

**Trabalho do Asylo Colonia Pirapitinguy
Departamento de Profilaxia da Lepra - S. Paulo**

ANETODERMIA DE SCHWENINGER E BUZZI LEPROGENICA

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

Dermatologista do A. C. "Pirapitinguy"
Perito do Centro Internacional de Leprologia.

A lepra, como já tivemos occasião de estudar anteriormente é capaz de realizar quadros clinicos exóticos em suas multiplas manifestações evolutivas ou involutivas. As variadissimas fôrmas de atrophia cutanea por ella produzidas a que denominámos commumente de deuteropathicas e com as quaes convivemos na clinica diuturna em ambulatorios de lepra, podemos juntar mais uma interessante sob todos os seus aspectos, clinica e histopatologicamente pertencente ao grande capitulo por demais controvertido das anetodermias. Esta forma por assim dizer aberrante das manifestações atrophicas de granuloma leprotico, encontramos-a no Asylo-Colonia "Pirapitinguy", havendo despertado vivamente a nossa attenção pelo modo pelo qual se apresentava muito diverso daquelle a que estamos habituados a encontrar. Para nós, em consequencia, o quadro atrophico exhibido como raro, reproduzia perfeitamente o descripto pela primeira vez por SCHWENINGER e BUZZI em 1891 com o nome de "MULTIPLE BENIGN TUMOR LIKE NEW GROWTHS OF THE SKIN" ou "Novas produções da pelle semelhantes a tumores multiplos benignos". Esta entidade clinica é conhecida hoje sob a denominação justa ou não, pouco importa, de Anetodermia de Schweninger Buzzi. Convem, para melhor comprehensão dos factos clinicos, passar em revista, de uma maneira geral, o capitulo das anetodermias que, si de uma parte descreve variações clinicas a respeito das quaes ha concordancia absoluta por parte dos autores, de outra mette-nos em um emmaranhado de con-

troversias quer sob o ponto de vista clinico, quer sob o ponto de vista histologico, que servem para tornar maior a confusão estabelecida em torno do mesmo. Comtudo, parece-ncs, chegámos não sem grandes obices, a uma conclusão diagnostica que mui honrosamente deporemos em vossas mãos, para ser commentada e discutida.

ANETODERMIAS

As atrophias cutaneas circumscriptas comprehendem duas grandes ordens de factos: em uma dellas se incluem as que correspondem á etapa terminal de lesões perfeitamente conhecidas, as que por sua vez formam parte de dermatoses definidas (syphilis, tuberculose, lepra, acne, lupus erythematoso, etc.); na outra as atrophias apparecem sem uma lesão previa ou esta foi tão pequena e fugaz que não guarda proporção com a lesão residual. Dahi a divisão classica em secundarias ou deuteropathicas e primitivas ou idiopathicas. As atrophias maculosas primitivas idiopathicas possuem todavia um período inflammatorio cuja variabilidade é um obstaculo para a classificação racional em distinctos quadros clinicos. Neste grupo a denominação de primitivas quer unicamente significar que não são secundarias a dermatoses bem conhecidas ou definidas. A elle pertencem o erythema urticado atrophiante de Pellizzari (1884), a anetodermia erythematososa de Jadassohn (1891), e ainda que um pouco distante destas a fôrma descripta em 1891 por SCHWENINGER e BUZZI com a denominação de "Multiple benign tumor - like new growths of the skin" que separa das anteriores pela ausencia de todo phenomeno inflammatorio previo e que em rigor é a unica atrophia circumscripta estrictamente primitiva.

Segundo recentes estudos praticados por CHARGIN e SILVER (1931), a anetodermia de SCHWENINGER e BUZZI, é particularmente frequente na America.

A syphilis, a tuberculose e a lepra foram reconhecidas em certos casos como agindo directa ou indirectamente na producção da anetodermia. OPPENHEIM em 1904 publica um caso de anetodermia de provavel origem leprotica. Mais recentemente OPPENHEIM e ROSTI acharam que as atrophias cutaneas podem considerar-se em alguns casos como uma etapa da erythromelia de Pick; em outros casos, os elementos numerosos ou não, se localizam no tronco e membros preferentemente, e apparecem comp focos erythematosos annullares ou como placas atrophicas rodeadas de erythema annular e finalmente ainda como placas com protusão atrophica da pelle completamente aphlegmasica, muito semelhantes aos tumores da molestia de Recklinghausen dos quaes differem por sua molleza e depressibilidade distinctas.

ANETODERMIA ERYTHEMATOSA. Foi descripta por JADASSOHN em 1891. Os caracteres de inicio e de evolução são tão variaveis que, no dizer de CHARGIN e SILVER, difficilmente 2 casos que se confrontam resultam identicos. Em geral a lesão primitiva é uma mancha erythematosa ou uma papula syphiloide que ao extender-se excentricamente alcança em algumas se-manas o tamanho de uma lentilha. Mais tarde o centro empallidece se pregueia em finas rugas emquanto a periphèria continua erythematosa rodeando a maneira de um anel, o centro atrophico. Em geral as lesões não são numerosas e não tendem a coalescencia quando são proximas. Sempre a atrophia segue o erythema e uma vez constituida, a cor das lesões é vermelha livido, amarello ou nacarado e de aspecto de cicatriz. Raras vezes se assignalou a cor café com leite ou castanha. Hemorrhagias foram assignaladas ao nivel das lesões, e a nossa doente a possue, exacerbadada principalmente pelos periodos menstruaes. A anetodermia se observa mais frequentemente na mulher que no homem, na juventude ou na idade media da vida. A palpação manifesta a diminuição de consistencia porem sempre existe um bordo nitidamente limitado. O centro sobresaee como um sacco vazio pelo adelgacamento da pelle que se pregueia e se encrespa, e o dedo que palpa cae dentro de uma depressão de bordos anellados como os de uma hernia; este phenomeno é constante e commum a todas as atrophias circumscriptas e se explica pela perda do tecido elástico, abaulamento flacido, a abobadura, o pregueamento das lesões explicam-se pelo disequilibrio das forças elasticas do derma e a tracção do tecido dostico sobre o contorno do pequeno anel dermico assignalado, cuja acção não é mais contrabalançada pela da placa atrophica, privada de suas fibras elasticas. E' o mesmo phenomeno que se constata em terrenos varicosos onde se yearn especks de bolsas herniadas em consequencia da ruptura de algumas fibras elasticas. Quando a lesão é antiga, o tecido adiposo infiltra a profundidade e as lesões assumem a consistencia de tumores molles. A indolecencia é a regra, por vezes existe um prurido ligeiro. As formas urticarianas, como o erythema urticado atrophiante de PELLIZZARI são susceptiveis de serem acompanhados de um prurido intenso. Em casos excepcionaes (Pratique Dermatologique) perturbações subjectiva mais intensas foram assignaladas: sensação de queimação e dores. Em nosso caso, a doente sente ao nivel das lesões perturbações paresthesicas semelhantes a picadas de vespas o que as torna muito dolorosas mormente nos periodos menstruaes.

As mulheres são mais atacadas que os homens, na proporção de dois terços. As crianças mais do que os adultos e os velhos. As lesões localizam-se no tronco, hombros, membros, pescoço e região sagrada; mais raramente no nariz, fronte, face anterior do thorax, lobulos das orelhas, punhos e couro cabelludo.

A anetodermia erythematosa pode associar-se á erythromelia de Pick, vitiligo, pemphigo e outras molestias gæraes.

ERYTHEMA URTICADO ATROPHIANTE DE PELLIZZARI — Em 1884, PELLIZZARI chama a atenção dos dermatologistas, sobre o seu erythema urticado atrophiante. Sua observação, sem embargo, foi pouco conhecida e depois da descrição da anetodermia de jadassohn em 1891 se o incluiu dentro desta variedade. Na verdade as differenças entre uma e outra fôrma são muito pequenas, mas com observação cuidadosa, pode-se chegar a estabelecer ulna separação mais ou menos nitida das duas entidades.

ARTOM que pode estudar simultaneamente dois casos em os quaes os matizes differentes eram niticlos, faz destacar os caracteres seguintes que permittiriam individualizar uma e outra forma; no Pellizzari a lesão inicial é um levantamento urticado, erythematoso pallido, numular e a miudo pruriginoso, no jadassohn é uma papule syphiloide, lenticular, de cor vermelho escuro ou livido e não pruriginosa. Na primeira os elementos podem confluir dando figuras especiaes e até placas que podem occupar toda uma região, em quanto

que na segunda os elementos não tendem a confluir. No erythema urticado de Pellizzari, a passagem á atxophia se faz de centro para os bordos enquanto que no Jadassohn se faz de uma maneira uniforme. No Pellizzari, a histologia mostra phenomenos de edema e infiltração preferente de polynucleares, enquanto que na anetodermia de Jadassohn a infiltração é preferentemente de cellulas mononucleadas. Na primeira ha signaes claros de uma perturbação neuroendocrínica etiologicamente fallando o que não se poude encontrar ainda na segunda.

Não obstante L. PIERINI e S. BASSO, da Clinica de Pelle de Buenos Ayres, acham que os casos intermediarios ou de passagem sendo numerosos deveriam ser englobados em uma só denominação: Anetodermia de Pellizzari e Jadassohn.

ANETODERMIA DE SCHWENINGER E BUZZI — Constitue este grupo o prototypo das atrophies circumscriptas primitivas, posto que se installam sem nenhum phenomeno premonitorio que as annunde. Uma vez constituidas, as lesões se assemelham a nevus fibromatosos molles, dahi a denominação de tumoroides "tumor-like" que the deram os que as descreveram pela primeira vez em 1891, SCHWENINGER e BUZZI. Começam como pequenas tumefacções molles, papuloides, da côr da pelle normal ou ainda mais brancas que crescem periphericamente. A palpação revela uma renitencia especial que é dada pelo coxim adiposo que lhe serve de base na profundidade. Como a pelle fina e encrespada, "sóbra", se enrugua, se pregueia e faz saliencia para o exterior assemelhando-se os elementos aos tumores da molestia de Reddinghasen. Ainda esticando a pelle o aspecto saliente persiste. A palpação põe de manifesto os limites dos bordos que as vezes constituem um anel fibroso muito resistente e a sensação de hernia que é comum a todas as atrophies circumscriptas. Em nenhum momento se vê o halo erythematoso que caracteriza a anetodermia de Jadassohn.

Em um importante trabalho publicado em 1931, CHARGIN e SILVER chamam a attenção sobre este typo clinico, que é muito proximo do de Jadassohn, apesar de algumas diferenças em sua evolução e seu aspecto clinico. Estes autores o consideram como formado por um grupo de casos negligenciados ou o que é mais certo, confundidos com a molestia de Recklinghausen. Muitas observações deste typo foram publicadas sob o titulo de tumores multiplos benignos da pelle; em seguida ao segundo caso assignalado na America por PUSEY, 24 observações foram descriptas na America e Inglaterra, facto interessante si se considera sua raridade em outros paizes e na França por exemplo.

Todos estes casos se assemelham de uma maneira frisante pelos symptomas e sua evolução; apresentam-se como pequenas elevações urticadas, abauladas, de côr normal ou ligeiramente amarellada e estendem-se centrifugamente; agrupam-se em grande numero alas não se poem em contacto: lorcalizam-se sobre as espaduas, região interscapular e principalmente sobre a superficie externa dos braços, antebraço e coxas. Seu numero é mais elevado que no typo de Jadassohn, 30, 40, até 200, na observação de CHARGIN e SILVER; sua dimensão media varia do tamanho de uma ervilha ao de uma nóz; lembram os pequenos tumores cutaneos da neurofibromatose com a qual este typo tem sido muitas vezes confundido e da qual difere entretanto por seu inicio, ausencia de outros signaes da molestia de Recklinghausen, pigmentação, tumores dos nervos, estado psychico; alias evoluem para a atrophia maculosa, com uma superficie fracamente deprimida ou superelevada, cuja epiderme é pregueada realizando o typo da anetodermia. A côr da zona atrophica é habitualmente branca, azulada ou ardosia.

A primeira descrição de SCHWENINGER e BUZZI insiste sobre a coloração ardosia dos elementos atrophicos como logo iremos verificar em nossa observação. Pela pressão digital, forma-se uma cavidade profunda da pelle variando de accordo com o tamanho do tumor, este reaparecendo incontinente, como uma hernia quando a pressão é relaxada.

A syphilis tem sido assinalada em uma proporção elevada dos casos de anetodermia de Schwninger e Buzzi, mas dizem PIERINI e BASSO, evidentemente não é a causa da mesma.

HISTOLOGIA PATHOLOGICA

A histologia da anetodermia deve ser considerada no curso dos 3 estados de sua evolução clinica:

1.º) — Estado inflammatorio, de erythema e histologicamente de atrophia do tecido elastico.

2.º) — Estado de atrophia e de degenerescencia do tecido conjunctivo.

3.º) — Estado de degenerescencia secundaria caracterizada pela presença de tecido adiposo nas zonas dermicas onde elle não existe normalmente, estado que não é descripto ou aceito pelos autores.

1.º) - *Estado inflammatorio - Epiderme:* A camada cornea é variavel: normal, delgada ou hyperplastica. A granulosa é reduzida á uma, duas ou tres fileiras de cellulas. O corpo mucoso, muitas vezes normal pode participar da atrophia ou ao contrario, ser espessado. A basal é modificada e formada de cdlulas cubicas, allongadas e inclinadas, pouco pigmentadas, sem cromatophoros; tende a tomar uma forma menos sinuosa em consequencia do desaparecimento progressivo das papillas. *Derma:* Infiltração perivascular discreta de cellulas redondas localizadas na camada sub-papillar, depois na papillar emfim na camada reticular.

Em torno dos vasos infiltrados a rede elastica persiste ou desaparece, altera-se por ilhotas. As fibras tornam-se rectilineas, incham, fragmentam-se ou desaparecem progressivamente. Em seu nivel as fibras collagenas são tumefeitas. O tecido conjunctiva é normal na camada papillar. Na profundidade as cellulas se multiplicam; os feixes tornam-se frouxos, amontoados. A infiltração perivascular apresenta seu maximo de abundancia na camada reticular onde as lesões do tecido elástico são mais apparentes.

2.º) - *Estado de atrophia - Degenerescencia do tecido conjunctivo.*
- A epiderme é delgada em todas as suas camadas. - A basal é menos sinuosa e tende a tornar-se rectilinea. No derma as

papillas são menos altas e desaparecem para o centro. Todos os elementos do corpo papillar, cellulas, fibras conjunctivas, rede elastica, são diminuídos. As modificações da rede elastica são constantes; as fibras coram-se mal, se retraem, tornam-se rectilineas, fragmentam-se, marcando uma degenerescencia que é parcellar e não em massa. A alteração constante do collageno com reacção basophila de Unna foi observada por OPPENHEIM e BENJAMOWITSCH. Elles acharam tambem ilhotas basophilas de tecido conjunctiva transformadas em collageno de cicatriz, o que faria suppor a estes autores que se trate de uma atrophia de origem conjunctiva, as alterações do tecido conjunctiva sendo tão marcadas como as da elastina.

3.º - *Estado de degenerescencia secundaria* - Este estado e representado macroscopicamente por placas planas ou superelevadas, em forma de pequena hernia, de pequeno sacco vazio ou incompletamente cheio, cuja consistencia molle lembra á palpação os fibromas da molestia de Recklinghausen. A epiderme normal ou alterada, apresenta as modificações descriptas mais acima.

Existem na zona superior do derma, — e esta ahi a lesão mais característica — cavidades limitadas por um tecido conjunctiva denso, contendo tecido adiposo que resulta de uma transformação do tecido conjunctiva. Em certos pontos, estas cavidades não são separadas da epiderme senão por alguns feixes conjunctivas, o que explica a cor amarellada de certas placas anetodermicas, (Em nossa observação os elementos amarellados são numerosos). Estas formações adiposas anormaes, podem estar em connexão com o tecido adiposo hypodermico. A degenerescencia gurdurosa e a presença de pelotões adiposos no derma e vizinhança da epiderme, se explica, pela faculdade do tecido conjunctiva frouxo, e das outras variedades do tecido conjunctiva de passar de um estado ao outro sem que o tecido matricial embryonario intervenha e por conseguinte de poder se transformar em tecido adiposo (ZIEGLER).

A fusão do tecido elastico é completa na zona das papillas e em torno das ilhotas adiposas. Ao nivel das vasos, das glandulas sebaceas ou sudoriparas, na vizinhança do hypoderma, as fibras elasticas são conservadas, mas modificadas e em vias de degenerescencia.

Degenerescencia das glandulas sebaceas e folliculos pilosos são assignalados desde o segundo periodo. PAUTRIER e DISS assignalam a integridade dos pelos e seus musculos lisos. As sudoripares feita de lymphocytos, com alguns mastzellen e plasmastzellen.

OBSERVAÇÃO:

O. A. G. 48 annos, parda, domestica, viuva, internada em 20 de Março de 1932. Pae fallecido leproso. Mae fallecida aos 89 annos de causa ignorada. Duas irmãs sãs; um irmão internado no A. C. "Pirapitinguy".

ANTECEDENTES PESSOAES: — Varicella, sarampo e coqueluche, Pneumonia. Menarcha aos 9 annos de idade. Eumenorrhéica. Casada aos 27 annos, teve uma filha que falleceu com 3 annos de idade, de sarampo. Enviu-vou com a idade de 36 annos. Confessa ter apanhado molestias venereas do marido. Não é ethylista nem tabagista. Impaludismo durante 9 mezes, ha 7 annos.

HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL: — Refere que esta atacada de lepra ha 9 aflitos; mas, alguns annos antes sentia dôres internas nos braços e pernas e principalmente nas articulações. Os primeiros signaes de certeza da molestia foram o apparecimento de tuberculos duros e bem salientes nos ante-braços, punhos e mãos. Notava outrosim, obstrucción nasal e começou a ter epistaxis de repetição. Consultou varios clinicos que lhe disseram estar soffrendo de syphilis, havendo feito um tratamento nesse sentido. Finalmente um especialista em Campinas lhe disse estar atacada de mal de Hansen, motivo pelo qual procurou internação em Rio Claro e ultimamente em Pirapitinguy". Seu fi-chamento nessa época mostrava numerosos pequenos tuberculos no mento, orelhas, ante-braços e pernas ao lado de infiltrações diffusas, erythematosas ou ery-themato-violaceas nas coxas, ante-braços e nadegas; anesthesia thermica, nas pernas e pés. Seu muco nasal era igualmente positivo. Forma clinica: Mixta — C2 NI. — Ha 3 annos e meio, percebeu que tumbres de naturzza para ella completamente desconhecida, fizeram sua apparição nas nadegas, ante-braços e parnas. Em vista disso resolveu, ha poucos mezes consultar-nos, sendo então posta em observação para completa elucidação das manifestações bizarras que aprsentava.

EXAME CLINICO DERMATOLOGICO: — O quadro que se nos de-para é, mutatis mutandi, o da molestia de Recklinghausen, somente pela apresentação de numerosos tumores, cujo tamanho varia desde o de uma nóz até o de um grão de arroz. A contagem entre pequenos e grandes attingiu a cifra de 184 elementos. Os maiores se acham localizados nas nadegas e os demais esparsos pelo tronco e membros. A doente conta que o primeiro a fazer sua apparição foi o da face interna do joelho esquerdo, tendo começado sob a forma de uma papula amarellada que foi crescendo excentricamente, ao mesmo tempo que sua superficie se atrophiava. Logo depois surgiu identico elemento na nadega direita o qual assumiu proporções de um tumor pediculado (o maior dentre elles), de centro atrophico, notavelmente pregueado. A maior parte dos tumores, pequenos e grandes se acha infiltrada de sangue o que não é excepcional como vimos na anetodermia, assumindo um caracter nitidamente purpuriforme nas épocas menstruaes. A car dessas lesões varia multo: os elementos jovens papuloides, são quasi sempre amarellados, xanthomatoides; os maiores e mais velhos são ardosios, violaceos, purpuriformes e ate mesmo rutilantes; os elementos ardosios foram magistralmente descriptos por SCHWENINGER e BUZZI e CHARGIN e SILVER. A côr amarellada das papulas tem a sua razão de ser no estudo histologico da anetodermia: é devida á formação na zona superior do derma, de cavidades contendo tecido adiposo que não é separado da epiderme senão por alguns feixes de tecido conjunctivo. Descobrem-se raros elementos de mesma côr da pple, e outras vezes um annel dyschromico na peri-

phéria das manifestações papuloides. O que nos chama sempre a atenção é a atrophía da pele na superfície destas lesões; ella é sempre patente tanto nos elementos planos e papuloides como nos verdadeiros tumores; secca, enrugada ou furfuracea nos prixneiros, ella "sobra mais" e faz uma pseudo hernia nos segundos a maneira de um sacco vazio. O dedo penetra com facilidade em uma cavidade, limitada na periphéria por um anel fibroso resistente, perfeitamente constatable nas pressões exercidas lateralmente; o centro é irregular pois que é formado pelos pelotões adiposos do hypoderma. Pela punção obtem-se quer sangue e gordura ou somente esta segundo a lesão esteja ou não infiltrada de sangue. São susceptíveis de suppurarem ou de se ulcerarem. Observa-se uma ulceração do tamanho de nine moeda de 100 réis na face externa da perna direita. Na parte alta da face anterior do thorax, na região da furcula sternal, observam-se dung lesões das dimensões de um grão de milho, uma amarellada e outra levemente violacea, de superficie "plisse", bombeada, nitidamette delimitada por um anel fibroso peripherico e dolorosas a pressão. Varias lesões micropapuloides igualmente atrophicas na face externa dos braços e nas nadeças. Lesões maiores esparsas nas coxas e pernas de côr escura. Estes elementos são sempre solitarios.

EXAME CLINICO — (Feito pelo Dr. Olavo Silva e Souza): Altura: 1,55. Peso: 57 kilos. Regular desenvolvimento esquelético e do paniculo adi-poso. Temperatura: 36°,5. Pressão arterial: Mx.: 10; mn.: 7,5. As arterias periphericas são hypotensas a palpação e nas quaes não se percebem pulsações anormaes. Ictus cordis não é visivel nem palpável. Bulhas hypotensas em todos focos. Apparelhos respiratorio e digestivo, nada offerecem digno de menção. Infarctamento ganglionar, epitrochleano, axilar e cervical. Ligeira dôr a palpação do stemo. Systemas nervoso e endocrinc-symphathico sem novidade. A radiagranhia dos pulmões realizada pelo Dr. Annibal Adjuto, nada revelou de extraordinario.

EXAMES OPHTALMOLOGICO E OTO-REINO-LARYNGOLOGICO: Acuidade visual normal. Perfuração do septo cartaginoso e osseo (Dr. Mil-ton Tavares).

EXAMES DE LABORATORIO: Fezes |—|. Exame de urina: |—|. As reacções sôrologicas de Wassermann e Kahn praticadas pelo Dr. Moacyr Souza Lima deram como resultado ++. Pesquisa de bacillos de Hansen em 20/2/937: muco nasal: +; L. C. +; L. C. **3 BAR.** (Material dos tumores).

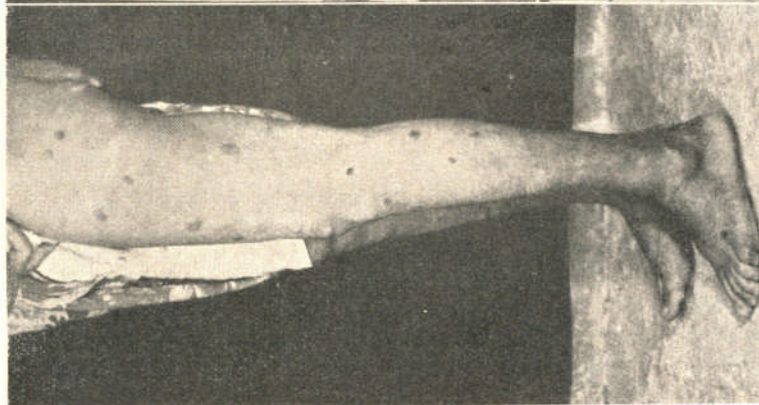
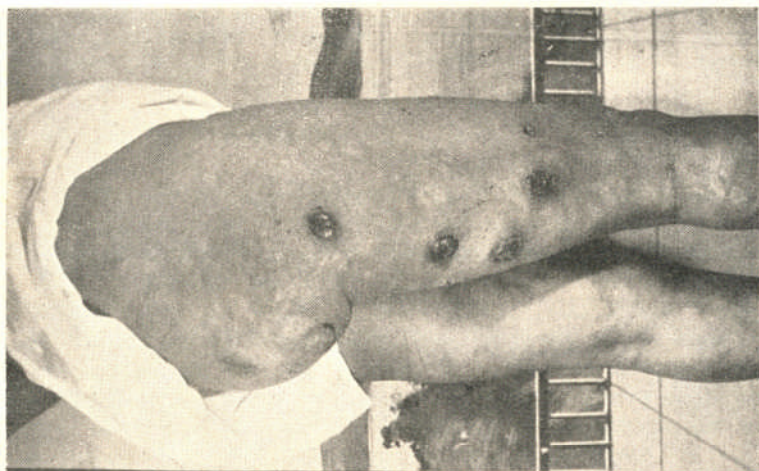
EXAMES HISTO-PATHOLOGICOS: — 1.ª Biopsia em 20 de Dezembro de 1936. Pelle da face anterior do braço esquerdo. Coloração pela hematoxylina e eosina: accentuada atrophía da epiderme, com desaparecimento total do corpo papillar; discreta keratose, sem parakeratose; tecido conjunctivo hyalinizado, muito particularmente no derma propriamente dito e no derma papillar; ao redor dos vasos capillares sanguineos e lymphaticos accumululos cellulares manguitos perivascularares); nenhum delles pelo typo celular é caracteristico de processo histopathologico especifico (predominio de cellulas lymphocytarias, raros plasmocytos).

VANGIESON — Só mostra de differente nas preparações coradas pela hem. eosina que nos limites lateraes do corte ainda ha reservas de tecido conjunctivo não hyalinizado, assim como na parte mais profunda do derma, onde de permeio com feixes hyalinizados, veem-se outros não alterados.

Orceina — Deficit de fibras elasticas e irregulares de sua rede, sobretudo no derma papillar.

Ziehl - Neelsen — Numerosas globias. Bacilos esparsos e granulosos.

Diagnostic histo-pathologico — Atrophía cicatrical. (Dr. Abilio Martins de Castro).



2.ª Biopsia em 7 de janeiro de 1937 — Fragmento de lesão da face anterior da coxa direita. Cortes de parafina e congelação. Hematoxylina-eosina. — Forte atrophia da epiderme e atrophia total do corpo papillar, das glandulas e dos folliculos. Infiltração diffusa, especialmente lymphocytaria, no derma papillar: na parte profunda deste, hyalinisação avançada do tecido conjunctivo. **Van Giesom.** — Pequenas reservas de collageno não hyalinizado no derma papillar. **Weigert:** Alteração da rede elastica quase de todo inexistente no derma papillar. Scharlach: cellulas hystiocytarias com forte phagocytose de gotticulas de lipoides (cholesterina?). **Diagnostic histopathologico:** Atrophia cicartrical e pela existencia de grande quantidade de lipoides pode-se attribuil-a á involução de leproma. (Dr. Abilio de Castro).

COMMENTARIO

Os estudos clinico, bacteriologico e histo-pathologico completam-se para o estabelecimento do diagnostico, em suspenso por varios mezes, de anetodermia de Schweningen de Buzzi, de que e portadora a nossa doente. Com effeito, o quadro descripto em 1891 pela primeira vez par SCHWENINGER e BUZZI com o titulo de "Multiple Benign Tumor-Like New Growths of the Skin" em tudo se compara ao apresentado por O. A. G. com a resalva muito importante para nós e que é a seguinte: a anetodermia de Schweningen e Buzzi é uma entidade nosologica cuja etiologia até hoje não se poude claramente identificar, com a diversidade notavel de opiniões em torno da tuberculose ou da syphilis, mas susceptivel de ser fielmente reproduzida pela leprose, indiscutivelmente constatada pelos inumeros exames bacterioscopicos procedidos no seio das lesões quer por esfregaços directos quer ainda pelos cortes histologicos. Já OPPENHEIM em 1904 assignalava a origem leptotica de uma anetodermia por elle descripta. Comtudo e, em virtude de A. O. G. possuir as reacções de Wassermann e Kahn positivas (++) , o papel provavel da syphilis antiga, extincta em apparencia, independentemente de lesão local, não aceita unanimemente, merece ser discutida. Certas dystrophies cutaneas pseudo-xanthoma elastico, degenerescencia colloide, pelle citrina de Millian provocadas por formas de syphilis torpidas, de virulencia attenuada, dotadas de uma afinidade electiva pelo tecido elastico do derma, do qual provocam degenerescencia e atrophia, restos de lesões inflammatorias anteriores, desconhecidas clinicamente, mas patenteadas histologicamente. A acção da syphilis, extincta em apparencia, sobre o tecido elastico cutaneo, lembra sua acção esclerosante sobre as arterias e sua acção igualmente electiva sobre sua rede elastica. Do mesmo modo, a tuberculose pode realizar fôrmas atypicas (PONCET e LERICHE) de tuberculose articular e cutanea e dar origem a atrophias maculosas por lesão directa do tecido conjunctivo para o qual tem especial predilecção; a anetodermia pôde pois ser provocada não somente pela degenerescencia

primitiva do tecido elastico mas tambem pela do tecido conjunctivo com alterações do collageno tão importantes como as da elastina. A ser verdadeiro, não podemos deixar de levar em linha de conta a occurencia syphilis no passado da doente: mas em virtude de termos encontrado em todos os esfregaços feitos, bacillos acido-alcool resistentes com os caracteres proprios dos de Hansen e de os termos patenteado igualmente nos cortes histologicos, é que não duvidamos da origem leprotica deste typo de anetodermia.

Não é excepcional tambem que a infecção leprotica por sua vez venha em certas e determinadas occasiões, a siderar o systema de fibras elasticas produzindo-lhe alterações que a clinica dos leprosarios verifica com frequencia. Assim é que para citar um exemplo temos notado com o Dr. Abilio de Castro, a frequencia grande do "elastoma diffuso de Du Breuilh" entre os doentes de lepra tuberosa ou mixta, molestia caracterizada por uma fragmentação das fibras elasticas do derma que alguma relação ha de forçosamente possuir com o leproso.

Quanto ao diagnostico de anetodermia de Schweningen e Buzzi por nós formulado, o mesmo encontra apoio solido em diversos caracteres que reuniremos nos seguintes itens:

1.º — Semelhança grande com a molestia de Recklinghausen devido ás formações tumoraes.

2.º) — Sexo feminino onde é mais commum a occurencia das anetodermias, dermatite chronica atrophiante e vibices,

3.º) — Clima. E' particularmente frequente na America. (CHARGIN e SILVER, 1931).

4.º) — Numero de lesões de 30 a 200. A nossa doente apresenta 184.

5.º) — Hemorrhagias intra-cavitarias, as quaes são também observadas na anetodermia de Thieberge — Jadassohn.

6.º) — Dôres rheumatoides ao nivel das lesões que em O.A.G. eram exacerbadas nos periodos menstruaes.

7.º) — Localisação. As lesões de O.A.G. estão localizadas nas faces externa dos membros (braços e coxas principalmente). Os dois maiores tumores se acham localizados na nadega direita.

8.º) — Côr das lesões. Ardosia, amarellada ou xanthomatoide, violacea e rutilante.

9.º) — Caracteres das lesões tiradas da inspecção e palpação. Inicio aplegmasico. Superficie sempre atrophica tanto nos elementos papuloides como nos tumoriformes. A superficie pregueada destes toma o aspecto de uma especie de abobada de parede mur-

cha, que foi comparada a um sacco vazio, a uma pseudo-hernia flacida, a uma phyttena esvasiada, dentro da qual unta substancia molle contendo tecido adiposo que não a enche completamente senão nos casos excepcionaes. O pinçamento da pelle atrophica permette formar numerosas dobras não se reduzindo sendo muito lentamente, devido á falta de elasticidade.

10.º) – O exame histo-pathologico vem corroborar os signaes clinicos, pelas lesões degenerativas do tecido conjunctivo e elastico e presença de tecido adiposo no derma, verificadas pelos varios methodos de coloração registrados acima.

Finalizando, o quadro clinico apresentado pela paciente O.A.G. é o de uma anetodermia em tumores ou mais particularmente de uma anetodermia de Schweninger e Buzzi de etiologia reconhecidamente leptotica visto com a punção dos seus elementos mesmo em regiões onde não haja suspeita clinica de infiltrações leptoticas previamente installadas, fornece-nos sempre um resultado positivo, attestando de uma maneira clara e evidente a intervenção da leprose na produção dessa bizarra forma de atrophia maculosa.

RESUMO

O autor apresenta á Sociedade Paulista de Leprologia uma doente atacada de lepra, forma raixta C2 N1, em a qual verificou a apparição de um quadro clinico muito semelhante ao da Molestia de Recklinghausen, mas que não passava de uma anetodermia em tumores, ou seja de uma anetodermia de Schweninger e Buzzi, já pelo numero de seus elementos que attingiam a 184 já pelos caracteres proprios desta forma de anetodermia que são os seguintes: atrophia com protrusão da pelle, anel fibroso peripherico, presença de tecido adiposo dentro das cavidades, infiltração sanguinea temporaria de varios elementos, localisação das lesões na face externa dos membros e alto thorax, cõr das mesmas variando do amarelo ao ardoso e violaceo, dor expontanea e provocada, exacerbada pelos periodos menstruaes. Responsabiliza a leprose na produção deste quadro clinico apoiado nos exames de laboratorio, em esfregagos e cortes histologicos.



RÉSUMÉ

L'auteur présent á la Societé Paulista de Leprologie une malade de lépre, forme mixte C2 N1, dans la quelle il a constaté l'apparition d'un cadre clinique très semblable au de la maladie de Recklinghausen, mais qui n passait pas d'une anétodermie de Schweninger et Buzzi, soit par le nombre de ses éléments qui sommaient á 184, soit encore par les caractères propres de cette forme de anetodermie qui sont les suivants: atrophie avec protrusion de la peau, anneau fibreux peripheric, présence de tissu adipeux au dedans des cavités, infiltration de sang temporaire de plusieurs éléments, localisations des lesions dans la face externe des membres et partie superieure du thorax, couleur des memes variant du jaune á l'ardoise et violacé, douleur spontanée et provoquée, aigrie par les periodes menstruelles. Il rend responsable la léprose dans la production de ce cadre clinique, appuyé dans l'exames de Laboratoire en frottis et coupes histologiques.

SUMMARY

The author exhibit to review of the "Sociedade Paulista de Leprologia" a patient attacked with lepra mixed form, in which he verified an apparition of clinical picture very much like the Recklinghausen, disease but it did not pass of a anetodermia of Schweninger and Buzzi, in what by the number of its elements that attained 184 and by the proper mark of this form of anetodermia that are this. Atrophy protrusion of the skin, fibrous peripheric ring, presence of adipous tissue into the cavities, temporary sanguinious infiltration of various elements, location of the lesions on external of the members and the upper chest, the colour varying from yellow to slate and violet, spontaneous pain provoked and exerbated by monthly periodes. The responsibility in the production of this clinical picture is caused by leprous and backed by laboratory examination in rub and histologic incision.



ZUSAMMENFASSUNG:

Der Verfasser stellt der Paulistaner Gesellschaft für Aussatzforschung eine von Aussatz (gemischte Form C2 - N1) befallene Kranke vor, an der er einen klinischen Befund feststellte, der sich sehr mit der Recklinhausenschen Krankheit vergleichen lässt, aber nichts weiter ist als eine Geschwüre bildende Anetodermie oder Anetormie nach Schweninger and Buzzi, nicht allein wegen der Anzahl der Elemente, die die Zahl 184 erreichen, sondern auch wegen der Eigenschaften dieser Form der Anetodermie, die the folgenden sind: Zellenschwund mit Erhebungen der Haut, periferischer fibroser Ring, Untersetzung des Blutes mit verschiedenen Elementen, Lokalisation der Verletzungen an den Russeren Teilen der Glieder and des Oberkörpers, Farbe derselben die zwischen gelb bis schwarzblau und violet schwarz, natürlicher oder durch andere Einflüsse hervorgerufener Schmerz, erhöht durch die monatlichen Regeln.

Der Verfasser macht die Leprose (Aussatz) für die Bildung dieses Befundes verantwortlich und lehnt diese seine Auffassung an laboratorische Untersuchungen von Schürfungen und histologischen Schnitten an.



BIBLIOGRAPHIA

PETGES, G. — Nouvelle Pratique Dermatologique, 1936. Tom. VI. pag. 95. Anetodermia,

BUTTERWOTH. — Multiple Benign Tumor - Like new Growths of the Skin Archiv. Dermatology and Syphilology. - 1934. pag. 893.

LUIZ E. PIERINI e NORBERTO SANCHES BASSO. — Eritema urticado atrofiante de Pellizzari. Revista Argentina de Dermatologia. Tomo XX. 1.^a Parte - Buenos Ayres - 1936 pag. 49.

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA. — Caso interessante de atrophia maculosa deuteropathica. Revista de Leprologia de S. Paulo. Vol. II, n. 4, pag. 291

CHARGIN e SILVER. — Macula atrophy of the skin. — Archiv. of Dermat. and syphilis oct. 1931. pag. 615.