

Manuel Augusto de Sá Azeredo

---

77

# A ZONA

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

---

JANEIRO DE 1917

---



16912 FMP

PORTO  
IMPRESA MODERNA

Rua Cândido dos Reis, 51 a 61

---

1917

# Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

## Professores Ordinários e Extraordinários

1.ª classe — Anatomia . . . . .	{	Luis de Freitas Viegas Joaquim Alberto Pires de Lima
2.ª classe — Fisiologia e Histologia . . . . .	{	Vaga José de Oliveira Lima
3.ª classe — Farmacologia. . . . .	{	Vaga
4.ª classe — Medicina legal e Anatomia Patológica. . . . .	{	Augusto Henrique de Almeida Brandão Vaga
5.ª classe — Higiene e Bacteriologia . . . . .	{	João Lopes da Silva Martins Júnior Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6.ª classe — Obstetricia e Ginecologia . . . . .	{	Cândido Augusto Correia de Pinho Álvaro Teixeira Bastos
7.ª classe — Cirurgia . . . . .	{	Roberto Belarmino do Rosário Frias Carlos Alberto de Lima Antônio Joaquim de Sousa Júnior
8.ª classe — Medicina . . . . .	{	José Dias de Almeida Júnior José Alfredo Mendes de Magalhães Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria . . . . .	{	Antônio de Sousa Magalhães e Lemos.

## Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo  
Peдро Augusto Dias  
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

Escola de Medicina do Porto

Corpo Docente

Alvaro Teixeira Bastos

Corpo Docente

Professores Ordinários e Extraordinários

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

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.)

1.º	Alvaro Teixeira Bastos	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
2.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
3.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
4.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
5.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
6.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
7.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
8.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
9.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
10.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
11.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
12.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
13.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
14.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
15.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
16.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
17.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
18.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
19.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
20.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
21.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
22.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
23.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
24.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
25.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
26.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
27.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
28.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
29.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
30.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
31.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
32.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
33.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
34.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
35.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
36.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
37.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
38.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
39.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
40.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
41.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
42.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
43.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
44.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
45.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
46.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
47.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
48.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
49.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia
50.º	...	Prof. Ordinário de Anatomia e Fisiologia

Professores Ordinários

Corpo Docente

Professores Ordinários e Extraordinários

# A MEUS PAIS


Os sacrifícios que fizestes  
não os esquecerei.

Permiti que vos dedique  
êste modesto trabalho.

A minha Espôsa

E

À MINHA QUERIDA FILHA MARIA ADELINA



Á memória de meu Avô

Dr. João Miguel de Azeredo Pinto e Vasconcelos


E

de meus Padrinhos

Manuel Maria de Oliveira Baptista

e

D. Vicência Emilia de Moraes Antas



A MINHAS AVÓS

A MEUS SOGROS

A MEUS IRMÃOS

Maria Augusta  
Luís  
Maria Adelaide  
José Adelino

A MEUS CUNHADOS

Adriano  
Virgínia  
Maximina  
Álvaro

A MEUS TIOS

A MEUS PRIMOS

Aos meus condiscípulos

e

contemporâneos

e em especial aos meus companheiros de estudo

Dr. José Vitorino Pinto

Dr. Artur Guilhermino de Carvalho

Dr. João da Maia Romão

---

Aos meus amigos

---

Ao Dr. Francisco Coimbra

Sincero reconhecimento pelos  
cuidados e carinhos dispensados  
durante a minha doença.



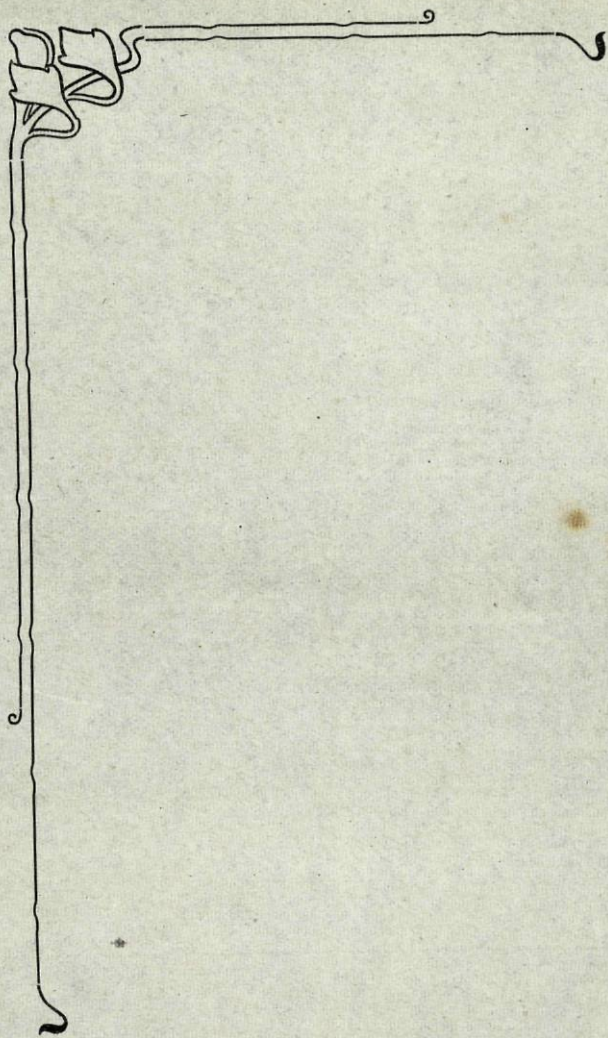
AO ILUSTRE CORPO DOCENTE  
DA  
FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

No meu ilustre Presidente de Tese

o Ex.º Snr.

Dr. Luís de Freitas Viegas

Homenagem sincera  
ao distinto dermatolo-  
gista e eminente pro-  
fessor.



*Depois dum período da minha vida, que foi sem dúvida para mim e para os meus com certeza o mais acidentado, tenho, como me manda a lei, de apresentar à Faculdade a minha dissertação.*

*Feita, porém, durante um período de estudo, a seguir a uma doença que me abalou o organismo talvez para sempre, com o espirito obsecado, por isso, não é nem poderia ser um trabalho que alguma coisa contribuisse para enriquecer a literatura médica portuguesa, mas o cumprimento duma formalidade legal sem a qual não poderia exercer a minha profissão.*

*Tendo seguido o curso de Dermatologia, mui proficientemente regido pelo Ex.<sup>mo</sup> professor Luís Viegas, lembrou-me fazer o meu trabalho sôbre esta especialidade para o que consultei o Ex.<sup>mo</sup> professor. Assentámos que o faria sôbre **Zona**.*

*Até então apareciam pela consulta do Hospital freqüentemente vários casos; desde esta data nem mais um apareceu.*

*Não é um trabalho original, mas sim uma compilação do que se tem publicado no estrangeiro sobre Zona, pois na literatura médica portuguesa apenas encontrei uma lição feita sobre este assunto pelo distinto especialista dr. Luis Viegas. Também não é completo, pois revistas, compêndios e teses que deveria consultar, quer franceses, quer alemães, austriacos e italianos, atento o estado de guerra, uns nunca chegaram e outros não poderiam vir.*

*Aos que lerem, pois, esta dissertação e a quem tiver de a julgar, a todos peço a sua benevolência.*

*Ao Ex.<sup>mo</sup> professor Luis Viegas pelos valiosíssimos esclarecimentos que me proporcionou para a elaboração deste trabalho e pela gentileza com que acedeu a presidir à defesa do mesmo,*

A MINHA GRATIDÃO.

## ZONA

---

Cobrelo, cobraão, fogo de S. Marçalo: eis os nomes porque também é conhecida no nosso país.

Herpes zoster, hemizona, ignis sacer, fogo de Santo António, cinturão de fogo, erysipelas zoster — na sinómia estrangeira.

---

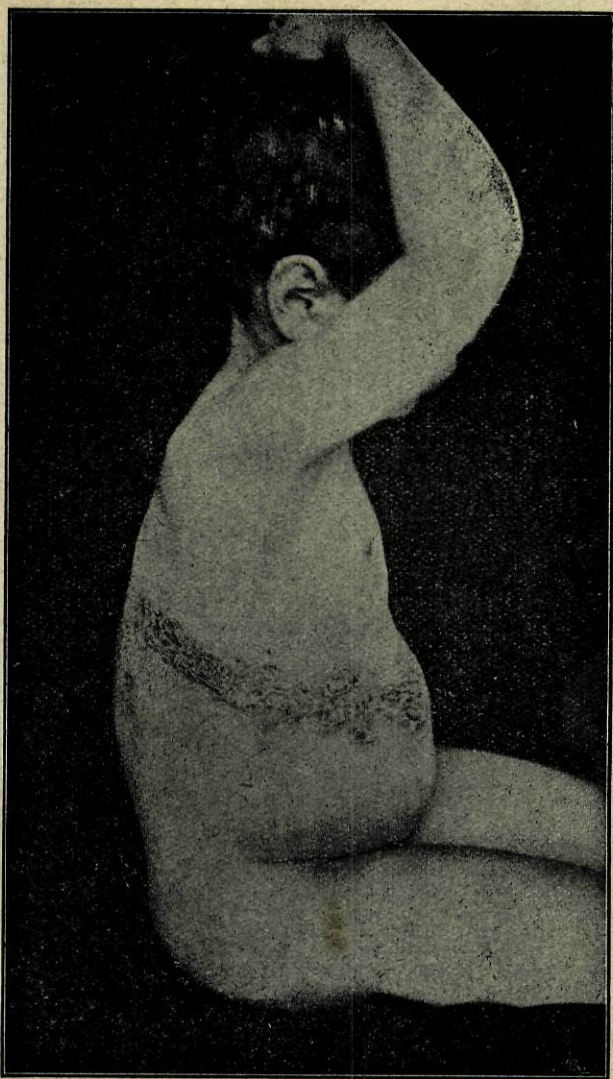
A zona é uma dermatose caracterizada por grupos de vesículas, com uma auréola inflamatória, dispostas e orientadas segundo a zona de distribuição da raiz dos nervos sensitivos, de ordinário de uma metade do corpo e quasi sempre acompanhados de nevrodínias.

A princípio observam-se manchas vermelhas que desaparecem à pressão; tem a forma elíptica e dispõem-se com o eixo maior dirigido no sentido do trajecto nervoso.

Estas manchas acham-se reúnidas em grupos deixando entre si intervalos de pele sã, que se transformam em pouco tempo, em vesículas cheias de serosi-

dade transparente que pouco dura e à qual sobrevêm a opacidade que não poucas vezes se transforma em purulência e apresentando algumas vezes mesmo a forma hemorrágica.

Êste estado dura em média 8 dias e termina ou reabsorvendo-se o exudato, ou no maior número de casos pela rutura das vesículas ou pústulas, formando-se crostas que ao destacarem-se mostram uma mácula violácea que lentamente desaparece com o tempo. Isto é acompanhado, por vezes, dum estado prodrómico acentuado.



Zona típica do tórax numa criança de três anos  
que evolucionou quási sem dôr.

(Fotogravura de cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente de iconografia da Faculdade de Medicina, pertencente à coleção de iconografia dermatológica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas e gentilmente cedida pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Ferreira de Castro).



## ETIOLOGIA

---

A zona é uma doença bastante rara — Duncan, Burkley em 8.000 casos de afecções cutâneas apenas encontraram 1,10 por cento. Tem-se encontrado casos de zona em todas as idades.

A observação clínica, contudo, mostra que a juventude é a mais atacada; mas não há idade que seja absolutamente indemne. Até aos dois anos é muito rara e nos amamentados contam-se os casos. Planchon e Robert Rendu apresentam um caso de uma criança de dois meses atacada de uma zona torácica típica.

Fox observou também um caso numa criança de cinco meses cuja mãe tinha tido uma zona da coxa durante a gravidez.

Bohn, Comby, Thomas e outros citam casos de zonas em crianças de 5 a 15 meses.

Tem-se encontrado casos em velhos com mais de 80 anos.

É provável mesmo que os casos em crianças sejam mais frequentes do que as estatísticas demonstram, pois, é necessário não desprezar a grande benignidade da zona na infância e que muitas vezes passa

desapercebida, pois evoluciona sem dôr, que vai aumentando com os anos, sendo nos vêlhos de maior agudeza.

Os dois sexos são igualmente atacados, parecendo, porêm, que os homens são mais que as mulheres.

A questão dos temperamentos já hoje se não admite bem como as ideias doutrinárias de Basin que admitia duas variedades de zona: uma artrítica e outra herpética.

Todavia deve-se reconhecer que se podem encontrar antecedentes reumatismais, dôres articulares, escrofulose, sífilis, glicosúrias, etc. num certo número de doentes.

Mas tudo isto será ou poderá ser causa predisponente; o que se tem procurado são as causas determinantes. Entre estas tem aparecido os factores mais desconhecidos, que momentâneamente tem sido admitidos como os agentes da zona.

As causas cósmicas, parecem ter alguma influencia, pois vêem-se maior número de casos durante o tempo frio e húmido, pelo que já lhe foi atribuído o papel de causa determinante.

A zona não é uma afecção primitiva da pele; pela topografia e pelo conjunto de sintomas, todos estão de acôrdo em considerá-la como um conjunto de perturbações tróficas de origem nevrálgica ou nevrítica. Pode, pois, depender de lesões nervosas de origem central ou periférica.

As de causa central podem ser de origem medular ou cerebral. As de causa cerebral prestam-se à discussão e citam-se casos como os de Duncan (zona da coxa) aparecendo no lado paralisado ao mesmo tempo que uma hemiplegia e desaparecendo com ela.

O de Peyen (zona crural, desenvolvida três dias depois do princípio de uma hemiplegia).

Os de Leudet (zona da face no curso de uma meningite crônica, acompanhando-se de nevralgias frontais) permitem julgar da existência de uma imitação do trigémio.

Porém, êstes e outros factos descritos são pouco concludentes. As de causa medular são, porém, incontestáveis.

Viu-se aparecer zonas no decurso da tabes, das poliomielites, das seringomiélias, das compressões nervosas por motivo de neoplasmas.

O papel do traumatismo pareceu bem averiguado como agente adjuvante em muitos casos.

As emoções violentas foram igualmente incriminadas.

Provou-se também que certos corpos tóxicos como o óxido de carbono, a beladona, a atropina, o arsénio e o chumbo, assim como a intoxicação diabética, a piémica e a carcinótica podiam ser a origem do aparecimento da doença.

Viram-se aparecer zonas no decurso de doenças infecciosas como na gripe, no sarampo, na escarlátina, na pneumonia, na tuberculose.

Becus (de Vittel) relata três casos de zona que atribui a origem reflexa, uma de origem interna e outra de origem externa.

Massay relata o caso duma criatura que tendo um dente careado fez uma zona oftálmica do mesmo lado.

## PATOGENIA

---

Landouzy em 1883 aproximava a zona das febres eruptivas e fazia delas uma doença infecciosa e específica a que deu o nome de febre zoster.

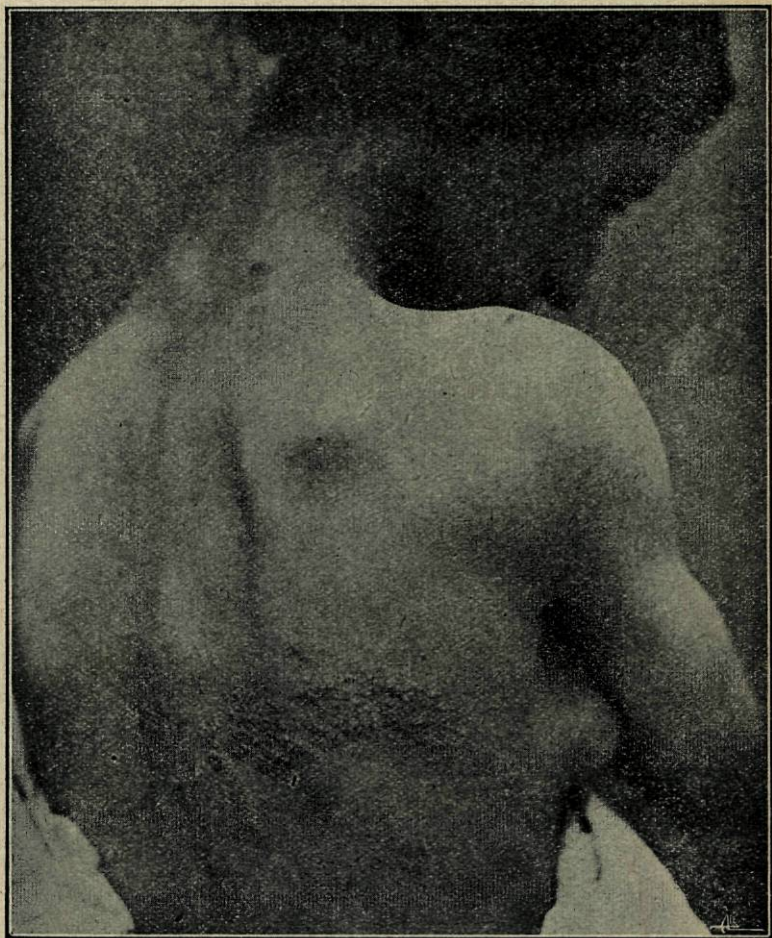
Tibierg, Trouseau, Klermann, Besnier, Sicard, Vidal, Jean Minet e outros tendem a demonstrar relações de contágio entre a zona com erupção e a zona sem erupção.

René Couchet em 1910 dizia :

« Notou-se em particular a multiplicidade das zonas em épocas determinadas, o que permitia suspeitar do seu carácter epidémico e mesmo alguns casos raros de contágio.

« No espaço de um mês pouco mais ou menos, isto é, de setembro a outubro, vi desfilar na consulta 5 casos de zona em indivíduos variando: de 18 meses (zona femural), 4 anos (intercostal), dez anos (femural) 11 e 12 (intercostal).

« A lei das séries, num espaço de tempo tam restrito e para uma afecção tam rara na infância como a zona, levanta naturalmente no espirito a noção de epidemia.



Zona intercostal e ligeira zona cervical. Vêm-se as cicatrizes dum corimbo sob o angular da omoplata.

(Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente de iconografia da Faculdade de Medicina e pertencente à coleção de iconografia dermatológica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas).

« Em 4 destes casos pude averiguar do contágio real, mas já me não sucedeu ao 5.º; que era uma criança de 18 meses.

« Tinha mandado entrar na sala 6, a 5 de setembro, uma das crianças precedentes, rapariga de 4 anos, que apresentava um magnífico espécime da zona intercostal.

« A 8 de setembro entrou na mesma sala e no leito imediato com sinais de bronquite leve a criança de 18 meses. A 10 de setembro apareceu-lhe um eritema em placas na parte superior da coxa esquerda.

« Essas placas não tardaram a cobrir-se de pequenas vesículas arredondadas, cheias de líquido claro e disseminadas em 3 grupos (aspecto clínico da zona femural).

« Não insisto sobre os outros caracteres apresentados por estas zonas. Notava-se, como é de regra na criança, neste e nos outros casos ausência completa de dôr; da mesma maneira todos os fenómenos gerais tinham sido nulos ou pelo menos mais leves do que no adulto.»

Os casos de contágio raream no adulto e de crianças apenas antes destes se citam duas observações de Millon em 1895 dizendo respeito na mesma família a uma rapariga de 2 anos e um rapaz de 7.

Ch. Audry refere também o seguinte caso de zona conjugal: A zona manifestou-se a princípio na mulher sob uma forma típica, a erupção vesiculosa, muito desenvolvida, ocupando a região da omoplata direita, a parte anterior do peito até quasi ao nível do 3.º espaço intercostal e estendendo-se sobre o braço e antebraço do mesmo lado.

Cinco semanas depois, pouco mais ou menos, o

homem foi atacado por sua vez, apresentando os primeiros elementos duma zona característica que occupava a parte lateral do pescoço, a região deltoideia e o segundo espaço intercostal.

Nenhum dos doentes oferecia sintomas mórbidos gerais ou locais.

Deve ter havido contágio.

O Dr. S. Artault de Vevey no congresso de 7 de Julho de 1915 dizia :

«Todos estão de acôrdo em vêr na zona uma manifestação de perturbações tróficas de origem nevrálgica ou nevrítica. Mas isto não é uma contestação do facto; há dores nevrálgicas, há erupção nevrítica; não há dúvida que a segunda se liga à primeira e revela no campo do nervo interessado, uma perturbação profunda, devida provávelmente à nevrite mais ou menos accentuada e dependente duma irritação qualquer do centro correspondente. É precisamente sôbre a natureza desta irritação central que se discute, como se um mesmo sintoma não pudesse ser produzido por várias causas diferentes.

«O ponto sabido é que a causa central da zona parece bem ser uma localização de toxinas sôbre um dos metâmeros do sistema nervoso central, ou sómente sôbre a metade dêste metâmero, donde a produção duma dôr que nós chamamos nevralgia, unilateral quási sempre, algumas vezes bilateral; mas esta palavra implica uma dôr localizada sôbre o trajecto de um nervo, sem conjecturar da causa, que pode ser central ou periférica, devida então a uma compressão dum nervo, mesmo a uma ferida, como se vêem casos actuais nos soldados. É assim, por exemplo, que a nevralgia hemi-craniana é devida ora a perturbações digestivas, e por

consequente, é então de origem central, ora a uma irritação de algum ramo do trigémio por uma lesão óssea por exemplo: e é então da origem periférica.

«A nevralgia sciática é o mais das vezes devida a uma compressão do nervo na bacia, por varizes, por fibromas, por estase coprológica; mas depende também algumas vezes de irritação dos centros medulares por localização metamérica tóxica, mais particularmente nos tuberculosos.

«Insisto neste ponto, porque na discussão das causas primárias da nevralgia que provoca a zona, vários autores, à opinião dos quais eu me associo absolutamente, fazem desempenhar um papel primordial à toxina tuberculosa. Foi assim que vi nevralgias tenazes, inexplicáveis em indivíduos manifestamente em incubação da tuberculose, nevralgias sciáticas bastante frequentes, nevralgias na cintura pélvica, provocando às vezes na região do nervo crural uma erupção de herpes, nevralgias intercostais de que todos os médicos conhecem a frequência nestes indivíduos, não indo sempre até à produção de herpes e de cujas pleurodínias resultam enfim nevralgias escapulares, cervicais e mesmo faciais.

«Não pretendo que todas as nevralgias resultem desta origem tuberculínica, mas afirmo que as nevralgias do tórax e do tronco são quasi sempre manifestações de localizações de toxinas tuberculosas sobre algum centro do sistema nervoso metamerizado.

«Posso afirmar a origem central das erupções de herpes ou de zona facial por minha própria observação: se eu soffro uma forte excitação ou fadiga nervosa de emoção ou de trabalho, eu estou seguro de experimentar uma *poussée de herpes facial*, evoluindo para

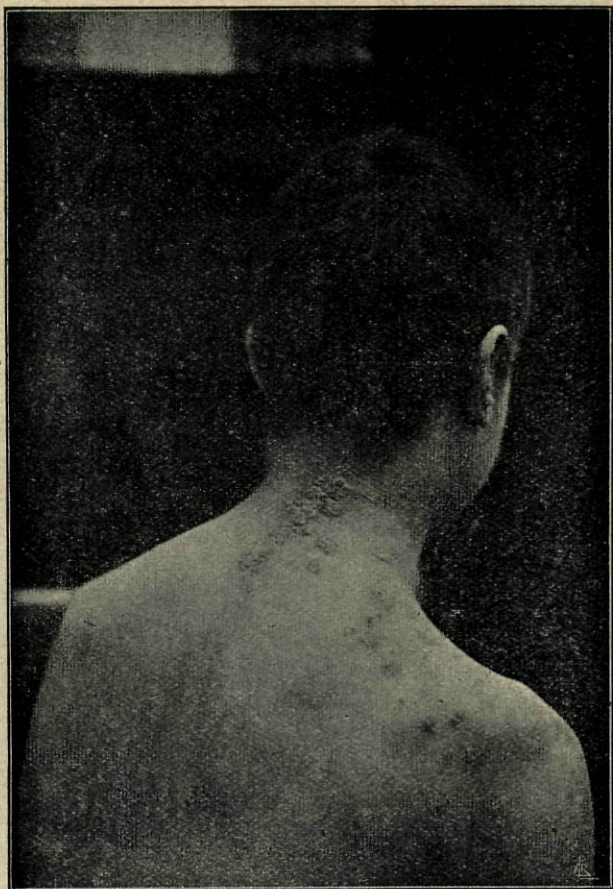


a vizinhança da commissura esquerda dos lábios, raramente nasal ou labial e quasi nunca é direita.

«Ora o que é frisante é que experimento a principio um mal estar geral, fadiga muscular, um estado de iminência constante de arrepios, sem elevação de temperatura, o que me tranqüiliza sob o ponto de vista tuberculoso, depois ao fim de algumas horas uma sensação de queimadura mais ou menos pruriginosa na região habitual da erupção; ou, coisa curiosa, tumefacção sensível e dolorosa dos pequenos gânglios, infra-genianos, imperceptíveis em tempo ordinário, sensação que dura dois ou três dias se deve terminar por uma erupção, e 24 horas se a irritação não vai até às perturbações tróficas.

«Eu sublinho o interesse da participação dos gânglios linfáticos da região, antes de toda a manifestação cutânea, que traz contudo já uma perturbação profunda dos tecidos da região, mais que um fenómeno de reflexo do simpático. Isto explica, por que alguns autores, entusiasmados com a evolução da zona, que se anuncia o mais das vezes por fadigas, dôres a principio vagas, mais ou menos generalizadas, porque o ataque brusco é bastante raro, e apresentando pequenas elevações de temperatura (à tarde  $\frac{1}{2}$  grau a 1 grau ou grau e meio) tenham pensado em fazer dela uma doença geral e tenham tentado comparar a zona a uma febre eruptiva por exemplo. Chegaram até a supô-la contagiosa.

«Trata-se muito simplesmente na realidade de tuberculosos em iminência de *poussée*, tuberculose local qualquer, o mais das vezes pulmonar; às hemoptises em particular, seguem muitas vezes crises de nevralgias intercostais. Repito: para mim as nevralgias inter-



Zona do plexo cervical hemorrágica nos corimbos da nuca e vesículas aberrantes no ângulo do maxilar.

(Fotografia de Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente de iconografia da Faculdade de Medicina, pertencente à coleção de iconografia dermatológica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas e gentilmente cedida pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Ferreira de Castro).

costais são apenas *poussées* de zona frustes, onde a irritação dos centros sensitivos não foi bastante intensa, mas sobretudo bastante prolongada para arrastar no nervo a nevrite, que provoca as perturbações tróficas no seu território.

«Resulta disto que para mim a palavra zona é a localização na zona de um metámero nervoso de perturbações dolorosas mais ou menos intensas e podendo ir até à provocação dos acidentes cutâneos, enquanto é geralmente reservada a esta própria manifestação cutânea que apenas é o grau mais extremo.

«Insisto na febre, relativamente fraca, mas constante que acompanha as primeiras dôres da zona, e que além disso passa, para só voltar no momento de exasperação das dôres que precede a erupção, e que feriu justamente os partidários da teoria da zona como doença geral.

«A origem é quasi sempre tuberculosa e apenas conheço dois casos que não revelaram esta causa :

«Um diz respeito a um individuo de 56 anos, que fez uma *poussée* de extensão pleural dum cancro de figado acompanhado de dores hemitorácicas, em breve seguidas duma erupção vesiculosa sobre a pele do hipocôndrio direito, e a outra uma mulher que teve uma erupção de zona na anca esquerda conseqüente a uma lesão lombar.

«Êstes dois casos são os únicos em 30 que não foram de origem tuberculosa.

«A curva térmica é típica, tendo dois períodos de ascensão.

«Tenho de responder aqui à seguinte objecção :

«Por que é que a zona não ataca de preferênciamos jovens, mas os de idade média e mesmo vèlhos?

«Não é uma objecção peremptória, porque se trata sempre de pessoas que tiveram outrora pleurisias, bronquites tenazes, hemoptises, gânglios cervicais e que o mais das vezes são mais ou menos enfisematosos e asmáticos, que são, numa palavra, catarrosos e sabeis todos, como também o mostrou H. Hitz, nosso antigo presidente, que se trata de tuberculoses desconhecidas muito tempo.

«A idade não intervêm, e, se as nevralgias intercostais e outras tam frequêntes nos jovens tuberculosos não vão até às perturbações tróficas, é porque elas são, em geral, mais passageiras e menos tenazes que nos indivíduos de mais idade; exceptuo disto as sciáticas que tenho visto prolongar-se em certos indivíduos tuberculosos a princípio, até provocar a atrofia muscular.

«Quis insistir um pouco sôbre a natureza da zona para conceder as minhas razões à teoria que faz dela uma manifestação prëtuberculosa: eu poderia citar vários casos em homens de boa aparênciã e que se tornaram tuberculosos; dois são particularmente interessantes porque se trata de dois doentes vigorosos, obesos, que se tornaram diabéticos e foram acometidos pela zona:

«Era a primeira manifestação da tuberculose pulmonar que os levou alguns anos depois.

«Em resumo, chamo zona essencial a que se anuncia por dores mais ou menos vivas, mais ou menos insidiosas, em breve tornadas muito violentas, em geral, e que provocam uma erupção herpetiforme sôbre o trajecto do nervo.

«Todas a outras formas de erupção por traumatismo, cancro, etc. diferem quer pela ausênciã de dôr,

quer por defeito de metamerização, ou pela natureza mesmo da irritação nervosa.»

O Dr. Camescasse na sessão do congresso de 13 de outubro de 1915, tendo acabado de observar uma pequena epidemia de zona anual ou bienal, conta o seguinte:

1.º Uma rapariga de 7 anos, parisiense, hospitalizada em Forges-les-Bains.

Zona dolorosa do braço esquerdo, notável pelas enormes cicatrizes que marcaram para sempre a situação de cinco placas de herpes.

Essas cicatrizes profundamente deprimidas, de contôrno policíclico, são o testemunho da intensidade extrema da perturbação trófica neste caso particular.

2.º Uma mulher de 50 anos, de Saint-Arnault.

Zona torácica direita com nevralgias intensas, que foram contemporâneas da erupção.

Início brusco com movimento sub-febril depressa extinto.

Evolução simples do processo dérmico.

3.º Uma rapariga inglesa de 20 anos, vista em Clairefontaine.

Zona de um metâmero flio-lombar com corimbo pouco desenvolvidos excepto um situado na parte inferior da parede abdominal direita, não longe da arcada, em um ponto que roçava o rebordo inferior dum colete bastante largo apesar disso.

Eu vi esta doente no 5.º dia duma nevralgia progressivamente desenvolvida e descobri o corimbo quási inguinal ignorado da interessada que não acusava neste lugar se não uma sensibilidade extrema.

Êstes casos note-se o seguinte: Foram vistos entre 28 de Julho e 12 de Agosto, e não tendo nenhuma relação entre si.

É-me inteiramente impossível, mesmo por um esforço de imaginação que poderia guiar o meu conhecimento dos logares, dos costumes, etc., descrever, inventar a sucessão dos portadores sãoes que ligariam estas mulheres entre si. 10, 20, 100 pontos não bastariam. É a 10.<sup>a</sup> ou 15.<sup>a</sup> vez na minha vida que eu noto a coincidência destes caracteres e, contudo, eu considero a zona como uma variedade de poliomielite em tudo comparável à paralisia infantil, infecção microbiana que não mata directamente, mas que brutalmente ou não, perturba as funções duma árvore medular. Tuberculose? Não.

Aqui não hesito, não tenho o direito de hesitar.

É que com efeito depois de 30 anos eu pude observar às rajadas 60 casos de zona; eu entendo de zona completa com nevralgias de intensidade variável, com corimbos bem nítidos e bem caracterizados.

Ora só dois morreram tuberculosos; o que não quer dizer que só dois fôssem tuberculosos quer antes, quer depois da zona: tuberculosos duma dessas formas que curam pelo repouso e ar puro.

Mas esta restrição seria exagerada se se entendesse que houve mais tuberculosos — clinicamente reconhecíveis — nos meus zosterianos que no resto da população.

A verdade é que eu conheço depois de 10, 20, 30 anos, zonas curadas e que não foram nunca suspeitas de tuberculose.

Alguns morreram quer de amolecimento cerebral, quer de pneumonia senil, de cancro ou doutra doença

qualquer, mas o maior número caminha a meu lado para a velhice.

Os três pequenos factos assinalados acima são bem característicos.

A parisiense, como 95 % dêsses companheiros, reage positivamente à inoculação dérmica.

A minha compatriota de cincoenta anos, rude, castanha e vigorosa, não é tuberculosa nem pelos ascendentes, nem por seu espôso. Supus e não é a primeira vez que ela tenha sido sensibilizada à infecção zosteriana pela menopausa.

O antigo paralítico infantil, como o vélho pobre, o atrófico congénito como o atrófico por privações, forneceriam, se se contassem, uma percentagem enorme sem que se esteja autorizado a estabelecer um laço patológico entre estas misérias e a afecção terminal.

Por dois factos que presenciiei, seria desta última opinião.

Um artista pobre, atacado de zona que deixou cicatrizes cutâneas exageradas sem grandes nevralgias, um homem rico, pusilânime, vítima duma zona que tinha deixado uma nevralgia intercostal persistente, rebelde, ambos viviam num meio contaminado — fábrica de chinelos de lã.

Ambos fizeram uma tuberculose no lóbulo inferior do pulmão direito. Marcha rápida, cavernosa, com caquexia e morte.

A zona foi torácica superior direita nos dois casos.

Todavia eu interpreto os factos de maneira diferente, eu não acuso a tuberculose ou as suas toxinas de gerar a zona.

Acuso o processo trófico — distrófico — que é o próprio da zona — como a nevralgia de ter pôsto em

estado de menor resistência a parte do pulmão que depende dos metâmeros lesados; donde a evolução a êste nível duma tuberculose preexistente ou recentemente adquirida.

É que, com efeito, fui sempre ferido pela importância da perturbação vital local na zona.

Há nevralgias de intensidade e de duração variáveis; mas há pelo menos perturbação vital dos tecidos que pode ir, quanto à pele, até à gangrena espontânea depois da anestesia dum território limitado.

O contôrno policíclico de tais escaras é muito notável.»

Achei interessante transcrever na íntegra estas duas opiniões sôbre a natureza da zona, visto serem das mais modernas que encontrei.

Poderia descrever outras teorias como a vaso-motora, a dos nervos tróficos, a da ação própria dos nervos sensitivos, etc., mas tôdas elas apenas tiveram uma vida efémera e a dos nervos tróficos era puramente imaginária.

Em muitos doentes a punção lombar revelou uma linfocitose mais ou menos abundante e chegou-se a concluir que a zona era uma espécie de meningite; mas também em muitos casos ela faltou e no exame anatómico as meninges estavam relativamente pouco tocadas.

Diversos autores assinalaram mesmo a presença de micróbios no líquido céfalo-raquideano, mas êsses micróbios não foram sempre os mesmos e na maioria dos casos, o exame bacteriológico foi negativo.

Parece-me interessante mencionar por último a opinião de J. Petges:



« A origem infecciosa da zona parece provável e a infecção causal feriria ao mesmo tempo o território linfático da região penetrada pelo agente patogénio e um ou vários nervos; no nervo a infecção caminharía de camada em camada pelos linfáticos perinervosos até ao primeiro gânglio nervoso, de tal maneira que a adenite que acompanha a erupção da zona não seria devida á supuração secundária das vesículas, mas seria anterior: gânglio linfático e gânglio nervoso seriam infectados simultâneamente e pelo mesmo processo.

A prova destas hipóteses é tirada dos factos clínicos seguintes:

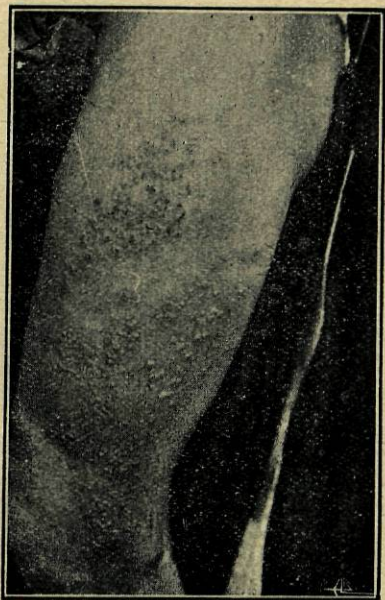
A nevralgia precede a erupção; a doença é unilateral, é particularmente freqüente na cabeça, pescoço e partes superiores do tronco, todas regiões mais facilmente infectadas.

Os nervos sensoriais, mais exteriorizados, são muitíssimo mais atacados que os motores; as lesões são limitadas a um ou dois nervos; o gânglio de Gasser é atacado parcialmente, como o observou Satleb; um dos ramos do 5.º par e sobretudo o oftálmico constituem uma das localizações preferidas da zona; enfim, a reacção ganglionar linfática coincide com a erupção ou a precede.»

Para mim estou convencido de que a opinião de Landouzy fazendo da zona uma doença infectuosa será a que virá a prevalecer.

A tabes, polimielite, etc., traumatismos e ainda as intoxicações não são mais que adjuvantes e determinam no organismo um *locus minoris resistentiæ* onde últeriormente se veem localizar as lesões próprias da zona.

Já hoje se define a zona uma gânglio-radiculite posterior de causa infecciosa ou tóxica e estou persuadido que não longe virá o dia em que um bacteriologista feliz chegará a identificar o micro-organismo causal da zona.



Zona no domínio do plexo lombar,  
ramos crural e  
femural do femuró-cutâneo.

(Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, cigno  
assistente de iconografia da Faculdade de  
Medicina e pertencente à coleção de icono-  
grafia dermatológica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr.  
Viegas).

## ANATOMIA PATOLÓGICA

---

As alterações produzidas pelas lesões da zona devem ser observadas quer na erupção cutânea, quer no sistema nervoso.

As primeiras estão observadas e estudadas.

Faz-se uma proliferação considerável dos elementos celulares que se multiplicam em toda a espessura da camada mucosa de Malpighi e numa parte do tecido celular sub-cutâneo, notavelmente nas papilas; no período de completo desenvolvimento, os tecidos são invadidos nas células de exsudato por uma infiltração serosa, enquanto que as células epiteliais se tumefazem até quintuplicar o volume e muitas vezes se segmentam.

Os vasos das papilas e do córion são dilatados e engorgitados de sangue.

Segundo Neuman, as células da séde de Malpighi são comprimidas e separadas por uma camada de células arredondadas que forma estreitas faxas perpendiculares á superfície; no centro da vesícula a proliferação é mais abundante e formam-se focos de supuração que são encerrados num aparelho reticulado, composto das

células epiteliaes comprimidas das porções média e superficial da camada mucosa; os elementos da camada inferior podem também contribuir em uma fraca parte para a formação do rectículo.

Haight e Unna mostram que a pústula da zona tem um desenvolvimento análogo ao da variola, o que explica o aspecto umbilicado de certas pústulas.

As alterações consecutivas da pele dependem da profundidade das lesões.

Se a camada mucosa de Malpighi é a única atacada e o córion está intacto e revestido por células geradoras não há lesões cicatriciais.

Pelo contrário, se a lesão é mais extensa, o que se observa nas formas graves, se há infiltração de sangue nas papilas e nas camadas superiores do córion, a supuração destroi uma parte do tecido conjuntivo, produz-se uma perda de substância que dá inevitavelmente uma cicatriz.

O exame das véscico-pústulas mostra a existência de leucocitos mais ou menos numerosos nadando no meio da serosidade, transparente no início, depois turva, por causa da formação dos elementos sólidos e da presença dos hematias.

Pfeifer encontrou esporos análogos aos da varicela e vacina não tendo nenhum carácter específico e todas as inoculações feitas foram infrutíferas.

Do mesmo modo sucedeu a Troisier e Tamosoli.

A anatomia patológica das lesões nervosas e a relação existente entre estas e a dermatose, passo a descrevê-las desde o início.

Danielesen encontrou num homem morto de pneumonia dois meses depois do princípio de uma zona tórácica o sexto nervo intercostal esquerdo tumefeito,

injectado. Havia infiltração do nevrilema, mas os tubos nervosos estavam sãos.

Esmarch, num doente atacado de zona sciática depois duma punção de hidrocelo encontrou o nervo hiperemiado e edemaciado.

Em 1863 Bärensprung numa criança morta de tuberculose pulmonar, tendo tido seis semanas antes uma zona intercostal hemorrágica do lado direito notou que os 6.º, 7.º e 8.º nervos intercostais assim como os gânglios correspondentes estavam tumefeitos e injectados; as raízes estavam intactas.

Ao microscópio constatou a existência de um processo inflamatório muito acusado no nevrilema.

Os elementos nervosos dos gânglios não estavam destruídos, mas os ramos nervosos apresentavam fibras varicosas, granuladas e interrompidas na sua continuidade e insistia sobre a extensão da inflamação não para a medula, mas para a periferia.

Em 1865 Charcot e Cotard, em 1870 Veidner, em 1871 O. Viss, em 1875 Chandlux todos reconheceram a existência de lesões dos nervos periféricos, mas apenas foram assinalados duma maneira incompleta.

Em 1881 Lesser encontrou numa zona cervical o 4.º gânglio direito apresentando um foco de degenerescência gordurosa, misturado de pigmento.

Em 1883 Pitres e Vaillard numa mulher que tinha tido duas zonas intercostais encontraram alterações graves do sexto nervo intercostal, nenhuma fibra estava sã e as lesões iam da simples segmentação da mielina até à destruição do cilindro-eixo. Havia além disso esclerose total do nervo.

Em 1884 Dubler num caso de zona intercostal encontrou os 6.º, 7.º e 8.º nervos espessados, as lesões

microscópicas da nevrite incidiam sobre os tubos nervosos e no tecido intersticial, estendendo-se nos dois sentidos centrífugo e centrípeto; as lesões ganhavam o tecido adiposo sub-cutâneo e detinham-se antes de atingir os gânglios.

Em 1887 Leudet, na autópsia de um tuberculoso, atacado oito meses antes numa zona frontal, encontrou as lesões de uma nevrite antiga, parenquimatosa e intersticial; na periferia do gânglio de Gasser um grupo de tubos estava degenerado, as células sãs.

Head e Campbell em 19 autópsias de zona encontraram constantemente lesões dos gânglios raquideanos (inflamações, hemorragias) ou do gânglio de Gasser quando se tratava de zona oftálmica.

André Tomás e Déjérine em 1907 em duas autópsias feitas uma seis semanas e outra um mês depois da erupção, sendo ambas torácicas e correspondendo a primeira à zona de distribuição da 8.<sup>a</sup> raiz dorsal e a segunda à 9.<sup>a</sup>: no primeiro caso o oitavo gânglio raquideano direito era o único doente e os outros que examinou estavam intactos.

As lesões ganglionares eram de duas ordens: intersticiais e parenquimatosas.

As primeiras consistiam em infiltrações linfocitárias dispostas em toalhas mais ou menos difusas no interior do gânglio ou no envólucro, em proliferações do elemento conjuntivo da trama ganglionar, numa dilatação muito pronunciada dos vasos mas sem hemorragias.

As lesões parenquimatosas compreendiam a destruição de várias células ganglionares, a destruição de um grande número de cilindros-eixos, a maior parte dos quais estavam tumefeitos, irregulares e varicosos; havia ao mesmo tempo irritação e degenerescência.

A raiz posterior estava muito degenerada no tópo central, entre o gânglio e a medula; no seu tópo periférico entre o gânglio e o nervo periférico.

As meninges estavam relativamente pouco irritadas na vizinhança das raízes.

A raiz anterior não estava absolutamente intacta.

Os filetes nervosos levantados na pele ao nível da erupção continham algumas fibras doentes.

As lesões do segundo caso, conquanto semelhantes ás do primeiro, puderam ser seguidas em maior extensão do tópo periférico da raiz posterior.

Existiam, além disso, fibras degeneradas no ramo anastomótico do simpático.

Estas observações acrescentam-se às precedentes para demonstrar a importância das lesões *radiculo-ganglionares* na génese da zona.

As investigações não poderiam deter-se no gânglio raquideano e para serem completas deveriam ir até à medula.

Deve-se tanto menos dispensá-las quanto é certo que alguns autores como Brissaud sustentam a teoria medular desta afecção.

Os exames da medula nos dois casos de Dejerine revelaram a existência de uma congestão acentuada e alguns focos hemorrágicos na substância cinzenta da medula do mesmo lado da lesão ganglionar e no segmento medular correspondente; os elementos nervosos estavam mais dissociados que os do lado sã, por uma espécie de infiltração edematosa.

Constatações semelhantes foram feitas por Hedinger e Bruce.

A congestão e os focos hemorrágicos, o seu domínio muito nítido sôbre o segmento medular e o



lado correspondente à zona, a infiltração edematosa da medula constituem um conjunto de fenómenos curiosos análogos aos que se produzem na pele.

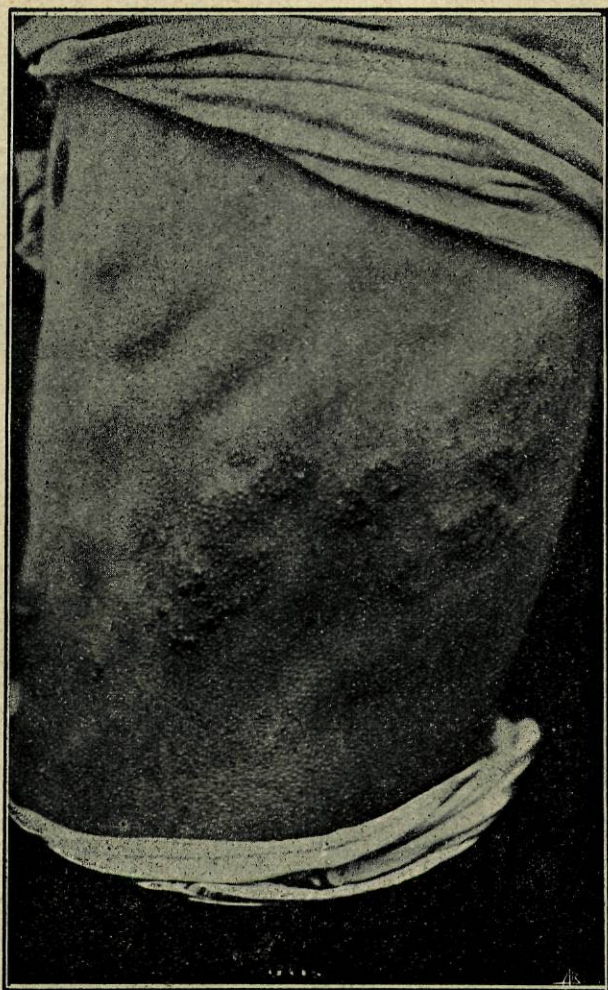
¿ Não será licito ver nas lesões medulares equivalentes às lesões cutâneas, desempenhar um papel importante o sistema simpático?

É possível que a lesão radiculo-ganglionar que provoca a aparição da zona actuasse muito menos sobre a pele pela irritação da destruição das células do gânglio raquideano ou das raízes posteriores, que pelas alterações simultâneas das fibras simpáticas que se misturam a êste nível com as fibras radiculares e estas compreendidas no mesmo foco inflamatório, umas dirigindo-se à pele e outras à medula.

A uma irritação muito viva das fibras simpáticas sucederia rapidamente a sua destruição, donde a aparição das perturbações circulatórias e tróficas que caracterizam a zona.

A irritação da fibra da raiz posterior gera as dores tão vivas que fazem parte da sintomatologia da zona assim como as hiperestésias.

As anestésias ou hipostésias seriam devidas à degenerescência das mesmas fibras.



Zona intercostal abrangendo o distrito de distribuição  
de dois nervos intercostais. •

(Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente de iconografia  
da Faculdade de Medicina e pertencente à coleção de iconografia  
dermatológica do Ex.<sup>ma</sup> professor Dr. Viegas).

## LOCALIZAÇÃO

---

O zoster localiza-se sempre na zona de distribuição da raiz dos nervos e não segundo o trajecto dos mesmos, como outrora se pretendia que fôsse.

Foi demonstrado por André Thomas e é a sua demonstração que reproduzo :

«Eis um caso de zona do membro superior, num individuo de cinquenta anos; depois de alguns dias de dôres extremamente vivas sobreveiu a erupção que occupava para deante e para trás o bordo externo do braço, ante-braço e polegar.

Os corimbos de vesículas estão distribuidos no dominio dos nervos: radial, mediano, musculo-cutâneo e circumflexo, mas apenas occupam uma parte de cada um dêles.

As vesículas de herpes estão distribuidas no trajecto e no território de inervação de vários nervos. os territórios estão apenas parcialmente invadidos, e os limites das regiões sãs e doentes são muito nitidamente cortados.

Se admitirmos que são os nervos periféricos que estão parcialmente doentes, é preciso admitir que êles

o são duma maneira muito especial, para gerar uma perturbação trófica tão sistematizada.

Se compararmos pelo contrário o esquema do mesmo doente com o da distribuição radicular de Kocher, veremos logo que a erupção corresponde bastante exactamente ao território cutâneo inervado pela quinta raiz cervical; do mesmo modo o doente era portador duma hiperestesia que ocupa a mesma fita longitudinal.

Por isso estamos habilitados a supor que a lesão se encontra no trajecto da quinta raiz cervical.

Foi propositadamente que tomei para exemplo uma zona do membro superior, bem que seja muito mais rara que a intercostal ou torácica; a inervação radicular é muito diferente da inervação periférica.

Já não é assim no tronco, em que a distribuição periférica de cada nervo intercostal é quasi a mesma que a da raiz correspondente; cada raiz dorsal apenas fornece um pequeno filete anastomótico a cada nervo intercostal supra e subjacente.

Não há, como para os membros, plexos interpostos entre as raízes e os nervos periféricos.

A topografia radicular dos membros inferiores é igualmente muito nítida.

Pode acontecer que as vesículas cubram um grande território cutâneo, correspondendo a várias raízes: basta, nesses casos, estudar mui cuidadosamente os limites da erupção para se dar conta que elles se sobrepõem à dum território radicular».

---

As localizações torácicas e abdominais são as mais frequentes, daí o nome de zona do tronco que lhe de-

ram os autores antigos e hoje subdividida em peitoral, intercostal, abdominal, dorso abdominal e lombo-inguinal, variedades dependentes dos nervos intercostais e lombares.

Passarei a descrevê-los sucessivamente:

Zona peitoral — é o tipo clássico da zona; é a ela que esta afecção deve o seu nome, era a única que os autores antigos conheciam e designavam por este nome.

A zona apresenta-se em certos casos, como uma linha contínua de grupos vesiculares partindo da espinha dorsal e estendendo-se até ao esterno; esta linha pode corresponder a um, dois ou três espaços intercostais.

Num caso de Wethvil, a zona estendia-se da quarta à décima costela e terminou-se por largas bôlhas purulentas e uma enorme escara.

Outras vezes apenas se encontram grupos disseminados, situados em geral uns perto do ráquis, outros da linha média e o último sôbre o ponto correspondente à emergência do ramo externo.

Ás vezes há apenas um grupo.

Os grupos extremos anterior e posterior ultrapassam em geral um pouco a linha média.

As placas eritematosas podem atingir dimensões excessivas. Num caso de Vulpian havia apenas duas, uma para deante tendo de comprimento vinte centímetros por dez de largo e outra junto do ráquis da mesma dimensão.

A zona que ocupa os 2.<sup>os</sup> e 3.<sup>os</sup> espaços intercostais pode acompanhar-se duma erupção bifurcada sôbre as faces interna e posterior do braço, seguindo o trajecto dos ramos perfurantes, até ao nível do cotovelo.

A erupção pode ser horizontal ou levemente inclinada para baixo e para diante.

É igualmente freqüente dos dois lados.

Apresenta-se algumas vezes sob a forma duma verdadeira cintura completa, outras vezes de duas meias cinturas desiguais.

Erasmus Wilson viu um caso de cinco linhas de zona paralelas estendendo-se da clavícula à virilha.

As zonas intercostais, abdominais, dorso-abdominais e lombo-inguinais, os seus próprios nomes indicam a sua situação — sendo apenas de notar que os ramos posteriores dos nervos lombares se ramificam na região nadegueira e sobre o lado externo da coxa até quási ao trocânter, e que sobreveem igualmente grupos vesiculosos que partindo do sacro, ganham o trocânter acima dos músculos nadegueiros, o monte de Venus, a região inguinal e o escroto, correspondendo assim ao trajecto dos nervos ileo-inguinal e escrotal.

Vem em seguida por ordem de freqüência as zonas do domínio do plexo lombar: lombo-femural e femural; as do trigémio, totais ou parciais, dividindo-se estas em facial, frontal e oftálmica, depois as do pescoço (cervicais) ou da nuca e a descendente ou cervico-subclavicular, dependentes do plexo cervical; as do membro superior ou braquiais, na alçada do respectivo plexo; as do períneo que o plexo sagrado inerva e que podem chamar-se, segundo os autores, perineal, genital, sacro-esquiática, etc., e por último as do couro cabeludo, ou zona *capiliti*.

Zona lombo-femural, — esta zona liga-se a uma afecção dos 2.<sup>os</sup> e 4.<sup>os</sup> nervos lombares e a erupção aparece sob os pontos lombar e sagrado da coluna vertebral, acima da região nadegueira, na superfície an-

terior da coxa, sôbre as suas faces externa e interna até ao joelho, assim como no escroto e grandes lábios, correspondendo ao nervo cutâneo anterior externo da coxa, ao gênito-crural, ao ramo sensitivo do nervo obturador, ao cutâneo mediano e safeno do crural.

Em virtude das numerosas anastomoses que existem entre as ramificações do trigémio, do nervo facial e dos nervos superiores do pescoço, a zona facial é a mais variável de todas quanto à região nervosa.

É assim que se manifesta muitas vezes como zona frontal, correspondente à extensão frontal do primeiro ramo.

Sobreveem então grupos de vesículas muito confluentes, e muito nítidamente detidos na linha média, sôbre uma metade da fronte correspondendo à esfera do nervo supra-orbitário e estendendo-se da pálpebra superior até ao vértex, havendo da mesma maneira efflorescências que ganham o ângulo do olho correspondendo ao nervo fronto-nasal.

Em virtude da participação do ramo etmoidal e do ramo externo do nervo nasal, existe ordinariamente também tumefacção da mucosa nasal e uma erupção na metade correspondente da face dorsal do nariz até à sua extremidade.

Quando a doença se estende em virtude da participação dos nervos zigomáticos e lacrimal, a parte vizinha das fontes pode tornar-se a séde duma erupção e constitui então a chamada zona oftálmica.

Esta localização é das mais dolorosas e pode tornar-se perigosa e ter mesmo consequências funestas.

Pela participação do ramo ciliar e da longa raiz do gânglio pode sobrevir uma injeccção dos vasos ciliares, papilas, vesículas e úlceras sôbre a córnea, bem

como analgesia e anestesia, irites e ainda xerosis da córnea.

A pálpebra superior está muitas vezes edemaciada sem que o número de vesículas seja considerável; certos oftalmologistas chegaram a dizer mesmo que nunca havia vesículas sobre as pálpebras, mas Hutchinson, Coppez, Carry e outros citam casos limitados às duas pálpebras. As cicatrizes são quasi constantes, derivadas de ulcerações e da *gratage* frequente, e profundas sobretudo na região supraciliar.

O que tem interesse sobretudo na zona oftálmica é a frequência das lesões oculares.

Muito mais se poderia acrescentar sobre a zona oftálmica, mas trata-se dum trabalho rudimentar e para demais elaborado por quem desta especialidade poucos conhecimentos possui.

Uma outra variedade de localização da zona facial é a que tem a sua séde, principalmente nas faces e que corresponde às pequenas ramificações do ramo maxilar superior, por grupos que se terminam na asa do nariz e na pálpebra inferior, e que estão sob a dependência do ramo orbitário e da terminação do nervo do maxilar inferior. Ao mesmo tempo, pode produzir-se, pela participação dos ramos palatinos e faringeos, vermelhidões difusas, dolorosas, ou grupos de vesículas duma duração efémera, na região das faces, do paladar e da mucosa faringea.

Ao nível do 3.<sup>o</sup> ramo do 5.<sup>o</sup> par do maxilar inferior, produz-se uma zona que corresponde principalmente ao seu ramo inferior carregado sobretudo de fibras sensitivas.

É assim que sobreveem grupos de vesículas sobre a parte anterior do pavilhão e da região temporal vi-



zinha, no conduto auditivo externo até ao tímpano (nervo auricular anterior), depois erupções no ângulo mentoneano e irritação, algumas vezes descamações epiteliais na parte da lingua correspondente ao nervo lingual.

Podem ainda aparecer vesículas na face posterior do pavilhão, correspondendo ao nervo auricular posterior do facial, assim como nas regiões das fontes, frontal, faces, maxilar inferior, região cervical superior e inferior pela participação dos ramos temporal, zigomático, bucal e dos ramos maxilar e subcutâneo do pescoço que fazem parte do plexo mentoneano.

A extensão da zona da face pode aumentar pela invasão das regiões que estão sob a dependência dos nervos cervicais superiores, isto é, do grande nervo occipital que se ramifica na nuca e na face posterior do pavilhão, e parte do terceiro nervo cervical.

A maior parte das vezes apenas aparecem na região já descrita da face grupos inteiramente isolados de vesículas; outras vezes, porém, a região é invadida toda pela erupção, quer por grupos de efflorescências hemorrágicas quasi confluentes, muito próximas umas das outras, quer por vesículas disseminadas, desenvolvidas normalmente, entre as quais há muitos grupos com pápulas abortadas em caminho de regeneração.

É raro vêr ao mesmo tempo uma erupção no occiput e na nuca, isto é uma participação da ansa cervical dos três primeiros nervos cervicais (zona occipito-cervical).

Enfim de todos o mais raro é o caso descrito por Hebra pela primeira vez de uma zona facial dupla.

Na zona occipito-cervical, encontra-se fora dos grupos vesiculares ocupando as regiões occipitais su-

perior e inferior que corresponde ao nervo grande auricular outros grupos na face posterior do pavilhão, no lóbulo da orelha e na face posterior do conduto auditivo, na parte anterior, na linha média do pescoço ao passar sob o mento, grupos correspondentes ao ramo sub-cutâneo do pescoço partindo dos nervos cervicais superiores.

Na zona cervico-subclavicular, a erupção começa na nuca, no limite do couro cabeludo, sôbe pela região lateral do pescoço dirigindo-se de cima para baixo para a espádua, dali para a parte anterior, sôbre a pele compreendida entre a clavícula e o mamilo, e sôbre a região supra-clavicular.

A extensão corresponde à esfera de distribuição do 4.º nervo cervical, dos nervos infra-claviculares e dos nervos ascendentes da nuca.

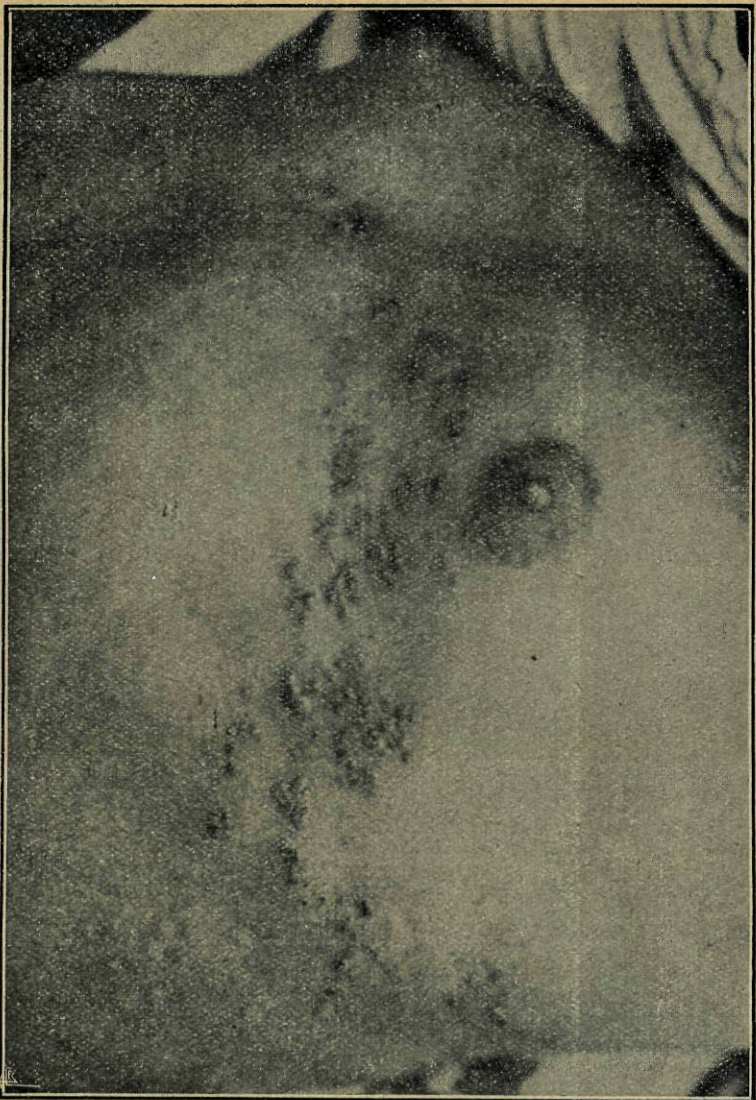
A zona cervico-braquial tem o seu ponto de partida na região do plexo braquial.

A zona desce mais ou menos tanto sôbre o lado da extensão como sôbre o da flexão do braço; às vezes ganha o ante-braço e pode ir até ao pequeno dedo; ao mesmo tempo pode haver grupos de vesículas na região das duas primeiras costelas até ao esterno.

Algumas vezes ainda em virtude da participação dos nervos cervicais médios, que estão ligados ao plexo, faz-se uma erupção na região da nuca até ao occiput e mesmo na região escapular correspondendo ao nervo cutâneo braquial superior.

Zona genital quando a localização se faz na região dos nervos vergonhosos.

Ainda há as chamadas zonas mucosas, tendo sido entre nós observado um caso pelo falecido médico Dr. Baptista Ferreira e citado pelo Ex.<sup>mo</sup> professor Luís Viegas na sua lição sôbre zona.



Zona intercostal mostrando vesículas de viria grandeza, em diferentes períodos de evolução e cicatrises d'outras.

(Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente de iconografia da Faculdade de Medicina e pertencente á coleção de iconografia dermatológica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas).

## SINTOMATOLOGIA

---

Poderemos admitir duas ordens de sintomas: objectivos e subjectivos.

Começaremos pelos objectivos.

Em certos pontos da pele podem aparecer bruscamente, com uma sensação de queimadura, que pode faltar, e ser substituída noutros casos por um prurido mais ou menos vivo, ou por uma sensação desagradável provocada pelo atrito dos vestidos, sobre uma base primitivamente vermelha, grupos de pápulas isoladas de um vermelho vivo, do tamanho de um grão de milho e mesmo maiores que se transformam em algumas horas, ou mesmo em um ou dois dias, em vesículas do tamanho da cabeça de um alfinete, dum grão de chumbo, ou duma ervilha.

Esta vermelhidão, êste eritema, prê-vesicular, se são constantes podem ser a manifestação única do processo zosteriano — zona abortiva. Em alguns doentes, a vermelhidão, o calor e a tumefacção da pele tomam um desenvolvimento considerável e nos pontos onde o tecido laminoso se presta, como na região fronto-palpebral, simula a erisípela.

A duração da erupção pode ser de 4 a 8 dias, não aparecendo ao mesmo tempo todos os grupos vesiculares. Mas as efflorescências de cada grupo são contemporâneas, atingindo o completo desenvolvimento ao mesmo tempo, podendo um grupo estar completamente desenvolvido enquanto que outros estejam ainda no início.

As vesículas de cada grupo são inteiramente isoladas uma das outras, contudo, no seu período de pleno desenvolvimento são mais próximas e podem chegar a tornar-se mesmo confluentes, a ponto de formarem sôbre a pele uma só bôlha.

Cada placa segue um desenvolvimento regular.

O conteúdo das vesículas fica, durante um período de tempo que varia de 3 a 5 dias, límpido como a água e no máximo de desenvolvimento repousa sempre sôbre uma base vermelha que passa alguns milímetros — às vezes um a dois centímetros — além dos limites do grupo vesiculoso; depois o líquido torna-se turvo, purulento, a vesícula murcha, enruga-se, abre-se e vê-se formar uma crosta amarelo-escura coberta pelo envólucro vesicular; em alguns casos as vesículas ao secarem-se umbilicam-se exactamente como as pústulas variólicas (Heba).

Do 8.º ao 12.º dia a evolução está em geral terminada; as crostas caem deixando placas vermelhas que podem desaparecer ao fim de algumas semanas, ou de alguns meses, depois de um período de leve pigmentação parda; mas muitas vezes quer pelo atrito dos vestidos, quer ainda pela *gratage* feita pelo doente que não pode resistir à comichão local, formam-se pequenas ulcerações, que, curadas, deixam no lugar da erupção pequenas cicatrizes arredonda-



Zona dorso-abdominal com a particularidade  
da vesiculação atingir e exceder ligeiramente  
a linha branca.

(Cliché do Dr. Pedro Vitorino Ribeiro, digno assistente  
de iconografia da Faculdade de Medicina e pertencente  
à coleção de iconografia dermatológica do  
Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas).

das, quer brancas, quer levemente discrómicas com centro branco descórado e periferia acastanhada que se reconhecem pelo agrupamento em corimbo alongados e pela forma arredondada de cada uma delas.

É raro que a zona se componha apenas de um corimbo; o mais das vezes há vários e o número é muito variável, contando-se em geral de 5 a 10, e às vezes 15, 20, 50 e mais, dispostos em linhas determinadas sôbre o trajecto dos nervos; cada uma delas, tem a forma alongada e ora ficam distintas, ora se unem pelas extremidades de maneira a formar uma linha continua, mas apesar de juntos cada grupo vesiculoso conserva o seu rebordo periférico característico, vermelho vivo ou violáceo.

Decorrem 8 a 10 dias para a completa evolução de cada grupo e há durante a primeira semana *poussées* successivas, de modo que o curso completo da erupção varia entre duas e quatro semanas.

Esta é a marcha normal da zona, mas pode apresentar anomalias. Assim, ora fica no estado eritematoso, a que já me referi, zona abortiva, ora pode sofrer um desenvolvimento mais intenso e ser a séde de complicações locais mais ou menos graves.

As vesículas podem tornar-se hemorrágicas. Uma vez nas zonas intensas, vê-se um certo número de vesículas, ou mesmo tôdas as vesículas de um grupo encherem-se de um líquido vermelho-escuro ou vermelho-azulado; a congestão foi mais intensa e fez-se uma extravasão sanguínea quer por diapedése, quer pela ruptura de algum capilar; outras vezes tôdas as placas apresentam um aspecto vermelho-violeta baço; como na púrpura as vesículas são moles e contem misturado à serosidade um sangue negro.

Abrem-se facilmente dando saída a um líquido purulento, sangüinolento e são a séde de ulcerações atrozmente dolorosas que supuram; cicatrizam-se difficilmente, lentamente e deixam cicatrizes mais ou menos profundas, pigmentadas, de disposição e forma característica.

É esta a chamada zona hemorrágica.

Noutros casos quer consecutivamente a hemorragias vesiculares, quer primitivamente, faz-se uma zona gangrenosa: sob cada uma das vesículas, forma-se uma pequena escara denegrida, bem limitada e o conjunto de escaras como esta, representa exactamente a forma do grupo das vesículas; essas escaras tornam-se pardacentas, caem dando lugar a pequenas exulcerações que supuram, que tem às vezes uma tendência serpigínosa, destroem as partes intermediárias da derme, fundem-se e formam vastas ulcerações de má natureza. É nestes casos que se encontram cicatrizes irregulares, pigmentadas, algumas vezes verdadeiros queloides.

Na vizinhança da erupção e sobretudo quando os fenómenos inflamatórios locais são pronunciados, não é raro vêr-se a tumefacção dolorosa dos gânglios linfáticos correspondentes.

Não é raro observar também, como o afirma Tenneson, concomitantemente com a zona típica, vesículas aberrantes que não occupam o trajecto dos nervos lesados, mas que se encontram em diferentes partes do corpo, particularmente à volta da lesão zonal.

Esta afirmação foi confirmada pelas observações de Brissaud, Colombini, Molinié e muitos outros.

Gérard admitia uma nova classificação: as zonas atípicas que eram aquelas cuja distribuição cutânea



se desviava da habitual e assim admitia: zonas bilaterais simétricas; zonas bilaterais não simétricas; zonas desdobradas, aquelas em que uma bifurcação da erupção se effectuava muito próximo do ponto de partida desta erupção.

Zonas bifurcadas e trifurcadas quando a bifurcação se effectua longe; zonas com placas aberrantes; zonas hemiplégicas.

Esta classificação está hoje em desuso englobando-as na zona com erupção generalizada, que clinicamente, segundo Jean Minet e Leclercq, se apresenta da maneira seguinte:

Um doente é atacado de uma zona intercostal ou de outra.

Esta zona principiou recentemente e chama tóda a atenção do médico e do doente; vesicula-se normalmente e evolui francamente como a zona mais banal.

Mas, bruscamente, uma manhã ao descobrir o doente, somos surpreendidos por encontrar em diversos pontos da superfície cutânea uma erupção nova.

As vezes esta erupção é quasi contemporânea da zona primitiva e principia algumas horas sómente depois dela.

Quando a segunda erupção não é contemporânea da primeira, mas a segue com um ou dois dias de intervalo, faz-se acompanhar de processos análogos aos primeiros: febre, dores, algumas vezes agitação e delírio.

Se se seguir atentamente a evolução da segunda erupção vê-se que ela difere da primeira.

Não se trata já de vesículas tendo a séde nitidamente sobre o trajecto duma distribuição nervosa ou radicular.

Os novos elementos eruptivos são o mais das vezes disseminados sem nenhuma ordem aparente.

Aqui é uma placa eritematosa, ali uma mácula, acolá um corimbo de 15 ou 20 vesículas.

Podem-se considerar como inteiramente excepcionais os casos em que a generalização se faz segundo territórios radiculares.

Por outro lado também a segunda erupção não aparece sempre de uma só vez, mas por *poussées* sucessivas.

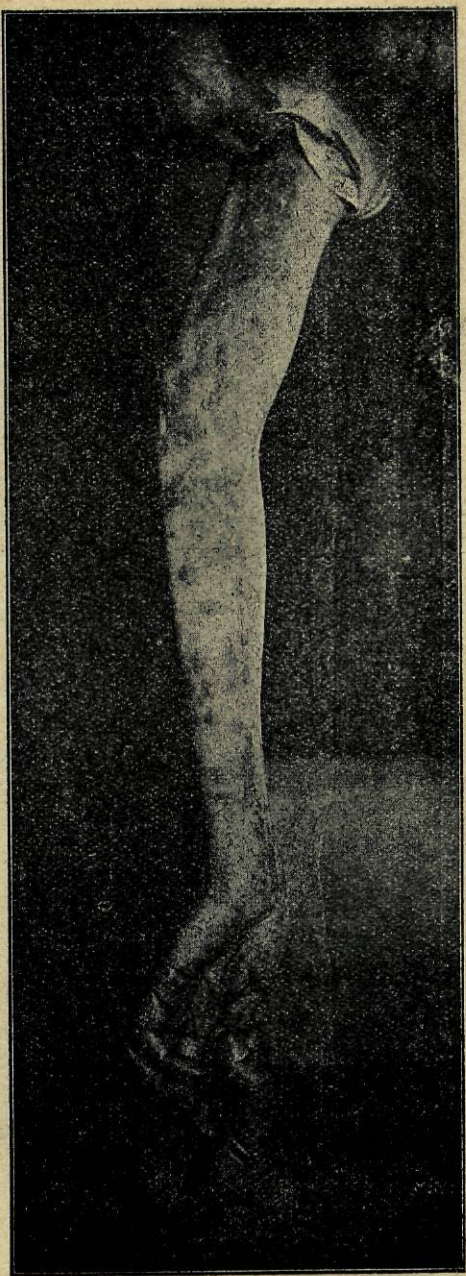
Também não tem a mesma marcha; pode ficar sempre no estado máculo-papuloso, ou no estado de placas eritematosas sem que algum dos elementos se vesicule. Neste estado dura algumas horas ou quando muito alguns dias.

Pode apresentar também ao lado de elementos que não ultrapassam o estado maculoso outros que chegam ao estado de vesiculação, mas essas vesículas são efémeras e murcham apenas formadas.

Dos sintomas subjectivos a dôr é o mais importante.

O doente experimenta habitualmente dores durante a *poussée* eruptiva e mesmo no momento em que as vesículas se desenvolvem, dores estas que podem ser de intensidade e formas variáveis.

As vezes apresenta-se superficial, muito viva, lancinante com sensações variadas quer de calor ou queimadura, quer de picada ou comichão; em algumas pessoas, é uma sensação de contusão (Fabre); outras vezes há como dois tipos de dôr: uma profunda pouco intensa contínua; outra intermitente, verdadeira dôr nevrálgica que, como o fazia notar Parrot, domina tôda a scena da zona.



Zona do plexo braquial dominando particularmente nos distritos de distribuição do braquial cutâneo interno e seu accessorio e do músculo-cutâneo. Notável pelas dores intensísimas e insónia persistente que acarretou fazendo-se a erupção por *possões* sucessivas.

(Fotogravura de Cliché do Dr. Pedro Victorino Ribeiro, digno assistente de iconografia da Faculdade de Medicina, pertencente á collecção de iconografia dermatologica do Ex.<sup>mo</sup> professor Dr. Viegas e gentilmente cedida pelo Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Ferreira de Castro).

Numas criaturas as dores são muito moderadas, noutras são atrozes e muito tenazes. A dôr, quando existe, não se limita sempre à região lesada, como também pode não terminar com a cura da lesão.

A dôr pode faltar em alguns indivíduos, e em particular nas crianças, onde todos os autores tem observado a sua benignidade, bem como falta de dôr.

Nos vêlhos a dôr costuma ser mais intensa bem como costuma persistir depois da lesão curada.

Brissaud observou casos de dores nevrálgicas localizadas no lado oposto ao da lesão zonal.

Um facto interessante das dores é a sua exasperação muito franca e às vezes de uma regularidade perfeita, que sofre no começo da noute, o que determina uma insónia das mais custosas para o doente.

Parece, todavia, que em certos casos a insónia não está em proporção com as dôres; as dores são mais moderadas e contudo o doente sente uma sensação de incessante comichão acompanhada de um mal estar geral que lhe não permite dormir.

O menor atrito do lençol irrita-o imenso.

A dôr aumenta algumas vezes pela pressão.

Não é só esta a alteração de ordem nervosa que acompanha a zona.

Encontram-se frequentemente alterações de sensibilidade, umas vezes anestésias, outras vezes hiperestésias que podem permanecer depois da cura das lesões cutâneas.

Tem-se observado também paralisias musculares, amiotrofias e outras desordens tais como perturbações vasomotoras caracterizadas por hipotermia que pode variar de um a dois graus.

A zona acompanha-se ou precede-se muitas vezes de pródromos gerais.

## DIAGNÓSTICO

---

A zona é ordinariamente fácil de conhecer; a disposição anatómica das vesículas, a sua unilateralidade em geral e a coincidência habitual de dores nevralgias, formam um conjunto característico.

Pode-se confundir a zona com certas herpes, sobretudo com a labial e facial.

Os caracteres especiais são a intensidade do movimento febril precedendo a erupção; a disseminação irregular e bilateral das vesículas, a ausência de dores e a frequência de recidivas.

Os antigos autores insistiam na analogia da zona e da erisipela que confundiam muitas vezes, sendo verdadeiro que algumas zonas oftálmicas podem dar no início a idéa de erisipelas; mas nesta a tumefacção sub-cutânea é mais considerável; existe um rebordo saliente periférico bem nítido, as vesículas tornam-se rapidamente bolhosas, a linha média não é respeitada, a adenopatia regional dolorosa precede a erupção, a febre é mais intensa e a marcha de afecção faz desaparecer a incerteza do início.

A zona diferencia-se do eczema, que se caracte-

riza por vesículas pequenas, confluentes em breve substituídas por crostas moles.

O eczema não é unilateral, é em geral apirético e de maior duração.

É bom frisar o êrro em que se pode cair tomando quer por amiotrofias ligadas a uma simples nevrite, quer por paralisias históricas, as perturbações motoras que podem aparecer imediatamente depois duma zona.

O exame da pele e a constatação das cicatrizes farão desaparecer tôda a incerteza.

Também só um mau exame poderia confundir a zona com casos raros de variola em cintura, com o liquen, ou com sífilides vesiculosas.

## TRATAMENTO

Atento o desconhecimento do agente produtor da zona, a sua medicação não é específica, mas sim sintomática.

*Tratamento da lesão*—Podemo-nos contentar com salpicar as superfícies doentes com pós inertes (pó de amido, licopódio, talco, etc.), ou então, com pós opiáceos (sulfato de morfina — um grama e licopódio ou amido — 250 gramas), cobrindo-a depois com uma pasta de algodão. Renova-se este tratamento tôdas as 24 horas.

Tentou-se fazer abortar as vesículas, abrindo-as para êsse efeito e cauterizando-as levemente no interior com nitrato de prata.

Também se podem pulverisar as superfícies atacadas com uma solução de nitrato de prata ou de ácido pícrico ou ainda com um soluto alcoólico de percloro de ferro.

Monneret fazia para o mesmo fim aplicações com o emplasto de Vigo.

Méran aconselhava a cobrir as placas com colódio, o que tem o perigo, no caso de estarem supu-

radas, de produzir ulcerações fundas e cicatrizes indeléveis.

A partir do 4.º ou 5.º dia nunca se deve servir d'êste processo.

Tôda a espécie de tópicos tem sido preconizados contra a zona: o ácido fénico, o cerato saturnino, a pomada de beladona, o linimento óleo-calcáreo, uma mistura de uma parte de cânfora pulverisada, cinco partes de óxido de zinco e sessenta de pó de amido; pulverisações com ictiol (Unna).

Segundo êste autor, quando as vesículas estão formadas impede-se de se tornarem purulentas applicando-lhe pastas de sulfureto de zinco ou soluto alcoólico de sublimado corrosivo, de iodofórmio, de ácido fénico e de resorcina.

E. Vidal emprega uma pasta feita com amido e bálsamo trançuílo, applicando primeiro uma camada de bálsamo, salpicando-o de seguida com amido e deixando-o finalmente secar, repetindo sucessivamente êste tratamento. Por êste processo forma-se uma espécie de crosta protectora que põe a erupção ao abrigo dos contactos irritantes e calma as dôres.

Quando as dores são muito vivas applica-se um linimento de cloral ou colorofórmio, pomadas contendo ópio, beladona, cocaina, etc.

Hardz aconselha, quando se produzam ulcerações, a applicação a principio de tópicos emolientes e mesmo cataplasmas de fécula e de seguida, quando os fenómenos inflamatórios desapareçam, pensar as feridas com óxido de zinco ou sub-nitrato de bismuto. O sub-carbonato de ferro, o iodol, o aristol podem prestar serviços nestes casos.

Quando a zona se complica de gangrena e supu-



rações abundantes, devem fazer-se pensos antisépticos com ácido bórico, ácido fénico, álcool, etc.

O tratamento seguido na consulta de dermatologia do hospital da Misericórdia e aconselhado pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Viegas é o seguinte: mandar picar cada vesícula com uma agulha de costura flamejada e, depois de espremida a serosidade com algodão hidrófilo embebido em soluto fénico a 0,5 %, aplicar sôbre as lesões uma pomada com a seguinte composição:

Óxido de zinco . . . . .	10 gr.
Cloridrato de cocaína . . . . .	1 decigr.
Ácido fénico . . . . .	1 decigr.
Vaselina {	ã ã . . . . . 10 gr.
Lanolina {	

No caso desta pomada provocar ardência ou se aplica o pó de amido, ou se suprime da fórmula o ácido fénico.

#### *Tratamento da neuralgia:*

Como disse, a dôr não é sempre proporcional à lesão cutânea.

Podem observar-se neuralgias intensas e rebeldes, acompanhadas de erupções de zona de pouca importância.

Alguns dermatologistas ingleses chegaram a preconizar o fosforeto de zinco como abortivo da zona.

Veiel e Imber supuseram o arsénio capaz de fazer desaparecer a erupção e a dôr.

S. Artault de Vevey applica na emergência das raízes interessadas uma mosca de Milão, afirmando que a dôr se atenua; mas, se apesar disso ella não desaparecer, preceitua gránulos de brucina a um miligrama.

Foram preconizados ainda outros meios como:

pequenos vesicatórios morfinaes, unções com óleo de beladona, salicilato de metilo ou seus sucedâneos.

Bouchard aconselhava as injeções hipodérmicas de salicilato de soda na dóse de cinco a dez centigramas em um ou dois gramas de sôro artificial.

Recomendam-se também as injeções de formiato de quinino, de morfina, ou associada à scopolamina.

Internamente está em primeiro lugar a antipirina, podendo empregar-se também: a fenacetina, o cloridro-sulfato de quinino até oito decigramas, a aconitina até oito decimiligramas por dia, a datura, os preparados de valeriana, os brometos, etc.

Foram empregadas ainda e com bastante successo as correntes galvânicas.

A intensidade deve ser de cinco a quinze mili-amperios e o eléctrodo positivo aplicado na origem raquidiana dos nervos lesados e o negativo em contato com as lesões da pele.

Em pessoas debilitadas devem usar-se os tónicos. — *Para combater a insónia* tem sido prescritos: o sulfonal, o ópio, o cloral, etc.

As águas termais também foram aconselhadas.

Brocq indica as águas de Neris e Plombières em França, Ragatz na Suíça, Schlangenbade na Alemanha.

Parece que a eficácia destas águas se deve attribuir à sua temperatura e à sua radioactividade.

No nosso país não há estudo algum feito, e neste sentido não me consta que tenham sido preconizadas.

Finalmente, quando há um estado prodrómico acentuado, devemos-nos servir dos purgantes e desinfectantes intestinaes.

FIM

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia descritiva** — O estudo das anomalias e variações é o melhor meio de aperfeiçoar a descrição esquemática da anatomia humana.

**Anatomia topográfica** — A anatomia topográfica não deve visar só a cirurgia mas também a semiótica médica.

**Fisiologia** — A castidade prolongada não implica futura infecundidade.

**Histologia** — Há de ser sempre inexplicável para a físico-química biológica a hereditariedade celular.

**Patologia geral e bacteriologia** — Febres tifoides e paratífoides devem, na quasi totalidade dos casos, ser tratadas em conjunto.

**Matéria médica** — A morfina é melhor tolerada nas crianças que nos adultos.

**Anatomia patológica** — As células sinciciais caracterizam os córion-epiteliomas.

1.<sup>a</sup> clínica cirúrgica — A defesa da parede abdominal é o sinal de mais certeza da perfuração intestinal.

2.<sup>a</sup> clínica cirúrgica — Dos traumatismos dos órgãos abdominais os do baço são os mais graves.

1.<sup>a</sup> clínica médica — A doença de Adison é apenas um síndrome.

2.<sup>a</sup> clínica médica — Nem todas as formas de tuberculose se atenuam com a cura de altitude.

Higiene — O pão branco é inferior ao escuro.

Medicina legal — O actual sistema penal é anti-científico, sendo prejudicial tanto para a regeneração dos criminosos como para a salvaguarda da sociedade.

Obstetrícia — O sôpro das uterinas não caracteriza a gravidez.

Ginecologia — Nos prolapsos uterinos seja qual for a operação que se empregue deve fazer-se a colporrafia.

Dermatologia — A zona é uma doença trofo-nervosa de causa inficiosa.

---

Visto.

Luiz Viegas.

Imprima-se.

Pinho.