

LEPRA — POIKILODERMIA DE PETGES-JACOBI COM CONCREÇÕES CALCÁREAS SUB-CUTÂNEAS — SÍNDROMO DE WEIR-MITCHELL

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

*Dermatologista do A. C. Pirapitingui,
Perito do Centro Internacional
de Leprologia*

Em meados de 1937, havendo deliberado realizar uns estudos sobre a "erythrocyanogenia de Juster" entre os doentes de lepra, determinámos a vinda ao Ambulatorio de todos os internados do A.C. Pirapitinguí para fixar os signaes clinicos e histo-patologicos daquela ecto-sympathóse de que faz parte integrante a erythrocyanose supra-maleolar. No decorrer desses exames veio-nos ás mãos um doente de fórma macula-anestesica, portador de uma dermatose reticular e pigmentada, de aspeto "bigarré" no alto do tórax que desde logo nos chamou a atenção e cujos signaes clinicos nos induziram, com as devidas reservas, a pensar na afecção denominada por Jacobi poikilodermia atrofiante reticular.

Realmente, após collocarmos o referido doente em observação por varios dias coligindo sinais confirmadores e irrefutáveis, atingimos o resultado diagnostico definitivo.

A publicação do presente caso se justifica pois, não só por se tratar de uma afecção relativamente rara (já foram revelados alguns casos entre nós), como tambem pelo fato de havermos encontrado concreções calcáreas sub-cutaneas confirmando mais uma vez o diagnostico de poikilodermia de acordo com os estudo que Petgés realizou em 1932 na Clínica do Professor Gougerot onde observou varios casos com esses precipitados de calcio. Êstes casos são super-

poníveis no quadro das poikilodermias ao syndromo de Thieberge-Weissenbach nas sclerodermias.

Acessoriamente como nosso doente revelasse sintomas evidentes de um syndromo de Weir-Mitchell, lembramo-nos de um trabalho publicado pelo nosso distinto colega DR. GIL DE CASTRO CERQUEIRA na então Revista de Leprologia de São Paulo (Volume II, n.º 3 — Setembro de 1935) e intitulado : Syndromo de Weir-Mitchell na lepra". Qual entretanto não foi a nossa surpresa quando nos certificamos de que se tratava do mesmo doente, portador agora de uma dermatose curiosa e cuja observação detalhada fôra magistralmente feita por aquele distinto colega.

O destaque á parte de mais um syndromo veio tornar a questão para nós um tanto embaraçosa devido a se acharem presentes ao mesmo tempo em um caso de lepra, lado a lado, um syndromo eritemato-pigmentar e um syndromo eritromelalgico de difficil discernimento etiologico. Procuraremos acentuar os sinais e fenomenos principais que P.M. apresenta, estudando pormenorizadamente cada sinal de per si, para reunindo-os, tirarmos as conclusões que mais se aproximem da realidade clínica.

OBSERVAÇÃO

P. M., 59 anos, branco, brasileiro, casado, natural de Rio Claro, lavrador, internado em 7/10/933.

Antecedentes Hereditarios — Pae fallecido, de cardiopathia. Mãe idem, de volvo. Tem um irmão de 58 anos o qual gosa perfeita saude. Nega antecedentes de lepra na familia.

Antecedentes Pessoaes — Algumas molestias peculiares á infancia como sarampo e varicella. Grippe benigna na pandemia de 18. Casouse com a idade de 25 anos, tendo desse consorcio 4 filhas das quaes uma morreu ; as demais desfrutam otima saude. Gonorrhéa aos 17 anos. Nega caneros venereos. Sempre foi muito forte, não se recordando de ter tido molestias graves. Ethylista e tabagista moderado.

Historia Clinica — O inicio de sua doença deu-se em 1924 quando percebeu o apparecimento de uma mancha branca na face externa da perna direita na qual no sentia bem, quer ao calor, quer á dor ; quando trabalhava na roça essa mancha se tornava mais nitida porque não suava e nella por conseguinte não se depositava poeira.

De 1924 a 1932, novas manchas avermelhadas, mais ou menos extensas surgiram nas pernas, coxas, nadegas e membros superiores, algumas das quaes inteiramente amortecidas. Neste ultimo ano então, depois de trabalhar o dia todo no brejo, com agua pelo joelhos, começou a sentir dores atrozes e lancinantes ao nivel das articulações tibiotarsicas.

Havendo decorrido varios dias sem que esses sintomas regresdissem, resolveu consultar um clinico da localidade que lhe disse

estar atacado de lepra e lhe instituiu um tratamento pelo esteres de chaulmoogra. Durante 6 meses ficou entevado na cama pois não podia se locomover sem que dores terebrantes se apossassem de ambos os pés. Ao fim deste tempo então começou a ter melhoras, porem nunca mais poude trabalhar em virtude da queimação que substituiu as dores. Como não podia trabalhar e sustentar a familia resolveu procurar internação no Asilo Colona Pirapitingui.

No Hospital a queimação continuou, não sentindo dores verdadeiramente ditas mas percebendo uma sensação de peso nas pernas e pés, como se estivesse arrastando chumbo. As queimações, descontínuas, surgiram por crises quasi que diariamente com intervalos nitidos de acalmia regeneradora. Elle mesmo notava que no acme da crise paresthesica a pele se tornava avermelhada e as veias ficavam bem salientes. Estes fenomenos desapareciam assim que passava a crise. Procurava alivio mergulhando os pés na agua fria ; não suportava a agua quente a qual lhe exacerbava as dares.

Correu todos os consultorios medicos em busca de melhora para seus males sempre sem resultados ; sua molestia persistia inexoravel provocando-lhe insonia, astenia, anorexia com grande repercussão sobre o psychismo. Marchava apoiado em bengala e não podia por muito tempo se manter de pé. Assim continuou arrastando os seus males pelo espaço de cinco anos, sem contudo abandonar o tratamento pelos esteres de chaulmoogra. Atualmente está bem melhor mas ainda sofre as mesmas crises porem raras, menos intensas, menos duradouras e por conseguinte mais toleraveis. A unica cousa que as faz melhorar ainda e a agua fria. As manchas de lepra se tornaram bem vermelhas e mais extensas abrangendo as nadegas e coxas. Particularidade digna de menção é que nunca tem sede tendo passado já seis meses sem tomar agua.

EXAME FISICO

Hiperhidrose nudorum. Alopecia do terço externo das sobrancelhas. Mácúlas eritematosas de centro acromico e bordos ligeiramente elevados, ovalares ou elipticos, limites nitidos, contornos ora regulares, ora irregulares, esparso pelas faces anterior e posterior do torax. Nos braços e antebraços mácúlas eritemato-discromicas, serpiginosas e de superficie francamente atrofica ocupando ás vezes um segmento de membro. Amiotrofia hipotenar bilateral. Pele seca, atrofica e um pouco sclerosa nos antebraços e mãos. Nos membros inferiores, vastas mácúlas de bordos eritematosos centro acentuadamente plissé abrangendo ao mesmo tempo as nadegas e coxas. Estas mácúlas são clinicamente tuberculoidiformes porem em quatro biopsias procedidas não foi possivel constatar a estrutura folicular ou sarcoidica. Os contornos dessas manchas são irregulares e os bordos escamosos. Na face anterior das coxas a atrofodermia é bem pronunciada tomando até os folliculos pilosos. Pele xerodermica nas pernas. Nos pés nota-se intensa atrofia da epiderme com lindos desenhos arborescentes dos vasos sub-cutaneos (circulação-colateral Y), teleangiectasias venosas e arteriais, com um certo gráu de cianose. Esta atrofodermia faz lembrar a eritromelia de Pick da qual se afasta pela sintomatologia que lhe é peculiar. Esta circulação se detem abruptamente ao nivel dos tornozelos. Scleroniquia dos artelhos. Hiperkeratose ao nivel da cabeça do quinto metatarsiano direito onde já se installara um mal perfurante plantar. A face dorsal dos pés é seca, apergaminhada, engilhada, deixando ver por transparencia os vasos cutâneos e sub - cutâneos entrelaçados em redes com

malhas de tamanhos variados. Nas faces plantares, keratoderma pontuada. Os ganglios crurais são palpáveis. O nervo auricular esquerdo se encontra em relevo acentuado. Cubitais um pouco espessados mas não dolorosos. Anestesia termica ao nível das manchas e nos cotovelos, antebraços, dorso das mãos, joelhos, pernas e pés. Anestesia tactil nos cotovelos, joelhos e pés. M. N. |—| L. C. |—|.

Passando á intercurrencia morbida, nota-se de relance ao nível das fossas infraclaviculares um reticulo "bigarré" bem acentuado cujos limites atingem lateralmente os hombros e terço superior dos braços e, inferiormente as proximidades do apendice xifoide ; nestas regiões a réde pigmentada e marmorada se põe em contato com as máculas lêproticas com as quais estabelece transições bruscas. Pequenas ilhotas desta réde se mostram isoladas nos hombros, fossas supraclaviculares e base do pescoço. Na face posterior do torax o reticulo de malhas regulares é mais evidente ao nível das omoplatas como que cobrindo-as integralmente ; fenomenos de pigmentação se mostram nas regiões intermediarias. Ambas as rédes são abruptamente cortadas ao atingirem as máculas leprosas, cujo contraste desperta desde logo a atenção pela hipocromia do centro das mesmas, o que significa afirmar que o reticulo fôra destruido ou impedido pela lesão leprotica. O exame dermatologico cuidadoso deste reticulo revela que ele se compõe de uma mistura de pigmentação, de teleangiectasias e de placas nacaradas de sclerose. A hiperpigmentação e as teleangiectasias circundam as malhas porcelanicas que em certos lugares se agminam formando lindos desenhos petaloides. Entre uma malha e outra as trabeculas hiperpigmentadas e as teleangiectasias fazem resaltar ainda mais essa flagrante diferença *de cares* ; os caminhos sempre sinuosos e estreitos são constituídos por pigmento e arterioles dilatadas delimitando placas maiores ou menores de c8r branca, nacarada ou porcelanica. Este é o quadro que se verifica no alto do torax e base do pescoço. Daí para cima o que predomina são as teleangiectasias circunscrevendo tão somente as ligeiras saliencias folliculares que formam aí verdadeiras linhas paralelas. Nas regiões submentonianas, pequenas placas miliares, porcelanicas fazem sua aparição predominando ainda os fenomenos arteriais. Nas regiões auriculares parotidianas e malares o eritema teleangiectasico é bem notavel e composto de arborizações vasculares sem formação entretanto de malhas sclerosas. Nestas regiões o aspeto "bigarré" desaparece para ceder o lugar ao simples eritema. Não nos foi possível encontrar as papulas acuminadas e vermelhas descritas por Gougerot-Eliaschef, mas aqui e ali descobrem-se minusculas placas de queratose retiraveis por raspagem. Como fenomenos subjetivos mais importantes em relação a esta dermatose refere que de vez em quando apresenta na face anterior do torax uma sensação efemera de calor. Não encontramos sinais de sclerose muscular. Pitiriase capitis intensa com algumas formações de crostas. Calvicie hipocratica.

Lesões das Mucosas — Em ambas as mucosas das bochechas observam-se lesões porcelanicas, punctiformes, aglomeradas, duras ao toque mas não formando arborisações como as lesões de lichen plano.

Elas são do tamanho da ponta de alfinete e acompanham a linha dentaria tanto superior como inferior. As lesões do lado direito são bem mais numerosas que as do lado esquerdo. Aqui e acolá elementos isolados são nitidamente visiveis.

Nada digno de menção para o lado dos aparelhos da economia.

Pressão Arterial : Mx — 11,5. Mn — 6,5. Ligeira hiperreflexia rotuliana e aquileana direitas. O reflexo cutaneo plantar se faz em flexão. Exames. *Ex.radiologicos*: Radiografia do braço direito: Notamos no terço medio, para fóra do humero, uma concreção bem calcificada do tamanho de um grão de uva alojada no tecido frouxo intermuscular ; um pouco mais para dentro uma outra menor que vemos por transparencia do bordo do número. Radiografia lateral da perna e pé direitos : flebosclerose com formações calcareas em cadeia de ambas as safenas, interna e externa, como tambem da arcada dorsal. Radiografia lateral do craneo : sela turcica normal com as seguintes dimensões: diametro antero-posterior 9,5 milímetros, profundidade, 8,3 milímetros. Radiografia antero-posterior dos pulmões : nada encontrado digno de menção. (assignado Dr. ANNIBAL ADJUNTO). Exames de Laboratorio : Exame de fazes : negativo. Exame de urina : negativo. Sorologia: Wassermann e Kahn |—| |—|.

Dosagem de calcio no sôro sanguineo : Processo Kramer Tinsdall : 11 miligramas Augmentado. O Dr. MOACYB SOUSA LIMA que fez a dosagem, acha que de acordo com suas experiencias sobre calcemia na lepra a traxa de cabo no sarô sanguineo oscila entre 8,5 e 9 miligramas na maior parte dos doentes em que realizou essa prova.

Exame hito-pathologico : Biopsia ao nivel da face anterior da articulação escapulo-humeral esquerda. Lamina 1503. (Registro do I. C. L.). Coloração hemat. eosina : nos extremos do córte notam-se infiltrações leprosas tipicas perivasculares, periglandulares e perinervosas. Nevrites e perinevrites. Atrofia da epiderme com desaparecimento dos prolongamentos interpapilares e das papilas os quais se fazem visiveis somente em alguns pontos. Ligeiro gráu de de hiperqueratose sem paraqueratose. A camada granulosa se acha reduzida a uma ab fileira discontínua de celulas. De espaço a espaço notam-se verrugas microscopicas. As alterações da camada basal são bem evidentes com suas celulas vacuolares e seus nudeos excetricos e com réde de cromatina bem condensada. Dilatações vasculares no derma propriamente dito. Ausencia de pigmento alternando com zonas de hiperp gmentação. Não foram encontrados os corpos hialinos de Petgás. Tres outras biopsias de máculas leprosas não revelaram estructura tuberculoide como era de se esperar.

Exame oftalmologico e rinologico : Oftalmoscopia : opacificação central cristaliniana em A. O. mais acentuada á direita. "Fundus" O. D. pouco visivel. "Fundus" O. E. normal. T. Schioetz : A. O. 17 miligramas Hg. — Acuidade visual : O. D. V. — Dedos a 2 metros. O. E. V. — Dedos a 2 metros. Diagnostico : Catarata senil nuclear posterior em A. O.

CONSIDERAÇÕES ETIO-PATOLOGICAS : Da farta messe de sintomas objetivos e subjetivos tirámos conclusões diagnosticas mais ou menos reais sem contudo atingirmos á conclusão final etio-patologica, permanecendo tudo no terreno das hipoteses devido á complexidade verdadeiramente desnorteante do caso em estudo. Tendo apresentado os primeiros sinais de lepra em 1924, sé em 1932 que surgiu o syndromo de Weir-Mitchell tão bem estudado e seguido, durante muito tempo pelo DR. GIL CERQUEIRA que o

atribuiu á leprose. Até então desconhece-se si P.M. era ou não portador de sinais fortuitos de poikilodermia por conta da qual poderia ter corrido a eritromelalgia. Teria a lepra produzido a poikilodermia e ao mesmo tempo o syndromo de Weir-Mitchell? Ou este não representaria um sintoma daquele? A eritromelalgia nada mais e, que um syndromo dependente diretamente de causas gerais como, sífilis, tuberculose, tifo, impaludismo, até mesmo sclerodermia. Ora, ha pontos de contato tão íntimos entre esta e a poikilodermia que K. Jaffe as reuniu sob a denominação generica de scleropoikilodermia. As sclerodermias generalisadas oferecem a considerar alguns sinais analiticos lembrando os da poikilodermia tais como lesões musculares que existem em certos casos de sclerodermia, concreções calcareas sub-cutâneas do syndromo de Thieberge-Weissembach e hypercalcemia. E o paralelo dos dois syndromos sclerodermia e poikilodermia nos parece demonstrar que eles são vizinhos nosologica e patogenicamente. O exame radiologico tornou-se para nós um ponto importante para a discussão da origem de certos sinais acroparestesicos manifestados pelo nosso doente. Com efeito, o relatório radiologico e um exame acurado da chapa identificam uma cadeia calcarea que descendo do terço inferior da perna abraça a metade do pe direito justamente onde os sinais dolorosos são mais vivos e intensos, fato este igualmente verificado por nós e já adrede sublinhado pelo colega Cerqueira. Estes fenomenos clínicos levam-nos a crer que o syndromo eritromelalgico manifestado em P.M. possa ter uma causa mecanica vascular ou irritativa simpatica, representada pelo deposito de sais calcareos nas paredes vasculares. Efetivamente, lesões de vascularite crônica tem sidocom frequencia encontradas (Rudski e Howasmky), si bem que Lannois, Porroy, Laignel-Lavastine e o proprio Mitchell achem que a eritromelalgia esteja sob a dependencia de uma perturbação vasomotora de natureza simpatica. Diante da chapa radiografica, de nosso lado julgámos que as duas teorias arterial e simpatica encontram esteios seguros para sua confirmação e se conciliam ao em vez de colidirem porquanto temos na teoria vascular o obstaculo produzido pelos depositos calcareos e na teoria simpatica a espinha irritativa, pivot das irradiações oscilativas vaso-motoras que constituem por si só o "substractum" do classico syndromo. Não sabemos si já fôra publicado alguma eritromelalgia com concreções calcareas sub-cutâneas ou

vasculares porem sabemos desde os estudos de G. Petges na clinica de Saint-Louis em 1932 que a poikilodermia pode vir acompanhada de depositos calcareos subcutâneos. Todos estes fatos induzem-nos a pensar que a eritromelalgia talvez seja, neste caso, dependente das concreções calcareas vasculares que em alguns casos surgem como sintoma revelador da poikilodermia de Petges-Jacobi, syndromo cutâneo ou cutâneo-muscular sobrevindo em geral na idade adulta provavelmente de origem neuro-endocrinica e cuja sintomatologia no periodo de estacionamento se traduz por atrofia reticulada, pigmentação, tele-angietasias dando á pele um aspeto "bigarré". Qual o papel da leprose neste complexo sintomatico? O conjunto de todos os sintomas, após amadurecidas reflexões desapaixonadas, não autoriza, pelo menos no estado atual de nossos conhecimentos a responsabilisar a leprose pela produção do quadro poikilodermico, si bem que o papel das infecções tenha sido realçado por numerosos autores (Petges, Terebinsky, Adrian, Burnier e Gougerot) ; mas nem os antecedentes dos doentes, nem sua historia atual oferecem bases para incriminar uma etiologia infetuosa. A etiologia leprotica neste caso portanto é facil de incriminar mas dificil de provar. A calcificação de troncos nervosos após processo de caseose intensa já tem sido encontrada não só por autores estrangeiros, mas por nós mesmos em autopsias realizadas no Asilo Colona Pirapitingui, achados esses confirmados posteriormente pela analise histo-patologica. Por outro lado inumeras radiograficas foram feitas por nós em muitos doentes lepromatosos, nervosos ou tuberculoides, para pesquisa de concreções calcareas mas sempre com resultados negativos o que vem provar a raridade do syndromo na lepra.

A hipotese da lesão das glandulas de secreção interna pela leprose reproduzindo a molestia de Petges-Jacobi pode ser aventada, si bem que vá de encontro a fortes e poderosos argumentos não só clínicos como estatísticos, considerando-se -a simples intercurrência mórbida para figurar em casuisticas leproticas. Com efeito, os casos de lepra contam-se por milhares e a molestia de Petges-Jacobi entre eles é rara. Deixando de lado a possivel intervenção da lepra na produção da poikilodermia torna-se util assinalar o que foi realizado ate hoje no que diz respeito ao seu mecanismo patogenico. A influencia das glandulas de secreção interna na aparição do estado poikilodermico é mais ou menos certa e neste ponto poucos autores diver-

gem. Nós vemos com efeito, numerosas observações mencionarem perturbações endocrínicas variadas. Petgés, Civatte, Miliam encontraram em seus doentes sintomas de insuficiência suprarrenal e alguns destes autores registraram sucessos terapeuticos com a ingestão de extractos desta glandula. Nosso observando via melhorar extraordinariamente suas crises tomando injeções de adrenalina. Mais frequentemente ainda tem-se encontrado perturbações das glandulas genitales tanto ovarianas como testiculares. Midana relatou observações de insuficientes glandulares e adiposos-genitales. Petgés e Bizzozero teem encontrado alterações hipofisarias (atrofia), hipo ou hipertrofia da glandula tiroide. Mas cabe á paratiroide talvez, o papel preponderante na produção do sindromo hipercalcemico primeiramente assinalado por Gabriel e André Petgés. Com efeito, estes autores afirmaram sob base solida, que, do mesmo modo que na sclerodermia, existe nos poikilodermicos um estado marcado de hyperparathyroidismo que influe sobre o metabolismo do calcio se manifestando por hypercalcemia (0,139 e 0,155 nos doentes de Petgés). Partindo destes dados clínicos, pode-se orientar as pesquisas etiologicas da poikilodermia para uma origem endocrínica. Inumeras glandulas participam do quadro formado, mas é quasi impossivel atribui-lo a uma se, visto como a synergia pluriglandular cujo ponto de partida se desconhece é a predominante real. O corpo tiroide desempenha um papel de relevante importancia no desenvolvimento testicular ou ovariano sobre as perturbações troficas da pele sobre as atrofias e degenerescencias musculares, sobre os estados ichtyosicos. A hipophyse por sua "pars intermedia" intervem sobre a hyper-ou hypopigmentação que são dois sintomas constantes na poikilodermia. Em tais casos Blatt achou um alargamento da sela turcica. (Em P.M. esta se acha normal). As suprarrenais influenciam sobre a pigmentação e as perturbações musculares. Finalmente as paratiroides devem ser colocadas em primeiro plano por sua acção sobre o metabolismo do calcio ocupando dest'arte um lugar patogenico de destaque na produção dos estados poikilodermicos. Midana fornece-nos uma teoria plausivel sobre o processo de ação dos fenomenos endocrínicos. A presença de uma toxina suposta circulante no sangue provocaria a disfunção de uma ou de varias glandulas endocrínicas, que daria como resultado o aparecimento do syndromo.

Este fato explicaria a influencia dos fatores infeciosos aos quais já fizemos alusão. (tuberculose, sífilis, impaludismo ou quiçá lepra.) Contudo não devemos desprezar o papel do simpatico em associação neuro-endocrínica assim como as influencias exteriores na produção do syndromo. Os disturbios glandulares e simpaticos parecem constituir por conseguinte a base das poikilodermias. (insuficiencia hypofiso-fiso-suprarenal testicular ovariana), e hyperparathyroidismo. Em relação ao diagnostico pode-se adiantar sem receio de errar que é em geral facil apoiado na tríade sintomatica que constituem as teleanjiectasias, pigmentação e atrofia, lesões estas geralmente simetricas. Entrando no diagnostico diferencial podemos citar: a radiodermite de que já tratámos ; as cicatrizes de lichen plano de Wilson que nunca apresentam o erythema teleanjiectasioco. O livedo racemosa, purpura anular teleanjiectoide de Majocchi, pigmentações arsenicais, xeroderma pigmentosum, parapsoriase lichenoide, tem os seus caracteres proprios que um estudo acurado fixa com certa facilidade. Devemos frizar particularmente a melanose de Riehl que muito se assemelha ás poikilodermias, mas que si apresenta por vezes uma rede pigmentada, a atrofia reticulada e incostante e não mostra o erythema teleanjiectasioco; e uma melanose de guerra observada com grande frequencia nos imperios centrais na hecatombe de 1914.

Gougerot acredita que certas fôrmas de parapsoriase, notadamente a parapsoriase lichenoide se aproximam das poikilodermias ; contudo a maior parte dos autores e entre eles Civatte, Gothron e Brocq opinam pela identidade propria de cada uma delas. A respeito das relações entre poikilodermia e sclerodermia, já fizemos ver que estas duas entidades nosologicas apresentam muitos pontos de contato comuns motivo pelo qual K. Jaffé propuzera a denominação generica de sclero-poikilodermia. Em nosso caso por exemplo as concreções calcareas fazem lembrar o syndromo de Thieberge-Weissenbach ou a sclerodermia com concreções calcareas sub-cutaneas, assim como a hypercalcemia e certos pequenos sinais locais. Gabriel e André Petgés acham, apesar de todas essas semelhanças que ambas as molestias se afastam pelos caracteres que lhe são peculiares, constituindo duas entidades morbidas diferentes.

A acrodermatite cronica atrofiante de Pick-Herxheimer precisa ser citada pois que alguns casos podem oferecer certo embaraço ao diagnostico em vista de sinais comuns que podem apresentar. Na

atrofia idiopática de Pick-Herxheimer o fenómeno atrofia é predominante ao passo que a pigmentação nem sempre comparece. Não obstante, cuidados clínicos devem ser tomados e nós mesmos tivemos ocasião de verificar com o nosso distinto colega e amigo DR. JOÃO PAULO VIEIRA um caso de poikilodermia em um japonês no qual largas zonas de atrofias eram evidentes fazendo lembrar a molestia de Pick-Herxheimer.

Finalmente a poikilodermatomiosite é de fácil diagnostico levando em linha de conta que, não obstante varias semelhanças a uma vista de conjunto com a molestia de Charcot os seus sinais não escapam a um exame mais atento.

Molestia de evolução crônica como é a poikilodermia o perigo de seu prognostico reside na miosclerose além dos inconvenientes estéticos que a forma generalizada pode acarretar. O seu tratamento se assenta na opoterapia pluriglandular principalmente dirigida contra a insuficiencia hypofiso-tiro-suprarenal ou ovariana.

CONCLUSÕES

1) — Foi encontrado por nós, entre os doentes do Asilo Colona Pirapitinguy um caso de poikilodermia de Petgés-Jacobi com concreções calcareas sub-cutâneas.

2) — O paciente era portador de uma lepra macula anestésica, com exames bacteriológicos todos negativos, pelo menos durante o seu período de internação que foi de 6 anos.

3) — Pelos dados anamnesticos P.M. começou a apresentar os primeiros sinais de lepra no ano de 1924 e só em 1932 é que recebeu esse diagnostico de um clínico da localidade a quem fôra consultar pelas dores lancinantes que começara a apresentar nos pés.

4) — O mesmo já fôra objecto de estudos por parte do nosso illustre collega DR. GIL DE CASTRO CERQUEIRA que verificou nele a reprodução do syndromo de Weir-Mitchell de etiologia seguramente leprotica.

5) — Sem termos encontrado mais doentes portadores da molestia de Petgés-Jacobi e afastando a possibilidade de uma coincidência perfeitamente plausivel, poder-se-ia não obstante filiar uma molestia á outra tanto mais quanto a poikilodermia é de etiologia reconhecidamente tóxica ou infecciosa sendo provocada por dysfunções glandulares.

6) — Em relação ao syndromo de Weir-Mitchell cuja existencia não negamos, os exames radiologicos fazem levantar a hypotese de o mesmo ser provocado pela presença "in loco" das concreções calcareas que á maneira de uma torquez circunda os pés do doente, advindo datei toda a sinptomatologia erytromelalgica.

7) — A nosso ver, em consequencia, o complexo sintomatico se alinharia hipotetica e sucessivamente : lepra=poikilodermia de Petgés Jacobi com concreções calcareas sub-cutaneas = syndromo de Weir-Mitchell.

RESUMO

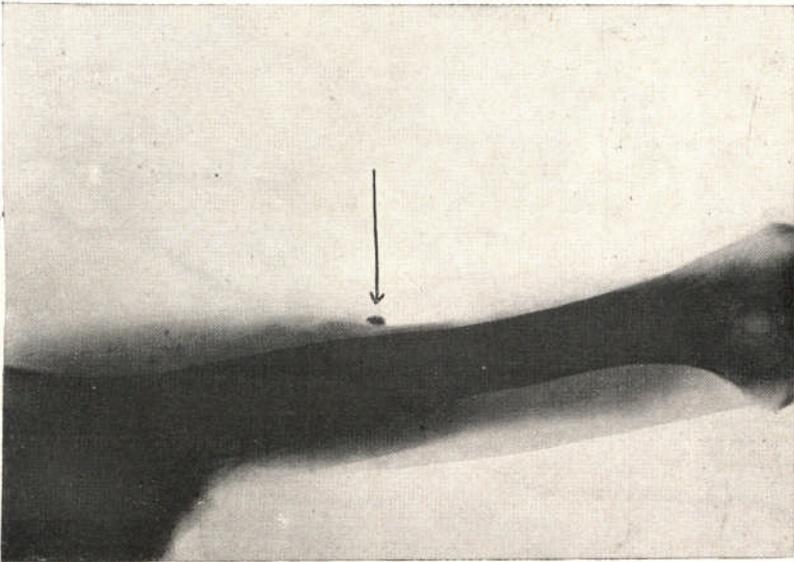
O autor apresenta a Sociedade Paulista de Leprologia um doente de lepra mácula anesthesica no qual verificara o comparecimento de uma poikilodermia de Petgés-Jacobi com concreções calcareas sub-cutaneas. O reticulo "bigarré" era bem bisivel na parte superior do thorax, base do pescoço e na altura das omoplatas. As concreções calcareas foram encontradas, radiologicamente ao nível do humero direito e em forma de cadeia ao longo das articulações tibio-tarsicas e do mássico metatarseano. Responsabilisa estas concreções na produção do syndromo de Weir-Mitchell que o doente tambem apresenta com todo o seu cortejo symptomatico. Lembra, ao tratar da etiologia mas sem poder afirmar por falta de bases seguras, que a poikilodermia pode muito bem ser provocada pela leprose desde que se lhe reconheça uma etiologia infecciosa ou toxínica ainda não determinada, mas aceita, tocando nas téclas endocrínicas para exhibir os signais que lhe são peculiares.

ZUSAMMENFASSUNG 1

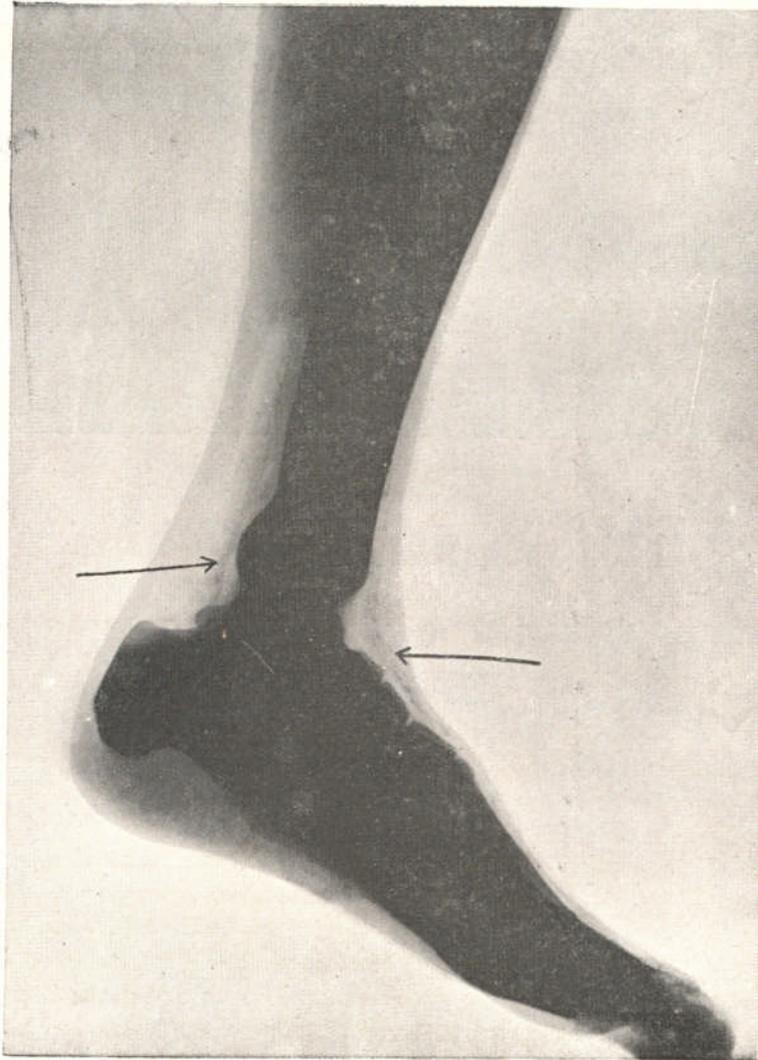
Der Verfasser stellt der Paulistaner Gesellschaft fuer Leprologie einen an Makulo-anesthetischer Lepra Erkrankten vor, bei welchem er die Erscheinung einer Poikilodermie nach "Petges-Jacobi" mit Ablagerungen von inorganischen Bestandteilen in der sub-cutanischen Region festgestellt hat. Der Hautbestandteil "bigarré" war sehr gut sichtbar am oberen Teil des Oberkörpers, der Basis des Halses und in der Höhe des Omoplatas. Diese Ablagerungen wurden mit Hilfe der Radiologie am äusseren Ende des rechten Humerus gefunden, ebenso in Form einer Kette im Laufe der Tibio-tarsanischen Artikulation und dem metatarsianischen Macaiv. Er macht die genannten Ablagerungen fuer die Entwicklung des Syndroms "Weir-Mitchell", das der Kranke in seinem ganzen symptomatischen Verlauf zeigt, verantwortlich. Er erinnert daran, indem er die Etiologie behandelt, ohne aber, wegen des Fehlens sicherer Anhaltspunkte, feste Behauptungen aufstellen zu koennen, dass die Poikilodermie sehr gut durch die Leprose hervorgerufen sein karat, wenn man ihr eine, noch nicht sicher festgestellte, infektiöse oder toxische Etiologie zuerkennt und die angenommen ist, wenn man die endokrínischen Tasten anschlaegt, um die Anzeichen, die ihr eigen sind, aufzuzeigen.



Poikilodermia de Petgés-Jacobi.



Concreção calcarea sub-cutanea.



Phlebosclerose com depositos calcareos.