 annos que esta doente ha 12 annos, de forma mixta, tendo sido sempre acometido de reacção leprotica, cujo estado morbido vem se aggravando successivamente.

Nos seus antecedentes pessoases refere-se a blenorrhagia e um cancro na adolescencia. Diz que este cancro era unico e que delle se tratou com Neosalvarsan. A reacção de Wassermann e Kahn loran, negativas, feitas por occasião desta observação.

A falta de outros signaes clinicos elucidativos nos impede affirmar ser ou não o paciente tambem um luetico.

Na historia da sua doença, encontra-se, concomitantemente com o ultimo surto de reacção leprotica, orchite bi-lateral em Outubro de 1935.



Pelo nosso exame actual, notamos testiculos pequenos apresentando nodulos duros, bastante dolorosos a palpagaõ. Epididymos duros, engrossados.

O paciente diz ter notado a hypertrophia das mammas em 1927 e que alguns mezes depois ellas se tornaram por alguem tempo muito dolorosas a pressaõ. Diz que ha um anno se tornaram novamente dolorosas.

A se julgar por estes dados era de se suppõr que as lesões testiculares tivessem sido posteriores á gynecomastia. Por outro lado porem elle relata appetite sexual até 1930 e que dahi para cá tem decrescido progressivamente. As erecções que a principio eram frequentes, posteriormente se espaçaram, vindo a ter polluções nocturnas.

Isso nos leva a suppõr que a lesãõ testicular já existisse antes de Outubro de 1935, quando teve orchite bi-lateral conforme assignalamos a pouco. Nada porem nos leva a affirmar a precedencia da lesãõ testicular á hypertrophia das mammas.

#### *AVALIAÇÃO ENDOCRINA DO CASO*

Nãõ se põde dar valõr as lesões da pelle pelo motivo que temos assignalado anteriormente.

O metabolismo basal é augmentado de + 73%, devendo-se porem considerar a irregularidade do graphico e a reacção leptotica de que o paciente era acommettido.

Clinicamente faltam signaes evidentes de dysthyroidia. A prova de Goetsch resultou negativa pertanto em contradicção com o resultado do metabolismo basal.

A prova da pilocarpina produziu um augmento de 34 pulsações por minuto e diminuicção de 15 mm Hg. da pressãõ maxima, permanecendo inalteravel a minima.

A prova da atropina negativa, fala contra a sympaticotonia que deveria ser manifesta em caso de basedowismo.

A injeccção intradermica de pituitrina pouco evidente fala contra o hyperpituitarismo.

A injeccção de extracto de lõbo posterior nãõ seguida de elevaçãõ thermica, fala contra hypotuitarismo.

A prova da Glycose, porem, provocando muito ligeira queda da pressãõ e nãõ produzindo glycosuria, diria em favor de uma perturbação da funcção hypophisaria.

O exame radiographico da sella tursica (normal) das mãos e dos pés, estariam porẽm, em contradicção com a prova da glycose.

O exame de fundo de olho nãõ poude ser realisado pelo estado em que o paciente se apresentava.

Enfim, pelo exame clinico e provas complementares não podemos affirmar cu infirmar a existencia de uma lesão da hypophyse.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna nada nos chamou a atenção. Somente a histo-pathologia podernos-ia prestar maiores esclarecimentos, a biopsia porém, não poude ser praticada devido ao estado geral de observado. A necroscopia futura poderá esclarecer definitivamente a questão.

Concluindo, diremos que a unica lesão clinicamente constatada é a dos testiculos não se podendo todavia precisar a sua antiguidade.

## OBSERVAÇÃO N.º 7

### I — ANAMNESE

A. L., 31 annos, branco, brasileiro, solteiro, operario. Procedente de S. Paulo, tendo se internado no A. C. "Pirapitinguy" em 8|6|34.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Nega convivencia e parentesco com doentes de lepra.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS E FAMILIARES:** — Pae fallecido aos 54 annos em consequencia de uma affecção na garganta. Mãe viva e sadia. 8 irmãos dos quaes dois fallecidos, um depois de adulto em consequencia de um desastre, outro com um mez de idade. Os demais vivos e fortes. Um natimorto.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** — Foi sempre forte quando criança, tendo tido na primeira infancia, apenas, sarampo. Aos 21 annos, teve um cancro, unico, não doloroso, não acompanhado de adenopathia. Nega ter tido orchite. Trabalhou em diversas profissões (tecelão, commerciaro, corrector de praça). Foi bebedor contumaz, fumador moderado. Não abusava dos praxeres sexuaes. Peso anterior: 70 ks., peso actual: 69 ks.

**QUEIXA E HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL:** — Diz que em 1926 appareceu um eczema na perna direita e um ou dois mezes depois na perna esquerda. Em consequencia desse eczema, em 1929 consultou um medico que lhe revelou a molestia. Indagado informa que já vinha notando perda da sensibilidade na perna direita. Notou isto, porque, jogando futebol, observava posteriormente ferimentos que não tinham sido percebidos no momento em que eram feitos. Tratou-se até 1934 com charlatões, internando-se então expontaneamente neste Asylo-Colonia.

### II — EXAME OBJECTIVO

**INSPECÇÃO GERAL:** — Individuo de constituição forte, bem nutrido, musculatura bem desenvolvida, paniculo adiposo escasso, pesando 68 kgs. e medindo 1,72 mts. de altura. Orelhas grandes **acabanadas**, lobulos livres. Ortognata. Desenvolvimento cephalico proporcional ao desenvolvimento do corpo. Desenvolvimento dos braços, grande em relação ao corpo (braças de 1,88). Os diversos segmentos guardam proporção no seu desenvolvimento. Edema duro dos malleolos. Ganglios inguinaes engorgitados, duros, volumosos, não dolorosos á palpação; cruraes e epitrocleanos, engorgitados.

## EXAME DERMATOLOGICO

### — PELLE —

**CABEÇA:** — Rosto infiltrado, de coloração erythematosa, principalmente nas regiões mallares, no manto e regiões superciliares onde, pela apalpação, nota-se uma infiltração dura. Notam-se ainda no rosto varias tuberculos lenticulares, muito duros. Nariz infiltrado, volumoso. Orelhas infiltradas, de coloração erythemato-arroxeadada e pelle apergaminhada.

**TRONCO:** — Pelle secca, atrophica, alopecica, brilhante em alguns pontos. Ao nivel da região mamaria, ao exame superficial, nota-se como que uma infiltração diffusa, de coloração pardacenta, mas que ao exame mais detalhado se nos apresenta formada por uma infinidade de pequenos tuberculos das dimensões da ponta de um alfinete, bem individualizados, com a superficie brilhante. O exame histo-pathologico revelou-nos lepromas millares. No abdomen encontram-se ainda placas infiltradas, sem limites nitidos, alguns tuberculos à grandes dimensões e tuberculos miliares porém em menor numero. No dorso notam-se tambem tuberculos planos, de dimensões lenticulares e algumas placas de infiltração diffusa.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle secca e muito atrophica, principalmente na face posterior que se apresenta de côr sepia e com alguns tuberculos. Ao nivel dos punhos, notam-se places duras, de infiltração, de limites mais ou menos nitidos e conformação irregular que se nos afiguram como resquidos de reacção leprotica. No dorso das mãos além de placas com esses mesmos caracteres, notamos ainda alguns nodulos de dimensões lenticulares. Nodulos com os mesmos caracteres são encontrados nos dedos, em menores dimensões. Pequenos tuberculos planos, em pelle secca, atrophica e fortemente cyanosada nas palmas das mãos.

**MEMBROS INFERIORES:** — Nadegas: Pelle secca, atrophica, brilhante, com placas de infiltração diffusa. Nas coxas a pelle apresenta os mesmos caracteres, porém sem placas de infiltração e na sua metade inferior é recoberta de escamas de coloração marron escura, adherentes. Nas pernas os mesmos caracteres da metade inferior das coxas, porém mais accentuados. Edema duro nos tornozellos. Pelle dos pés muito secca, recoberta de escamas, de coloração violacea, apresentando alguns tuberculos; cicatrizes de tuberculos. Parakeratose muito accentuada nos bordos dos pés. Unhas altamente dystrophicas.

**SYSTEMA PILLOSO:** — Cabellos conservados, bem implantados. Supercilios rarefeitos nos dois terços externos. Barba e bigodes abundantes. Pellos da margem do anus abundantes. Unhas dos pés engrossadas, como que formadas por escamas ostraceas superpostas e de coloração anegrada.

### EXAME DOS APPARELHOS E ORGAMS

**MAMMAS:** — Com tendencia ao typo feminino, das dimensões de uma laranja, ligeiramente mais desenvolvida do lado direito que do esquerdo (Pigs. 16 e 17). Aureolas de dimensões normaes, ligeiramente hyperpigmentadas, de eguaes dimensões de ambos os lados, apresentando tuberculos de Morgagni bem visiveis. Mamillos infiltrados duros e volumosos, de coloração erythematosa pouco pronunciada.

Pela apalpação notam-se nodulos globosos, duros deslizando sob a pelle e sobre os planos profundos. Esses nodulos são mais volumosos no lado direito que no homologo. Notou apparecimento das mammas ha 3 annos mais ou menos. Algum tempo depois, não sabe precisar quanto, ellas se tornaram dolorosas; principalmente a direita.



FIG. 16



FIG. 17

**ORGANS GENITAES:** — Pello pubiano abundante, com disposição normal. Penis regularmente desenvolvido. Testiculos de dimensões normaes, sendo o direito muito doloroso á pressão, apresentando nodulos duros, de consistencia fibrosa. O esquerdo tambem apresenta no seu bordo superior um nódulo o como mesmos caracteres, porem de maiores dimensões. Os epididymos apresentam-se augmmtados de volume, duros esclerosados.

Os cordões espermaticos tem a mesma consistencia.

**Prostáta:** — Volume normal. Lobulos dolorosos; bordo direito augmentado de volume. Outros bordos, nada de interesse. Consistencia, levemente endurecida. Vesiculas seminaes, não palpaveis.

**SYSTEMA ENDOCRINO:** — Thyróide: de volume e consistencia normaes, não sensiveis á pressão. Não ha exophthalmia nem tremores, ou tachicardia. Signaes de Moebios, Graeff e de Stelwag, negativos. Não ha tremores fibrilares da lingua. Faltam outros signaes de disfunção da thyróide.

**Testiculos:** — Puberdade aos 14 annos, tendo o primeiro contacto sexual aos 18. A principio tinha relações sexuaes diariamente e ereções completas. Ultimamente tem notado diminuição do appetite sexual e as ereções não se fazem completamente. Raramente tem polluções nocturnas.

**APPARELHO RESPIRATORIO:** — Nada digno de nota.

**APPARELHO CARDIO-VASCULAR:** — Nada digno de nota.

**APPARELHO DIGESTIVO E ABDOMEN:** — Baço e ligado hypertro-phiados.

**APPARELHO URINARIO:** — Nada digno de menção.

**APPARELHO NERVOSO:** — Nervos cubitales ligeiramente espessados, mas, não dolorosos á palpação. Ligeira amyotrophia nas mãos, predominando nas regiões hypothernaes.

Perturbações da sensibilidade thermica: nas pernas, nos pés, na face externa das coxas; mãos e antebraços; dolorosa: na metade inferior das pernas, mãos e bordos cubitales dos ante-braços: tactil: nas pernas, confundindo-se com as zonas de perturbação da sensibilidade thermica. Nos braços e antebraços conservadas, anesthesia nas mãos.

Reflexos oculares, não puderam ser pesquisados, por ser o paciente portador de uma irite.

Reflexos rotulianos normaes; reflexos cutaneos abdominaes abolidos; reflexos cremasterinos superficiaes e profundos conservados. Não ha dermogra-phismo. Psychismo normal. Não ha perturbações dos sentidos.

**Systeme osteo-articular:** — Nada digno de nota.

**Systema muscular:** — Idem.

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**REACÇÃO DE WASSERMANN:** — + +

**REACÇÃO DE KAHN:** — + +

**DOSAGEM DE COLESTERINA NO SANGUE:** — 197 mgrs. %

**EXAME DE URINA:** — Pesquisa de albumina e assucar: negativos.

**DOSAGEM DE CALCIO NO SANGUE:** — 9,5 mgrs. %

**METABOLISMO BASAL:** — methodo de Benedicto-Ross) = + 21%.

#### PROVAS PHARMACOLOGICAS GERAES

(Prova de pilocarpina)

Período preliminar (em jejum e repouso)		Período experimental (1 centigr. Chlor. de piloc.)	
Pulso:	60	Pulso:	64
Pressão:	11,0 — 6,5	Pressão:	10,5 — 6,5
Reflec. Ocul. card.	= — 4	Refle. oc. card.	= 0

Sialorrhéa

(Prova de atropina)

Período preliminar (em jejum e repouso)		Período experimental (1 miligr. atropina)	
Pulso:	58	Pulso:	
Pressão:	10,0 — 6,5	Pressão:	10,0 — 6,0

Não houve symptomas geraes.

**Prova de Goetsch:** — 5 minutos após uma injeção de  $\frac{1}{2}$  milligrammo de adrenalina o pulso, que era 64, subiu para 78. A pressão permaneceu inalterada. No fim de 30 minutos a pulsação tinha voltado ao normal.

(Tests hypophisarios)

**Injecção sub-cutanea de 2 cc. de lóbo posterior** de hypophise (endo-pituitrimal), não determinou alteração thermica.

**Reacção intradermica:** á pituitrina, pouco evidente.

**Prova da glucose:** — Após a ingestão de 150 grs. de assucar, seguida de 1 cc. de extracto total de hypophise a pressão maxima subiu de 15 mm Hg. e a minima, de 10 mm Hg. Não foi encontrado assucar na urina (pesquisado uma hora, depois).

#### IV — EXAMES ESPECIAES

**Exame odontológico:** — **Lábios:** tuberculo na face interna do labio superior.

**Gengivas:** — de coloração erythematosia interna, com pequenas manchas esbranquiçadas na face vestibular.

**Arcadas dentarias:** — Bem conformadas.

Dentes: — Falta de alguns molares superiores e inferiores, restando apenas raizes e fragmentos de raizes. Os restantes com caries de 2º grão, algumas penetrantes e infeccionadas. Coróias enegrecidas pelo tabagismo e falta de hygiene. Os premolares em melhores condições de conservação.

Os labiaes profundamente descalcificados, com exposição do colo cirurgico. Laminas desgastadas.

Não ha anomalias dentarias.

**Bochechas:** — (faces internas): de coloração vermelha intensa, com manchas esbranquiçadas de formas e dimensões diversas.

**Véu do paladar:** — de coloração vermelha intensa, com manchas dos mesmos caracteres das assignaladas nas bochechas, e granulações.

**Língua:** — saburrosa, com grande hypertrophia das papilas.

#### EXAME RADIOLOGICO

**CHAPA N.º 7** (um lado) — **MÃOS:** — Ossos de dimensões avantajadas, nada apresentando de anormal salvo ligeira rarefacção calcarea.

**CHAPA N.º 8** — **Pés:** — Adelgaçamento principalmente notavel na quinta phalange e primeira phalangeta; deformação em ancora, de varias phalangetas. Rarefacção ephiphysaria.

**Sella tursica:** — Não foram assignaladas anormalidades nas dimensões (diametro antero-posterior = 14 mm.; profundidade 7 mms.), nem no contorno ou astructura.

#### EXAME OTHO-RHINO-LARYNGOLOGICO

Nodulos, infiltrações e perfuração do septo medio. Garganta e ouvidos normaes.

#### EXAME OPHTALMOLOGICO

**ANAMNESE:** — Refere o paciente que em 1930, teve a primeira inflammação com embaçamento de A. O. Ha 2 annos teve surto eruptivo com embaçamento do O. D. Ha um anno mais ou menos teve tun surto de kerato-irite no O. E. do qual vem soffrendo até hoje com alternativas de melhoras e peióras.

**EXAME EXTERNO:** Rarefacção dos supercílhos. Cílios conservados.

**TONOMETRIA:** — Scioetz: O. D. — 25 mm Hg. O. E. 22 mm Hg.

**OPHTALMOSCOPIA:** — Fundo de olhos normaes.

**O. D. V.:** — 1|3.

**O. E. V.:** — 2|3.

**O. D.:** — Infiltração superficial da cornea no segmento superior entre 9 e 3 horas, diminuindo de 1|4 mais ou menos o territorio corneano no seu diametro vertical. — Iris: normal. Reflexos normaes.

**O. E.:** — Identica lesão corneana do O. D. Pupilla immovel em myose apesar de estar cm uso de atropina.

### COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de lepra mixta, com predominancia cutanea. Sob o ponto de vista dermatologico, apresenta como lesão interessante os tuberculos miliares, da pelle da face anterior do thorax, que são muito numerosos e confluentes, formando como uma placa de infiltração diffusa. O exame histo-pathologico, obtido por biopsia, revelou tuberculos miliares.

A Reacção de Wassermann: + + e Kahn: + +, a referencia de um cancro unico não doloroso, acompanhado de adenopathia satelite fariam em favor da concomitancia da lues. Faltam todavia elementos decisivos para o diagnostico differencial.

Nos seus antecedentes morbidos, o observado nega orchite. Ao nosso exame encontramos os testiculos de dimensões normaes, sendo o direito muito doloroso á palpação, apresentando nodulos duros de consistencia fibrosa.

O testiculo esquerdo, tambem apresenta no seu bordo superior um nodulo com os mesmos caracteres, porem, de maiores dimensões. Os epididymos apresentam-se augmentados de volume, duros, esclerosados.

Isso nos levou a concluir por uma esclerose testicular.

Confirmando, a lesão testicular, temos a diminuição do apetite sexual e da potencia, que o paciente accusa ultimamente.

*Avaliação endocrina:* — Não ha signaes clinicos de perturbação funcional da thyroide.

O metabolismo esta augmentado de + 21%.

As provas da pilocarpina, da atropina e a prova de Goetsch falam num equilibria vago-sympathico que estaria alterado em caso de disthyroidia.

Crêmos que o M. B. augmentado de + 21% possa ser explicado pela própria lepra que também é causa de augmento, como todas as moléstias infecciosas. Os "tests" hipophysarios usados fa-

lam contra uma lesão da pituitaria. As provas radiographicas, mostrando ossos de dimensões avantajadas nas mãos, nos levariam a pensar em acromegalia, mas, de outro lado, iá integridade da sella tursica, e a normalidade das dimensões dos ossos dos pés falariao ao contrario.

Os ossos hipocalcificados, diriam tambem, contra a acromegalia, porém, deve-se considerar aqui, tratar-se de um caso de lepra em que a hipo-calcificação é frequente, muito embora a calcemia seja commum.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna, nada nos chamou a attenção.

A unica lesão clinica e patentemente constatada foi a dos testículos. Esta mesma, não se pede precisar a antiguidade, se anterior ou posterior á gynecomastia, que data de 3 annos, conforme as informações do doente.

O exame histo-pathologico não pode ser feito, nas mammas e testiculos, por se excusar o paciente, a biopsia. A se julgar porém pelos signaes clinicos parece se tratar de uma gynecomastia verdadeira.

#### OBSERVAÇÃO N.º 8

J. F.. 33 annos, branco, brasileiro. Casado, internado no A. C. P. a 21 | 8 | 1934, procedente de São Paulo.

**INQUERITO EPIDEMIOLOGICO:** — Tem dois irmãos e uma prima, internados neste Asylo-Colonia. Teve uma irmã fallecida, doente de lepra em S. Paulo não tendo se internado. Conviveu com esta ultima, tendo sido o observado, o segundo caso de lepra da familia.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** — Paes vivos e fortes. Teve irmãos, dos quaes um fallecido de lepra, já referido anteriormente. Dos vivos, 2 internados neste Asylo-Colonia. Esposa viva e forte, nunca tendo se engravidado.

**ANTECEDENTES PESSOAES:** — Das molestias da primeira infancia teve sarampo e catapora. Nega antecedentes venereo-syphiliticos. Teve orchite coincidindo com a reacção leprotica, ha 7 annos. Não bebe nem bebia. fumador moderado, não abusava dos prazeres sexuaes. Aos 18 annos pesava 64 ks. aos 22: 74 e actualmente 89 ks.

**QUEIXA E HISTORIA DA DOENÇA ACTUAL:** — Esta doente desde 1925, tendo começado a sua molestia por obstrução nasal e epistaxis, que se repetiam todas as vezes que assoava o nariz. Procurou por esse motivo um medico que lhe ministrou iodureto, por via buccal, tendo então apparecido manchas vermelhas nas coxas e nos braços; nessa ocasião foi feito o exame de muco nasal que resultou positivo. Foi-lhe receitado antilebrina. Fez 3 caixas de 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> séries, descansando um mez, fazendo nova série e assim successivamente até completar 4 series, depois das quaes descansou 4 mezes. Posteriormente fez tratamento pelo Gyinnosan (ester etilico do acido gymnocardico oleo de chaulmoogra) tendo sido applicadas cerca de 300 ampolas. Immediatamente após, fez uma série de injecções de Antileprol e tratamento por via buccal com o mesmo preparado, tendo feito uso de 11 vidros.



Abandonou o tratamento medico fazendo tratamento por sua conta usando diariamente folhas de "Urucu". Diz que com esse tratamento desapareceram os edemas dos pés que haviam apparectdo com uma reacção leprotica que sobreviera no tratamento com o "Gymnosan".

Foi examinado na então I. P. L. em 1|8|1934.

**INTERROGATORIO SOBRE OS DIFEERENTES APPARELHOS E ORGÃOS:** — Negativo.

## II EXAME OBJECTIVO

**INSPECÇÃO GERAL:** — Face empapuçada, parada; cabellos pouco abundantes, finos e lisos; olhos pequenos inexpressivos; enolphtalmia; nariz curto; orelhas de dimensões normaes hem implantadas, com lobulos livres; ortognata.

Movimentos lentos; bradypsichismo; caracter apático, indifferente, comodista, intelligencia medianamente desenvolvida, boa memoria.

Trata-se de um brachytypo, entroncado, craneo pequeno em relação á *face*. Musculatura bem desenvolvida; paniculo adiposo abundante, com predominancia nas regiões mammarias, abdome e pescoço onde forma um "double menton". Pesa 89 ks. medindo 1,68 de altura.

Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Mãos e pés de desenvolvimento normaes; mãos de aspecto succulento. Nada digno de nota nas articulações. Temperatura 36,8.

## EXAME DERMATOLOGICO

— PELLE —

**CABEÇA:** — Rosto com infiltração diffusa, de coloração crytheinatosa esmaecida, dura á palpação, principalmente nas regiões malares e no mento. Orelhas infiltradas, com os lóbulos apergaminhados e flacidos.

**ORGÃOS GENITAES:** — Pello pubiano regularmente distribuido e pouco abundante. Testiculos pouco desenvolvidos, duros, pequenos, normalmente dolorosos á pressão, de ambos os lados. Epididymos duros e grossos. Prostâta: — nada de anormal.

**Systema endocrino:** — Thyroide de volume e consistencia normaes não sensiveis á palpação. Enolphtalmia.

**Testiculos:** — Puberdade aos 13 annos. Aos 15 annos teve o primeiro contacto sexual, diz ter erecções completas; tem uma ou duas polluções nocturnas por mez.

**Apparelho respiratorio, Apparelho cardio-vascular, Abdomen e apparelho digestivo, Apparelho urinario:** — Nada digno de nota.

**Apparelho nervoso:** — Nervos cubitae normaes. Não ha amyotrophias.

**Perturbações da sensibilidade:** — Insensibilidade thermica nas pernas, pés, face externa e posterior das coxas, nadegas e bordos cubitae dos braços, nas zonas de lesão cutanea dos membros superiores e tronco já descriptas.

Insensibilidade dolorosa e tactil coincidindo mais ou menos com as zonas de perturbação da sensibilidade thermica.

**Pupillas:** eguaes, com os bordos regulares, reagindo bens á luz e a acomodação.

**Reflexos consensuaes:** normaes.

**Reflexos rotulaneos:** — exaggerados. Não ha dermographismo. Psychismo normal.

## III EXAMES COMPLEMENTARES

**EXAME DE URINA:** Pesquisa de assucar e albumina: negativos.

**MUCO NASAL:** — Negativo.

**LESÕES CUTANEAS:** — Positivos.

**METABOLISMO BASAL:** — (methodo de Benedicto-Ross) = + 4%.

**TRONCO:** — Notam-se maculas de dimensões diversas, indo das lenticulares às numulares, de conformações variadas, algumas igualmente infiltradas, outras com os bordos mais salientes, todas porem de coloração violacea.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Placas com os mesmos caracteres das descriptas no tronco, pelle secca, atrophica e alopecica. Pelle do dorso das mãos muito secca, com atrophia mais accentuada e descamante.

O exame dermatologico dos membros inferiores torna-se difficil devido ás “planchas” recentemente feitas.

**Systema pilloso:** — Cabellos conservados e bem implantados.

Supercilios totalmente rarefeitos, cilios conservados, barba e bigodes muito escassos e falhos. Pellos da margem do anus escassos.

Unhas das mãos conservadas, unhas dos pés espessas e quebradiças.

#### **EXAME DOS APPARELHOS E ORGÃOS**

**MAMAS:** — mamas com tendencia ao typo feminino das dimensões de uma laranja igualmente saliente de ambos os lados, com as aureolas de coloração rosea e tuberculos de Morgagni bem visiveis. As aureolas são desiguaes cm coloração e em superficie: á direita é maior, mais pigmentada e o seu mamillo se apresenta achatado e mais espesso do que o homologo. O mamillo esquerdo se apresenta de dimensões normaes (V. figs. 18 e 19).



FIG. 18



FIG. 19

Pela palpação notam-se profundamente nodulos duros, volumosos, pouco dolorosos a palpação, alguns adherentes á pelle e deslisando sobre os planos profundos, outros deslisam sob a pelle e sobre os planos profundos.

Notou o apparecimento das mamas ha 5 annos mats ou menos. A mama direita ficando dolorosa pouco tempo após o seu apparecimento, tendo as dores melhorado de 2 annos para ca, sendo hoje dolorosa apenas á palpação pro-funda. A mama esquerda é menos dolorosa que a direita.

### PROVAS PHARMACOLOGICAS GERAES

(Prova de pilocarpina)

Período preliminar (em jejum e repouso)		Período experimental (1 centigr. Chlor. de piloc.)	
Pulso:	64	Pulso:	66
Pressão:	10,0 — 6,0	Pressão:	10,5 — 7,0
Reflec. Ocul. card.	= + 8	Refle. oc. card.	+ 8

Phenomenos geraes: ligeira sialorrhéa

Prova de atropina

Período preliminar (em jejum e repouso)		Período experimental (após 1 miligramo de sulf. atrop.)	
Pulso:	62	Pulso:	
Pressão:	11,0 — 8,0	Pressão:	78

**PROVA DE GOETSH:** — negativa.

### TESTS HYPOPHISARIOS

**INJEÇÃO INTRADERMICA DE PITUITRINA:** (1 | 10 de cc.): houve formação de uma papula rosea, contornada de uma aureola branca e de uma segunda aureola avermelhada, bem visível.

**INJEÇÃO DE 2 cc. DE LOBO POSTERIOR DA HYPOPHISE:** — (Endo-pituitrina, via sub-cutanea): Temp. anterior: 35,5; — temp. posterior: 36,1.

**PROVA DA GLUCOSE:** — Ingestão de 150 grs. de glucose, seguida de injeção sub-cutanea de 0,7 de Endo-hypophisina: uma hora após no havia eliminação de assucar.

### IV — EXAMES ESPECIAES

**EXAME RADIOLOGICO:** — CHAPA N.º 9. — **Mãos:** normaes.

**CHAPA N.º 10:** — **Pés:** — Adelgaçamento de quasi todos os segmentos osseos dos artelhos. Rarefacção.

**CHAPA N.º 115:** — Sella tursica: Normal.

### EXAME ODONTOLOGICO

Dentes bem implantados, não apresentando a menor anomalia de forma ou volume. Na arcada superior, formula dentaria completa. Sendo apenas assignalada uma carle de 1.º grão no incisivo lateral esquerdo.

Na arcada inferior, destruição do 1.º grosso molar esquerdo e do 2.º molar direito.

Dentes bem calcificados.

Nada mais digno de nota.

### EXAME OPHTALMOLOGICO

Rarefação dos supercílios. Cílios conservados na palpebra superior do O. E. Falta de cílios na metade da palpebra superior do O. D. num espaço de  $\frac{1}{2}$  cm. Rarefação dos cílios das palpebras inferiores.

**Tonometria:** — Normal. 16 mmgr. Hg. em A. O.

**Ophthalmoscopia:** — Fundo de olho normal em A. O.

**O. D. V.** — 1

**O. E. V.** — 1 mal.

**O. D.** — Leve hyperemia com infiltração episcleral de coloração branco-amarellada mais accentuada junto ao limbo entre 3 e 5 horas. Cornea, iris e reflexos pupillares normaes.

**O. E.** Ptyrignon interno incipiente. Infiltração episcleral com coloração rosco-amarellada e com injeção mais accentuada junto ao limbo entre 7 e 9 horas. Cornea, iris e reflexos pupillares normaes.

### EXAME OTO-RHINO-LARYNGOLOGICO

Nariz chato e "en lorgnette". Cicatriz de ulceração no terço medio do septo no L. E. Ulceração com crosta no lado direito. — Nasopharynge e amygdalas normaes. Tampão de cerumem em ambos ouvidos.

### COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de lepra mixta, com predominancia cutanea num individuo eunuchoide typico, com todos os caracteres da pelle, relacionados com esse estado desindocrino, embora, não se possa, em se tratando de lepra, dar grande valor, aos caracteres morphologicos da pelle.

Conforme sua informação, que parece-nos merecer fê, o inicio da inolestia data de 1925. 4 annos depois, teve orchite, coincidindo com um surto de reacção leprotica.

Nega antecedentes venereo-syphiliticos, não ha signaes de lues hereditaria. Os signaes clinicos não permitem a exclusão da syphilis do seu quadro morbido.

O exame dos testiculos, constatou: testiculos de pequenas dimensões, duros, normalmente dolorosos á palpação, de ambos os lados. Pelles do pubis escassos porem com disposição regular.

Diz ter ereções completas, mas a ereção tem sido encontrada mesmo entre os eunuchos.

A affirmação da lesão testicular só poderia ser comprovada pelo exame histológico do órgão ou pelo exame do esperma — que infelizmente não puderam ser feitos.

A se julgar pelo exame clinico, somos pela existencia de uma lesão testicular. Clinicamente é para se concluir por um hypothyroidismo. O metabolismo basal augmentado de + 4%, portanto dentro do normal; não é argumento contrario, porque sabemos que a lepra em si, poderia explicar esse augmento.

As provas da atropina e de Goetsch negativas, falariaem em favor de vagotonia, correlata quasi sempre á hypofunção da thyroide.

O refluxo oculo-cardiaco invertido infirmaria esse facto. O biotypo do observado, é de um vagotonico.

O exame radiologico da sella tursica, das mãos e dos pés, normaes, os "tests" e a ausencia de signaes clinicos, nos levam a concluir pela integridade da hypophise.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna, nada nos chamou a attenção.

O apparecimento das mamas ha 5 annos e a orchite ha 7 annos, mostra perfeitamente a precedencia desta.

Pelo aspecto, e pela consistencia parece se tratar de um caso de gynecomastia verdadeira. Somente o exame histologico poderia nos esclarecer.

Concluindo, diremos que clinicamente, podemos affirmar a presença da lesão testicular, seguindo-se a ella o processo de gynecomastia. O hypothyroidismo seria explicado pela correlação entre testiculos e thyroide.

## OBSERVAÇÃO N.º 9

### I — ANAMNESE

A. R. C., 45 annos, brasileiro, casado, lavrador, Santo Anastacio. Proveniente de Piracicaba. Internado em 23 de Agosto de 1933.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Nega convivencia e parentesco com doentes de lepra.

**ANTECEDENTES FAMILIARES E HEREDITARIOS:** Pae, falleddo ha 30 e poucos annos, corn 76 annos, ignora de quê, 10 annos antes do seu fallecimento foi acommettido de um "estupor" ficando paralytico de um lado (sic). Mãe, fallecida ha 8 mezes, com 90 annos. Quanto aos ascendentes e colateraes nada digno de nota.

Esposa, viva e forte, teve 8 filhos dos quaes quatro são vivos e fortes e quatro fallecidos na primeira infancia, ignora de quê. A esposa não teve abortos, nem natimortos.

**ANTECEDENTES PESSOAES:** Nascido a termo, parto natural. Teve na primeira infancia sarampo, varicella e coqueluche. Nega antecedentes venereosyphiliticos. Teve malaria ha 15 annos, tendo permanecido doente por sim anno. Em 1918 teve a grippe. Leishmaniose ha 7 annos.

Trabalhava como administrador de lavoura não tendo horario nem regularidade no serviço. Não é ethelista. Tabagista inveterado. Abusava dos prazeres sexuaes, tendo dois contactos sexuaes diarios e ás vezes mais. Não usava

excitantes nem narcoticos. Alimentação boa e regular. Dormia bem. Peso estacionario em 60 kgs.

**QUEIXA E HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL:** — Diz estar doente ha 6 annos, mais ou menos, tendo a sua molestia se iniciado por inchaço nas pernas, em seguida caroços mas nadegas e manchas roxas por todo o corpo. Logo no inicio, nos primeiros symptomas consultou um clinico que o encaminhou a um dermatologista sendo-lhe então revelada a molestia. Iniciou tratamento, com Alepol (6 caixas), Antilebrina (3 séries).

Fez uso destes preparados por um anno, dirigindo-se depois ao D. P. L. onde foi fichado.

### **INTERROGATORIO SOBRE OS DIFERENTES APPARELHOS E ORGAMS**

**CABEÇA:** — Soffreu muito de dores de cabeça, ate 6 ou 7 annos. Actualmente sente a cabeça pesada e atordoação.

**OLHOS:** — Diminuição da acuidade visual.

**INTESTINOS:** — Ligeira constipação intestinal.

**GENITO URINARIO:** — Queixa-se de difficuldade na micção.

**NEURO-MUSCULAR:** — Ultimamente vem se queixando de insomnia. Diminuição progressiva da potencia desde o inicio da molestia. Perda da memória. Sensação de dormencia nas pernas e braços. Anesthesia nestas regiões. Disposição geral diminuida, fraqueza nas pernas.

### **II — EXAME OBJECTIVO**

**INSPECÇÃO GERAL:** Individuo de estatura mediana, locomovendo-se livremente; marcha normal. Estado psychico bom. "Paracental superior brachytypico". Tronco e membros excedentes sobre os valores normaes, com pre- valencia do tronco. Constituição forte, bem nutrido, musculatura bem desenvolvida, paniculo adiposo pouco abundante, com predominancia na região mammaria. Pesa 59 kgs. mede 1,65 mt. Orelhas grandes, bem implantadas, lobulas livres, ortognata, desenvolvimento cephalico proporcional ao desenvolvimento corporeo. Mucosas visiveis normalmente coradas. Acrocyanose. Nada digno de nota nas articulações.

**EXAME DERMATOLOGICO:** — Pelle — **CABEÇA:** — Rosto de coloração erythematosa com telangiectasias nas faces, nariz e mento, o qual apresenta uma infiltração dura. Na face direita nota-se uma infiltração do mesmo typo e uma cicatriz achromica de bordos mais ou menos regulares, ligeiramente salientes, de superficie deprimida com alguns pellos. Essa cicatriz que o paciente diz ser da leishmaniose já referida em seus antecedentes pessoases, e de fôrma ovalar, medindo 2,5 em. de comprimento e 1,5 cm. de largura, sendo seu maior diametro obliquo para fora e para baixo.

A pelle do paciente apresenta-se intensamente seborrhéica com comedões generalizados e um kysto sebaceo na região frontal direita.

Orelhas volumosas, coloração erythematosas, lobulos flacidos e pendentes. Elastoma accentuado no pesçoço.

**TRONCO:** — Nota-se na região esternal superior coloração erythematosas intensa com telangiectasias.

Alguns pontos de "rubis" na face anterior e posterior do thorax.

Nestas notam-se em algumas zonas nas quaes foram feitas planchas, pequenas cicatrizes hyperpigmentadas, ou simples maculas lenticulares, arredondadas, e de coloração escura.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle dos ante-braços principalmente no dorso, secca, atrophica, pregueada e brilhante.

Os pelos estão mais ou menos conservados. Cyanose intensa as mãos.

**MEMBROS INFERIORES:** Nadeegas; zonas mais ou menos delimitadas de pele secca, atrophica, pregueada e brilhante.

**Coxas:** keratose pilar. Grande cicatriz arroxeadada, forma estrellada, conseqüente a um traumatismo no joelho direito. Keratose pilar nas pernas. Pelle dos pés secca, atrophica e descamante. Distrophias ungueaes muito accentuadas.

**SYSTEMA PILOSO:** — **Cabellos:** — Conservados, ligeiramente esbranquiçados, bem implantados.

**Cílios:** — conservados.

**Supercílios:** — ligeiramente rarefeitos na porção externa.

**Barba e bigodes:** bastos.

**Unhas das mãos:** Largas, curtas com estrias longitudinaes.

**Pellos da margem do anus:** disposição normal, abundantes.

**Unhas dos pés:** com dystrophias de varios typos, predominado a pachy-onixis.

**EXAME DOS APPARELHOS E ORGAMS:** — Mamas: com tendencia ao typo feminino, sendo mais saliente a esquerda Aureolas: de côr escura de dimensões normaes, com tuberculos de Morgagni bem visiveis. Mamillos normaes, estando o esquerdo levemente infiltrado, duro e erythematoso.

Pela palpação notam-se no lado direito nodulos duros, de dimensões variadas, limites imprecisos, superficie irregular, deslisando sob a pelle e sobre os pianos profundos. Esses nodulos não são encontrados na mama esquerda.

Não sabe precisar de quando data o apparecimento da gynecomastia. Sabe porem, que ha annos vem notando o crescimento das mamas. Nunca foram dolorosas, nem expontaneamente, nem mesmo á pressão.

**Órgãos genitae:** Pello pubiano, com disposição normal, abundantes. Penis e testiculos normaes. Epididymos idem.

**Prostáta:** volume normal, lobulos dolorosos, bordos palpaveis, consistencia endurecida.

**System endocrino:** Thyreoides de volume e consistencia normais. Não ha signaes de dystheroidia. Testiculos: A puberdade se iniciou aos 13 annos. Appetite sexual normal ate ha 5 annos; decahindo dahl para cá, progressivamente. Poluções espaçadas.

**Apparelho respiratório:** Nada digno de nota.

**Apparelho cardio-vascular:** idem.

**Apparelho digestivos:** idem.

**Apparelho urinario:** idem.

**Apparelho nervoso:** Cubitae espessados e dolorosos á pressão. Leve amyotrophia das mãos.

**Pertubações da sensibilidades:** — Insensibilidade termica e dolorosa nas manchas e em quasi toda a superficie dos membros excepto face interna dos braços e coxas. Insensibilidade táctil dos cotovelos ás mãos, nas nadeegas, joelhos e pés.

Reflexos: Cremasterinos e cutaneo-abdominaes, presentes e normaes, rotulianos diminuidos á direita e esquerdo abolido; achillianos abolidos.

**Systems osteo-articular:** — Veja radiographias.

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**Reacção de Wassermann:** — + +

**Reacção de Kahn:** — + +

**Dosagem de cholesterina no sangue:** — = 127 mlgrs. %.

**Muco nasal:** negativo.

**Lesões cutaneas:** — negativas.

**Dosagem de cálcio no sangue:** — = 8,0 mgrs. %.

**Metabolismo basal:** — = + 1%.

#### IV — EXAMES ESPECIALISADOS

##### — Exame radiológico —

**Sella tursica:** — Encontramos uma sella tursica de forma mais para o arredondado do que para o oval, com as seguintes dimensões, normaes: diametro antero-posterior: 13 mm., profundidade 10 rams. Não se encontram alterações estruturales ou de contorno.

**Mãos:** — Nada de anormal a não ser ligeira rarefacção calcarea.

**Pés:** — Nota-se uma deformação em ancora das phalanges distaes, cujo grão de evidencia descrece de fora para dentro.

##### — EXAME ODONTOLOGICO —

**DENTES:** — Na arcada superior só existe um canino em pessimo estado de conservação. Na arcada inferior, um grande molar muito volumoso e um premolar, esquerdos. Ambos mal conservados, cariados.

Nada mais digno de nota.

##### — "Tests" Neuro endocrinos —

**Metabolismo basal:** — + 1%.

#### PROVA DE GOETSCH

Periodo preliminar.

Pulso: 98

Pressão arterial. Mx. 11. Mn. 8,5

Periodo experimental

Injectar ½ cc. de sol. A 1% de adrenalina.

5 minutos depois:

Pulso: 100. Pressão Mx. 12, Mn. 8,5

10 minutos depois:

Pulso: 96. Pressão Mx. 11, Mn. 7,5

20 minutos depois:

Pulso: 96. Pressão Mx. 11, Mn. 7,5

30 minutos depois:

Pulso: 96. Pressão Mx. 11, Mn. 7,5

#### PROVAS PHARMACOLOGICAS

**Prova da pilocarpina:** — (1 cent. de chloridrato de:)

**Pulso:** — numero de pulsações augmentado de 2.

**Pressão:** — maxima diminuida de 10 mm Hg e minima de 5 mm Hg.

**Reflexo oculo-cardiaco:** — quasi invariavel.



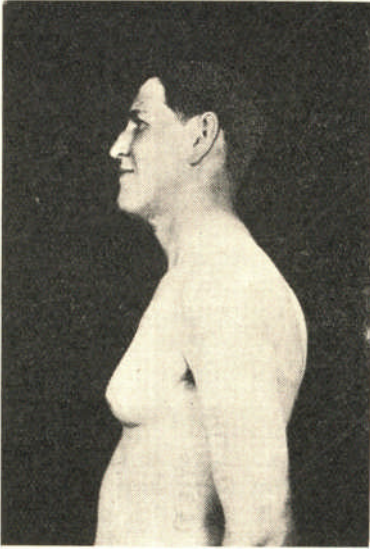


FIG. 20

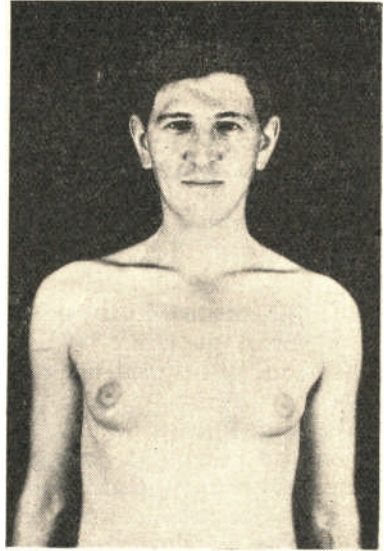


FIG. 21



FIG. 22

Houve produção exagerada de dermographismo, rubefação da face, myóse, sialorrhéa muito abundante, sudorése intensa, secreção lacrimal, mau estar geral por excesso de calor por todo o corpo.

### COMMENTARIOS

Trata-se de um caso de lepra nervosa, doente ha 6 annos, mais ou menos.

A reacção de Wassermann e a de Kahn, são positivas, porem o paciente nega antecedentes venereo-syphiliticos e não tem estigmas de lues hereditaria.

Clinicamente os genitales externos, se apresentam normaes, ac-

Clinicamente parece se tratar de um caso de gynecomastia, pela cusando todavia o paciente diminuição da potencia e do apetite sexual de 5 annos para cá.

Não ha signaes de dysthyroidia. Comprova isso o metabolismo basal normal. A prova de Goetsch negativa, falaria contra uma simpaticotonia, quasi sempre correlata ao hyperthyroidismo.

O exame radicologico fala contra uma lesão da hypophyse. consistencia glandular á palpação.

O caso requer, completar a observação.

### OBSERVAÇÃO N.º 10

#### I — ANAMNESE

J. M. C., 33 annos, masculino, brasileiro, natural de Campinas, solteiro, ferroviario.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Nega convivencia e parentesco com doentes de lepra.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** — Sarampo e coqueluche na primeira infancia. Aos 20 annos febre typhoide e em 1930, acamou-se febril e, tendo-lhe apparecido caroços vermelhos (sic) pelo corpo, estado morbido, que hoje, o paciente identifica com a reacção leprotica que o tem accommettido outras vezes.

**HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL:** — Atribúe o inicio de sua molestia ao surto de reacção leprotica referido, em 1930. Melhorado dos accidentes cutaneos, sentiu-se muito abatido, com somnolencia teve epistaxis, hyperesthesia nas mãos e obstrução nasal. Por motivo desta, procurou um medico em Campinas que o encaminhou á então I. P. L. Foi fichado e enviado, em transito para o S. P. B. onde esteve por 30 dias, sendo encaminhado para este Asylo-Colonia.

#### II — EXAME DERMATOLÓGICO

— PELLE —

**CABEÇA:** — Rosto — não se notam nem tuberculos, nem vestigios dos tubérculos assignalados anteriormente. Clinicamente não se nota a infiltração

assignalada na ficha inicial, mas, seborrháa intensa e varios elementos de reacção leprotica, alguns nodulares, outros em pustulas rotas.

**ORELHAS:** de côr violacea, apergaminhada, dando a impressão de uma infiltração anterior, regredida.

**TRONCO:** — Zonas de infiltração diffusa, de coloração violacea, nas mesmas regiões em que na ficha inicial era assignalada a infiltração rosca, isto é, nas regiões mamarias, e no abdomen inferior.

**MEMBROS SUPERIORES:** — Pelle secca, atrophica, de coloração violacea escura, nodulos de reacção leprotica, antigos, em involução. Cicatrizes de tuberculos cauterizados, uma no dorso da mão esquerda, outra no dorso do punho direito. Não se vêem os tuberculos, tem vestigios dos tuberculos referidos na ficha anterior. Infiltração dura, formando placas mais ou menos circumscriptas, de limites pouco nitidos, duras a palpação, não dolorosas, de coloração violaceo-escura (reacção leprotica) principalmente no dorso dos ante-braços e mãos. A pelle dessa região é secca, atrophica, alopecica, brilhante, pregueada, de coloração tocada ao marron.

**MEMBROS INFERIORES:** — Não se vêem mais as manchas violáceas descriptas anteriormente nas nadegas, havendo porém, urna coloração levemente violacea, diffusa, pele secca, fina, brilhante, com folliculos pilosos alevantados, infiltrados, sem palm, atrophia dos bulbos pilosos. Foi feita biopsia dessa região. (V. exames complementares). Notam-se ainda pequenas papula-tuberculos, de coloração amarellada, esparsas.

Pelle das coxas, com caracteres identicos a das nadegas, porem menos accentuados, estando os pelos em grande parte porem conservados, outros cortados na base de implantação, outros com queda completa. Notam-se ainda vestigios cicatriciaes das manchas arroxeadas. assignaladas anteriormente na face anterior das coxas.

Pelle das pernas com os mesmos caracteres da pelle das coxas, estando porem os pellos conservados, e os folliculos infiltrados. Pés: Pelle secca, descarnação furfuracea.

**CLASSIFICAÇÃO:** — Mixta (C2 N1).

**INSPECÇÃO GERAL:** O paciente se locomove livremente, com desembaraço. Estado psychico bom. Bem constituido e nutrido. Musculatura regularmente desenvolvida, paniculo adiposo pouco abundante, porem com acumulo nas regiões mamarias e no pubis. Pesa 59 ks, medindo 1,65 de altura. Orelhas grande (infiltração) porem bem implantadas, lobulos livres. Ortognata. Desenvolvimento da cabeça e membros em relação ao tronco, proporcionaes. Os diversos segmentos dos membros guardam as devidas proporções. Nariz recto, de dimensões normaes. Mucosas visiveis de coloração normal. Nada digno de nota pelo lado das articulações. Ganglios inguinaes levemente engorgitados. Temperatura 36,7.

### **EXAME DOS APPARELHOS E ORGÃOS**

**MAMMAS:** — Ha um anno e meio, mais ou menos, notou o apparecimento de um caroço em cada peito, que se tornou doloroso á pressão. Aos poucos, vem notando crescimento das mammas, que continuam dolorosas á pressão como no inicio. Diz que o esquerdo se desenvolveu mais que o direito.

Pelo nosso exame de facto, observamos as mamas muito desenvolvidas (veja figs. 20 e 21) de forma conica, pendentes, as aureolas, eguaes em dimensões, medem 35 min. de diametro, são de coloração marron e não apresentam os tuberculos de Morgagni visiveis. Cortornando as aureolas, na circum-

feerncia que as limitam com a pelle do tronco, nota-se uma serie de pequenas elevações lenticulares, mais ou menos nitidas, com a pelle que as reveste de coloração normal.

E' visivel a predominancia da mama esquerda sobre a direita.

Pela palpação nota-se consistencia glandular de ambos os lados e abundancia de tecido adiposo, predominando porem a esquerda.

A pressão, é dolorosa, mais á esquerda que a direita, onde a consistencia glandular é mais typica.

**ORGÃOS GENITAES:** — Pellos pubianos escassos, de disposição feminina. Penis pouco desenvolvido. Testiculo esquerdo, muito volumoso, (fig. 22), das dimensões um pouco superior ás de um ovo de pata, de consistencia dura, porém pouco doloroso á pressão. O testiculo direito ao contrario, de dimensões reduzidas, pouco superiores as de um ovo de pomba, é de consistencia mole e quasi que indolor.

Diz o paciente, que foi mais ou menos na época do apparecimento da gynecomastia, que começou a sentir a inflammação do testiculo esquerdo, que se tornou doloroso e muito volumoso. 4 ou 5 dias depois, desapareceram os accidentes agudos, o testiculo diminuiu um pouco de volume, ficando porem das dimensões que hoje apresenta. Diz que ha 3 ou 4 mezes teve orchite direita, que regrediu em 4 ou 5 dias, voltando o testiculo ás dimensões primitivas.

**SYSTEMA ENDOCRINO:** — Lóbulo direito da thyroide, da á palpação impressão de augmentado de volume e de consistencia. Não ha exophtalmia, nem tachicardia, nem tremores. Signaes de Moebius, Stelwag e Graeff, negativos.

O paciente tem 33 annos, nunca teve contacto sexual por escrupulo de contrair molestias venereas. Diz que a principio tinha appetite sexual e erecções completas e, que ultimamente, ha uns dois annos não tem mais erecções e que desaparecera o appetite.

**APPARELHO RESPIRATORIO:** — Nada digno de nota.

**APPARELHO CARDIO-VASCULAR:** Hyperphonese da segunda bulha aórtica. Nada mais digno de nota.

**APPARELHO NERVOZO:** — Cubitaeas ligeiramente espessados, pouco dolorosos. Muito discreta amyotrophia das mãos. Anesthesia thermica nos pés e terço inferior das pernas, cotovellos, dorso dos punhos e dorso das mãos. Anesthesia tactil somente na planta dos pés.

Reflexos pupilares á luz, acomodação e consensuaes, normaes. Pupilas eguaes de bordos regulares. Signal de Romberg negativo.

Reflexos rotullanos muito exaltados. Clonus muito accentuado das rotulas.

Reflexo cutaneo-plantar abolido. Tricipital, bicipital normaes.

**SYSTEMA OSTRO-ARTICULAR:** — Veja exame radiologico.

**SYSTEMA NEURO-MUSCULAR:** Nada digno de nota.

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**Reacção de Wasserman:** — negativa.

**Reacção de Kahn:** — negativa.

**Dosagem de cholesterina no sangue:** — 184 mgrs. %.

**Dosagem de caldo no sangue:** — 8,0 mgrs. %.

**METABOLISMO BASAL:** — (methodo de Benedict-Ross) = + 14%.

**Biopsia:** pele das nádegas (formol a 10% — parafina hemat. eosina): Macula leprosa infiltrada. Os focos infiltrados dispõem-se indifferentemente ao redor dos vasos, das glandulas sudoríparas, dos folículos pilosos e dos filetes nervosos. Epiderme atrophica.

**Nota:** Os cortes revelaram a presença de bacillos álcool-acido resistentes de Hansen.

### PROVAS PHARMACOLOGICAS GERAES

#### Prova da pilacarpina

Período preliminar:  
(em jejum e repouso).  
Pulso: 58  
Pressão: 9,5 — 6,0  
Reflexo oc. card.: = + 6

Período experimental  
(depois de 1 centg. chl. piloc.)  
Pulso: 90  
Pressão: 11,0 — 6,0  
Reflexo oc. card.: = + 6

**Phenomenos geraes:** — Rubefacção da face, dermographismo, sudorese abundantissima. Sialorrhéa. Lacrymejamento. Sensação de mau estar geral.

#### Prova da atropina

Após a injeção de 1 miligrammo de sulfato de atropina o pulso baixou de 10 pulsações. A pressão maxima e minima subiram de 10 ram Hg. permanecendo a mesma differencial. Reflexo oculo-cardiaco = + 4.

**Prova de Goetsch:** — Negativa.

#### "Tests" hypophisarios

**Prova da glyrose:** — A injeção de 150 grammas de glycose, seguida da injeção de 1 cc. de extracto total de hypophise, determinou augmento de 5 min Hg. na maxima e 10 mmHg na minima. Durante uma hora no foi constatada a presença de assucar na urina.

**Intradermo-reacção á pituitrina:** — bem evidente.

**A injeção de 2 cc. de extracto do lobo posterior,** no determinou alteração thermica.

### IV — EXAMES ESPECIAES

**EXAME ODONTOLOGICO:** — Dentes: Mal implantados, bens calcificados, destruição total dos primeiros grandes molares superiores. Os primeiros molares inferiores são de dimensões muito avantajadas, com tuberculos de Carabelli. Os premolares inferiores estão voltados para dentro da cavidade bucal. Labiaes inferiores desnudados, com retração das gengivas em consequencia do tartaro.

**EXAME OPHTALMOLOGICO:** — **Anamnese:** Nunca sentiu nada nos olhos.

**Exame externo:** — Rarefacção da metade extensa dos supercilios. Cílios conservados.

**Tonotneria:** — Schloetz: A. O. 17 mmHg.

**Ophtalmoscopia:** — Nada de anormal.

**O. D. V.:** 1

**O. E. V.:** 1

A. O.: — Ligeira injeção conjunctival cantos internos e externos em direcção da fenda palpebral. Cornea, iris e reflexos pupillares: normaes.

**EXAME RADIOLOGICO:** — CHAPPA N.º 81 — **Sella tursica:** Nada de anormal.

**CHAPA N.º 82** — **Pés:** phalanges deformadas por adelgaçamento; rarefacção calcarea epiphisaria.

**CHAPA N.º 83** — **Mãos:** Nada de anormal.

### COMMENTARIOS

Trata-se aqui, de um caso de lepra mixta, com predominancia cutanea, tendo, depois da internação, piorado.

A reacção de Wassermann, negativa; a reacção de Kahn, negativa; a ausencia de passado venereo-syphilitico e de estigmas hereditarios bem patentes nos permitem excluir a lues.

Na historia de sua doença, o paciente relata, orchite esquerda ha um anno e meio mais ou menos e direita ha 3 cu 4 mezes.

O exame dos genitales externos nos revelou testiculo esquerdo, muito volumoso, de dimensões superiores as de um ovo de pata, duro, pouco doloroso á palpação. O testiculo direito, ao contrario de dimensões inferiores as normaes, é pouco doloroso a pressão e de consistencia mole, quasi indolor.

O observado diz, nunca ter tido contacto sexual per temer molestias veneraes e que o apetite sexual e potencia somente desapareceram de dois annos para cá.

O metabolismo basal augmentado de 14% pode ser explicado pela propria lepra e, a falta de signaes clinicos de disfunção da thyroide, levamos a concluir pelo funcionamento normal desta glandula. As provas da pilocarpina, da atropina e Goetsch, falam por um equilibrio vago-sympatico, que deveria estar rompido em caso de disfunção thyroide.

O exame radiographico da sella tursica, mãos e pés falam contra uma lesão hypophisaria.

Os "tests" hypophisarios, confirmam esse facto.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna nada nos chamou a attenção, levando-nos a crêr que a unica lesão constatada seja a dos testiculos.

De facto, o apparecimento da gynecomastia, coincidindo com a orchite, diminuição e depois desaparecimento da potencia parece nos confirmar isso.

Parece, neste caso tratar-se de uma gynecomastia verdadeira, pelo aspecto tipicamente feminino das mammas; conicas, volumosas, pendentes, pelo aspecto glandular com que ellas se nos apresentam á palpação.

OBSERVAÇÃO N.º 11

J. F. S. 42 annos, branco, portuguez, casado, alfaiate, internado no A. C. P. e, 10|2|933. Proveniente do S. P. B.

**INQUERITO ENDEMIOLÓGICO:** — Nega parentesco e convivência com doentes de lepra.

**ANTECEDENTES FAMILIARES E HEREDITARIOS:** — Pae fallecido aos 59 annos em consequencia de uma intervenção cirurgica na bexiga (sic.) Mãe e 2 irmãos, dos quaes, ignora o paradeiro e estado de saude. Ignora, igualmente o estado de saude dos tios. Avós fallecidos de velhice (sic.) Ignora o estado de saude da esposa e filha, das quaes esta separado ha 9 annos. A esposa teve um aborto de 6 mezes. Não teve natimortos. Quando residia na colonia de loprosos em Guapira, em 1929, amasiou-se com uma doente a qual não teve filhos, nem abortos, nem natimorto.

**ANTECEDENTES PESSOAS:** — Sarampo, coqueluche e catapora na primeira infancia. Nega antecedentes venereo-syphiliticos. Nega que tenha tido orchite, mesmo depois de doente de lepra.

Sempre exerceu a profissão de alfaiate, não tendo horario certo para o trabalho. Não foi bebedor; tabagista moderado, não abusava dos prazeres sexuaes. Dormia e dorme bem. Nunca fez uso de excitantes ou narcoticos.

Alimentou-se sempre bem, alimentação variada e abundante. Peso anterior (quando residia em Guapira), 73 kgs. Peso actual 65 kgs.

**QUEIXA E HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL:** — Julga estar doente desde 1918, tendo a sua molestia se iniciado logo apos á gripe: teve dores articulares, febre, e caroços duros, vermellios e dolorosos espalhados pelo corpo, que hoje o observado attribue á reacção leptotica que já o acomettera outras vezes.

Somente em 1928, começou a notar grandes modificações para peora, no seu estado, não sabendo informar, quaes as modificações.

Indagado, nega epistaxis antes e depois de doente; dores articulares, depois da molestia declarada.

Dols annos antes de se internar fazia tratamento pelo oleo de chaulmoogra (2 grs. diarias) e saes sodicos (4 pastilhas diariamente). Internou-se no S. P. B. em Junho de 1931, onde fez por 19 mezes tratamento com esteris etylicos creosotados (3 cc.) supportando bem e sendo depois removido para este Asylo em 10|2|933, onde fez o seguinte tratamento:

**TRATAMENTO**

1.934 Maio	Mercado-Heiser	14 cc.
“ Junho	“	19 “
“ Julho	“	18 “
“ Agosto	“	6 “
“ Setembro	Êsteres etylicos creosotados	4 “
1.935 Junho	“ “ “	4 “
“ Julho	“ “ “	2,5 “
1.936 Janeiro	Sulfato de strychnina	5 “
“ Fevereiro	“ “ “	2 “

## INTERROGATORIO SOBRE OS DIFERENTES APPARELHOS E ORGÃOS

**Cabeça:** — Queixa-se de peso e dores na frente.

**Ouvidos:** — Surdez do ouvido direito, desde criança.

**Nariz:** — Obstrucção.

**Genito urinario:** Polachiuria, nicturia.

**Neuro-muscular:** — Nervosismo, custa conciliar o somno por ter alternativas de calor e frio, que o fazem cobrir e descobrir successivamente. Conciliado o somno, este é interrompido 3, 4 vezes por noite. Não dorme durante o dia. Tem o somno entrecortado de sonhos variados, alguns libidinosos, terminando com polluções. Accordando não se recorda do sonhado.

Potencia diminuindo, de 7 ou 8 annos, mais ou menos, para ca. Diz que ainda tem um contacto cada mez. Memoria diminuida. Dormencia nos pés. anesthesia em quasi todo o corpo. Desanimo.

### II — EXAME OBJECTIVO

**INSPECÇÃO GERAL:** — O paciente se locomove livremente, tendo a expressão physionomica tristonge, bom estado psychico, porem com bradypsichismo. Brachytypo, bem nutrido. Musculatura e paniculo adiposo abundante. Pesa 63 kgs. medindo 1,65.

Orelhas de dimensões normaes, bem implantadas, lobulos adherentes. Prognatismo do maxillar superior. Cabeça pequena em proporção ao corpo. Braços predominantando ligeiramente sobre o tronco. Nariz recto, volumoso, com desvio accentuado do septo, para e direita. Mucosas visiveis normalmente córadas. Extremidades frias, com edema duro e dystrophias da pelle. Ganglios inguinaes engorgitados. Temperatura: 36,3.

### EXAME DERMATOLOGICO

**CABEÇA:** — A mesma infiltração anteriormente assignalada, e nodulos de coloração vermelho-arroxeadada de reacção leprotica, infiltração em placas diffuses, duras, de consistencia fibrosa, crostas purulentas, pustules. Restam supercilios apenas no terço interno da arcada.

**TRONCO:** — O mesmo estado anterior; nodulos e pustules de reacção leprotica (nodulos, pustules e places diffuses).

**MEMBROS INFERIORES:** — Mesmo aspecto anterior, mais elementos de reacção leprotica, predominantando placas de limites diffusos, duras, de coloração violacea.

**TRONCOS NERVOSOS:** — Cubital direito bastante espessado, porém não doloroso.

**LESÕES NEUROTROPICAS:** — Acroasphyxia, parakeratose nos pés.

**LESÕES CUTANEAS:** — (material da pustula). Bacillos de Hansen negativos.

### SYSTEMA PILOSO

**Cabelos:** — Cabelleira basta, bem implantada.

**Barba e bigodes:** — escassos.

**Pelos da margem do anus:** — Pouco abundantes.

**Unhas:** — conservadas, sendo porem seccas e ligeiramente espessadas.



### EXAME DOS APARELHOS E ORGÃOS

**MAMMAS:** — Mammæ conicas, muito desenvolvidas (fig. 24), das dimensões de uma grande laranja. Igualmente desenvolvidas de ambos os lados. Au-reolas pequenas, medindo 2,5 cms, de diâmetro, de coloração marron escura, contornos irregulares. Mamillos grandes, grossos, flácidos, como que retraídos. de coloração marron escura.

Pela palpação, nota-se predominantemente consistência adiposa das mamas, e profundamente alguns nodulos, de dimensões variadas, de consistência dura, deslizando sobre os planos profundos. São idênticos de ambos os lados.

Accusa o inicio da gyncomastia ha 5 annos, mais ou menos, dizendo nunca ter sido dolorosa e não o é hoje, nem mesmo á pressão.

**ORGÃOS GENITAES:** Pello pubiano escasso. Penis bem desenvolvido. Testiculos muito atrophiados, principalmente o direito que é pouco superior a um grão de feijão. O esquerdo, é de dimensões um pouco maiores. Ambos são de consistência molle, não se podendo palpar por accusar o paciente dôres muito fortes á menor pressão. Epididymos: não conseguimos palpar.



FIG. 24

**SYSTEMA ENDOCRINO:** — Não ha tremores, tachycardia, bocio, nem os signaes secundarios de hypertyroidismo. Faltam igualmente, signaes clinicos de hypotyroidia.

Pelo lado de outras glandulas de secreção interna, nada nos chamou a attenção.

**APPARELHO NERVOZO:** — Reflexos rotulianos exaggerados. Reflexos tripitaeas e bicipitaeas, presentes e normaes. Reflexo cutaneo plantar, cremastermos superfidaes abolidos. Reflexos cutaneo-abdominaes abolidos, excepto no hemi-abdome inferior esquerdo.

**SYSTEMA OSTEO-ARTICULAR:** — V. radiographias.

**SYSTEMA MUSCULAR:** — Nada digno de nota.

Pelo lado dos outros aparelhos, orgãos ou systemas, nada nos chamou a attenção.

### III — EXAMES COMPLEMENTARES

**Reacção de Wassermann:** + + + +

**Reacção de Kahn:** + +

**Dosagem de cholesterina no sangue:** 157 mlgrs. %.

**Dosagem de calcio no sangue:** 7,0 mlgrs. %.

**Exame de urina:** Pesquisa de albumina e assucar: negativos.

**Muco nasal:** — Positivo.

**Lesões cutâneas:** — negativas.

**Biopsia:** — (fragmento de pelle, de uma papula infiltrada da face anterior do tronco, tendo no centro uma pustula): "Macula infiltrada com um foco de supuração aguda (provavelmente reacção leprotica aguda).

**Nóta:** Os cortes revelaram a presença de bacillos alcool-acido-resistentes de Hansen com todas as lesões dermicas, com grande abundancia; raros na parte peripherica do foco de suppuração e não sendo encontrado no seu interior.

### PROVAS PHARMACOLOGICAS GERAES

**Prova de Goetsch:** negativa.

Período preliminar (em jejum e repouso)	Período experimental (depois de 1 mlgr. sulph. atrop.)
Pulso: 90	Pulso: 86
Pressão: 14,0 — 8,5	Pressão: 13,5 — 8,0

### "TESTS" HYPOPHYSARIOS

**Prova da glucose:** — A injeção de 150 grs. de assucar, seguida da injeção de 1 cc. de Endo-hypophisina, determinou: glucosuria 4 horas depois e baixa da pressão minima de 10 mmHg.

**Reacção intradermica á pituitrinás** pouco evidente.

**Injeção de 2 cc. de lobo posterior** — endo-pituitrina) não determinou modificação da temperatara.

#### IV — EXAMES ESPECIAES

##### EXAME ODONTOLOGICO

**Dentes:** — Arcada superior: Restam apenas 4 dentes mal implantados, de coloração escura, colos desnudados pela retração das gengivas. Restam algumas raízes.

Arcada inferior: Restam 11 dentes, desnudados como os da arcada superior, os dentes que ainda restam não estão muito cariados, porem. todos anoma-los em implantação. O canino inferior do lado esquerdo extraordinariamente projectado para frente. Pessima calcificação.

**Gengivas:** — gengivite tartarica.

##### EXAME OPHTALMOLOGICO

**Exame externo:** — Raros supercillos no canto interno de A. O. Falta de cilios no terço mediac da palpebra superior do O. D. Rarefação do terço externa da palpebra superior do O. E. Cilios conservados nas palpebras inferiores.

**Tonometria:** — Schioetz: O. D. 25 mmHg. O. E. 19 mmHg.

**Ophthalmoscopia:** — Nada de anormal nos fundos de olhos.

**O. D. V.** = — 2|3.

**O. E. V.** = 2|3.

Infiltração episcleral no canto externo de A. O. mais accentuada no O. E. Corneas normaes. Coloboma congenito da iris do O. D. entre 12 e 2 horas com forma triangular sendo o apice afastado 1,5 mm. do bordo pupilar. Reflexos pupilares preguiçosos em A. O.

##### COMMENTARIOS

O presente caso é uma forma de lepra mixta ( C3 N3), doente ha 18 annos, tendo sempre o seu estado se aggravado e sendo muito sujeito aos surtos de reacção leprotica.

Nega passado venereo syphilitico. O Wassermann é positivo (+ + +) e a reacção de Kahn positiva (+ +). Faltam porem estigmas de lues hereditarios ou signaes clinicos que possam explicar a concomitancia da lues.

Nega ter tido orchite e que nos ultimos annos vem notando diminuição da potencia, mas que não o impede de ter contacto sexual uma vez cada mez.

O exame dos orgãos genitaeas externos revelou-nos os testiculos muito atrophiadados, principalmente o direito que tem as dimensões de uma avelã. O esquerdo de dimensões um pouco superiores. Ambos, de consistencia molle, não se podendo palpar satisfactoriamente por accusar o paciente dôres vivissimas.

Não conseguimos palpar os epididymos.

O metabolismo basal de + 9%, deve ser considerado normal. As provas da pilocarpina e atropina indicando um equilibrio do sympatico e vago, corroboram á affirmação de ser normal, a thyroide.

A prova de Goetsch, normal.

A reacção intradérmica da pituitrina, muito pouco evidente, fala contra o hyperpituitarismo.

A prova da glicose falaria por uma disfunção da hypophyse, mas o exame radiológico não mostra lesões da sella tursica, nem dos ossos das mãos ou dos pés.

Concluindo, diremos que a lesão clinicamente bem verificada foi a testicular, e que não sabe, si precedeu á gynecomastia, portanto si pode ser invocada como sua causa.

As mamas são conicas volumosas e pendentes, predominando porem a consistencia gordurosa. Não são dolorosas. Só a histologia poderá, esclarecer se, si trata de um simple accumulo de pâncreo adiposo, como é de pensar, ou de uma gynecomastia verdadeira.

#### RESUMO

O autor inicia o seu trabalho com o histórico da gynecomastia e considerações geraes sobre o assumpto, mostrando ser elle já objecto de cugitação, desde os tempos mais remotos. Cita as observações de RENAUDIN, SCHMIDT e LEVY. Faz considerações sobre o achado da gynecomastia nos documentos iconographicos, fazendo ver que alguns delles assignalam-n'a em typos caracteristicamente masculinos e outros, em typos androgynos.

Passa a considerar a gynecomastia dos individuos normaes analisando as hypotheses que a procuram explicar. Basea-se na hypothese de DARWIN, reportando-se a anatomia comparada. Lembra casos de mammas desenvolvidas em animaes machos e no homem perfeitamente normaes. Observa porem que esses casos são excepçoes e que a regra é a gynecomastia se associar a lesões de orgãos diversos. Passa assim em revista, todas as lesões de orgãos que tem sido relacionadas com a gynecomastia.

Faz considerações, reportando-se á anatomia comparada, entre os dimidios e gynecomastia unilateral.

Considera principalmente as lesões das glandulas de secreção interna como causa da gynecomastia, mostrando o forte entrelaçamento destas glandulas com o systema nervoso vegetativo, e systema nervoso central.

O autor passa em revista a literatura sobre gynecomastia e lepra, mostrando que bem poucos autores se occuparam da questão. Desde 1934 vem se interessando pelo assumpto:

No Asylo-Colonia de Pirapitinguy, onde trabalha, tendo examinado 842 homens, de todas as edades encontrou hypertrophia mammaria em 77. Apenas um menino de 14 annos apresentava as

mammas anormalmente desenvolvidas. Todos os demais observados eram maiores.

No Asylo-Colonia de Aymorés, examinou 298 adultos encontrando apenas 17 casos de mammas anormalmente desenvolvidas. Assignala que esses dados foram colhidos apenas pela inspecção e palpação, não podendo portanto saber qual seja o numero de casos de gynecomastia verdadeira.

O autor passa a descrever alguns dos seus casos em que conseguiu observação completa.

A primeira observação é de um individuo branco, de 23 annos C3 N3 que apresentava mamma comparavel á mamma feminina virgem, com maior desenvolvimento á direita. A causa do processo gynecomastico não está patente, somente podendo-se por evidencia histopathologicamente, o processo de atrophia e esclerose testicular, cuja precedencia á hypertrophia das mammas não pode ser precisada.

A segunda observação é de um individuo branco de 52 annos, C3 N3, que apresentava, um processo gynecomastico muito mais accentuado á direita. O exame histopathologico das mammas revelou uma reacção inflammatoria chronica sem character especifico, não havendo nem vestigios de elementos cellulares e adiposos e ao lado disso esclerose e do tecido conjunctiva, principalmente muito denso nas partes mais profundas. O autor interpreta este caso como tendo havido um processo de mastite leprosa, que regredira, deixando como consequencia a fibrose.

O exame histopathologico somente revelou, de interesse, relacionando-se com a gynecomastia, esclerose e atrophia testicular. Thiroide e hypophyse normaes.

O terceiro caso é de um individuo branco, de 35 annos, C3 N2, doente ha 14 annos e fallecido em consequencia de um carcinoma do estomago.

O paciente apresentava mammas hypertrophiadas. dolorosas palpação, de consistencia dura, com nodulos profundos. O exame histopathologico encontrou o tecido conjunctivo das mammas mais duro e esclerosado, a medida que se observavam as partes mais profundas do córte, notando-se pontos em que elle era alem de esclerosado, hyperplastico.

O exame histopathologico dos testiculos revela orchite leprosa, com atrophia e esclerose. Este caso pode ser interpretado como o da observação numero dois.

A observação numero quatro, é de um individuo de 27 annos, C3 N2, que em tudo, clinica e anatomopathologicamente, se asse-melha ao da primeira observação.

O quinto caso, é de um velho de 70 annos, C3 N3, com enor-

me hypertrophia mammaria, leproso ha 20 annos e que relata a gynecomastia como datando de 10 annos.

O exame histopathologico revelou a hypophise, thyroides e suprarenaes, normaes. Havia esclerose testicular e hyalinização dos tubulos seminiferos.

Sexto caso: individuo de 36 annos, C3 N3, mammas muito desenvolvidas. Está doente ha 12 annos e diz que a hypertrophia das mammas data de 9 annos A unica lesão clinicamente constatada foi a dos testiculos, não se podendo todavia precisar, a sua antiguidade.

Observação numero sete: individuo de 31 annos, lepra mixta, com predominancia cutanea. A unica lesão clinicamente verificada, foi dos testiculos, esta mesma não se podendo precisar a antiguidade. O exame histopathologico das mammas e testiculos não poude ser feito por o paciente se excusar á biopsia.

*Observação n.º 8.* — Lepra mixta com predominancia cutanea. Individuo eunuchoide typico. Clinicamente pode-se affirmar uma hypofunção das thyroides e testiculos. O processo de gynecomastia parece ter seguido ao da lesão testicular.

*Observação n.º 9* — Individuo de 49 annos, caso de lepra nervosa ha 6 annos. Mammas anormalmente desenvolvidas, não se encontrando clinicamente signaes de disfunção endocrina. O caso requer observação mais completa.

*Observação n.º 10* — Individuo de 33 annos, C3 NI, mammas enormes, typicamente femininas. O testiculo esquerdo apresenta-se muito grande e duro á palpação, Pelo lado das glandulas de secreção interna nenhuma lesão patente. Parece tratar-se de um caso de gynecomastia verdadeira, com unica lesão clinicamente patente, a testicular.

*Observação n.º 11* — Individuo de 42 annos, C3 N3, doente ha 18 annos. Testiculos atrophiados. Não se pode affirmar a precedencia da lesão testicular ao processo gynecomastico. As mammas são muito desenvolvidas, não podendo todavia affirmar tratar-se de uma gynecomastia verdadeira.

### ZUSAMMENPASSUNG

Der Verfasser beginnt seine Arbeit mit der Beschreibung der Gynecomastie und hauptfächlichen Betrachtungen über diese Angelegenheit, indem er nachweist, class seit alten Zeiten, diese Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit ist. Er macht Aufstellungen iiber das Vorhandensein der Gynecomastie in iconografischen Dokumenten und weist darauf hin, dass einige von diesen sic in charakteristisch miinnlicher, andere in androgynischen Typen anzeigen. Auch führt er die Betrachtungen von RENAUDIN, SCHMIDT und LEVY an.

Er geht dazu über, die Gynecomastie an normalen Individue zu betrachten, indem er die Hypothesen die sie erklären, analysiert. Er basiert sich in der Lehre

von Darwin, indem er sich auf die verschiedenen Artführungen der vergleichen. den Anatomie beruft. Er erinnert an Fälle von gut entwickelten Brüsten bei männlichen Tieren und Männern die vollständig normal sind, wobei aber hervorzuheben ist, dass diese Fälle aussergewöhnlich sind und die Regel die ist, dass die Gynecomastie mit der Verletzung verschiedener Organe einhergeht. Er revidiert weiter alle von organischen Verletzungen, die mit der Gynecomastie in Verbindung gebracht werden oder wurden.

Der Verfasser macht Andeutungen, dass hauptsächlich Verletzungen der inneren Ausscheidungsorgane und Drüsen als Ursache der Gynecomastie anzusehen sind, indem er darauf hinweist, dass diese Verbindungen zwischen den erstgenannten und dem lebenden Nervensystem, dem Central-Nervensystem bestehen.

Er vergleicht die Literatur über Gynecomastie und Aussatz und weist nach, dass sehr wenige Autoren sich für diese Angelegenheit interessieren.

Im Asilo Colonia Pirapitingui, wo er arbeitet, fand er bei der Untersuchung von 842 Männern aller Jahrgänge, übermässig Entwicklung der Brüste bei 77 von diesen. Nur ein Knabe von 14 Jahren hatte die Brüste übermässig entwickelt, alle anderen waren volljährig.

Im Asilo Colonia Aymorés untersuchte er 298 Volljährige und fand nur 17 Fälle, bei denen die Brüste übermässig entwickelt waren. Er weist daher darauf hin, dass diese Angaben durch Inspektion und Befühlung aufgestellt wurden, weiss daher nicht genau anzugeben, welches die Zahl der wahren Fälle von Gynecomastie sind. Zur Beschreibung seiner Fälle übergehend, führt er die an, bei denen er vollständige Resultate erzielte.

Der erste ist von einem Individuum weisser Hautfarbe, 23 Jahre alt, C13-N13 der Brüste aufwies, die man mit den jungfräulichen vergleichen kann, mehr auf der rechten Seite entwickelt. Die Ursache dieser gynecomastischen Prozesse ist nicht augenscheinlich, da man dies nur histopathologisch hervorheben kann, wie auf den Vorgang des Zellschwundes und Verhärtung der Hoden. Deren Präzedenz vor der Hypertrophie nicht genau festgestellt werden kann.

Der zweite Fall handelt von einem 52-jährigen, weisser Hautfarbe, C13-N13. der eine Gynecomastie aufwies, die auf der rechten Seite viel mehr entwickelt ist. Das histopathologische Examen der Brüste brachte eine chronische Entzündungsreaktion zu Tage, die keinen spezifischen Charakter hatte, keine fettartigen Elemente aufwies, aber Hodenverhärtung zeigte, ausgeprägt in den tieferliegenden Teilen. Der Verfasser deutet diesen Fall als eine vom Aussatz hervorgerufene Entzündung der Brüste, die zurückgegangen, Fibrose als Konsequenz zurückgelassen hat. Das histopathologische Examen zeigte, von Bedeutung, nur Esclerose und Hodenschwund, als Erscheinungen die mit der Gynecomastie in Verbindung zu bringen sind.

Der dritte Fall ist von einem Individuum, weiss, 35 Jahre alt, C13-N12, 14 Jahre vom Aussatz befallen und an Magengeschwüren gestorben. Der Patient zeigte übermässig entwickelten Brüste, schmerzhaft bei der Befühlung, hart, mit tiefgehenden Knoten. Das histopathologische Examen fand die anatomischen Elemente der Brüste immer mehr hart und verhärtet, in dem Masse man die am tiefsten liegenden Teile des Einschnittes untersuchte, wobei man bemerkte, dass Stellen vorhanden waren, wo man nicht nur Esclerose, sondern auch hyperplastisch. Das histopathologische Examen zeigt Hodenentzündung, mit Schwund und Esclerose.

Der vierte Fall ist von einem 27-jährigen, C13-N13, der in allem, klinisch und histopathologisch, sich an den ersten Fall angleicht.

Der fünfte Fall ist von einem Mann von 70 Jahren, C13-N12, mit sehr ausgeprägter Ueberentwicklung der Brüste, seit zwanzig Jahren vom Aussatz befallen und der angibt, dass seine Gynecomastie 10 Jahre alt ist. Das histopathologische Examen zeigt Hypophyse, Thyröide und Nierenkanäle normal. Ausserdem wurde Esclerose der Hoden und Hialinization der Samenleiter vorgefunden.

Der sechste Fall: Individuum von 36 Jahren, C|3-N|3, Braste sehr ent-wickelt, 12 Jahre aussftzig, führt an, dass die Hipertrofie der Briiste scion 9 Jahre vorhanden 1st. Die einzige Verletzung, die klinisch festgestellt wurde, war die der Hoden, ohne das Alter derselben angeben zu Ittinnen.

Stebenter Fall: 31-jähriger, gemischter Aussatz, mit Neigung zuni cutani-schen. Die einzige Verletzung war die der Hoden, Alter unbekannt. Examen der Braste and Hoden konnte nicht gemacht werden, da der Kranke sich wei-gerte, den Einschnitt vomehmen zu lassen.

Achter Fall: Gemischte Form des Aussatzes, wie oben. Typ des Eunu-chen. Klinisch kann man eine Hypofunktion der Haden und Leiter feststellen. Der Vorgang der Ginecomastie scheint der Verletzung der Haden gefolgt zu sem.

Neunter Fall: 49-jähriger, nerviiser Aussatz von 6 Jahren. Briiste, die mmormal entwickelt sind, ohne Anzeichen von Disfunktion endocrina. Dieser macht eine eingehendere Untersuchung notwendig.

Zehnter Fall: Individuum von 33 Jahren, C|3-N|1, aussergewöhnlich grosse Briiste, typisch fraulich. Der rechte Haden sehr gross und hart bei der Be-führung. Auf der Seite der inneren Ausscheidungsdrfsen keine Verletzung die ins Auge Milt. Hier besteht die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um einen aus-geprägten Fall von Gynecornastie handelt, mit eincr einzigen augenscheinlichen Verletzung.

Elfter Fall: 42-jähriger, C|3-N|3, der 18 Jahre krank 1st. Hadenschwund. Die Prfizedenz der Verletzung der Haden vor dem ginecomastischen Vorgang konnte nicht festgestellt werden. Die Briiste sind *ser* entwickelt, aber eine siche-re Behauptung, dass es sich um einen wahrhaften Fall von Gynecornastie han-delt, kann nicht gemacht werden.

**N. B.** - Die vorliegende Arbeit ist von 24 Fotografien und Micrografien begleitet, ebenso wie von histopatologischen Beschreibungen, farmaco: dynamischen Proben, grundlegendem Metabolismus und vielen anderen ergfinzenden Examen.

### AUTORIASSUNTO

L'autore comincia il suo lavoro con uno storico della ginecomastia e consi-derazioni generali sull assunto, mostrando essere egli gia oggetto di cogitazione dai tempi phi remoti. Cita le osservazioni de RENAUDIN, SCHMIDT e LEVY. Fa considerazioni sulla scoperta della ginecomastia net documenti conografici, facendo vedere che alcuni di coloro la segnalano in tipi caratteristicamente maschili e altre in tipi androgint.

Passa a considerare la ginecornastia degli individui normali anallzzando le ipotesi che la cercano spiegare. Si basa nell'ipotesi de DARWIN, riportandosi all'anatomia comparata. Ricorda casi di mammelle sviluppate negli animali maschili e nell'uomo perffetamente normal Osserva, pera, che questi casi sono eccezionali e che la regola é la ginecomastia associarsi alie lesioni di organi diversi. Passa, cosi, in rivista tutte le lesioni di organi che sono state relazionate con la ginecomastia.

Fa considerazioni, riportandosi all'anatomia comparata, fra i **dimidios** e ginecomastia unilaterale.

Considera principalmente le lesioni delle glandule di secrezione interna come causa della ginecomastia, mostrando il forte intrecciamento di queste glandule con il sistema nervoso vegetativo e sistema nervoso centrale.



L'autore passa in rivista la letteratura sulla ginecomastia e lebbra, mostrando che ben pochi autori si occuparono della questione. (Da 1934 si viene interessando dell'assunto):

Nell'Asilo Colonia de Pirapitingui, dove lavora, avendo 842 uomini di tutte le età, trovò ipertrofia mammaria in 77. Apena un ragazzo de 14 anni presentava le mammelle anormalmente sviluppate. Tutti gli altri osservati erano maggiori.

Nell'Asilo Colonia de Aimorés esaminò 298 adulti trovando appena 17 casi di mammelle anormalmente sviluppate. Segnala che questi dati furono presi appena dall'ispezione e palpazione, non potendo dunque sapere quale sia il numero di casi di ginecomastia vera.

L'autore passa a discrivere alcuni dei suoi casi in cui ha conseguito osservazione completa.

La prima osservazione è di un individuo bianco, di 23 anni, C3-N3, quale presentava mammelle comparabile alla mammella femminile vergine, con maggiore sviluppo alla destra. La causa del processo ginecomastico non sta patente, solo potendosi mettere in evidenza istopatologicamente, il processo di atrofia e sclerosi testicolare, la cui precedenza alla ipertrofia delle mammelle non può essere precisata.

La seconda osservazione è di un individuo bianco di 52 anni, C3-N3, quale presentava un processo ginecomastico molto più accentuato alla destra. L'esame istopatologico delle mammelle ha rivelato una reazione infiammatoria cronica senza carattere specifico, non avendo neanche vestigi di elemento cellulare e adiposi e al fianco di questo sclerosi e del tessuto congiuntivo, principalmente molto spesso nelle parti più profonde. L'autore interpreta questo caso come avendo un processo di mastite lebbrosa che abbia retrogradato lasciando come conseguenza la fibrosi.

L'esame istopatologico soltanto rivelò di interesse relazionandosi con la ginecomastia, sclerosi e atrofia testicolare. Tiroide e ipofisi normali.

Il terzo caso è di un individuo bianco di 35 anni, mulato 14 anni fa e morto in conseguenza di un carcinoma dello stomaco.

Il paziente presentava mammelle ipertrofiate, dolorose alle palpazioni, di consistenza dura con nodoli profondi. L'esame istopatologico trova il tessuto congiuntivo delle mammelle più duro e sclerosato alla misura che si osservavano le parti più profonde del taglio, anotandosi punti in cui egli era non solo sclerosato ma anche iperplastico.

L'esame istopatologico dei testicoli rivela orbite lebbrose con atrofia e sclerosi. Questo caso può essere interpretato come quello dell'osservazione numero 2.

L'osservazione numero 4 è di un individuo di 27 anni, C3 N2, che in tutto, clinica e patologicamente si assomiglia a quelle della prima osservazione.

Il quinto caso è di un vecchio di 70 anni, C3 N3, con grande ipertrofia mammaria, lebbroso 20 anni fa e che racconta la ginecomastia come esistendo da 10 anni.

L'esame istopatologico rivelò la ipofisi, tiroide e soprarenali normali. Cera sclerosi testicolare e ialinizzazioni dei tubuli seminiferi.

Caso 6: individuo di 36 anni, C3 N3, mammelle molto sviluppate. È malato 12 anni fa e dice che l'ipertrofia delle mammelle data da 9 anni. L'unica lesione clinicamente comprovata fu quella dei testicoli, non si potendo tuttavia precisare la sua antichità.

Osservazione numero 7: individuo di 31 anni, lebbra mista con predominazione cutanea. L'unica lesione clinicamente verificata fu quella dei testicoli, la stessa non si potendo dare con certezza l'età. L'esame istopatologico delle

mammelle e dei testicoli non poté essere fatto perché il paziente si scusò alia biopsia.

Osservazione numero 8: lebbra mista con predominazione cutanea. Individuo eunucoide tipico. Clinicamente si può affermare un'ipofunzione delle tiroidi e testicoli. Il processo di ginecomastia pare aver sepolto a quello della lesione testicolare.

Osservazione numero 9: individuo di 49 anni, caso di lebbra nervosa 6 anni fa. Mammelle anormalmente sviluppate, non si trovando clinicamente segnali di disfunzione endocrina. Il caso ha bisogno di osservazione più completa.

Osservazione numero 10: individuo di 33 anni, C3 Ni, mammelle enormi, tipicamente femminili. Il testicolo sinistro presenta molto grande e duro alia palpazione. Al fianco delle glandule di secrezione interna nessuna lesione patente. Pare trattarsi di un caso di vera ginecomastia con unica lesione clinicamente patente, la testicolare.

Osservazione numero 11: individuo di 42 anni, C3 N3, malato 18 anni fa. Testicolo atroficiati. Non si può affermare la precedenza della lesione testicolare al processo ginecomastico. Le mammelle sono molto sviluppate, non potendo tuttavia affermare trattarsi di una vera ginecomastia.

**NOTA** — Il lavoro é accompagnato da 24 figure (fotografie e microfotografie) da relatori istopatologici, prove farmacodinamiche, metabolismo basale e molti altri esami complementari.

— BIBLIOGRAPHIA —

- 1) — BERNARDINELLI (Waldemar) — Conferencia pronunciada na Associação Paulista de Medicina em 6|6|1936.
- 2) — DARWIN — Cit. de TESTUT "Traité d'Anatomic. Humaine". Tomo IV. — 7.<sup>a</sup> Edição, Paris, 1923, pag. 830.
- 3) — TESTUT — Traité d'Anatomie "Tomo IV. — 7.<sup>a</sup> Edição. Paris, 1923, pag. 830.
- 4) — MILNE EDWARDS — TESTUT. Obra citada.
- 5) — PINETTI — "considerazioni cliniche ed anatomo-pathologiche su di un caso di ginecomastia in soggetto lebbroso".
- 6) — CAPRIGLIONI (L), BERNARDINELLI (W) e CRUZ (F. COSTA) Cyrrhose hepaticque et gynecomastie — La Presse Medicale, 12 de Setembro de 1934, n.º 73.
- 7) — BERNARDINELLI (W) — Biotipologia — 3.<sup>a</sup> Edição, paginas 231-233. 1936. Livraria Francisco Alves. — Rio de Janeiro.
- 8) — NOVELLI JUNIOR (L. G.) — "Dos Dimidios" — These de doutoramento — 1931 — Rio de Janeiro — pag. 45.
- 9) — ANNES DIAS — "Metabologia Clinica" — 1936 — Flores e Mano, editores. — Rio, 1936 — pag. 15.
- 10) — HIRSCHBERG — "Dystrophie adipozo genitale (Syndrome hypophysaire Adipozo genetal) chez un lepreux". Bull. Soc. Path. Exotique, 1923. pag. 75.
- 11) — JEANSELME — La Lépre — G. Doin & Cie., Editeurs. Paris, 1934. pag. 487.

12) — NATALI e CAPARENA — "Los sindromos pluriglandulares con ginecomastia en los leprosos". Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia e Quimioterapia. Anna XV, ns. 1 e 2.

13) — DELAMARE (G) e JIMENES GAONA (R.) — "Lepre e acromegalie" Bull. de la Soc. des hosp. de Paris — 26 de Fevereiro de 1932, pags. 267-270.

14) — PINETTI — "As alterações das glandulas de secreção interna na infecção leprosa". Giorn. ital. di dermat. e sifil. Vol. 75, fasciculo 6. Dezembro de 1934, pag. 1855. Resumo nos Ann. de Dermat. et Syph. Tomo VI, n.º 4, 4 de Abril de 1935. — e na Rev. de Leprol. de São Paulo, Vol. II — 1935. N.º 2 — pag. 119.

15) MEHENDALE (V. K.) — "A case of enlarged breasts in male in leprosy- — Leprosy in India, 1935. Vol. VII, n.º 2, pag. 103. Resumo na Revista de Leprologia de Sao Paulo - Vol. II - n.º 3, pag. 198.

16) — ARANTES (Linz) — "Da ginecomastia da lepra". Brasil Medico, 1935, n.º 23 — pags. 511 e seguintes.

17) — JEANSELME — Obra citada, pag. 484.

18) — FORGUE (E) — Precis de Pathologie Externe. — 8.º Edition. Tome II. — Paris. Gaston Doin & Cie. Editeurs. 1928 — pag. 405.