



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Evolução histórica dos Anais Brasileiros de Dermatologia

An. Bras. Dermatol.,v.87,n.1,p.13-192,2012
<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39570>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Evolução histórica dos Anais Brasileiros de Dermatologia*

Historical evolution of the Brazilian Annals of Dermatology

Izelda Maria Carvalho Costa¹

AndreLou Fralete Ayres Vallarelli²

Renan Rangel Bonamigo³

Vitor Manoel da Silva Reis⁴

Resumo: Nesta edição especial para o centenário da Sociedade Brasileira de Dermatologia, os autores fazem uma retrospectiva da dermatologia brasileira impressa, desde os primórdios, evidenciando a dermatologia descritiva com ricas discussões, ilustrações e propagandas de medicações muito utilizadas na época, como o bismuto no tratamento da sífilis, antes da descoberta da penicilina. Esta revisão chega até os dias atuais, quando as publicações nos Anais Brasileiros de Dermatologia entraram na era da modernidade eletrônica, científica e também de *layout*.

Palavras-chave: Dermatologia; História; Publicações periódicas

Abstract: *In this special edition in celebration of the centennial of the Brazilian Society of Dermatology, the authors take a retrospective look at printed Brazilian dermatology from the very beginning onward, showing evidence of descriptive dermatology with rich discussions, illustrations and advertisements of medications much used at the time, such as bismuth for the treatment of syphilis, before the discovery of penicillin. This retrospective covers up to the current days, when publications in the Brazilian Annals of Dermatology have reached the modern era in electronics, science and layout as well.*

Keywords: *Dermatology; History; Periodicals*

* Trabalho realizado na Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Professora adjunta de Dermatologia da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

² Mestre e Doutor em Clínica Médica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Colaborador e voluntário na área de dermatologia do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

³ Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Professor Adjunto-4 de Dermatologia e Chefe do Serviço de Dermatologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professor Orientador de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação de Patologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Professor Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum.
Suporte financeiro: Nenhum.

Endereço para Correspondência:
SHIS QI 17 Conjunto 08 Casa 02
Lago Sul, Brasília
71645-080 DF, Brasil
e-mail: izelda.unb@gmail.com
izelda@unb.br

FIGURA 1 – Capa do primeiro Boletim.
Primeira capa do Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Volumes 1, 2 e 3, de 1912.¹



Figura 1

FIGURAS 2, 3 e 4 - Estes registros revelam um texto com escrita cuidadosa e o português na sua forma arcaica, clássica e formal. Esse editorial, escrito de forma elegante, marca o lançamento do número de estreia do Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 4 de fevereiro de 1912. O Boletim era o veículo de divulgação impressa de casos clínicos e discussões das reuniões da época, na cidade do Rio de Janeiro. Portanto, o Boletim foi o precursor dos hoje Anais Brasileiros de Dermatologia (ABD).²⁻⁴

Sahe hoje a lume o primeiro numero de nossos boletins, reflectindo largo tracto de tempo e a porfiada actividade que tem tido a "Sociedade Brasileira de Dermatologia".

Na far'a cópia de trabalhos que ella já produzio, ao transcorrer de seu primeiro anno, materia havia de sobejo para mais de um numero de seus boletins, mas o obice de tantos encargos, para uma associação que estreava, fez adiar para agóra a publicação em conjuncto dos que devêra publicar em 1912.

De ora avante, porém, postas em alvo e orientadas á publicidade as contribuições dos consocios, a mercê de sua produção periodica, os boletins serão dados a tempo, consoante ao proposito de tres numeros annuaes, de Abril a Dezembro.

Dest'arte, ainda virão a publico tres numeros este anno, dando cópia ao vigor dos estudos que a Sociedade tem, com rara fortuna, conseguido captar.

Vem de molde, com este primeiro numero, redizer os inuitos com que nos congregamos, tão de pensar com os laboriosos da classe, quanto tem sido o brilho de nossas opulentas sessões.

A "Sociedade Brasileira de Dermatologia", conforme o enunciado, visa principalmente estudos dermatologicos, não se adstringindo, aliás, termo a termo, ás normas de sua clinica. Tão largo quanto o assumpto comporta, a dermatologia, sem desviar de seu rumo, aceita e demanda todas as correntes que lhe são tributarias, mórmente em nosso clima, onde o problema tropical abrange superficie tão vasta e trama de tal modo complicada que deriva para nós o mais rico e mais copioso veio. E não só o tropicalismo contribue na actualidade de novos estudos com o mais forte incentivo para a devassa dos problemas dermatologicos, como ainda mais promette, confiando aos laboratorios a decifração das mais difficeis incognitas.

E' por isso que os experimentadores, de parceria aliás com a clinica, são os que mais nos têm alumiado, abrindo não raro hori-

Figura 2

SUMMARIO

	<i>Pgs.</i>
DISPOSIÇÕES GERAIS.....	3
1.ª SESSÃO ORDINARIA	
Casos de boubas, pelo Dr. Silva Araujo Filho.....	5
Molestia de Duhring, pelo Prof. F. Terra.....	8
Granuloma ulceroso tropical, pelo Dr. Ed. Rabello.....	13
2.ª SESSÃO ORDINARIA	
Lupus erythematoso, pelo Dr. Ed. Rabello.....	17
Verrucosa juvenil, pelo Dr. Ed. Rabello.....	18
Eczema marginado, pelo Dr. V. Tsive.....	19
Melanodermia em placas diffusas, pelo Prof. F. Terra.....	20
3.ª SESSÃO ORDINARIA	
Melanodermia em placas, pelo Prof. F. Terra.....	21
Blastomycose, pelo Prof. F. Terra.....	24
Blastomycose, pelo Dr. Ed. Rabello.....	29
Larva migrans, pelo Dr. Ed. Rabello.....	31
Angio-keratoma simulando o pé de Madura, pelo Prof. A. Austregallo	32
Piedra, pelo Dr. Ed. Rabello.....	34
Leishmaniose da mucosa buccal, pelo Dr. Ed. Rabello.....	34
4.ª SESSÃO ORDINARIA	
Leishmaniose rhino-bucco-pharyngiana, pelo Prof. F. Terra.....	36
Molestia de Duhring, pelo Dr. A. Alcixo.....	37
Blastomycose, tinhas, esporotricose e bouba, pelos Drs. Ed. Rabello, Paulo Horta e Gaspar Vianna.....	37
5.ª SESSÃO ORDINARIA	
Úlcera phagedenica dos paizes quentes, pelo Dr. Ed. Rabello.....	39
Uma nova mycose, pelo Dr. Gaspar Vianna.....	39
Lepra e mastina, pelo Prof. F. Terra.....	41
Tratamento das ulceras syphiliticas rebeldes, phagedenicas pelo serum physiologico, pelo Dr. Werneck Machado.....	41
6.ª SESSÃO ORDINARIA	
Leishmaniose da mucosa nasal, pelo Dr. Carneiro da Cunha.....	41
Botryomycose, pelo Dr. Ed. Rabello.....	42

Figura 3

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia

Sessão de instalação em 4 de Fevereiro de 1912

Reunidos ás 10 horas da manhã no Pavilhão Miguel Couto da Santa Casa de Misericórdia os Drs. Moncorvo Filho, Alfredo Porto, Eduardo Magalhães, Werneck Machado, Adolpho Lutz, Victor de Teive, Caetano de Menezes, Gaspar Vianna, Leal Junior, Eduardo Rabello, Silva Araujo Filho, Juliano Moreira, Paulo Horta, Zopyro Goulart, Miguel Salles, Eduardo Jorge, Franco de Carvalho e Fernando Terra, occupou a mesa a comissão organizadora composta dos Drs. F. Terra, Eduardo Rabello e Werneck Machado. Declarado o fim da reunião, o primeiro convidou para assumir a presidência ao Dr. Juliano Moreira, e servirem como secretarios os Drs. Paulo Horta e Silva Araujo Filho, ficando assim constituída a meza provisoria.

O Dr. Terra procede a leitura do projecto de estatutos, que havia já elaborado com o fim de abreviar a organização da Sociedade, sendo discutidos todos os artigos, successivamente approvados, e nomeada uma comissão composta dos Drs. Juliano, Terra, Lutz, Werneck Machado e Rabello para dar a redacção final de accordo com o vencido.

Ficou resolvido que a eleição da mesa definitiva fosse realisada immediatamente, sendo acceita a indicação do Dr. Moncorvo Filho para que se aclamasse a seguinte directoria:

Presidente — Dr. Fernando Terra.
Vice-Presidente — Dr. Werneck Machado.
Secretario Geral — Dr. Eduardo Rabello.
Thesoureiro — Dr. Miguel Sampaio.
Bibliothecario — Dr. Alfredo Porto.

Figura 4

Figura 5 – Esta imagem mostra o registro dos nomes da diretoria, com destaque para presidentes e sócios honorários tais como Oswaldo Cruz, R. Sabouraud e Alfred Fournier.⁵

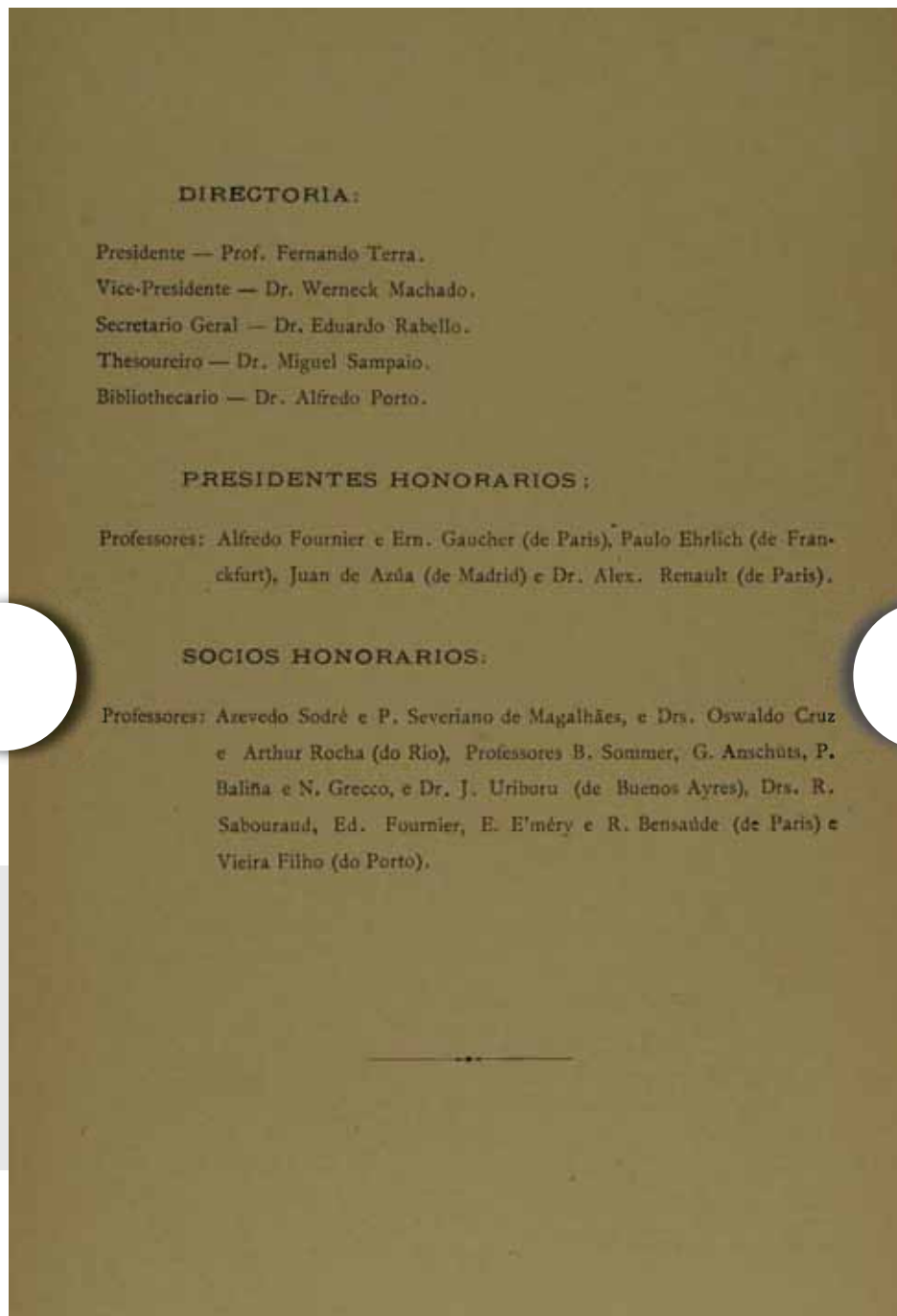


Figura 5

FIGURA 6 – O estatuto de 5 de fevereiro de 1912 tem como destaque os curiosos artigos 3º, 4º, 5º, 6º e 7º. O 6º revela que os artigos deveriam ser redigidos em francês, a língua da ciência na época.⁶

ESTATUTOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Art. 1.^o—A Sociedade tem por objecto o estudo da Dermatologia e domínios afins.

Art. 2.^o — Compôr-se-ha de socios effectivos, correspondentes e honorarios.

Art. 3.^o — A Directoria compôr-se-ha de Presidente, Vice-Presidente, Secretario Geral, Thesoureiro e Bibliothecario, elegiveis annualmente.

Art. 4.^o — As sessões ordinarias serão quinzenaes, durando de Abril a Dezembro:

1.^o — A Directoria poderá convocar sessões extraordinarias;

2.^o — Serão communicados, com antecedencia, local, dia, hora e programma de cada sessão;

3.^o — As sessões serão realizadas com a presença minima de seis socios;

4.^o — Na discussão de cada assumpto não se excederá o praso de dez minutos, nem se falará mais de duas vezes, salvo acquiescencia dos presentes;

Art. 5.^o — A apresentação de doentes terá preferencia sobre qualquer assumpto;

Art. 6.^o — Os trabalhos lidos perante a Sociedade serão publicados em Boletim, redigido em francez, sob a direcção do Secretario Geral, auxiliado pelos outros Secretarios.

Art. 7.^o O socio effectivo pagará 20\$000 annualmente, em duas prestações, com direito aos boletins.

Art. 8.^o Estes Estatutos não poderão ser reformados sem o consentimento da maioria absoluta dos socios presentes nesta cidade.

Art. 9.^o Os casos omissoes serão resolvidos pela Directoria, que delles dará opportuno conhecimento á Sociedade.

Rio de Janeiro, 5 de Fevereiro de 1912.

Figura - 6

FIGURAS 7 e 8 - Tratamento do então chamado granuloma tropical pelo antimônio trivalente tártaro emético. Neste mesmo ano de 1912, Gaspar Vianna comunica pela primeira vez o seu uso também no tratamento da leishmaniose cutânea e das mucosas^{7,8}

— 56 —

que os neuro-fibromas provinham, não do nervo propriamente, mas da sua bainha, envolvendo maior ou menor numero de fibras nervosas.

— *Dr. Gaspar Vianna* acha que o nome de molestia de Recklinghausen não deve ser dado aos casos em que as lesões são exclusivamente conjunctivas.

Verificou em autopsia de um caso, capitulado de neurofibromatose, ausencia de lesão dos nervos.

— *Dr. A. Lutz* acha que em certos casos póde haver compromettimento de fibrillas nervosas, sem que tenha o facto grande importancia, assim como nos tumores angiomasos não importa muito o maior ou menor numero de vasos, que entram na sua formação. Etiologicamente parece que nesta doença haja um processo infectuoso chronico. Sabe de um caso operado, em que se deu a propagação ao systema nervoso, e talvez invasão de outros systemas.

CASO PEO DIAGNOSE PELO DR. JULIANO MOREIRA. — Doente, preto, idoso, ha muitos annos internado no Hospital N. de Alencardos. Apresenta ulceras nos dedos dos pés, havendo deformação d'estes, consecutiva á reabsorpção de parte dos ossos da região.

Acreditou ao principio tratar-se de um d'esses casos descritos por Plehn, que denomina *ähnliche lepra*. Fez varias pesquisas, quer no mucco nasal, quer directamente no nervo, não tendo encontrado o bacillo de Hansen. O Wassermann foi positivo. Empregou o salvarsan, que determinou logo melhoras, cicatrizando-se em pouco tempo as ulceras, o que fez modificar o diagnostico. Verdade é que só pelo Wassermann não se póde distinguir, visto como elle tambem mostra-se positivo na lepra.

— *Dr. A. Moses* — diz que pesquisando o Wassermann na lepra notou a difficuldade de encontrar casos em que com certeza só houvesse lepra, escoimada de syphilis. Em alguns casos de lepra tuberosa, em que tanto quanto possível foi excluida a concomittancia de outra doença, notou sempre reacção positiva.

TRATAMENTO DO GRANULOMA TROPICAL PELO TARTARO EMETICO — Drs. GASPAR VIANNA E H. ARAGÃO. (Figs. 4 e 9). — *Dr. Henrique Aragão* apresenta dois doentes da Clínica Dermatologica um com a lesão assestada na região inguinal esquerda, outro na região perineal. O 1º caso foi objecto de demonstração na sessão de 15 de Março.

A ulcera que se encontrou rebelde ao emprego de varios tratamentos inclusive o "606", e localmente, entre outras applicações, vapores de iodo em estado nascente, entrou em regressão com as injecções intra-venosas de tartaro emetico. Ao cabo de

Figura - 7

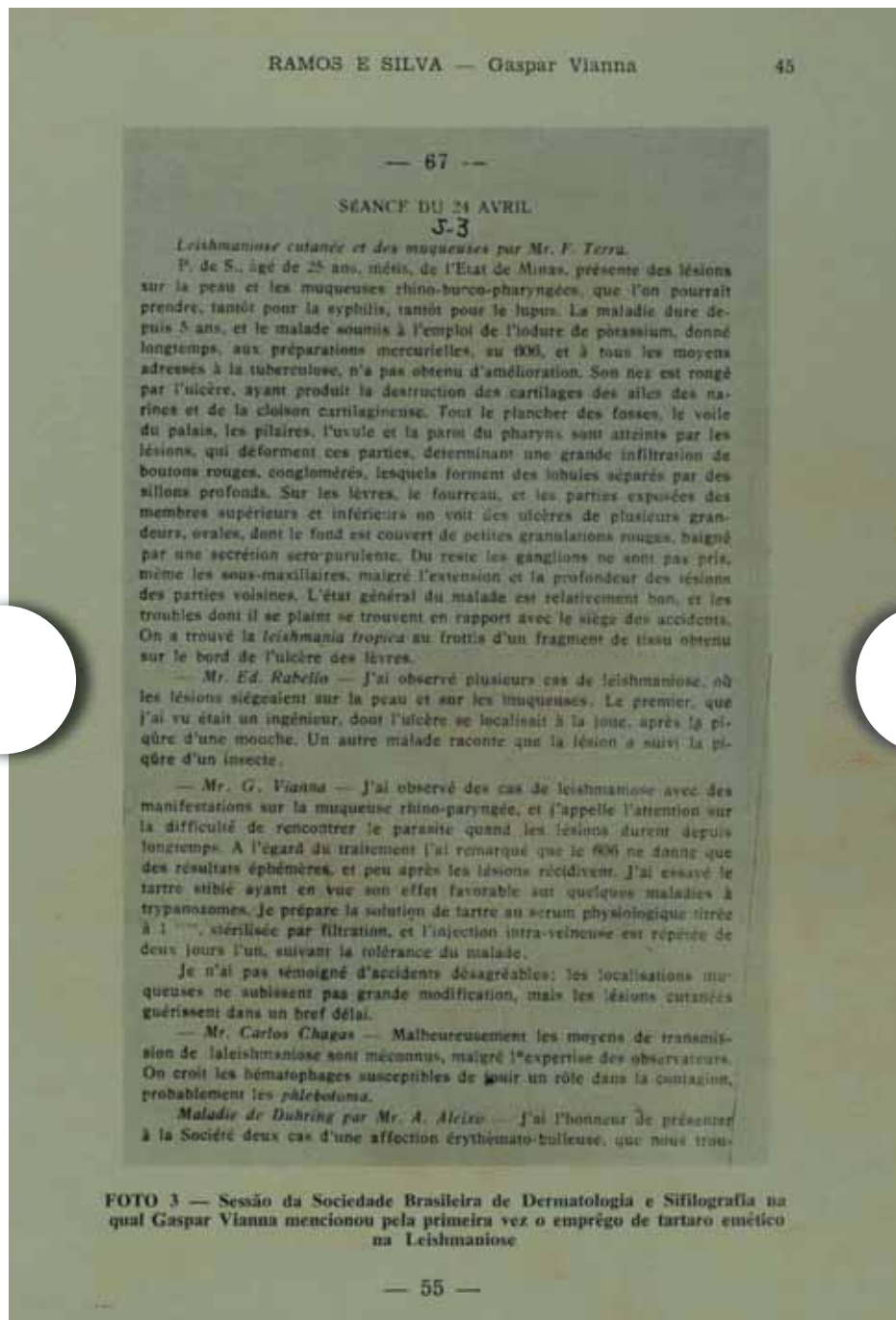


Figura - 8

FIGURA 9 - Publicidade veiculada no primeiro volume do Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Mostra um inusitado lavabo “ecológico”. Não havia desperdício de água⁹

Buletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia

PUBLICAÇÃO TRIMENSAL

Tudo o que disser respeito á Redacção deve ser dirigido ao **President^e da SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA** — Prof. F. Terra — R. da Assembléa, 20 — Rio de Janeiro — Brasil.

As questões referentes á Administração devem ser tratadas com o **Dr. Zopyro Goulart** — ARCHIVOS BRASILEIROS DE MEDICINA — R. Gonçalves Dias, 26 — Rio de Janeiro — Brasil.

Bulletin de la Société Brésilienne de Dermatologie

PARAISANT TOUS LES TROIS MOIS

Adresser tout ce qui concerne la Redaction au **Président de la SOCIÉTÉ BRÉSILIENNE DE DERMATOLOGIE** — M. le Prof. F. Terra — Rue d'Assemblée, 20 — Rio de Janeiro — Brésil.

Pour tout ce qui concerne l'Administration s'adresser à M. le Dr. Zopyro Goulart — ARCHIVOS BRASILEIROS DE MEDICINA — Rue Gonçalves Dias, 26 — Rio de Janeiro — Brésil.



Filtros
Lavabo de consultorio

**Installações de consultorios medicos
e salas operatorias**

**Material cirurgico e aparelhos
para laboratorios**

Sempre grande sortimento de :

FUNDAS, CINTAS E MEIAS ELASTICAS

CASA SALDANHA

Fernandes Malmo & C.

Depositarios de : **(DERMOPHILE, p^o)**
(DERMO-CREME) preparadas sterilizadas para conservação da pelle

64—RUA DO HOSPICIO—66

Tel. NORTE 892 — End. telegr. MHLMO — Rio

Figura - 9

FIGURAS 10 - A, B, C e D . As primeiras imagens publicadas nos boletins remetem ao padrão de registros fotográficos elaborado pelo patologista Louis Phillip Hardy e A. de Montméja, chefe do Departamento de Oftalmologia e líder do lendário estúdio fotográfico no Hospital Saint Louis (Paris). Serviu como modelo para várias Sociedades de Dermatologia, inclusive a SBD. Essas fotos são de casos clínicos publicados em 1913 pelo Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia.¹⁰

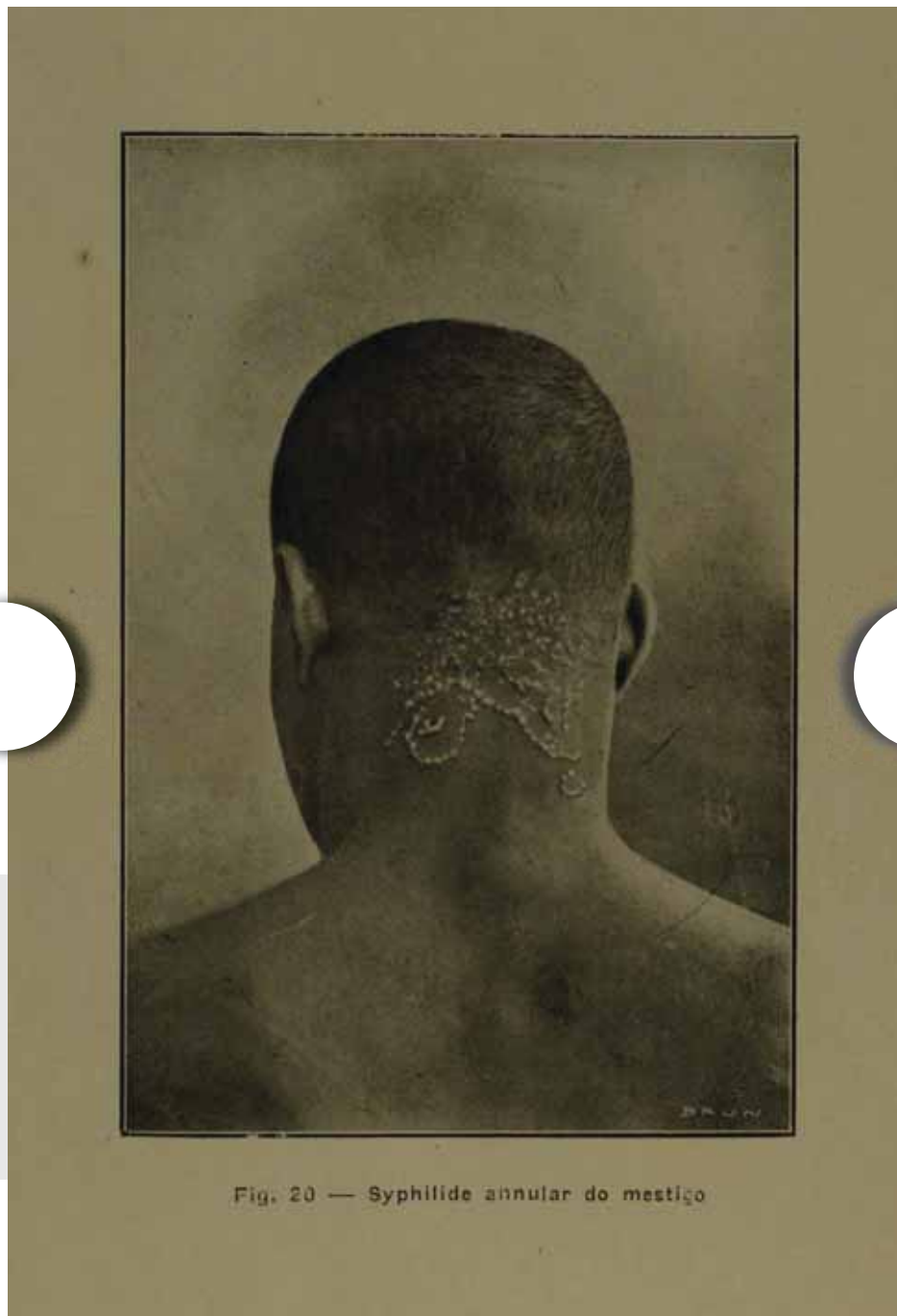
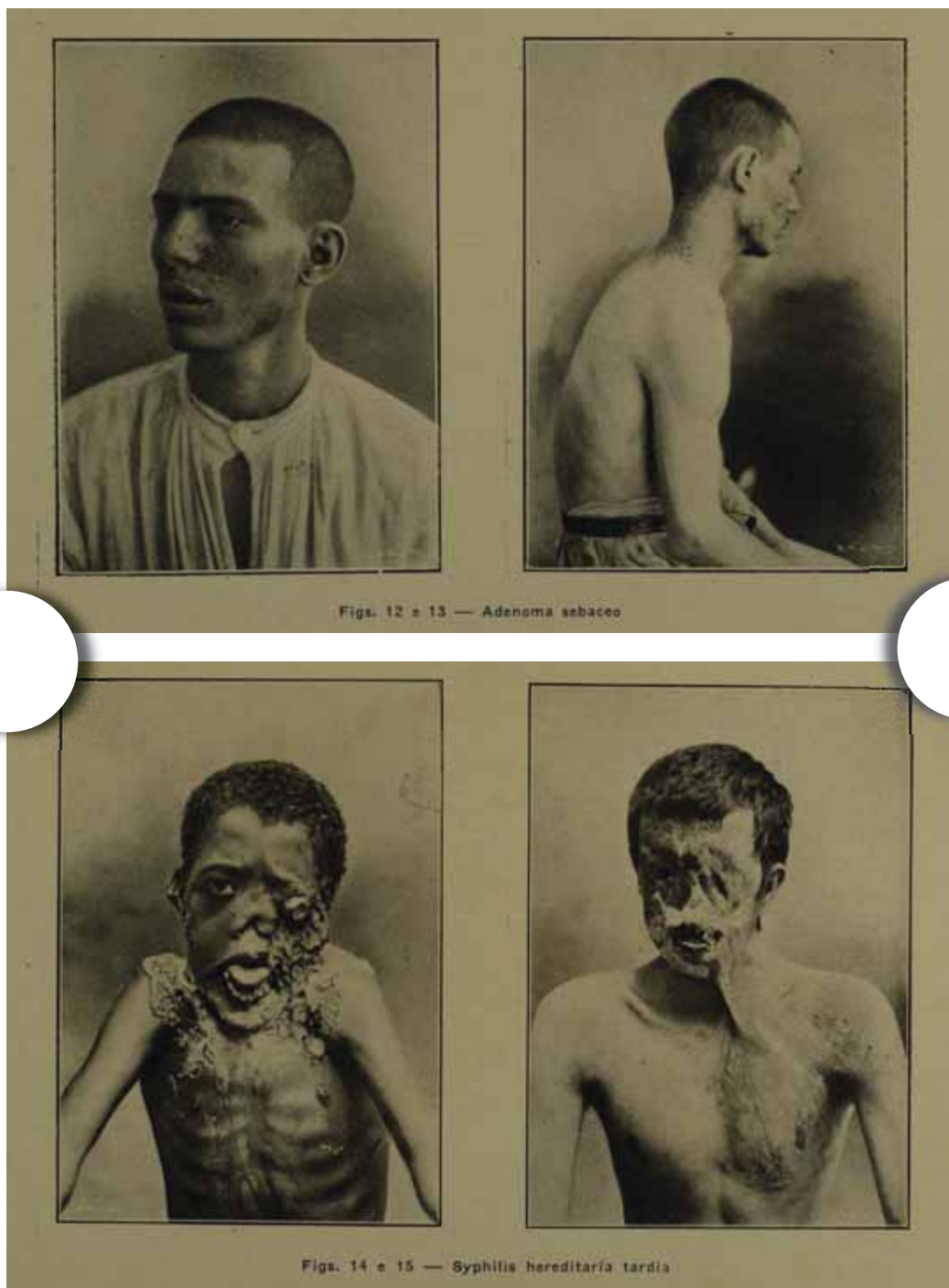


Fig. 20 — Syphilide annular do mestiço

Figura - 10 A



Figuras -10 B e C

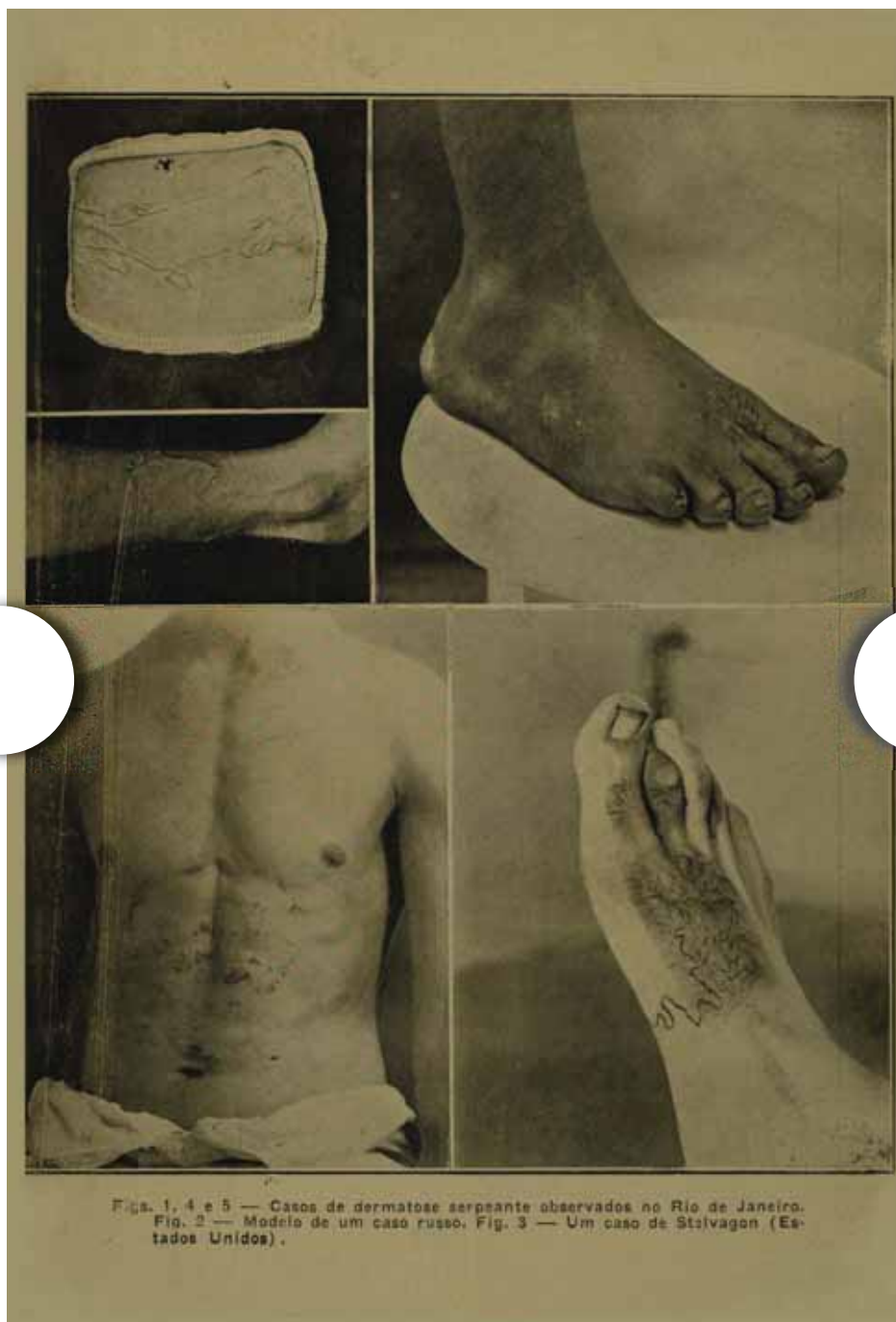


Figura - 10 D

FIGURAS 11 e 12 – “Memorias Originaes parte I – Histórico e synonymia”. O exemplar artigo concebido por Eduardo Rabello evidencia o histórico, a sinonímia e as diversas formas clínicas da leishmaniose. Este foi um estudo de marcada contribuição para o conhecimento da leishmaniose.^{11, 12}

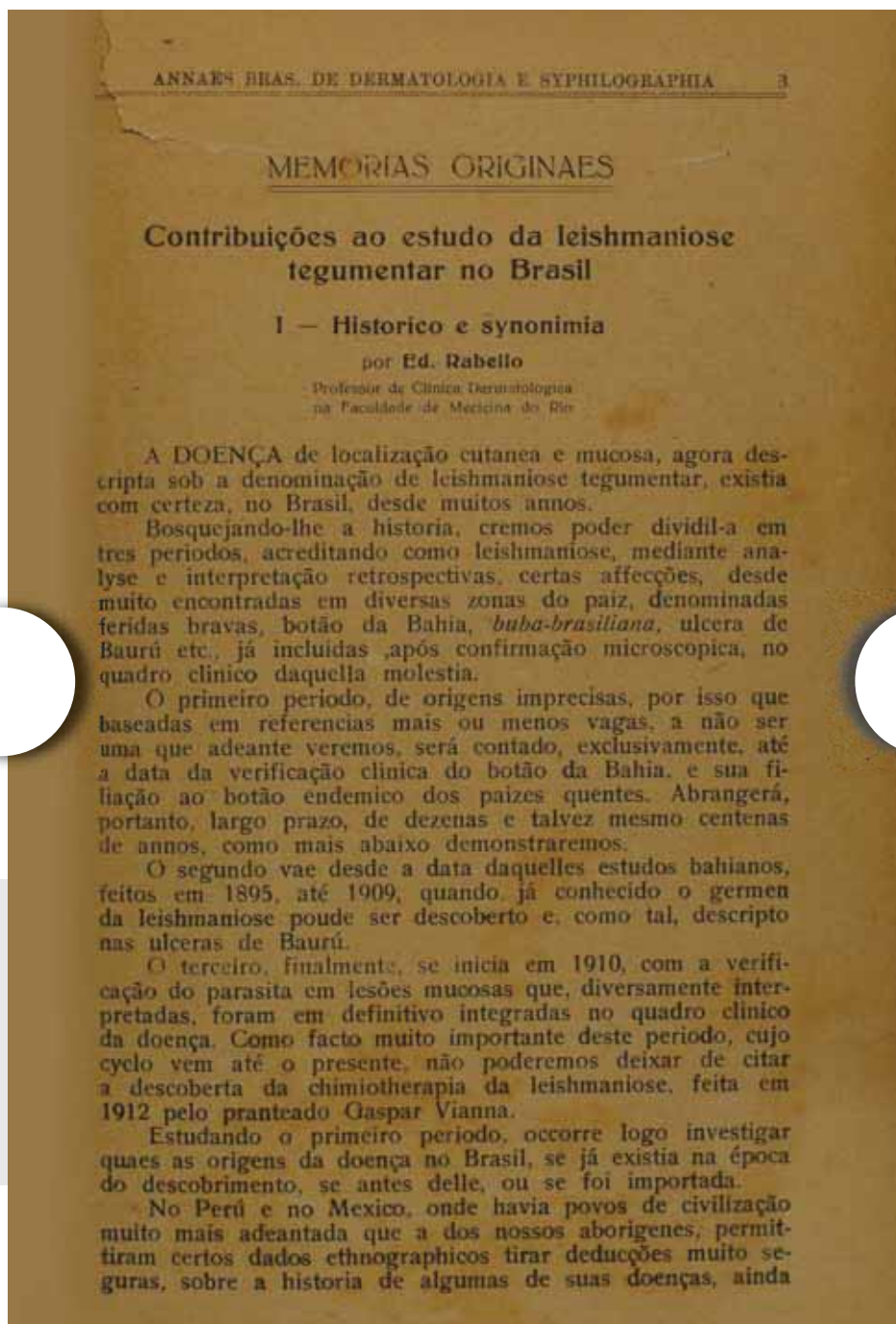


Figura - 11



Figura - 12

FIGURAS 13 - A e B. Nesta publicação sobre a bouba, o autor Armínio Fraga valorizou os estudos de cunho experimental.¹³

Ensaio experimentaes sobre bouba

por **Arminio Fraga**

Chefe do Dispensario de Doenças da pelle e venereas
da Santa Casa de Misericórdia

As primeiras referencias sobre a transmissão experimental da bouba datam de THOMPSON (1) entre 1819 e 1821.

Em 1848, Paulet (2) conseguiu transmittir lesões pianicas ao homem, seguindo-o outros investigadores.

Em 1881, Charlouis, (3) em monographia notavel, alem de mostrar a transmissibilidade da doença de homem a homem, teve ainda o merito de provar que era auto-inoculavel, que não trazia immunidadade para ella propria nem para a syphilis.

Em Julho de 1906, Neisser, Baermann e Halberstädter (4), fizeram experiencias positivas em macacos, conseguindo infectal-os simultaneamente com syphilis e com bouba, confirmando, assim, a diversidade das lesões iniciaes e a independencia das duas doenças.

Castellani (5), Levaditi e Nattan LARRIER (6 e 7), Ashburn e Craig (8) repetiram experiencias identicas, tambem com resultados positivos.

Mais tarde, em 1909, LOCHE (9) poude infectar macacos, do genero HAPALE, por inoculação no testiculo.

NICHOLS (10 e 11) foi o primeiro que obteve infecção pianica em coelhos, partindo de material proveniente de macaco e logrando passagens atravez do organismo desses animaes.

Os nossos trabalhos sobre transmissão da doença começaram em Maio de 1919, no Instituto Oswaldo Cruz, por sug-

- (1) — Cit. de SILVA ARAUJO (OSCAR). — These inaugural, Rio, 1912.
- (2) — CHARLOUIS. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph., 1881, pag. 431.
- (3) — NEISSER, BAERMANN UND HALBERSTADTER. — Münch., Med. Woch., 1906, Nr. 28.
- (4) — CASTELLANI apud CASTELLANI & CHALMERS. — Man. of Trop. Med., London, 1910.
- (5) — LEVADITI et NATTAN LARRIER. — Ann. Inst. Pasteur, 1908, tomo 22, n.º 3.
- (6) — LEVADITI et NATTAN LARRIER. — Compt. Rend. Soc. Biol., 1908, tomo 64, n.º 1.
- (7) — ASHBURN and CRAIG. — Phil. Journ. of Sci., 1907, V. 2, n.º 5.
- (8) — LOEHE (H.) — Derm. Zeitschr., 1909, vol. 12, p. 229.
- (9) — NICHOLS (H. J.) — Journ. of Am. Med. Ass., 16-7-908.
- (10) — NICHOLS (H. J.) — Journ. of Exp. Med., 1910, vol. 12, pag. 616.

Figura - 13 A

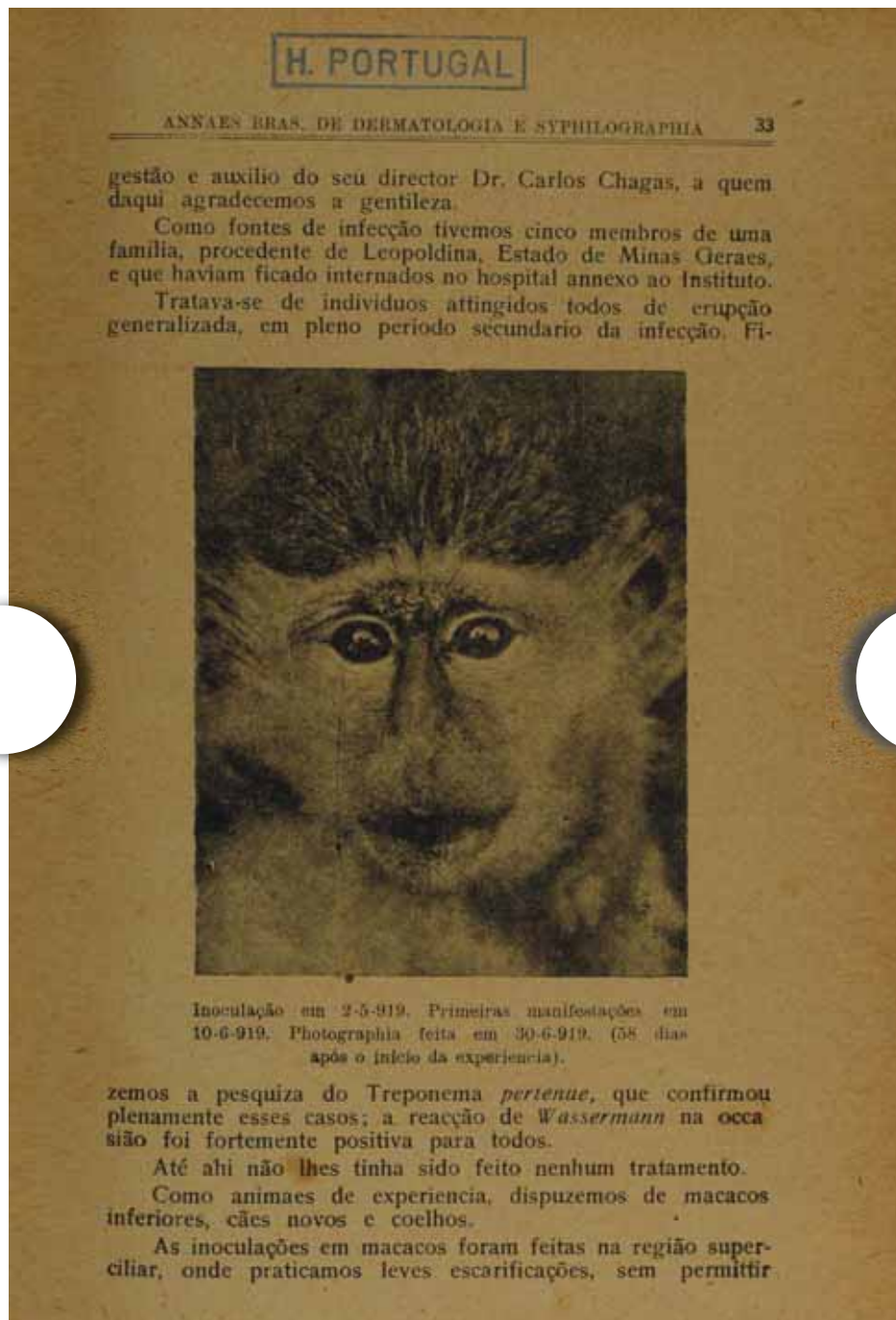


Figura - 13 B

FIGURA 14 – Este artigo versa sobre a bismutoterapia antilúética, muito em voga na primeira metade do século XX.¹⁴

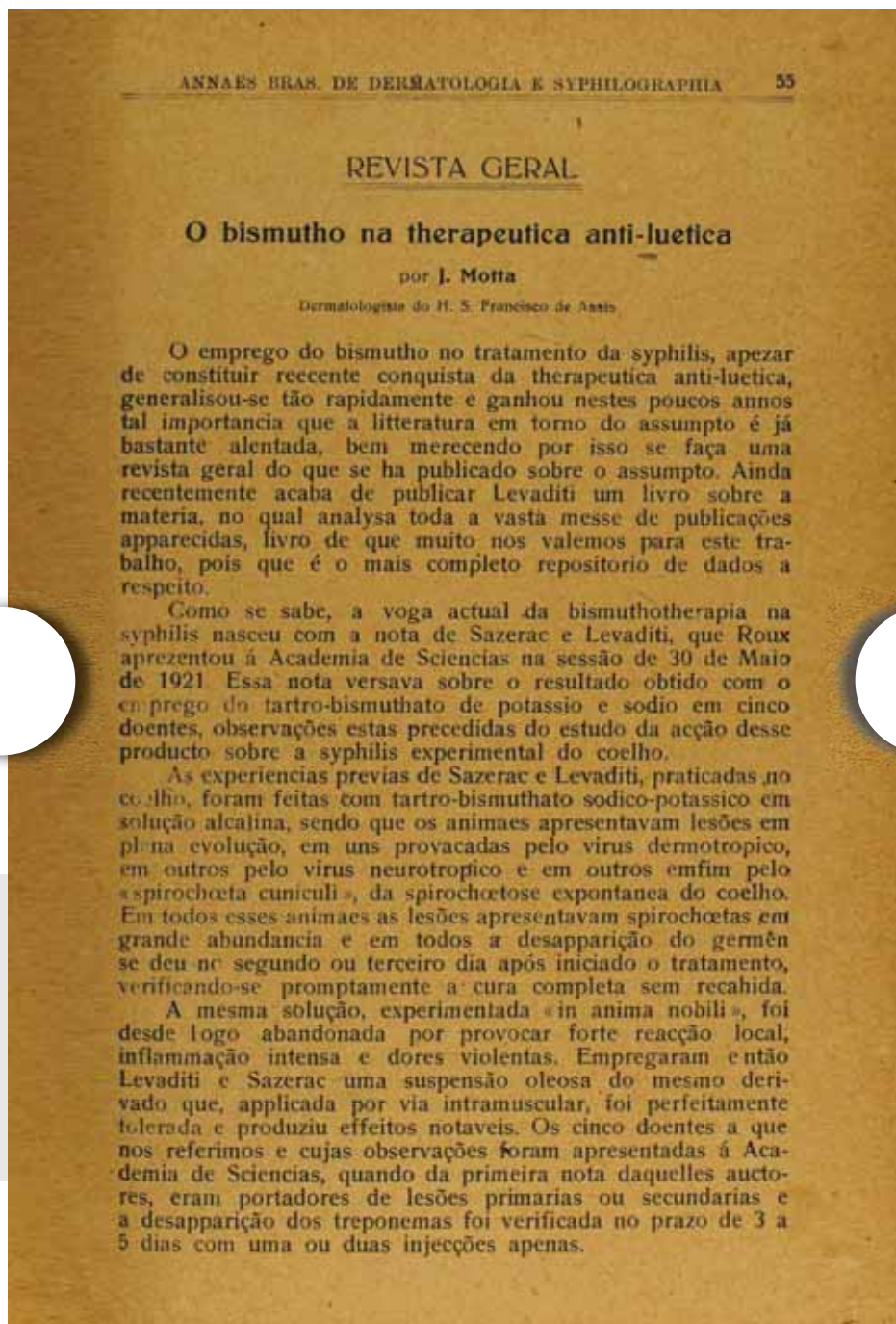


Figura - 14

FIGURA 15 – Este artigo traz inestimável contribuição ao estudo da patogenia do eritema nodoso.¹⁵

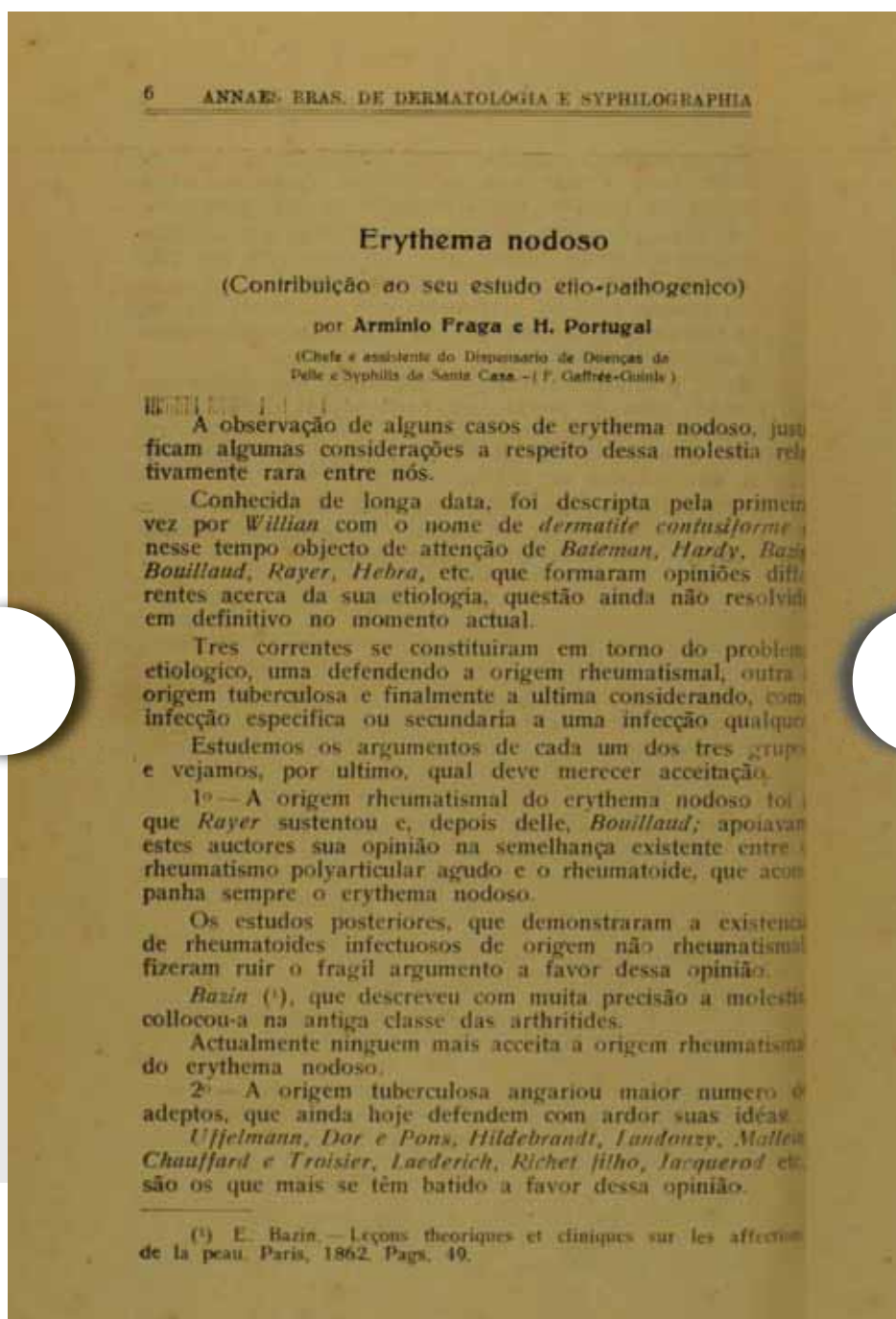


Figura - 15

FIGURAS - 16 A e B. Este artigo revela a ocorrência de um caso de cancro sífilítico no dedo indicador esquerdo. Sinaliza a maior ocorrência desta manifestação entre os profissionais da área de saúde, tais como médicos, estudantes de medicina, parteiros, enfermeiros e dentistas, e nos praticantes de determinadas modalidades eróticas.¹⁶

Cancro syphilitico do indicador esquerdo

por H. Portugal

(Assistente do Ambulatório de Doenças da Pele e Syphilis da Santa Cruz)

No mez de Novembro de 1924 tivemos a oportunidade de observar na enfermaria do professor Terra o caso cuja observação procuraremos resumir:

A. S. branco, 27 annos, solteiro, portuguez, cosinheiro residente á rua Maranguape.

Antecedentes pessoais. Nunca teve molestias venereas.

Ausencia de cicatriz de cancro nos orgãos genitales.

Historia da doença.— Ha 40 dias appareceu na parte media do dorso do indicador esquerdo, uma papulo pustula, que, ulcerando-se, dera logar á lesão com que se apresentava no momento em que procedemos ao exame. A lesão tinha forma irregular, dimensões, approximadas as da de uma moeda de 200 reis, a base molle, o fundo desigual, granuloso e de côr vermelha, diminuta secreção purulenta e indolor.

Os ganglios epitrochleanos eram normaes; os axillares do lado correspondente engorgitados e dolorosos.

O primeiro diagnostico, que nos veio á mente foi o de leishmaniose cutanea. As pesquisas repetidas da leishmania em esfregados foram negativas.

O resultado da pesquisa desse parazito feito nos córtes pelo Dr. Magarinos Torres foi igualmente negativo, de accordo com o laudo que recebemos: P. C. 3452.

« A lesão interessa principalmente a derma, constando de uma infiltração diffusa, por cellulas mononucleares, vendo-se ainda fibroblastos em activa proliferação; o exsudato é mais abundante no chorion; as papillas do derma são alargadas, abauladas, edematosas.

Não são vistas cellulas gigantes, não ha zonas de necrose.

Não ha folliculos tuberculosos, nem signaes de neoplasia.

A pesquisa de parazitos da leishmania (em córtes) foi negativa ».

Tentavamos mais uma vez a pesquisa de leishmanias quando o doente foi acommettido por symptommas evidentes de syphilis secundaria, taes como cephalaeas e arthralgias exacerbadas á noite, syphilides papulo-hypertrophicás do escroto

Figura - 16 A

18 ANNAEN BRAS. DE DERMATOLOGIA E SYPHILOGRAPHIA

e papulosa palmar, que vieram firmar o diagnostico da lesão em duvida.

A pesquisa de treponemas no campo escuro foi negativa a reacção de Bordet-Wassermann foi fortemente positiva.

O tratamento arsenical desde logo iniciado veio confirmar a natureza da lesão digital.



Os cancrios da mão e em particular os do indicador são por excellencia os cancrios profissionaes; os medicos, os estudantes de medicina, os parteiros, os enfermeiros e os dentistas são os profissionaes frequentemente victimados.

Um menor numero origina-se de praticas eroticas e de fontes puramente accidentaes.

Ha casos, entretanto, como faz notar Fournier, em que o modo de contagio permanece absolutamente mysterioso e impenetravel. E' precisamente o que succedeu com o nosso. Por maiores, que fossem os esforços e a boa vontade de

Figura - 16 B

FIGURA 17 – Peça publicitária tece comentário sobre a utilização dos sais de mercúrio em crianças, em 1925. ¹⁷

Como se pôde dar MERCURIO
às crianças

SEM ACCIDENTE

Os sais de mercurio são sempre de applicação precaria, nas crianças, devido á sua intolerancia.

Os clinicos lançam mão, uns da pomada mercurial, que é de absorção incerta, applicação delectuosa e desagradavel, outros, e em maior numero, do lactato neutro de hydrargirio, sal dos mais toleraveis. Baseados na acção que exercem as vitaminas sobre o metabolismo da nutrição, quer modificando a flora intestinal de proteolitica para saccharolitica, quer estimulando a assimilação dos alimentos, como facilitando a absorção dos sais de mercurio pelas mucosa do tubo digestivo e, em virtude desta fact., preparamos um novo producto de notavel valor therapeutico, especialmente destinado ás crianças.

Este producto, que se chama «Lactargyl», é preparado com lactato neutro de hydrargirio e extractos vitaminosos de cenoura, cevada etc.

Nem sempre é facil ao medico o diagnostico de uma tara luetica, devido á negativa dos paes, deficiencia ou falta de laboratorio etc; ainda na incerteza, o «Lactargyl» muito aproveitará, pelos elementos estimulantes e reconstituintes que contem.

É indicado nos seguintes casos: lues hereditaria ou adquirida, rachitismo, furunculose, escrofulose, dermatoses em geral.

Os extractos vitaminosos, no Brasil, ainda não foram preparados senão pelo Laboratorio NUTROTHERAPICO, que usa o mesmo processo do Prof. Aron, de Breslau.

Com o uso de um só vidro, já se nota o aproveitamento.

O «Lactargyl» encontra a vasta applicação na therapeutica infantil, isto porque todos os filhos de paes ou avós que tiveram syphilis deverão usal-o; é absolutamente inoffensivo.

Modo de Usar: Indicado nos vidros.

Usado pelo Dep. Nac. de Saude Publica (Serviço do Prof. Dr. Eduardo Rabello)

Productos novos do Laboratorio
“NUTROTHERAPICO”

Dr. Raul Leite & Cia.
73, Rua Gonçalves Dias, 73
RIO DE JANEIRO

Diarrhea das Crianças - CAZEON (Caseinato de calcio)

Poderoso medicamento alimenticio, de grande eficiencia nas diarrhéas de origem alimentar (dysapepsias ou gastro-enterite chronica, decomposição ou atrepsia)

Este producto foi demoradamente experimentado em hospitaes e clinicas privadas antes de ser exposto á venda.

Unico producto brasileiro no genero.

Modo de usar: 1 a 2 colheres das de café em partes eguaes de leite e agua. Ferve-se e dá-se á criança de 3 em 3 horas (6 vezes) substituindo as mamadas — até cessar a diarrhéa. Substitue o leite albuminoso de Finhelstein e o Butermilch.

Crianças alimentadas ao seio: 1 colher em agua, antes de mamar. Crianças de mais de um anno e adultos: junta-se o Cazeon ao leite ou qualquer outro alimento, arroz, batata, macarrão, etc.

A venda em todas drogarias e principaes pharmacias do Brasil.

LEBERTRAN B (leber-figado, tran-oleo)

Emulsão concentrada de Oleo de figado de bacalháu, phospho-calcico-arateno ferruginoso

Energico remineralizador dos tecidos. Rachitismo profundo, anemias, adenopathia, lymphatismo, tuberculose, etc.

HUSTENIL (husten-tosse)

(XAROPE e GOTTAS)

Base: allium-aconito-belladonna-bromoformio-icuro, cereja-phosphato de codeína, etc. Poderoso calmante dos bronchios e especifico da coqueluche

INDICADO EM TODOS OS CASOS DE GRIPPE, PNEUMONIAS,
RESFRIADOS, TOSSES, etc.

IX

Figura - 17

FIGURAS 18 e 19 – Os autores destacam dois exemplos de assuntos relevantes presentes na “Seção Varia”.
A figura 18 traz a íntegra do trabalho redigido de forma elegante por João Ribeiro acerca do termo sífilis e sua etimologia.¹⁸

VARIA

Acerca de um termo da medicina

Meu caro doutor Rabello,

Os seus graves entretenimentos não se comparam aos meus futeis passatempos.

Quando me chamou a atenção para um pequenino problema da linguagem medica, percebi que o meu eminente amigo não era indifferente nem insensivel ás outras tarefas inferiores do espirito e da erudição.

Não tinha, pois, o meu amigo o defeito que por vezes perturba o equilibrio mental dos homens de sciencia especializada.

Pelo contrario, mostrava a necessidade e a comprehensão de tudo quanto abrange a grande e a pequena pesquisa no dominio sem limites do espirito humano.

Assim é que me sinto perfeitamente bem ao communicar algumas reflexões colhidas em leituras varias, aqui e alli, á superficie da lexicographia tão complicada das nomenclaturas.

Escolhi um thema obscuro, mas apropriado.

A *theriaga* não é das mais insupportaveis ao paladar já affeito a tão insulsas eguarias.

Como surgiu a palavra *syphilis* na historia da medicina?

Parece palavra grega e sabidamente não o é. Não pertence propriamente ao fundo commum das linguas antigas nem ao das modernas.

É um *mytho* curioso. Gerou-se da imaginação de um poeta que ao mesmo tempo era um sabio humanista do renascimento.

Girolamo Fracastoro escreveu o poema latino em tres cantos intitulado — *Syphilus sive de morbi gallici libri tres*.

Era o poema do *mal francês* cujo heroe recebera o nome ficticio de *Syphilus*, mera phantasia do poeta sem nenhum significado ou intenção conhecida.

Syphilus era, pois, o doente da terrivel enfermidade, e com o correr do tempo lhe herdou o nome.

Dahi todas as linguas romanas tomaram a denominação hoje vulgar: *syphilis* no francês, no portuguez e no espanhol; *syphilide* no italiano. As linguas germanicas adoptaram a primeira forma que é a mais generalizada.

Vê-se deste pequeno excurso que o nome da enfermidade havia sido o do heroe do poema de *Hieronymus* ou Girolamo Fracastoro.

Essa adaptação, ignorada durante algum tempo, excitou a curiosidade de etymologistas retardatarios que desconhecendo a verdadeira fonte do vocabulo imaginaram um etymo grego, com a acostumada acrobacia de raizes e prefixos. Alguns desses pesquisadores assentaram que a palavra devia ser grega e resultante do *sun* e *philos* — composto que daria sentido um pouco extravagante como o de *co-amigo* ou *co-amor*, talvez — contacto amoroso.

Era forçar muito as regras habituaes da derivação, mas essa conjectura teve adeptos e seguidores, mais ou menos doces.

Outros etymologistas, sem desprezar a supposta procedencia de alguma raiz hellenica, engenharam a formação da palavra dos radicacs *syo-philos*, o amigo dos porcos, pastor ou guia de suinos. Este

Figura - 18

FIGURA 19 - Esta figura destaca o texto de Fernando Terra o qual traça um esboço histórico da lepra no Brasil.¹⁹

VARIA**Esboço historico da lepra no Brasil**

Não é tarefa de facil desempenho apurar-se o começo no Brasil da terrivel endemia, que tanto nos humilha no conceito da hygiene. Deve ser lançado o problema em dois itens: inquerir-se primeiro se existia aqui ao tempo do descobrimento do Brasil, isto é, se entre os aborigens contava-se a doença; segundo, no caso negativo, a qual dos elementos de colonização cabe a responsabilidade de conspurcar o paiz com tão hediondo mal, e a data em que elle aqui teve entrada.

Que a doença não existia no nosso territorio, antes de a elle aportar as náos do descobrimento, é ponto sobre que não ha controversia. Para se chegar a essa conclusão temos de nos valer dos primeiros escriptos sobre os incolos, e versando as paginas, que nos legaram, sobre a nova terra, os seus primeiros chronistas, nenhuma referencia se nos depara sobre o máo estado de sua saúde. O que primeiro veio a lume foi a celebre e bem conhecida carta, dirigida a El-Rey, por Pero Vaz Caminha, e o trecho sobre os primitivos habitantes, muito repetido, é por todos sabido: «os corpos seus são tam ázpos, e tam gordos e tam fremosos que não pôde mais seer». (Vera-Cruz, 1 de Maio de 1500).

Pelo mesmo theor se expressam os que mais tarde versaram o assumpto, não havendo discrepancia sobre a saúde do gentio, como Gabriel José Soares, Gandavo, Jean de Léry, que nelles não encontraram certas doenças, que só vieram a apparecer seculo e meio após o descobrimento, quando já se achavam em contacto com os europeus; e ao Padre Claude d'Abbeville não foi extranha tambem a longevidade do indio.

Conhecida na Europa a riqueza do sólo brasileiro, desencadeou-se a cobiça dos europeus, organizando-se a primeira expedição franceza, a cuja frente se collocou Jean Nicolau Durand Villegaignon, movido por espirito de conquista. Não vamos agora fazer o historico da entrada de todos os povos, que tiveram aqui um dominio mais ou menos ephemero, e o modo porque veio a se formar o nosso povo com o caldeamento de elementos heterogeneos. Considera-se a formação de nossa raça como fusão, principalmente do portuguez, do africano e um menor porção do indio. Fizemos ligeira referencia sobre a boa saúde dos indios, e quanto á possibilidade de entre elles existir a lepra é hypothese, que tem de ser afastada. Inseto na revista Lepra, em 1910 encontra-se sobre o assumpto uma exposição de Juliano Moreira, que conclue por não grassar nelles essa doença.

O Padre J. Garnier, que viveu longos annos entre os nossos selvagens, não vio caso de lepra, e o celebre medico hollandez Piso declarou (1637) que nos incolos «lepra autem scabies incognita sunt».

Os medieos naturalistas, que têm estado em contacto com os incolos, ainda insulados, fóra da civilização, não fazem a menor allusão a doença, que se pareça com a lepra. Roquette Pinto, na Rondonia,

Figura - 19

FIGURA 20 – Artigo destacado da seção “Memorias Originaes” traz texto sobre o “Diagnóstico precoce da sífilis primária”, doença de alta prevalência na primeira metade do século XX. ²⁰

MEMORIAS ORIGINAES**Diagnosticco precoce da syphilis primaria**

por A. Aleixo

Prof. de Clínica Dermatologica e Syphilographica
na Faculdade de Medicina de Bello Horizonte.

A questão do diagnosticco precoce da syphilis e, mais particularmente, da sua phase inicial, da sua phase primaria, apresenta um capital interesse não somente para o medico como tambem para os doentes. E' do diagnosticco precoce que decorrem as melhores possibilidades para um tratamento precoce ou mesmo abortivo, de tão grande alcance do ponto de vista individual e social, por isso que esse tratamento nos porporciona a suppressão da generalisação da infecção, tanto no individuo como na collectividade.

O diagnosticco precoce da syphilis primaria deve preencher dois objectivos capitaes: 1º Provar a natureza syphilitica do cancro. Mas é preciso proval-o de maneira absolutamente certa, como condição *sine qua non* para que o tratamento possa ser executado com plena segurança. 2º, Provar que a infecção ainda está localisada no cancro, sem signaes de generalisação, de quaesquer localisações alhures. Sabe-se, desde os primeiros estudos sobre o treponema de Schaudinn, da sua passagem precoce á circulação geral. Essa disseminação precoce dos treponemas foi desde cedo posta em evidencia pelo facto de se encontrarem esses parasitas em plena luz dos vasos sanguineos do cancro. Eicke e Schwabe na autopsia de um individuo morto na quarta semana da infecção, durante a phase sero-negativa do periodo primario, encontraram alterações ganglionares com espirochetas desde a zona inguinal até o mediastino anterior. Por sua vez Uhlenhut e Mulzer demonstraram experimentalmente que o sangue de um syphilitico pode infectar o coelho, antes mesmo da positivação da reacção de Bordet Wassermann. Neisser, por outro lado, conseguiu inocular os orgãos de um macaco, 11 dias após a infecção, com resultado positivo.

Essa disseminação dos treponemas precede á generalisação da infecção propriamente dita, que, de um modo geral,

Figura - 20

FIGURA 21 – Peça publicitária fazendo alusão ao uso do vinho biogênico como coadjuvante no desenvolvimento dos lactentes. ²¹

CASA MORENO
Moreno Borlido & Cia.
142 - RUA DO OUVIDOR - 142
Rio de Janeiro

Fabricação de mobiliário para consultórios, ambulatórios, casas de saúde, hospitais, creches, necrotérios, etc. Instrumentos cirúrgicos das principais fabricantes europeias e americanas. Material para dentistas, cutilaria, fundas e miudezas para farmácias e drogarias.	Instalações completas de laboratórios de bacteriologia, química, etc. Gabinetes de raios X da famosa fábrica Victor X-Ray Corporation de Chicago, de cuja fábrica somos representantes. Pessoal habilitado para fazer qualq. or instalação de aparelhos.
--	--

DEPOSITOS:
155, Rua do Rosario, 157
End. Telegr. CASAMORENO — Caixa Posta 1735 — Teleph. Norte 1423

Filial: BELLO HORIZONTE
1044 — RUA DA BAHIA — 1044
ESTADO DE MINAS GERAES

AS CRIANÇAS DE PEITO
(CUJAS MÃES OU AMAS SE TONIFICAM COM O
VINHO BIOGENICO DE GIFFONI
AUMENTAM de PESO e FICAM BELLAS,
ROBUSTAS e DESENVOLVIDAS
A VENDA NAS BOAS PHARMACIAS e DROGARIAS
DEPOSITO:
DROGARIA FRANCISCO GIFFONI & C^o
RUA 1^o DE MARÇO, 17 - RIO DE JANEIRO.
LIC. B. R. PUBLICA Nº 460 DE 16-9-900 - (MARCA REGISTRADA)



DEPURAZE Formula e preparação do Pharmaceutico Francisco Giffoni
O melhor remedio para o tratamento interno da sífilis
Recollado diariamente pelos especialistas
Deposito: Drogaria GIFFONI
RUA 1^o DE MARÇO, 17 Rio de Janeiro

Figura - 21

FIGURA 22 – Panorama atual da lepra no Brasil na visão de João Ramos e Silva.²²

REVISTA GERAL

A chimiotherapia da lepra; seu estado actual

por J. Ramos e Silva

Assistente da Policlínica Geral
Sub-Inspector do D. N. de Saúde Pública

« The present day is one of hope for the leper ». Com estas palavras inicia Leonard Wood, governador americano das Philippinas o seu appello ao povo americano em favor da ampliação da pesquisa scientifica sobre a lepra e da assistencia racional aos leprosos da mesma colonia (1). Em torno desta questão farta tem sido com effeito nos ultimos annos a messe de descobertas de real valor que fizeram avançar de muito a chimiotherapia da lepra; parece comtudo que se não fechou ainda o cyclo da indagação minuciosa que levará sem duvida ao aperfeiçoamento maximo os meios actualmente conhecidos ou fará surgir outros novos rigorosamente especificos.

A campanha contra a lepra, que interessa particularmente aos paizes tropicaes, desenvolve-se por toda a parte quer sob o estimulo dos governos interessados quer por iniciativa particular. É assim que em 1923 fundou-se em Londres sob a orientação de L. Rogers a British Empire Leprosy Relief Association (2) que se propõe a combater a lepra no immenso imperio cuja população de leprosos é calculada em 300.000 pelo menos, tendo só a India 102.000 registrados, dos quaes apenas 8.000 hospitalizados.

Dos centros de estudo estabelecidos na leprosnaria de Kalihi (ilhas Hawai), nas ilhas Philippinas e na Escola de Medicina Tropical de Calcuttá tem se originado a maior parte destas tentativas therapeuticas, cada vez mais felizes.

Os processos de tratamento da lepra podem ser classificados summariamente do modo seguinte:

(1) Gov.-General Leonard Wood — Progress in fighting Leprosy at Cullion — World's Work, December, 1925, pag. 144.

(2) Sir Leonard Rogers — Away with Leprosy! — Review of Reviews, November 15, 1923, pag. 325.

Figura - 22

FIGURA 23 – O autor João Aguiar Pupo destacou na seção “Memorias Originaes” a eficácia do óleo de chaulmoogra na profilaxia da lepra e a dificuldade na aquisição de princípio ativo similar no Brasil.²³

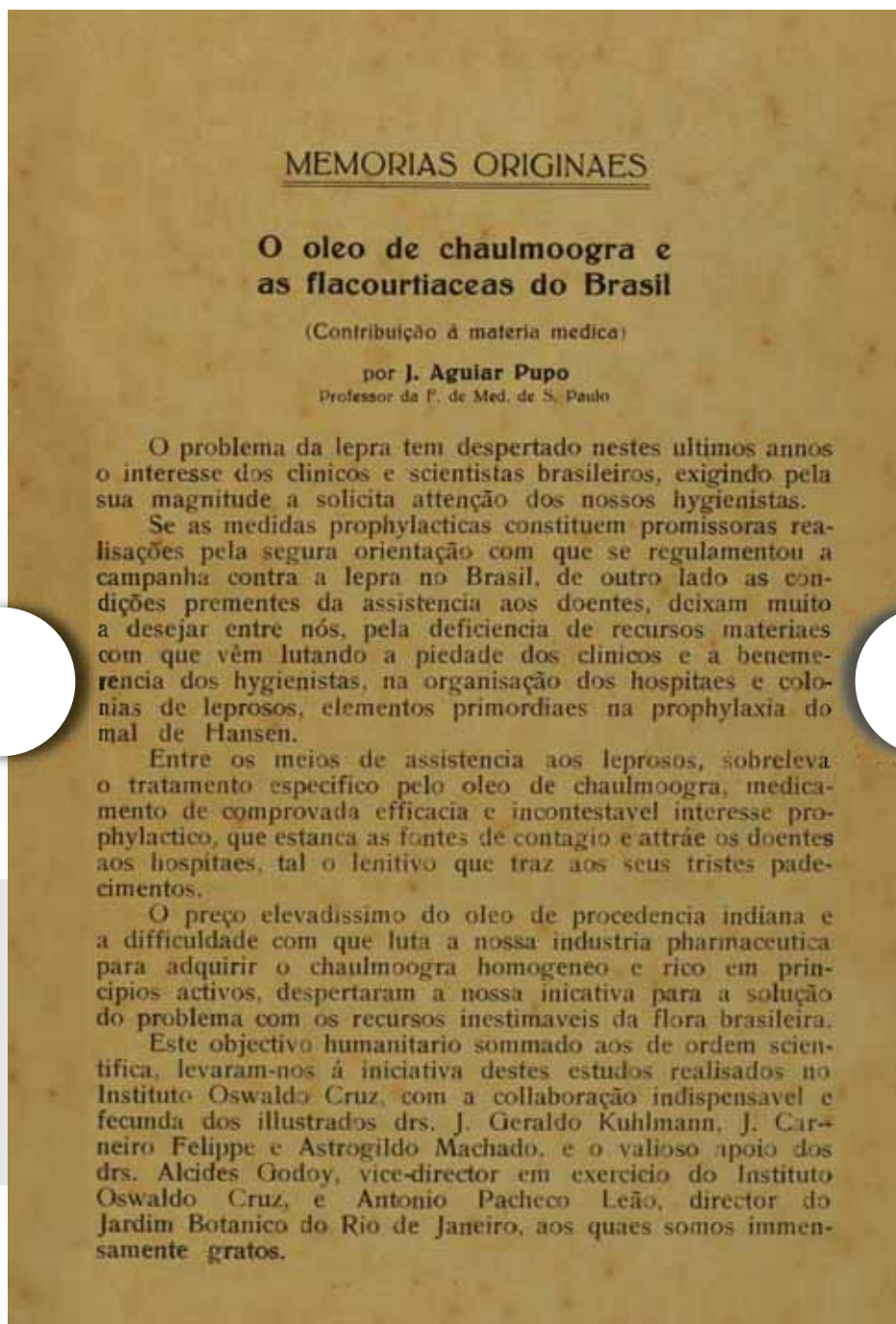


Figura - 23

FIGURA 24 – Artigo mostra mais uma ferramenta no arsenal terapêutico da lepra, a eletroterapia, em 1926.²⁴

A proposito da electrotherapia na lepra

por **Werneck Machado**

Chefe do Serviço Dermato-Syphilo-graphico da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.
Dermatologista do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia
(Farmácia de Mulheres).

Em modesto trabalho publicado em 1901 (1), fazendo a apologia da hydrotherapia na cura de algumas dermatoses, chamámos attenção para idénticas vantagens offercidas pela electricidade apontando-a como o seu unico concorrente e, por vezes, auxiliar, em multiplas circumstancias. Mais tarde, em outras paginas (2), divulgámos observações onde esta ultima nos demonstrára, em determinados casos, pelos seus beneficos effeitos, tal valor que nos sentimos no dever de, continuando os estudos respectivos, procurar formulas mais capazes de confirmar as promessas entrevistas.

O estudo da electrotherapia, com relação ás doenças da pelle, que na epoca desses nossos escriptos ainda se apresentava num periodo de tacteamento, quasi que só na electricidade estatica, galvanica e faradica para as applicações medicas e na galvanocaustica para a parte cirurgica encontrava indicações, mesmo assim restrictas, em pouco tempo, dessa data, tomou tal desenvolvimento — a principio com a descoberta extraordinaria das correntes de alta frequencia sob varias modalidades (D'Arsonvalisação) seguidas das sensacionaes descobertas dos mysteriosos raios X e da faculdade decomponivel da luz que atravez aparelhos especiaes tanto vem enriquecendo, mercê das multiplas indicações de seus respectivos feixes ou raios, o capitulo da Therapeutica desde as brilhantes revelações de FINSSEN com a denominação de Phototherapia ou Finsentherapia — que hoje ao arsenal do dermatologista não podem deixar de ser incorporados esses aparelhos geradores de um elemento que sob tão variadas formas lhe fornecem uma therapeutica cujos recursos só nellas, por vezes, pode encontrar indicação efficiente.

(1) *Contribuição ao estudo da hydrotherapia nas dermatoneuroses.* Memoria apresentada á Academia Nacional de Medicina em 1898.

(2) *Tratamento da morphéa pela electricidade.* A Conferencia internacional sobre a lepra effectuada em Berlim em 1897. (Boletim da Soc. de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro — 1898).

Figura - 24

FIGURA 25 – Contribuição ao estudo de um caso muito bem documentado de ainhum.²⁵

rea ou cutanea. Não apresenta estigmas de syphilis. De seu consorcio houve cinco filhos, todos sadios. Sua mulher nunca teve abortos.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Ignora quando e de que falleceram os seus progenitores, porém, por informes de pessoas que os conheceram, affirma não terem os mesmos sido victimas da affecção que o obrigou a procurar o Hospital.

HISTORIA DA DOENÇA. — A doença que o afflige data de 1917; A principio, o dorso do pé esquerdo apresentou-se edemaciado e doloroso, dôr essa que se accentuava, de preferencia ao nivel da articulação do quinto pododactylo, onde, de quando em quando, se formava uma pequena pustula



que, espontaneamente, se rompia. Nesse sitio formou-se, posteriormente, o anel constrictor que agora se aprecia. Esses periodos inflammatorios eram de curta duração, nunca excedendo de 8 dias. No pé direito, manifestou-se a mesma affecção em 1920, isto é, quatro annos após ter tido ella inicio no esquerdo.

Nota-se ao nivel da articulação das phalanges do 5.^o pododactylo esquerdo um anel constrictor, fibroso, mais accentuado no espaço interdigital e no sulco digito-plantar, formando como que um pediculo, onde se prende a phalange, que se apresenta hypertrophiada, de forma globulosa, um pouco amollecida na face plantar. No pododactylo direito o anel é menos pronunciado, porém, a phalange já não tem nem aspecto, nem consistencia normaes.

Figura - 25

FIGURAS 26 - A e B. Aspectos clínicos acromiantes da “pityriasis versicolor tropical” (hipocromia considerada acromia na época). Este trabalho foi tema de uma reunião da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 26 de outubro de 1927.²⁶

TRABALHOS ORIGINAES

Sobre o pityriasis versicolor tropical

A questão das achromias parasitarias; a achromia residual (*)

Por J. RAMOS E SILVA

Assistente do Serviço de Doenças de Pelle da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Data de 1903 a descrição por Jeanselme da "achromia parasitaria da face e do pescoço com recrudescencia estival" por elle observada na Indo-China em 1899-1910 e caracterizada pela presença nas superficies antero-lateraes do pescoço, na face e na parte superior do tronco de placas achromicas, ordinariamente furfuraceas, extensivas, augmentando na estação quente e contagiosas. O producto da descamação examinado ao microscopio mostra a existencia de um cogumello analogo ao do pityriasis versicolor, do qual distinguir-se-ia, todavia, segundo o proprio Jeanselme pela presença de fórmas brotantes (semelhantes ás dos saccharomycetos) assim como pelo facto de certos filamentos mycelianos terem a apparencia de clavias ou de fusos.

Deste cogumello fez Castellani em 1905 uma nova especie do genero Malassezia — *M. tropica*, descrevendo tambem as lesões sob o nome de tinea flava, cujos caracteres differenciaes com o pityriasis versicolor commum accentua do seguinte modo: "Pityriasis versicolor of temperate zones is not of so light a tinge as tinea flava, never attacks the face, and is curable with the greatest facility, while tinea flava affects the face more frequently than any other part of the body, and is curable only with difficulty". (1).

(*) — Trabalho lido perante a Sociedade Brasileira de Dermatologia em 27-10-927.

(1) — Castellani and Chalmers — *Tropical Medicine*, London, 1919, pag. 2077.

Figura - 26 A

FIGURA 26 B - Destaque para a lesão elementar da pityriasis versicolor tropical.²⁶

ANNAES BRAS. DE DERMATOLOGIA E SYPHILOGRAPHIA 3

examinadas ao microscopio pudemos verificar a existencia de um fino mycelio entre-cruzado em todas as direcções e princi-



palmente abundantísimos esporos dispostos em congeries. Estes esporos têm duplo contorno e são polygonaes por compressão reciproca, formando verdadeiro mosaico. Onde o ajunta-

Figura - 26 B

FIGURAS 27 - A e B. O artigo traz contribuição por demonstrar um caso de sífiloma extragenital em uma paciente que teve sua identidade devidamente preservada por uma tarja preta.²⁷

26 ANNAES BRAS. DE DERMATOLOGIA E SYPHILOGRAPHIA

Cellulas epitheliaes basaes isoladas na derme. Infiltração lymphocytaria em torno dellas”.

O tratamento indicado foi a radiotherapia, o unico que poderia beneficiar de algum modo e nos propuzemos a fazer em nosso consultorio.

A doente não aceitou, allegando ter de partir em breve praso para o interior de São Paulo.

Syphiloma inicial no labio Inferior

Por J. RAMOS E SILVA

Assistente do Serviço de Doenças da Pelle e Syphilis da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

A proposito do caso de “Syphiloma inicial do labio superior”, publicado pelo Dr. Oscar da Silva Araujo em o numero anterior destes Annaes, trazemos agora a contribuição de observação semelhante por nós registrada recentemente no Serviço Clínico do Dr. Werneck Machado na Policlínica Geral.

Trata-se da doente C. F., branca, com 32 annos de idade, casada, domestica, portugueza, residente em Turyassú. Vem à consulta pela primeira vez em 13 de Fevereiro de 1928 e é matriculada sob o n. 32.492, verificando-se ao exame apresentar no labio inferior, um pouco à esquerda da linha mediana, um grande nodulo ulcerado, com a base fortemente endurecida. Encontra-se pela palpação da região supra-hyoidéa um ganglio de volume augmentado, sem peri-adenite. Não ha ainda roseola ou outros symptomas de generalização. A lesão tem 51 dias, pois a doente apercebeu-se della a 24 de Dezembro, e é bem visivel na photographia junta. O marido da paciente, confrontado na occasião, apresenta placas mucosas dos labios e irite (matriculado no Serviço sob o n. 32.493).

O diagnostico não foi difficil dadas as apparencias classicas do quadro clinico:

1° — A lesão é do typo papulo-hypertrophico associado ao typo ulceroso (Fournier).

Figura - 27 A

FIGURAS 27 - B. Detalhe do sífiloma no lábio inferior.²⁷



Figura - 27 B

FIGURA 28 – Registro fotográfico de 20 de outubro de 1923 logo após a inauguração da Biblioteca da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro.²⁸



Figura - 28

FIGURAS 29 – A e B. O artigo do inspetor sanitário Dr. Paulino Barros revela a ocorrência de casos de epitelioses infectuosas, diagnosticados como varíola, alastrim e varicela, na região nordeste do Brasil. Os indivíduos investigados participaram como soldados no movimento revolucionário constitucionalista de julho de 1932, em São Paulo. ²⁹

Uma epidemia de varicéla com casos discretos e confluentes supurados

Considerações clínicas, epidemiológicas e de imunologia em torno das epitelióses infetuosas.
Grupo variolico

DR. PAULINO BARROS

Diplomado em Doenças Tropicais pelo INSTITUTO OSVALDO CRUZ. Com o Curso de Higiene e Saúde Pública da Universidade do Rio de Janeiro.
Inspetor Sanitário do Departamento de Saúde Pública do Estado de Pernambuco.

HISTORICO

Com a volta dos soldados nordestinos que foram ao Sul combater o movimento constitucionalista de São Paulo, em 1932, apareceram nos Estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí e Maranhão, casos de epitelióse infectuosa, de natureza benigna, não deixando cicatrizes profundas, mas apenas manchas esbranquiçadas nos indivíduos de côr, e avermelhadas nos brancos e brancoides, sem apreciável destruição do derma — atrofia maculosa — e que desapareciam dentro de poucos meses, raramente atingindo a camada Malpighi, em pontos esparsos, quando deixavam, assim, cicatrizes fundas indeleveis. Diante da baixíssima imunidade da população do Estado, descuidados que vinham os serviços de prevenção contra a variola, o dr. Décio Parreiras, Diretor Geral do D. S. P. de Pernambuco, ordenou a mais intensa e extensa campa-

— 3 —

Figura - 29 A

Figura 29 B - A distribuição dos casos por faixa etária está demonstrada num gráfico feito à mão em papel quadriculado.²⁹

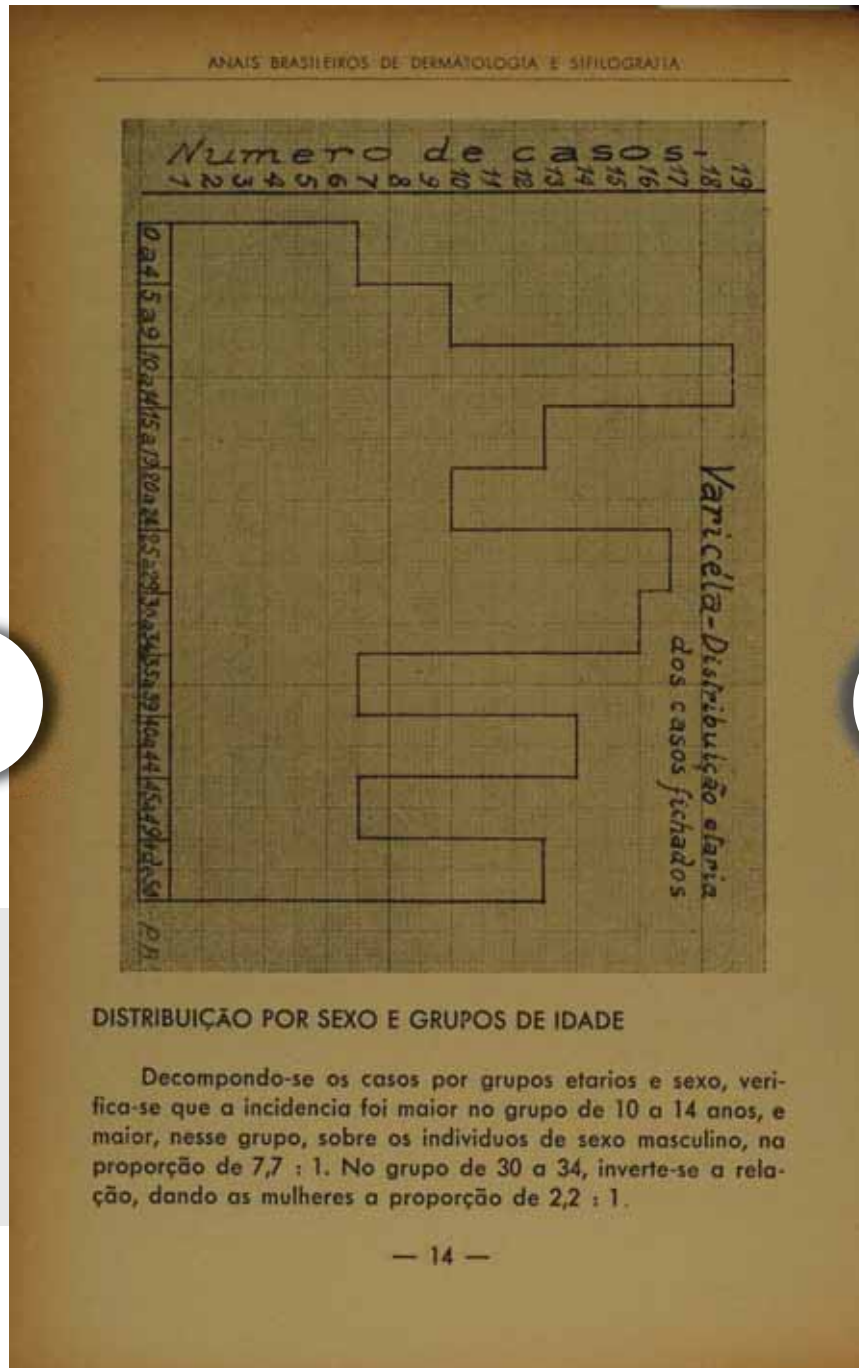


Figura - 29 B

FIGURAS 30 A, B e 31 – Necrológico de Raymond Sabouraud e Jean Darier - Um breve comentário sobre a vida das duas ilustres personalidades.^{30, 31}

NECROLOGIOS**Raymond Sabouraud**

Com a morte de Sabouraud, perde a medicina francesa um de seus mais ilustres representantes e a dermatologia um dos cultores que maior brilho lhe emprestaram nos últimos decênios.

Discípulo de Biett, educado naquele centro incomparável de estudos dermatológicos, que é o Hospital São Luiz, Sabouraud foi um digno continuador das glórias da velha escola dermatológica francesa de que saíram vultos como os de Alibert e de Cazenave, de Devergie e de Bazin. Orientado desde cedo pela escola pastoriana e aconselhado por Biett de quem era então interno, começou Sabouraud por dedicar-se às investigações sobre as dermatoses parasitárias do couro cabeludo e, em particular, ao estudo das tinhas. Como ele próprio disse mais tarde, ao publicar num livro clássico e modelar o resultado de vinte anos de trabalho, em 1890 os dermatologistas julgavam conhecer as tinhas: na realidade, delas pouco mais sabiam que sua existência. Foi, pois, para esse capítulo da dermatologia e da parasitologia que Sabouraud voltou primeiro a atenção, consagrando-lhe quase toda a atividade dos primeiros anos de vida profissional. Desde 1892, em comunicações publicadas nos "Annales de Dermatologie et de Syphillographie", nos "Comptes rendus" da Academia de Ciências de Paris e em outros periódicos, começaram a aparecer as conclusões desses trabalhos iniciais que chamaram, para o terreno até então quase inexplorado da micologia médica a atenção dos investigadores de todo o mundo. Aliado à observação do doente conduzida pelos dados insubstituíveis da clínica, era assim estabelecido um método preciso de experimentação no qual os princípios inaugurados por Pasteur na bacteriologia se estendiam ao conhecimento dos cogumelos parasitas.

Um dos primeiros resultados da aplicação desse método foi a demonstração da pluralidade dos agentes etiológicos das tinhas do homem e dos animais e a verificação de que a sintomatologia clínica marchava muitas vezes paralela à etiologia da doença. As tonsurantes micropóricas e tricoftílicas da infância, o keryon de Celso, as zicoses parasitárias, o favo foram então descritos clinicamente com uma precisão até hoje não ultrapassada, ao mesmo tempo que muitos aspectos da etiologia dessas dermatoses foram também pela primeira vez assinalados. Como resultado, ainda, dessas pesquisas, é preciso referir o método de tratamento, pelos raios X, das tinhas tonsurantes e do favo, problema terapêutico que era de maior dificuldade.

A própria natureza desses estudos que incidiam sobre capítulos confusos da dermatologia, em breve conduziria fatalmente Sabouraud a abordar o estudo de outras questões, a incluir no seu terreno de pesquisa quasi todas as doenças da pele e, em particular, a se ocupar das questões relativas às afecções do couro cabeludo e às dermatoses a que uma origem parasitária ou microbiana tinha sido atribuída. Vieram,

Figura - 30 A

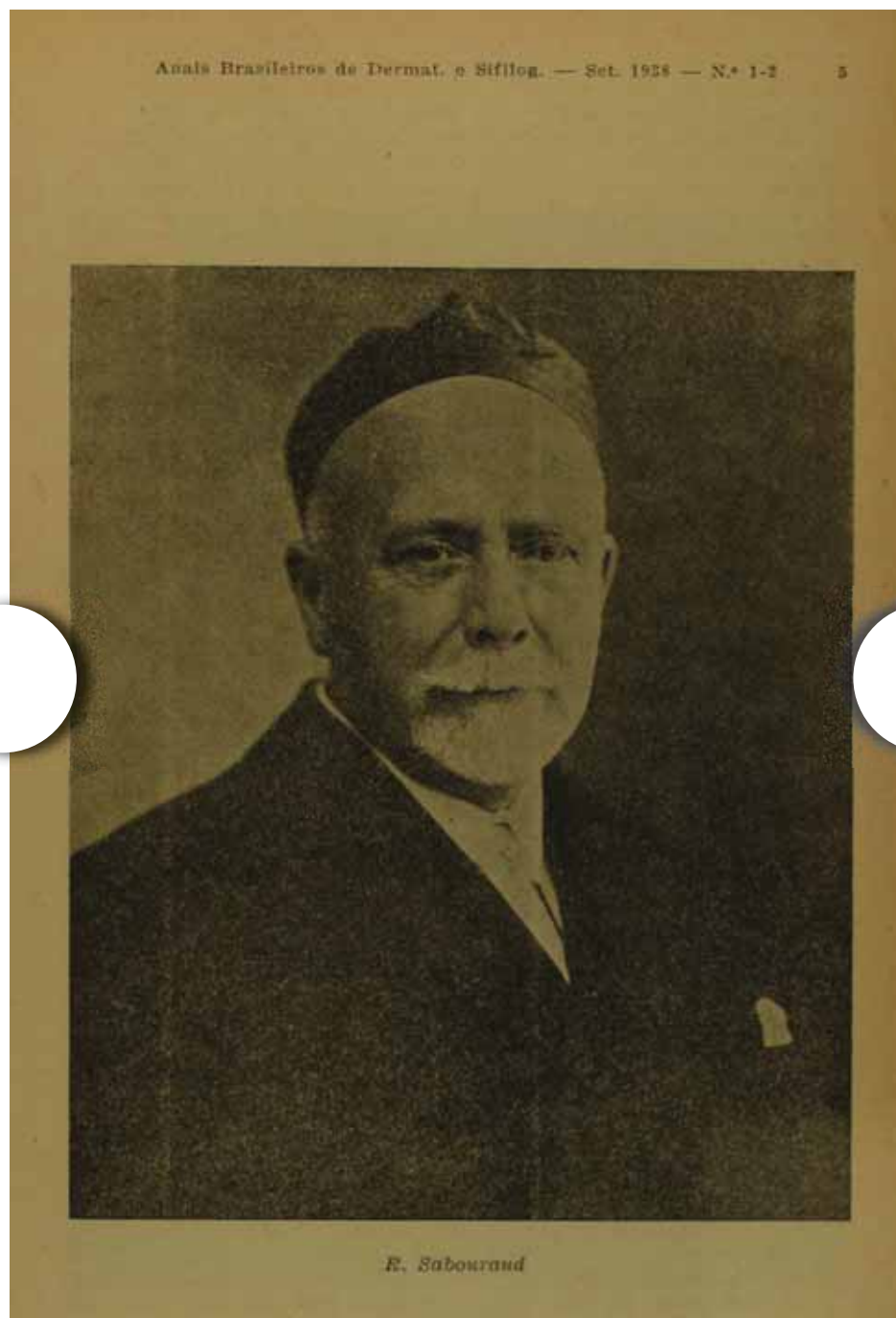


Figura - 30 B

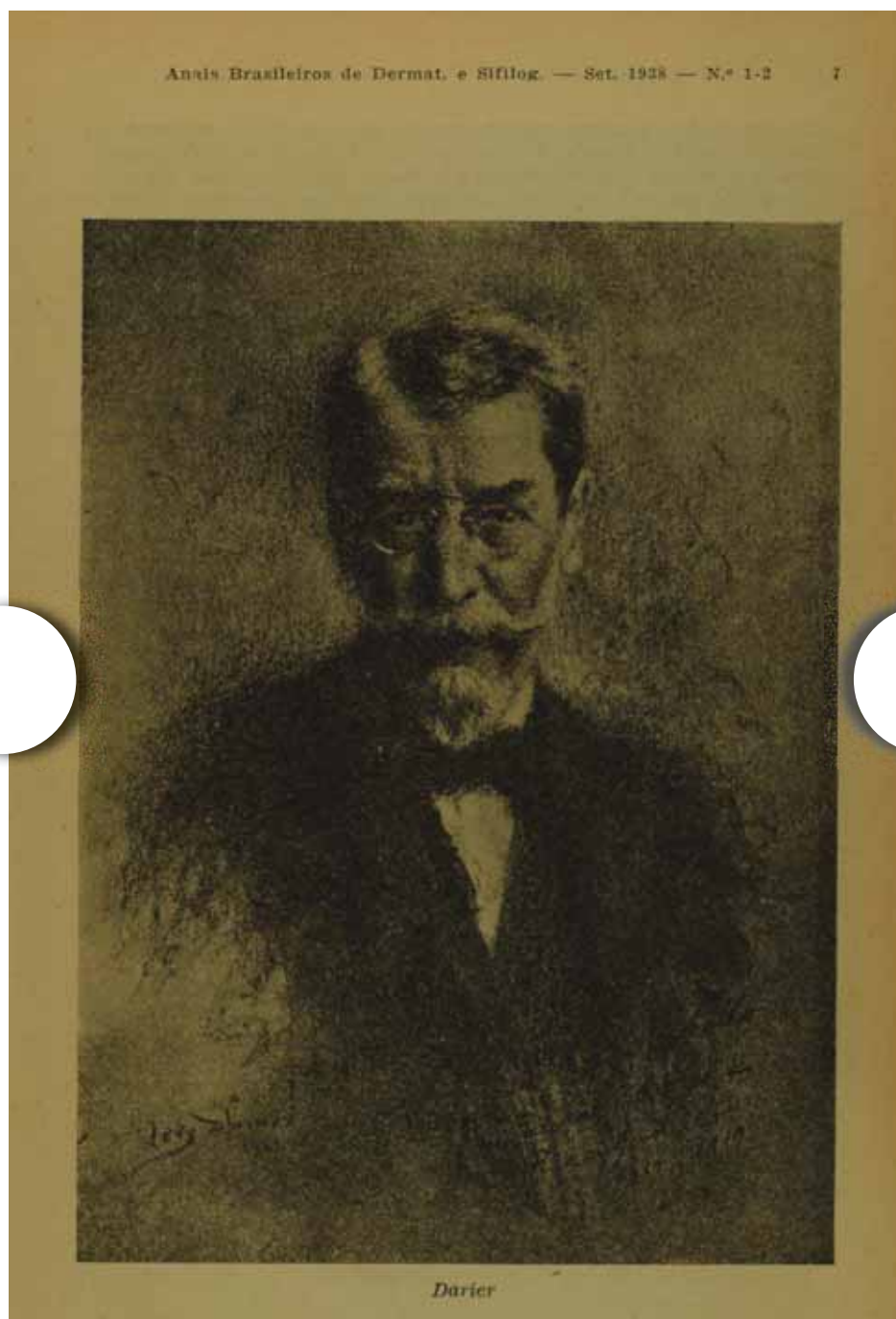


Figura - 31

FIGURAS 32 A e B – Este artigo comovente revela a evolução para a amputação dos membros superiores e a morte de um colega que teve a identidade preservada. Ele foi um dos pioneiros no uso da radioterapia no Brasil e sofreu disto as conseqüências.³²

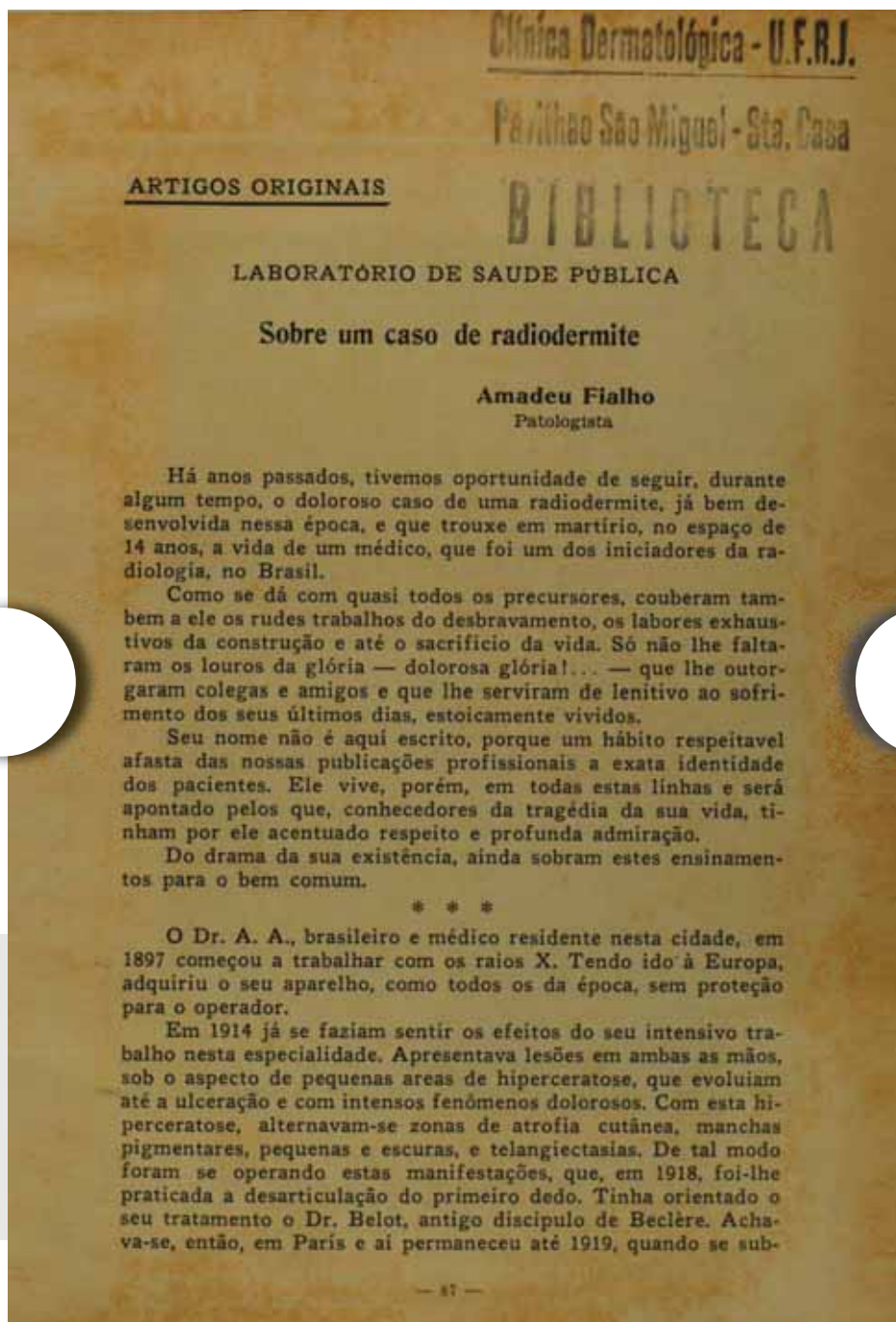


Figura 32 - A

FIGURA 32 B – Detalhe da perda parcial do terceiro quirodátilo direito.³²

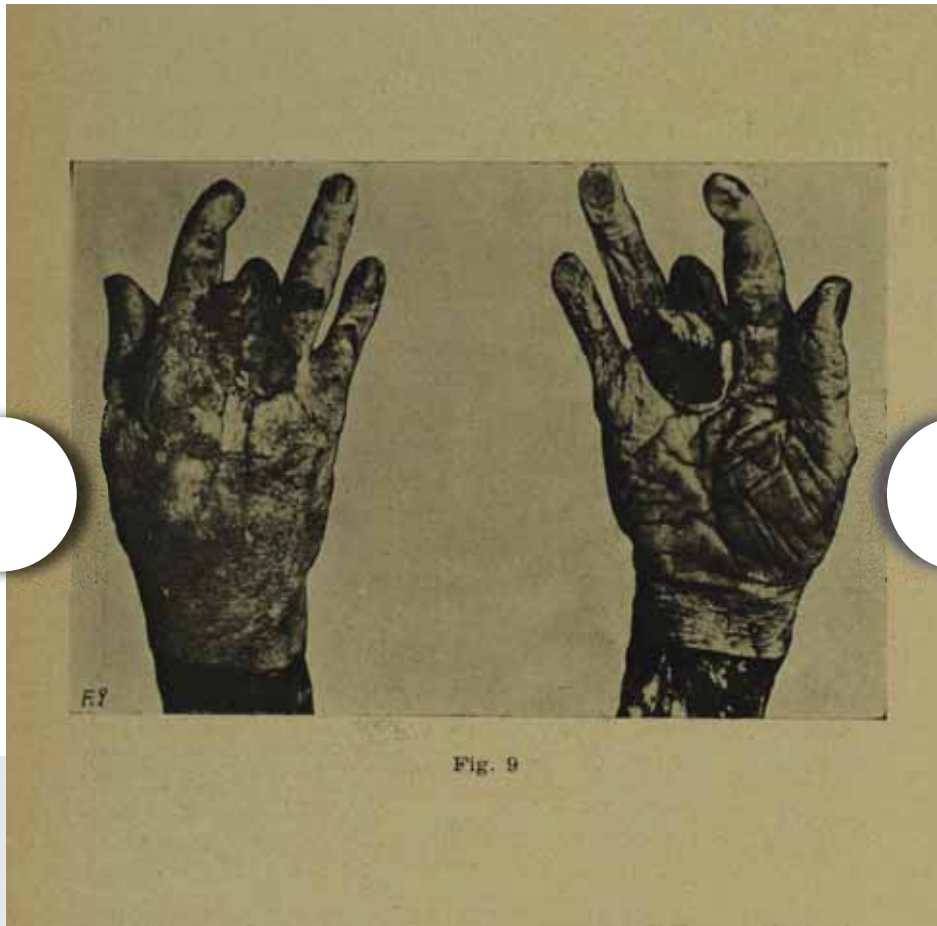



Figura - 32 B

FIGURA 33 – Propaganda do antimônio utilizado no tratamento de doenças como a leishmaniose.³³

Dois preparados de antimônio de maximo efeito curativo, ação rapida e tolerancia superior

Fuadina

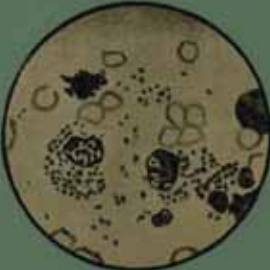


Preparado de antimônio trivalente

Específico contra a linfogranulomatose inguinal, leishmaniose da pele e mucosas, bilharziose.

Neostibosan

Preparado de antimônio pentavalente, de ação específica no **granuloma venereo, leishmaniose da pele, kala-azar**




Cincoenta Anos
1885  1935
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Figura - 33

FIGURA 34 - Anúncio de produto contendo arsênico, terapêutica utilizada em várias doenças, inclusive a sífilis.³⁴

Rhodarsan
8 914
914

Reações
Wassermann +++
Meinicke +++
Sachs Georgi ++
11 Janeiro 1930

Reações
Wassermann +
Meinicke ++
Sachs Georgi +
11 Janeiro 1930

Reações
Wassermann *negativa*
Meinicke *negativa*
Sachs Georgi *negativa*
11 Janeiro 1930

a forma
mais conhecida, mais
certa e mais eficaz
do tratamento
arsenobenzenico da

Rhodarsan
POUR INJECTIONS EXTRA-FORTES
RHODARSAN total gr 0,15

Syphilis

Doses 015 030 045 060 075 090
Caixas de 1 dose
Caixas de 10, 20 tubos da mesma dose
Caixas Serie de 5 doses

SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE DE PHARMACOLOGIE

Figura - 34

FIGURAS 35 - A, B, C, D, E, F e G - Obituário do ilustre dermatologista Dr. Eduardo Rabello (1876-1940) e as várias facetas de sua vida.³⁵



Figura - 35 A

Professor Eduardo Rabelo

Faleceu nesta cidade a 8 de Agosto o professor Eduardo Rabelo, eminente catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina e Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Para avaliar o que representa esta perda para nós, basta lembrar que o seu nome está indelevelmente ligado a tudo que se fez nos últimos 30 anos no Brasil no terreno da nossa especialidade, da qual foi nos cenários nacional e mundial um dos vultos culminantes. Todas as tarefas que lhe couberam na sua fecunda vida de homem público, constituíram outros tantos triunfos para o seu nome e valiosos serviços para a nossa Pátria.

Esta Revista que foi o último dos seus empreendimentos, mercê do qual teve uma existência vitoriosa, cobre-se de luto compartilhando da grande dor que feriu tão profundamente a medicina brasileira.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia realizou a 13 de Setembro uma sessão especial em homenagem à memória do seu grande Presidente. Perante sua desolada família, elevado número de sócios, médicos, estudantes e elementos da sociedade carioca foram pronunciados vários discursos que transcrevemos na íntegra, nos quais a personalidade do Professor Rabelo foi encarada sob os múltiplos aspectos com que enobreceu a sua vida.

Figura - 35 B

O professor Eduardo Rabelo como realizador

J. RAMOS E SILVA

Escolhi como tema destas breves palavras de homenagem à memória de Eduardo Rabelo, que tenho a honra de proferir em nome da Escola de Medicina e Cirurgia, um dos aspectos que sempre me impressionaram na figura da grande personalidade médica que hoje aqui comemoramos. Que outros mais autorizados digam de Rabelo como grande médico, como professor eminente, como cientista ilustre, como higienista notável. Contentar-se-ei com assinalar esta característica singular: tudo que Rabelo projetava, imaginava, idealizava, desde logo tomava corpo, materializava-se, surgia em plena luz quasi já com suas proporções definitivas. Assim aconteceu com esta magnífica instalação da sua clínica, obra inteiramente sua, conseguida mercê de seu imenso prestígio social e científico, conjugando as contribuições governamentais do legislativo e do executivo com a benemerência inesgotável da Santa Casa de Misericórdia, à qual tanto deve o ensino médico não só no particular de nossa especialidade como em outros ramos, quasi todos, da medicina. Rabelo conseguiu dêsse modo, pela sua influência pessoal dotar a Faculdade de Medicina de uma Clínica Dermatológica modelar, funcionando em locais condignos e perfeitamente aparelhada.

Quando o grande CARLOS CHAGAS chamou Rabelo a colaborar na sua magnífica obra de Saúde Pública nada se havia feito ainda no Brasil em matéria de profilaxia venerea e leproológica. Rabelo creou, organizou, legislou, inovou. Onde

Figura - 35 C

O professor Rabelo como clínico

ARMINIO FRAGA

No momento em que esta Sociedade se reúne para homenagear a memória do seu Presidente e comungar com todos os especialistas do Brasil em dar largas ao seu sentimento pela inolvidável perda que nos atinge a todos, com o desaparecimento de Eduardo Rabelo, constitui para mim um penoso dever de recordar perante os que o conheceram as suas indiscutíveis qualidades de observador e de clínico.

Tive, senhores, o privilégio de figurar desde cedo entre os que mais de perto privaram com Rabelo nas suas lides hospitalares e desde esse tempo conservo recordações que se contam entre as mais preciosas da minha vida profissional.

Outros irão falar-vos da sua personalidade como Professor, como organizador, como homem de ação social, como higienista e como figura moral. A mim, entretanto, muito satisfaz revivê-lo como sempre o vi na sua faine diária de enfermaria, de ambulatório, em meio aos acidentes e imprevistos que a clínica nos reserva.

A sua atuação diante de cada caso, e ao lado das virtudes e vantagens que o distinguiram como homem, nunca deixou de impressionar-me pela segurança e pela precisão, que pareciam brotar sem o mínimo esforço da sua poderosa mentalidade.

A circunstância de haver feito a minha iniciação dermatológica em outros meios propiciou-me o ensejo de sentir melhor e de aproveitar mais profundamente a experiência diá-

Figura - 35 D

O aspecto humano e liberal da obra do Professor Rabelo

JOAQUIM MOTA

"Da vida dos grandes homens que marcaram na existência com um traço de luz duravel, recolhamos piedosamente para ensinamento da posteridade até as menores palavras, os menores atos capazes de dar a conhecer os estímulos de sua grande alma".

A comemoração que hoje realiza a Sociedade Brasileira de Dermatologia, dedicando uma sessão especial em homenagem à memória de seu grande presidente, tão cedo roubado à convivência e à nossa estima, constitui magnífica lição, que nenhum livro, por mais bem escrito e por mais bem pensado, vale o exemplo de uma grande vida.

O clínico, o professor, o pesquisador, o chefe, o cidadão, por qualquer desses prismas que se encare a vida de Eduardo Rabelo, reuniu um repositório tão precioso de ensinamentos e de estímulos, que merece ser perpetuada para edificação das gerações futuras. Outros melhor dotados se abalçarão à análise proveitosa dessa multifária personalidade para destacar os traços luminosos que distinguiam a capacidade do médico, a proficiência do mestre, a agudeza do investigador, a preeminência do guia, o civismo do brasileiro.

De minha parte, atrevo-me apenas ressaltar a face que mais vivamente me excitava a admiração nessa vida tão rica de virtudes harmoniosas e de exemplos dignificantes. Entre

— 171 —

Figura - 35 E

Pernambuco e o Professor Rabelo

JORGE LOBO

Com o desaparecimento dêste grande animador e organizador da medicina dermatológica, que foi o Prof. Eduardo Rabelo, perde o Brasil, um grande mestre.

Nós, de Pernambuco, que nos jactamos de ser seus discípulos, e guardamos as mais agradecidas reminiscências dos bons tempos passados em seu convívio sempre proveitoso, choramos punjentemente a grande perda; que cobre de luto a dermatologia nacional.

Do Prof. Eduardo Rabelo, por qualquer prisma que se encare, só nos ficam motivos de admiração, pela sua cultura e pela sua afabilidade, tão envolvente quão carinhosa.

Êste professor insigne, que no exercício do magistério, ministrou a várias gerações o entusiasmo pela dermatologia clínica, e creou o interesse pela investigação dermatológica, realizou no mais alto gráu, o desempenho das suas funções de mestre.

Como clínico, era empolgante vê-lo atentamente examinando diariamente os enfermos, ressaltando detalhes, solicitando esclarecimentos, resolvendo contendas, preenchendo lacunas, com a proficiência do verdadeiro douto.

Ao lado desta ação prática objetiva, executada nas enfermarias e nos doentes do Pavilhão S. Migual, altamente proveitosa para todos aqueles que o cercavam, confiantes nos seus ensinamentos, não podemos silenciar pelo relevo que tiveram, as notáveis conferências semanais, onde o provector

Figura - 35 F

Perfil do Professor Eduardo Rabelo

Doutorando LUCIO FROTA

Para a custódia dos despojos físicos do Prof. Rabelo, feriu-se o chão da terra. Abalados pelas contrações da dôr e com as fibras da alma tensas de saudade, acompanhamo-lhe o corpo ao Campo Santo.

Partiu o Mestre no climax da glória e na plenitude do prestígio soberano. Legou-nos frutos sazonados de cultura e essências evangélicas de virtudes. Carregou consigo, apenas, as belas flores da modestia que vão perfumar na eternidade os jardins das Almas!

Atendendo ao conselho de MAURIAC, na vida de RACINE, neste pálido perfil que a nossa gratidão ousa traçar, procurarei pintar o Mestre com as cores humanas sem emprestar-lhe atitudes divinas para que outras gerações também possam imitá-lo, perdidas na sua floresta de exemplos.

Admirando a magnitude de sua ética profissional, encontramos uma sugestão para cultuarmos o Bem e a Verdade.

No seio da classe, o segredo de sua autoridade residia mais no domínio do coração que nas reivindicações do espírito.

Não obstante uma profunda sedimentação científica, tinham suas aulas o encanto das almas simples. Três coisas integravam-lhe o cenário: um doente, uma lente e um quadro histológico que esboçava a pele. Alheio à preocupação de formar especialistas, ministrava sem retórica os conhecimentos

Figura - 35 G

FIGURAS 36 A e B – O autor J. Ramos e Silva relata o primeiro caso de amiloidose cutânea primária no Brasil e nos Anais Brasileiros de Dermatologia.³⁶

TRABALHO ORIGINAL

Um caso de amiloidose primitiva da pele

J. RAMOS E SILVA
Prof. da E. de Med. e Cirurgia.
Doc. da Univ. do Brasil

Em homenagem à memória do Professor
Eduardo Rabelo

A amiloidose primitiva da pele é afecção extremamente rara. O caso de que vamos tratar é o primeiro publicado no Brasil. Na literatura hispano-americana existem dous excelentes trabalhos sobre o assunto, o de FEHNER e GOVANTES, de Havana (Vida Nueva, XI:244, Abril 15, 1937) e o de PUENTE e MAZZINI, de Buenos Aires (Rev. Arg. de Dermatosisifilologia XXIII: 204, 1939). Os primeiros casos registrados na América do Norte são os dous de Nowland (Arch. of Derm. & Syphil. 33:85, Jan. 1936). A individuação de uma forma cutânea de amiloidose sem comprometimento visceral deve-se a GUTMANN em 1923. Importa de fato, distinguir desde logo os casos de amiloidose visceral conhecidos desde PORTAL e VIRCHOW, nos quais a substância amilóide em doentes de tuberculose caquética ou de supurações intermináveis acumula-se não só nas visceras (baço, rim, figado) como eventualmente também na pele (LINDWURM 1862), dos de amiloidose primitiva e pura da pele a que nos vinhamos referindo de início.

Observação (1)

(1) Caso apresentado à Sociedade Brasileira de Dermatologia em Novembro de 1939.

Figura - 36 A

FIGURAS 36 B - Imagem clínica do artigo original. ³⁶

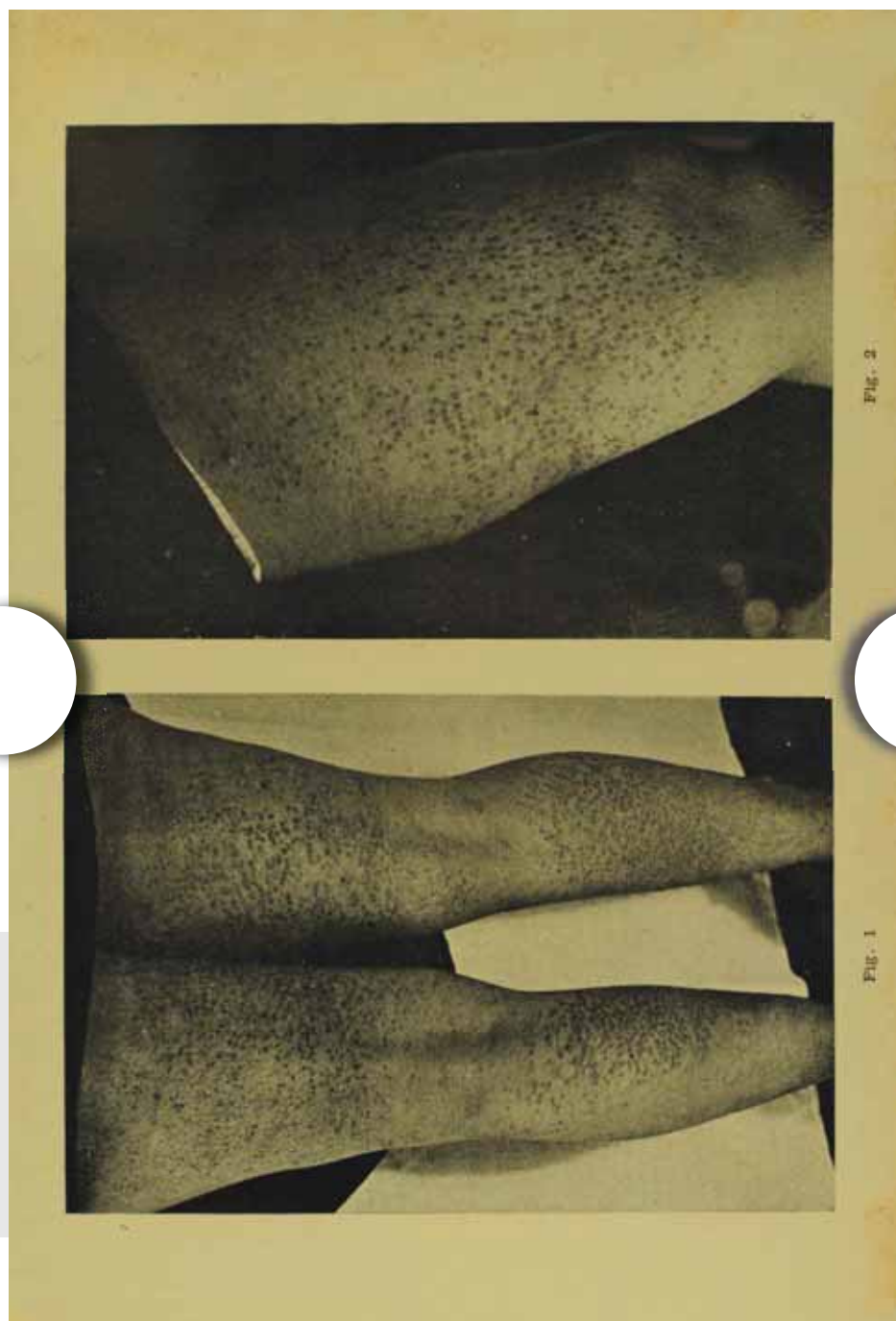


Figura - 36 B

FIGURA 37 – Propaganda de medicações dermatológicas na primeira metade do século XX.³⁷

POMADA DE INSULINA BYLA
5 U.I. POR GRAMMA
ULCERAS ATONICAS E VARICOSAS •
• ANTHRAZES •

LITTERATURA E AMOSTRAS
F. PIERRE & CIA. LTDA.
CAIXA POSTAL 469 - RIO -

Tuz! ESTAFILOCOCOS...
FURUNCULOSE

ANTIGENO ESPECÍFICO CURATIVO

Estafilóide

ANATOXINA
ESTAFILOCÓCICA

Eng

TELEFONE 42-0201
CAIXA POSTAL 2924
RIO DE JANEIRO

ESPINHAS
MASTOIDITE
OSTEOMIELITE

supurações
em geral

— 161 —

Figura - 37

FIGURA 38 – Este Noticiário revela os bons resultados obtidos com o uso da penicilina no tratamento da sífilis. Foram apresentados na 72ª reunião anual da American Public Health Association, em Nova York, em 1943.³⁸

NOTICIÁRIO

PENICILINA NO TRATAMENTO DA SIFILIS

Durante a 72.^a reunião anual da American Public Health Association, em Nova York, nos dias 12-14 de outubro de 1943, os Drs. John F. Mahoney, R. C. Arnold e Ad Harris, comunicaram resultados favoráveis obtidos no tratamento de 4 casos de sífilis recente, casos êsses excepcionalmente bem controlados e que foram tratados exclusivamente com penicilina; posteriormente, essa comunicação foi publicada, reportando, também, os estudos experimentais no coelho (1). Tratava-se de casos de sífilis primária soro-positivo. Estas observações, apenas, davam início a uma jornada de maior envergadura nos laboratórios de Mahoney e Eagle, tendo, depois (cêrca de setembro do mesmo ano), sido organizado um plano para o estudo cooperativo sôbre os efeitos da penicilina na sífilis do ser humano, sob os auspícios gerais do Comitê de Pesquisas Médicas (Committee on Medical Research) do Escritório de Pesquisa e Desenvolvimento Científico (Office of Scientific Research and Development) e sob a direção específica do Sub-comitê de Doenças Venéreas (Subcommittee on Venereal Diseases, National Research Council). Uma vez organizado o sub-comitê com membros de diferentes serviços, estabeleceu-se um plano, orientado principalmente nos problemas da sífilis recente e neurosífilis, em virtude da grande incidência nas forças armadas, tendo, porém, sido estudadas outras formas de sífilis tardia. A penicilina foi fornecida por diferentes fontes (Exército, Marinha, Serviço de Saúde Pública e outras) tendo sido distribuída pelo National Research Council, as clínicas civis escolhidas para participarem dos estudos. Presentemente, estudos sôbre sífilis recente estão em andamento em 23 clínicas ou centros de pesquisas, entre outros, Fort Bragg, North Carolina — Capt. W. Leifer; U. S. P. H. S. (Marine Hospital, Stapleton) — Dr. J. F. Mahoney; Bellevue Hospital, N. Y. — Dr. Evan Thomas; Cleveland City Hospital — Dr. H. Cole; Johns Hopkins Hospital — Drs. J. E. Moore e C. F. Mohr e outros centros espalhados pelo país.

No dia 15 de junho de 1944, na Secção de Dermatologia e Sifilologia, durante a 94.^a sessão anual da American Medical Association, em Chicago, foram lidos, para discussão, os resultados preliminares sôbre a penicilina no tratamento da sífilis. Esses resultados, obtidos até aquela data, foram apresentados em dois trabalhos: um, em relação à sífilis recente, relatado por Moore, Mahoney, Schwartz, Sternberg, Barry Wood e Heller Jr., e o outro, tendo à frente Stokes, relacionado com a sífilis tardia. E' sôbre esta reunião, notável para o futuro desta especialização, que faremos uma exposição dos fatos mais interessantes.

Figura - 38

FIGURA 39 – Um didático artigo de Demetrio Peryassú discorre sobre a evolução imuno-biológica da sífilis e o caráter evolutivo do treponema.³⁹

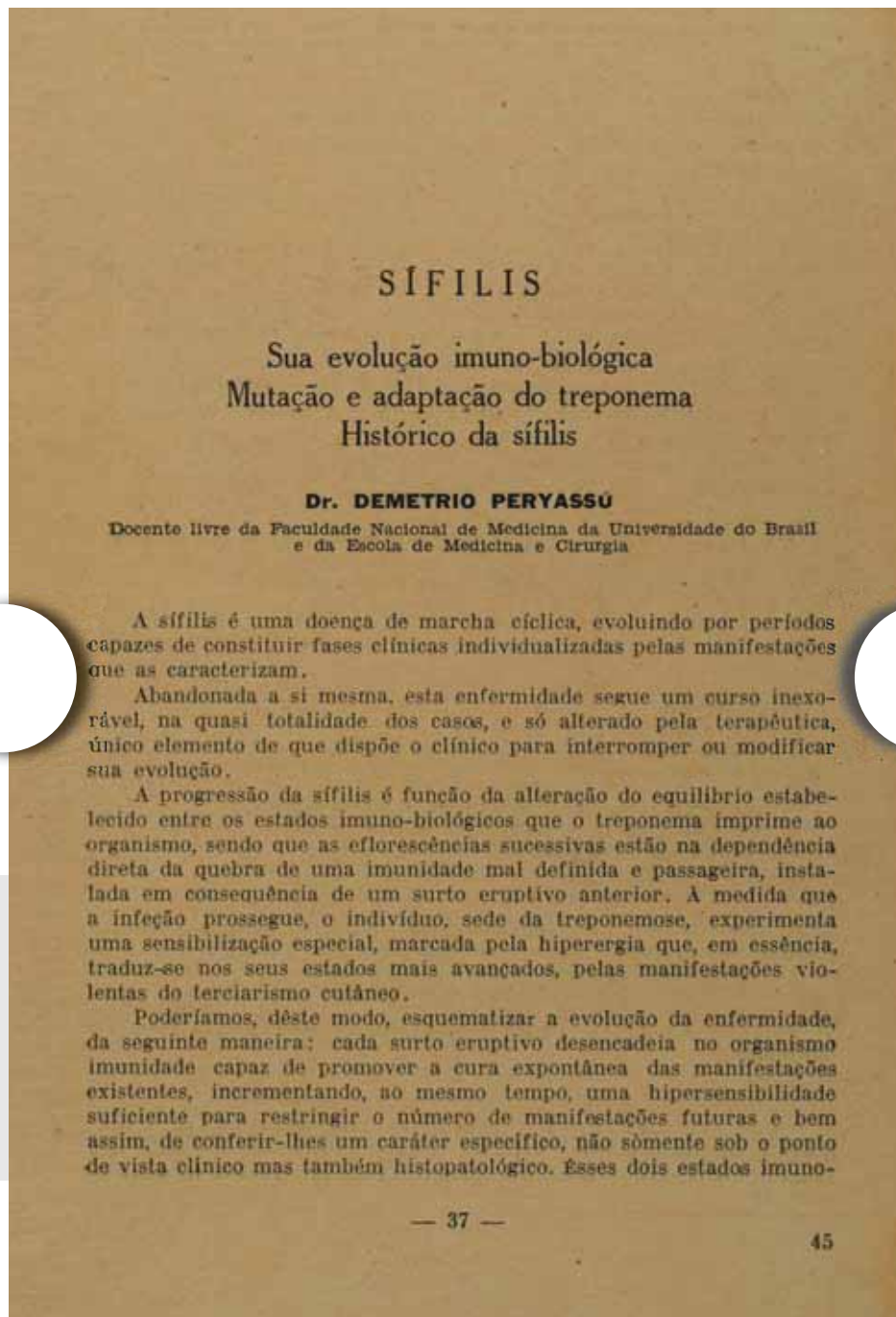


Figura - 39

FIGURA 40 – No texto “As ergodermatoses no Distrito Federal”, advindo de palestra proferida na Associação Brasileira de Medicina do Trabalho, em 1945, Perilo Galvão Peixoto explica as relações da pele com o ambiente ocupacional. Uma referência histórica a quem se dedica em particular a este assunto em nosso meio.⁴⁰

(*) As ergodermatoses (1) no Distrito Federal

PERILO GALVÃO PEIXOTO

Dermatologista da Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho

Prolegômenos — A pele, com sua superfície de cerca de 1,60m², põe em contacto o indivíduo com o ambiente, ao tempo que o defende dos estímulos de origem externa.

Órgão de choque por excelência, desempenha papel relevante na luta contra os agentes físicos, químicos ou biológicos. Seu mecanismo defensivo consiste sobretudo da camada córnea, das secreções glandulares e do pigmento. As células cornoas, insolúveis na água e no álcool, resistem à ação dos ácidos fortes, mas são atacadas pelos álcalis e sulfuretos. A secreção sebácea protege contra as substâncias hidrossolúveis, que, por sua vez, são diluídas pelo suor. O pigmento cutâneo também age contra certos irritantes, *verbi gratia*, a luz.

A essa defesa tegumentar em face do ambiente exterior, acresce a ação diante dos órgãos internos, ou seja, a solidariedade cutânea na reação geral do organismo. Uma e outra, HOFFMANN batizou-as respectivamente de *ectofilaxia* e *eisofilaxia*.

Em armadura tão potente, contudo, não faltam partes vulneráveis, os folículos pilosos e os ductos glandulares, nos quais penetram, sem maior dificuldade, os agentes nocivos, máxime os lipossolúveis. Outrossim, o adelgaçamento ou qualquer solução de continuidade da camada córnea ensejam oportuna via de acesso.

O tegumento cutâneo constitui-se, desse modo, em sentinela avançada do organismo, pronta a reagir a qualquer causa nefasta, seja qual for a sua natureza. Não é de estranhar, portanto, que, no âmbito

* Conferência realizada em 2 de outubro de 1945, na Associação Brasileira de Medicina do Trabalho.

(1) Do grego: ERGON (trabalho) + DERMA, ATOS (pele) + sufixo OSE = dermatose do trabalho. Alvitramos o neologismo, que se nos afigura mais eufônico e menos prolixo que ERGASIODERMATOSE, proposto pelos americanos; é preferível ao sugerido na Inglaterra por Prosser White, DERMATERGOSE, pois na formação dos vocábulos em nossa língua deve preponderar a ordem inversa.

Figura - 40

FIGURA 41 – No artigo nº 3, volume 21, de 1946, ocorreu profícua discussão científica entre Amadeu Fialho, Mario Rutowitsch, Carlos Lacaz, Domingos de Oliveira, FE Rabello, Carl Fried e Osmarito Macedo sobre experimentos esclarecedores de possíveis diferenças entre a Blastomicose Brasileira e a Coccidioidomicose. Segue-se na mesma página o relato de Carlos Lacaz esclarecendo que a etiologia da Blastomicose brasileira na realidade deve ser atribuída ao *Paracoccidioide brasiliensis*.⁴¹

260 Anais Bras. de Dermat. e Sifilog. — Vol. 21 (1945) — N. 3 (Setembro)

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA BLASTOMICOSE BRASILEIRA EXPERIMENTAL DO COBAIO, pelos Drs. A. PADILHA GONÇALVES e FRANCISCO FIALHO.

Fizeram inoculações em testeio de cobaios. Conseguiram estudar o processo em todas as suas fases e verificaram o papel preponderante do S.R.E.

DISCUSSÃO SOBRE OS TRÊS TRABALHOS PRECEDENTES:

Dr. Amadeu Fialho — Diz que não se pode comparar os testes da coccidioidina com os da paracoccidioidina, pois a primeira é um lisado do fungo, enquanto que a segunda é apenas um filtrado.

Dr. Mario Rutovitch — Concorda com o Dr. Lacaz, dizendo ter verificado os mesmos resultados, no que diz respeito aos testes intradérmicos com a tricoftina, como irá demonstrar posteriormente, em outra sessão.

Dr. Carlos Lacaz — Oferece aos colegas os antígenos por ele preparados. Referindo-se às reações negativas com a coccidioidina, diz que este é mais um dado diferencial entre o nosso parasito e o americano. Está de acordo com a ação do S.R.E. na cura dos casos tratados com as sulfas e por isso mesmo preconiza a associação da vacinoterapia como estimulante do S.R.E..

Dr. Domingos de Oliveira — Por ensaios "in vitro", com as sulfas, verificou que estas são fungostáticas e não fungecidas.

Prof. F. E. Rabelo — Salienta a necessidade de permutas de antígenos para que sejam menores as discordâncias.

Dr. Amadeu Fialho — Tece comentários em torno dos antígenos e pede aos técnicos que procurem isolar a parte ativa destes, a fim de que se tenham resultados mais padronizados, tal como se faz com a tuberculina (P.P.D.).

Dr. Carl Fried — Acha que a conclusão a que chegou o Dr. Peryassú, embora conhecida, trouxe um novo achado, comprovante da ação do S.R.E.

Dr. Osmarito B. Macedo — Pensa que as sulfas agem por um mecanismo de óxido-redução.

Dr. Carlos Lacaz — Referindo-se aos comentários do Dr. Fialho, diz que nos Estados Unidos já se fazem antígenos protídicos de cogumelos.

2ª SESSÃO DE 24 DE SETEMBRO DE 1945

ETIOLOGIA DA BLASTOMICOSE BRASILEIRA, pelo Dr. CARLOS DA SILVA LACAZ.

Resumo: diz que o único nome válido é "Paracoccidioides brasiliensis, Splendore e Almeida".

Figura - 41

FIGURAS 42 - A e B. Os ilustres autores, entre eles os eméritos Nelson Proença e Argemiro Rodrigues de Souza, decrevem um caso de sarna norueguesa.⁴²

Um caso de sarna norueguesa

Argemiro Rodrigues de Souza
Nelson Proença

A sarna norueguesa, ou sarna crostosa, descrita pela primeira vez em 1848, na Noruega, por Danielsen e Boeck (1), tem sido esporadicamente registrada em quasi todos os países do mundo.

Em nosso meio, Londero (2) conseguiu computar 78 casos, em recente revisão bibliográfica (1958). Dêstes, 50 pertecem a Sylvio Campos e foram publicados fora do nosso país. Os restantes 28 estão registrados em 18 trabalhos. Entretanto, a casuística nacional é certamente maior, pois somente Orsini e Neves (3) têm mais 5 casos pessoais não incluídos naquela revisão. Em nossa Clínica Dermatológica esta é a segunda observação, sendo a primeira de Ribeiro e Soares (4), em 1950.

Tratando-se de afecção rara, mesmo nos mais concorridos Serviços de Dermatologia, seu diagnóstico é difícil, e com muita frequência os seus portadores são considerados como casos de psoríase, pitiríase rubra pilar, micose fungóide, etc.

Como em todo quadro raro, o diagnóstico aqui só é feito quando se pensa na moléstia. Por esse motivo é que nos animamos a registrar nosso caso, de recente observação.

O paciente, do sexo masculino, de cor preta, com 50 anos de idade, operário da construção civil, procurou o Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas em 24 de julho de 1959. O exame objetivo mostrava: segmento cefálico respeitado, com exceção dos pavilhões auriculares, que se apresentavam crostosos. No tronco, notavam-se lesões escamocrostosas, mais acentuadas no nível do abdome e das regiões mamilo-areolares, estando estas hipertrofiadas. As axilas, regiões inguinais, as faces de extensão dos cotovelos e antebraços, os dorsos das mãos e dos dedos, as faces anteriores dos joelhos, tornozelos e pés, todos apresentavam aspecto essencialmente escamo-crostoso. O pênis exibia lesão acrômica, escamosa. Destacava-se também uma ceratose follicular disseminada, e numerosas pústulas folliculares. As regiões palmares estavam indenes, porém os cavos plantares se mostravam afetados. Notavam-

Trabalho da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Serviço do Professor João de Aquino Pupo. Apresentado na Associação Paulista de Medicina, Seção de Dermatologia, em 11 de setembro de 1959. Recebido para publicação em setembro de 1959.

Figura - 42 A

FIGURA 42 B – Imagem clínica mostrando a exuberância das lesões crostosas.⁴²

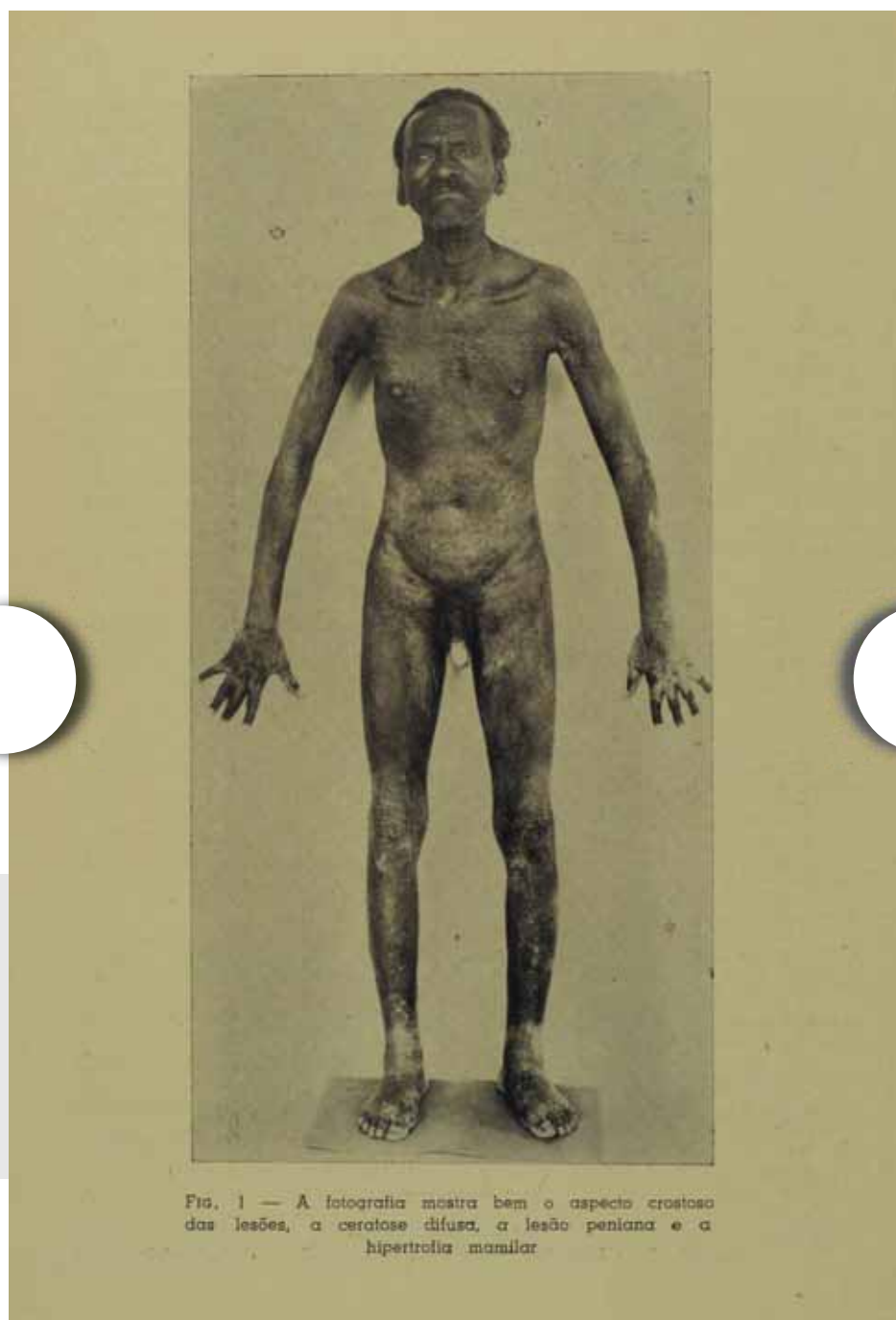


FIG. 1 — A fotografia mostra bem o aspecto crostoso das lesões, a ceratose difusa, a lesão peniana e a hipertrofia mamilar

Figura - 42 B

FIGURA 43 – Tinha tonsurante microspórica do couro cabeludo em adulto. Os autores comentam sobre essa micose incomum nesta faixa etária.⁴³

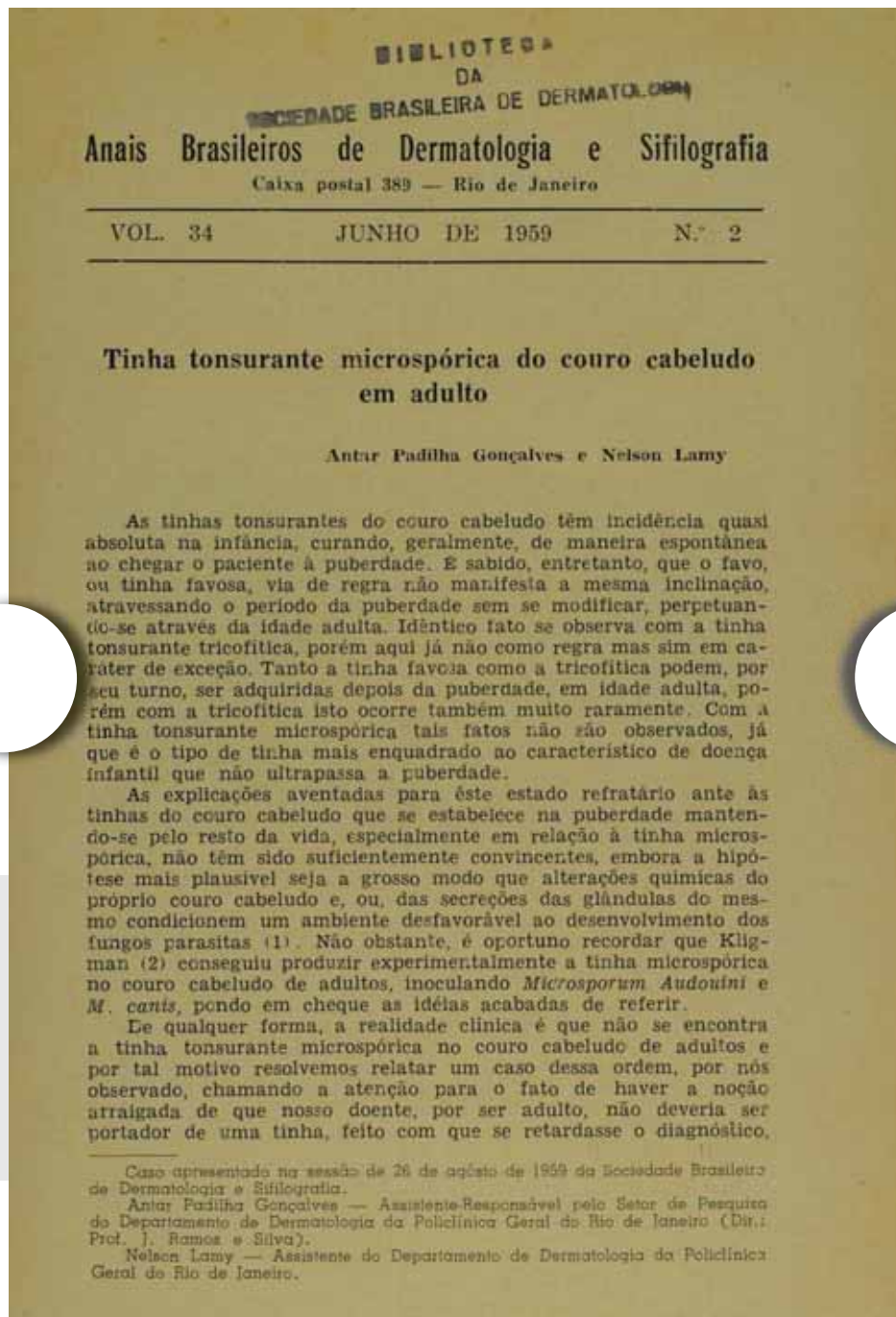


Figura - 43

FIGURA 44 – Os Anais Brasileiros de Dermatologia veicularam a utilização da técnica de hipnose em 1964.⁴⁴

NOTA PRÉVIA

HIPNOSE EM DERMATOLOGIA

M. RUTOWITSCH — A. M. POSSE FILHO (*)

Ao apresentarmos hoje (***) o presente Trabalho, embora à título de Nota Prévia, bem sabemos a reação natural, que iremos ter "a priori", por parte dos colegas presentes, que nos ouvirão com benevolência, tolerância e muito septicismo.

Tencionamos, por ora, expor tão somente o assunto, da maneira mais clara e sucinta que nos for possível, de modo a chamarmos a atenção para um recurso terapêutico de inegável valor o qual vem sendo desprezado, provavelmente, por seu completo desconhecimento.

O Hipnotismo, se bem que mais conhecido à partir dos últimos duzentos anos, vem sendo usado desde a mais alta antiguidade, não havendo dúvidas à respeito do seu emprêgo pelos assírios, babilônicos, caldeus, egípcios e gregos, entre os quais não podemos deixar de citar Hipócrates, sim — O Pai da Medicina, que o usava plenamente consciente do poder da sugestão e não, por credence, superstição ou feichismo. Em seu *Livro das Epidemias*, citado por Gonzaga, lê-se: — "Si há dór de ouvido, enrolar lã em tórno do dedo e, instilar um corpo gorduroso quente; depois, enrolar a lã na palma da mão e colocar a mesma abaixo da orelha, de modo a fazer crêr ao paciente que lhe sai alguma cousa; em seguida atirar tudo ao logo" (a crase é nossa).

A moderna Hipnologia, não se encontra mais na fase empírica e tateante do seu início, sendo hoje consagrada cientificamente e plenamente admitida e praticada em quase todo os países.

A "Grande Pausa" que sofreu o seu estudo, foi devida, como bem assinala Paulo Araripe, à influência negativa de Charcot quando, em vez de concluir que "todos os histéricos eram hipnotizáveis", afirmou que "todos os hipnotizáveis eram histéricos". Partindo tal conceito de uma figura da projeção do grande mestre, a Hipnologia rapidamente entrou numa situação de descrédito, passando os

(*) Chefe do Serviço e Assistente do Serviço de Clínica Dermatológica e Siliográfica do Hospital dos Servidores do Estado.

(**) Trabalho apresentado à Sociedade Brasileira de Dermatologia, em 30-XI-1962.

Figura - 44

FIGURA 45 – Primeira imagem colorida publicada nos Anais Brasileiros de Dermatologia, em 1965.⁴⁵



FIG. 1 — Lesões liquenóides produzidas por contato com reveladores fotográficos Cromogênicos.

Figura - 45

FIGURAS 46 - A e B. Registro da criação da seção de Iconografia Dermatológica. Uma seção inovadora para a época e que perdura até os dias de hoje.⁴⁶

ICONOGRAFIA DERMATOLÓGICA

PAPILOMATOSE PAPULOSA CONFLUENTE E RETICULADA (GOUGEROT E CARTEAUD, 1927)

D. PERYASSU (*)
I. GABRIELA (**)

Descrita na terceira década deste século, é doença rara.

Sua lesão básica é a pápula de relevo discreto, tonalidade que varia do róseo ao castanho e que não excede a 4mm de diâmetro. A tendência à confluência dessas pápulas desenhando retículo e a peculiaridade histológica da papilomatose, valeram-lhe a denominação proposta.

As lesões situam-se preferentemente na porção superior das paredes anterior e posterior do tórax, onde formam placas aproximadamente quadrangulares ou losânicas. Zonas mais baixas do tronco podem ser atingidas menos freqüentemente.

Desenvolve-se a dermatose lenta e insidiosamente, desacompanhada de prurido. Prefere o sexo feminino, e a faixa etária de eleição encontra-se entre os 15 e os 35 anos, não havendo seleção de cor.

Vale o diagnóstico clínico, pois a histopatologia é inconclusiva.

O pitiríase versicolor é o processo que mais se confunde com a papilomatose confluyente e reticulada e somente a falência terapêutica alerta os médicos do erro diagnóstico.

Figura - 46 A

FIGURA 46 B – Fotografia colorida do dorso de um paciente com papilomatose papulosa confluyente e reticulada de Gougerot e Carteaud.⁴⁶

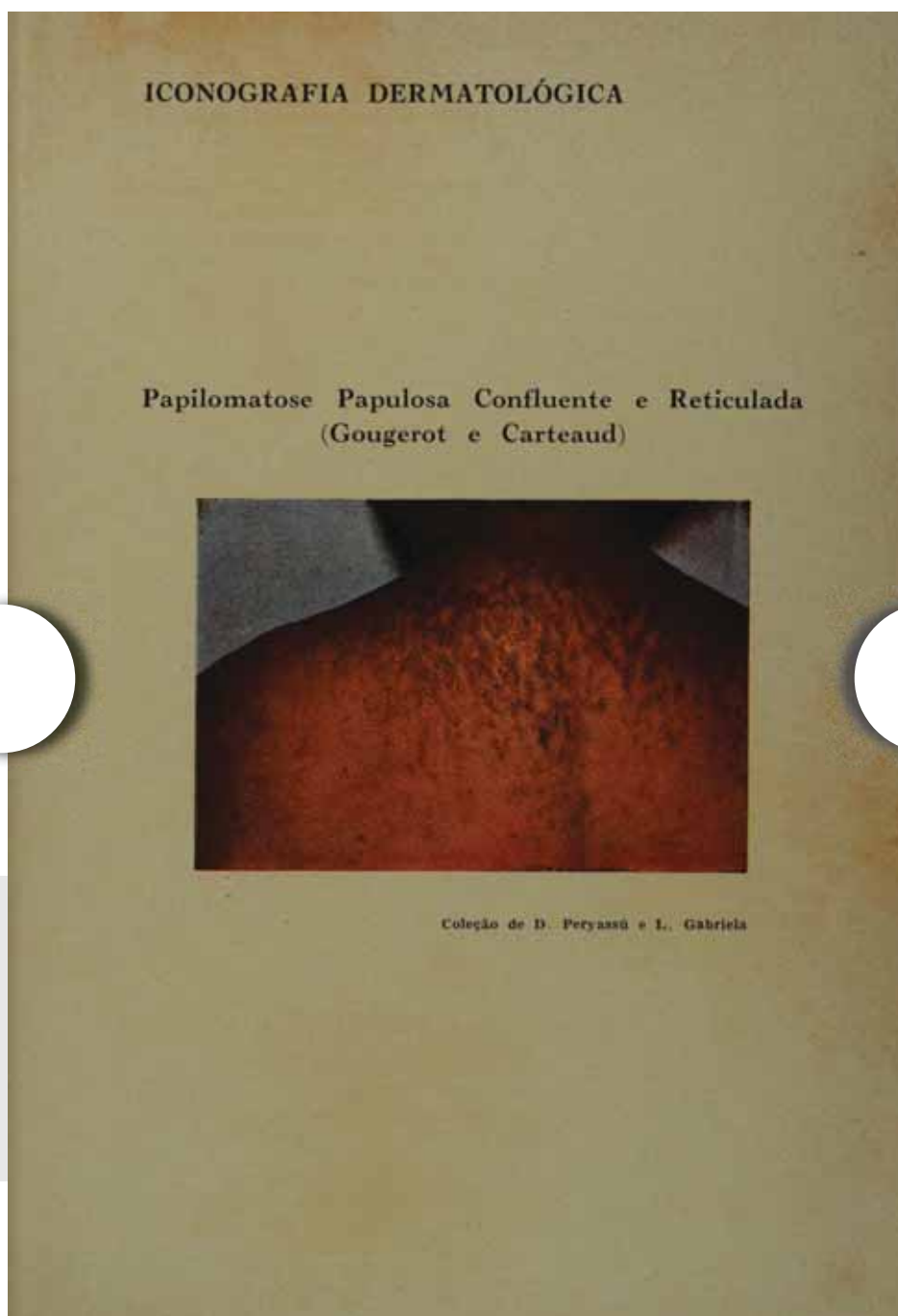


Figura - 46 B

FIGURA 47 – Foto histórica dos componentes da banca da primeira prova do Título de especialista em 1967.⁴⁷

TÍTULO DE ESPECIALISTA

OS ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA REGISTRAM COM O DEVIDO DESTAQUE A REALIZAÇÃO DAS PRIMEIRAS PROVAS DE SUFICIÊNCIA PARA A CONCESSÃO DO *TÍTULO DE ESPECIALISTA*, REALIZADO EM JUIZ DE FORA.

CONSTARAM DE PROVA ESCRITA, EXAME PRÁTICO DE DOENTE, SEGUIDO DE ARGUMENTAÇÃO ORAL COM APRECIÇÃO DE CULTURAS DE COGUMELOS PATOGENICOS MAIS ENCONTRADOS EM DERMATOLOGIA E IDENTIFICAÇÃO DE PREPARAÇÕES ANATOMOPATOLÓGICAS ORIUNDAS DE CASOS DE DERMATOSSES.



Aspecto de conjunto da banca, da esquerda para a direita: Azulay, Miranda, Simplicio, Trancoso e Bopp.

— 94 —

Figura - 47

Figura 48 – Oficialização do termo hanseníase no lugar da palavra lepra, em 1969.⁴⁸

"HANSENIASIS", THE NEW OFFICIAL NAME OF "LEPROSY" IN S. PAULO, BRAZIL, AND ITS PROPHYLACTICAL RESULTS (*)

A. ROTHERG (**)

The educational work of the "Departamento de Profilaxia da Leprosia" of S. Paulo, Brazil, as well as its integration with general hospitals and other public health activities were in a state of extreme difficulty, despite intense efforts and considerable expense. Before cancelling all further programs on education, a study of the situation was made and the word "leprosy" was supposed to be a contributing factor to these difficulties. As is known, the patients themselves asked, through Perry Burgess (1948), the change of the name of their disease; Lendrum (1945, 1952) compared it with a "curtain of terror" and stated that "in no other disease is nomenclature a major hazard for public health", "in no other disease is nomenclature a more serious barrier to sound medical care than any difficulty in diagnosis or treatment". Rabello (1955) called for a better designation (Hansen's disease or other), to mark "all the difference between a morbid condition so often extremely benign and curable and the fearful "Biblical leprosy"; later (1965) he abolishes "leprosy" from the "Brazilian Dermatological Nomenclature". Souza (1940), Gramberg (1960) and others also suggested its elimination.

The name of the disease was, therefore, changed to "hanseniasis", officially and in all educational work. That change improved the situation faster than was expected:

- a) Better cooperation of the patients and families, happier under the new nomenclature.
- b) Easier work for health educators and lecturers addressing audiences of all levels; the subject "hanseniasis" can be now explained more scientifically and in a more rational atmosphere. "Leprosy" is not hidden but is associated with the past and with obsolete notions.
- c) Lectures given on the advances in "hanseniology" are

(*) Presented at the Ninth International Leprosy Congress, London Sept. 1968.

(**) Director, Dept. Dermatol. Sanit. São Paulo, Brazil. Professor of Dermatol., Escola Paul. Med. São Paulo, Brazil.

Figura - 48

FIGURA 49 – Retinóides em dermatologia e oncologia. Esta classe largamente utilizada de medicamentos surgiu como promessa terapêutica importante.⁴⁹

Lopes CF – Retinóides em dermatologia e oncologia – An Bras Dermatol, 57(3): 155-159, 1982

Retinóides em dermatologia e oncologia

Cid Ferreira Lopes¹

Resumo

Os retinóides são uma nova classe de medicamentos, derivados da vitamina A, com menor toxicidade e efeito terapêutico mais específico que a própria vitamina. Diversos retinóides têm sido estudados experimentalmente e em ensaios clínicos, sobretudo nas dermatoses caracterizadas por hiperqueratinização. Os principais compostos atualmente em estudo são: (a) etretinato ou RO 10-9359, particularmente eficaz na psoríase e em neoplasias ceratínicas; (b) isotretinoína ou RO 4-3780, bastante ativa no tratamento da acne juvenil, inclusive formas muito graves; e (c) tretinoína ou RO 11-1430, usado em aplicação local na acne, tão eficaz e melhor tolerado que o ácido retinóico. Os retinóides parecem também constituir-se em novo grupo para o tratamento e a profilaxia de neoplasias epiteliais.

Unitermos: ácido retinóico, derivados*; retinóides*

A dermatose devida à carência de vitamina A – o *xeroderma* – caracteriza-se por pele seca, descamativa, erupção folicular e, histologicamente, por hiperqueratinização e hiperplasia da epiderme. O seu tratamento pela administração dessa vitamina é decisivo e rápido. Talvez, por analogia, várias dermatoses com quadro semelhante têm sido tratadas também com vitamina A, sem que se comprove a sua carência. Os resultados terapêuticos têm sido os mais variados^{1,2}. Os êxitos descritos são obtidos à custa de doses muito elevadas de vitamina A, em torno de 100.000 a 1.000.000 de unidades por dia, causando naturalmente os efeitos tóxicos da síndrome da hipervitaminose A^{3,4}. Em face de tais contratempos, alguns pesquisadores procuraram uma forma da vitamina A que não apresentasse essas dificuldades. A propósito, vejamos as formas de vitamina A.

Inicialmente, viram os autores que, em aplicações locais, o ácido da vitamina A (ou vitamina A ácida, ou tretinoína, ou ácido retinóico, nome que passamos a adotar) se mostrou mais eficiente do que a própria vitamina A^{5,6}. Von Beer e Von Stüggen (in 1) foram os primeiros a usar o ácido retinóico topicamente em dermatoses icliosiformes (sem especificar o tipo) com resultado

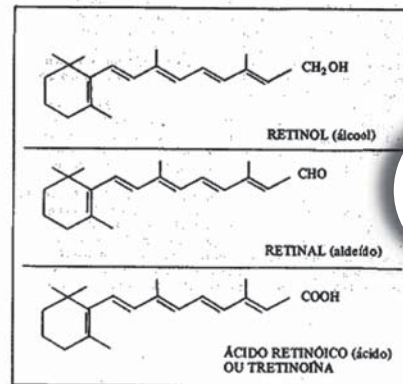


Fig. 1 – Formas de vitamina A

satisfatório. Fulton e cols.² trataram dois casos de doença de Darier com aplicações oclusivas de ácido retinóico, em álcool-propilenoglicol, com bons resultados nas áreas tratadas. Frost & Weinstein¹ compararam a ação local da vitamina A e do ácido retinóico, verificando a absoluta superioridade deste, usado em aplicações oclusivas com vaselina e *colif cream*, a 0,1, 0,2 e 0,3% em casos de diferentes tipos de *xeroderma* icliosiforme congênita: vulgar, lamelar, ligada ao sexo e hiperqueratose epidermolítica, bem como de psoríase. Com exceção dos pacientes com iciose vulgar, os demais obtiveram resultados satisfatórios,

Trabalho da II Clínica Dermatológica da Santa Casa de Belo Horizonte e da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da UFMG. Apresentado à VI RADLA (Cone Sul), Rio de Janeiro, 1 a 5 de maio de 1981.

¹ Chefe de Clínica Dermatológica da Santa Casa de Belo Horizonte e Professor-Adjunto da Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da UFMG (Cursos de Pós-Graduação)

© 1982 - ECV - Editora Científica Nacional Ltda.

FIGURAS 50 - A e B. Em 1985, este trabalho consolidou o uso da isotretinoína como eficaz tratamento da acne vulgar.⁵⁰

An Bras Dermatol, 60 (5): 349-352, 1985.

Isotretinoína no tratamento da acne vulgar

Sebastião A.P. Sampaio¹ & Eugênio R.A. Pimentel²

Resumo

A introdução do ácido 13-cis-retinóico (isotretinoína) representou um grande avanço na terapia sistêmica da acne. O presente trabalho refere-se ao uso isolado do medicamento em 25 pacientes com acne vulgar, tratados por períodos de três a seis meses e observados por tempo médio de dois anos.

Os resultados foram excelentes em 24 doentes, e, em um, discreto. Os efeitos colaterais foram mínimos e não impediram a continuação do tratamento, exceto em um doente, cuja elevação de triglicérides motivou a interrupção do tratamento. Após retorno do nível de triglicérides ao normal, o doente foi retratado com isotretinoína até a cura. No período de seguimento de dois anos, em dois doentes ocorreram recidivas discretas controladas com medicações tópicas. Em um doente foi necessário novo curso de isotretinoína com excelente resultado.

Palavras-chave: acne vulgar*; isotretinoína*

Acne Vulgar é a enfermidade cutânea mais comum na adolescência, atingindo quase todos os indivíduos no período da puberdade e prolongando-se por tempo variável. Na maioria dos adolescentes, as lesões são mínimas e toleráveis. Entretanto em outros suas manifestações são conspícuas e eventualmente severas, causando transtornos e problemas psíquicos e sociais que afetam a vida do adolescente. De outro lado, na ausência do tratamento adequado pode deixar cicatrizes inestéticas e indelévelis¹.

Um grande avanço no controle da acne vulgar foi, sem dúvida, a antibioticoterapia, principalmente nas formas inflamatórias e pustulosas², e o aparecimento de medicamentos tópicos, como o peróxido de benzoíla e o ácido retinóico³.

Outra importante aquisição foi o uso de antiandrogênicos⁴ em mulheres com distúrbios hormonais e que podem se beneficiar na acne associada com outras manifestações do hiperandrogenismo, como a seborréia, hirsutismo e a alopecia androgênica (síndrome SAHA). As formas graves da acne vulgar, entretanto, representavam sério problema terapêutico. A introdução da isotretinoína no tratamento

destas formas de acne mostrou resultados extremamente promissores⁵.

Casística e métodos

Foram observados 25 pacientes de acne com lesões comedonianas, papuloeritematosas, pústulas, nodulocísticas, e classificadas como acne vulgar graus II, III e IV.

A idade dos pacientes variou de 15 a 31 anos e 19 eram do sexo masculino e seis do sexo feminino, todos brancos e que já haviam sido submetidos aos tratamentos convencionais conhecidos, sendo que nenhum deles conseguiu controlar efetivamente o quadro da acne vulgar. Devido ao efeito teratogênico da droga, não foram incluídas doentes grávidas ou com risco de gravidez. As lesões localizavam-se na face e tronco em 19 e somente na face em seis doentes.

A dose inicial usada foi de 1mg/kg/dia de isotretinoína, tomada na refeição que, após melhora evidente, foi reduzida para valores próximos a 0,5mg/kg/dia. Em um paciente o tratamento foi de 0,7mg/kg/dia até o final. O tempo total de tratamento foi de três a seis meses. Os critérios para avaliação clínica e laboratorial foram divididos em dois grupos.

Foi estabelecido para os primeiros 12 pacientes um protocolo com avaliação do número de lesões, de comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos e oleosidade da pele e cabelo. Estas avaliações foram realizadas cada duas semanas. Neste grupo, com relação aos parâmetros laboratoriais, realizou-se cada 30 dias hemograma, provas de função hepática, dosagem sérica de colesterol e triglicérides. No segundo grupo constituído de 13 pacientes, a avaliação clínica foi realizada cada quatro semanas e a avaliação laboratorial resumiu-se, praticamente, ao controle de colesterol e triglicérides a cada dois meses.

Resultados

Pela avaliação clínica de ambos grupos, ocorreu, em 24 doentes, melhora classificada, após quatro meses, de excelente, com desaparecimento de todas as lesões que constituem o quadro da acne vulgar.

* Isotretinoína foi fornecida por Produtos Roche S/A.

¹Professor Catedrático da Divisão de Clínica Dermatológica - Chefe do Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Médico Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

FIGURA 50 - B. Detalhe das imagens coloridas mostrando os resultados obtidos com o uso de isotretinoína no tratamento da acne vulgar.⁵⁰



Figura - 50 B

FIGURA 51 – A seção Iconografia histórica destinava-se a assinalar momentos e fatos importantes da história da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Esta foto, de 29 de setembro de 1944, mostra a I Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros, precursora do Congresso Brasileiro da SBD.⁵¹

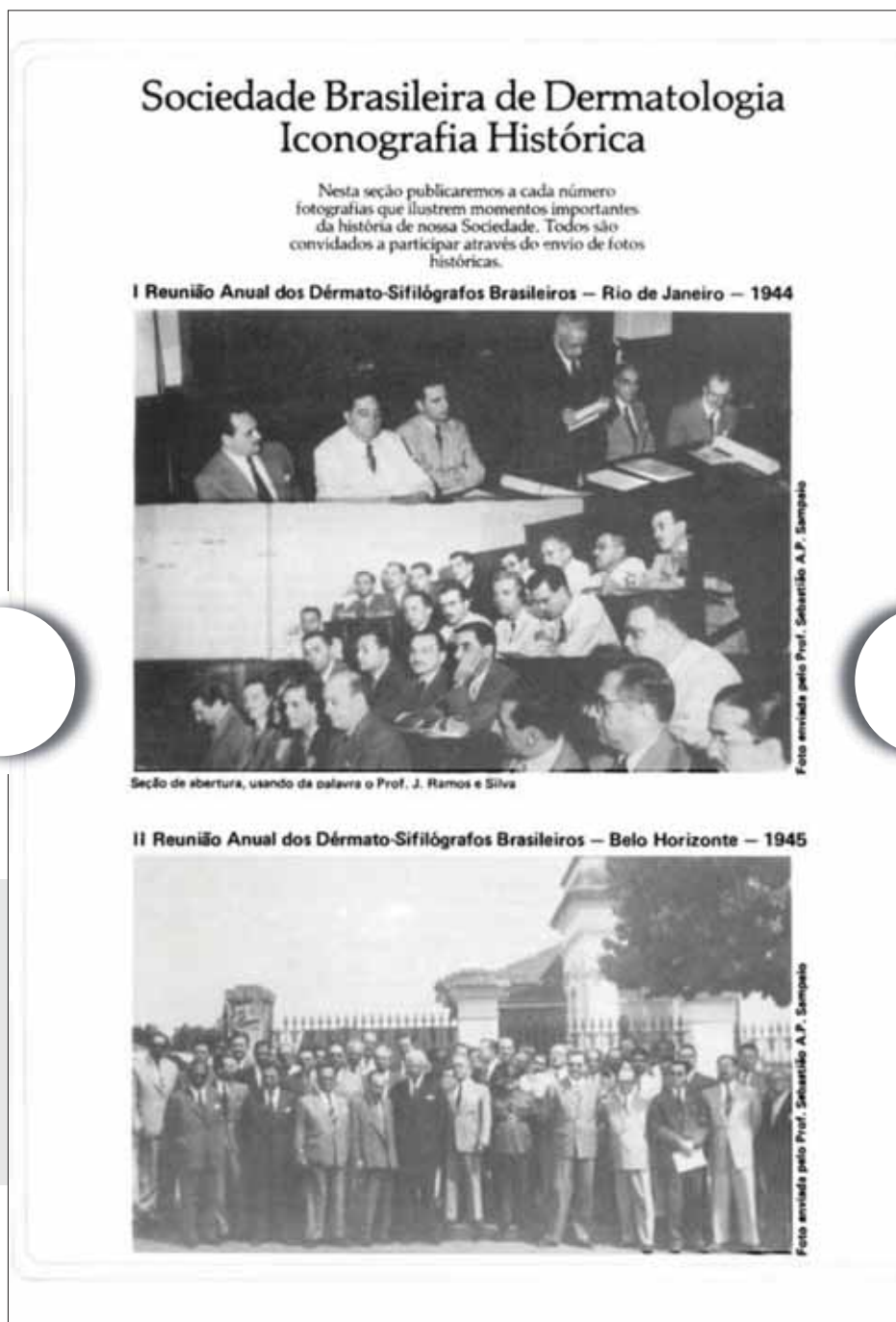


Figura - 51

FIGURA 52 – Em 1986, os autores publicam pela primeira vez nos Anais Brasileiros de Dermatologia as manifestações cutâneo-mucosas em pacientes com SIDA.⁵²

COMUNICAÇÃO

19

An Bras Dermatol, 61 (1): 19-21, 1986.

Manifestações cutaneomucosas em doentes de AIDS

Daisy Renata Katz¹, Marli Izabel Penteado Manini² & Maria Denise Fonseca Takahashi³

Resumo

Foram examinados, em relação a manifestações dermatológicas, 55 doentes de AIDS, num período de 20 meses.

As dermatoses mais frequentes foram: candidíase, sarcoma de Kaposi, herpes simples, herpes zoster, dermatofitoses, acantose e dermatite seborréica.

Palavras-chave: AIDS*; infecções oportunistas; sarcoma de Kaposi

Manifestações cutaneomucosas aparecem frequentemente no curso da AIDS, podendo se apresentar isoladas ou associadas. Não são específicas, na maior parte das vezes traduzindo apenas um estado de imunodeficiência. Quando, no entanto, essas manifestações se acompanham de sinais clínicos e epidemiológicos, contribuem ao diagnóstico da AIDS.

Casuística e métodos

Foram examinados, em relação a manifestações dermatológicas, 55 doentes de AIDS no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Seção de Elucidação Diagnóstica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, no período de 4.10.1983 a 25.7.1985.

A distribuição por sexo e prática sexual está referida na Tabela 1.

A distribuição dos doentes por idade variou de nove a 57 anos e pode ser observada na Tabela 2.

O critério para o diagnóstico de AIDS foi o estabelecido pelo CDC¹.

As lesões dermatológicas foram diagnosticadas clínica-

mente, sendo os diagnósticos de sarcoma de Kaposi, leucoplasia pilosa e herpes simples confirmados histologicamente. As lesões de candidíase e dermatofitoses foram confirmadas por exame micológico direto e/ou cultura.

Tabela 1 – Distribuição dos doentes por sexo e prática sexual

	Homossexuais	Bissexuais	Heterossexuais	Total
Masculino	36	11	6	53
Feminino	—	1	1	2
Total	36	12	7	55

Tabela 2 – Distribuição dos doentes por idade

Faixa etária	Nº de casos
0-10	1
11-20	2
21-30	23
31-40	22
41-50	6
51-60	1

Trabalho realizado no Instituto de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde.

¹Mestre em Dermatologia – Médica da Seção de Elucidação Diagnóstica

²Médica encarregada da Seção de Elucidação Diagnóstica

³Mestre em Dermatologia – Médica Supervisora da Divisão de Dermatologia do Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Copyright 1986 – ECN-Editora Científica Nacional Ltda.

Figura - 52

FIGURA 53 – Neste ensaio, J. Ramos e Silva abordou a importância da cirurgia dermatológica, um tema que tinha sido pauta de repetidas discussões. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (SBCD) foi fundada em 1988 por eminentes dermatologistas tais como Sebastião de Almeida Prado Sampaio, Luiz Henrique Camargo Paschoal, Ival Peres Rosa e Bogdana Victoria Kadunc, entre outros.⁵³

CIRURGIA DERMATOLÓGICA (Introdução)

J. RAMOS E SILVA (*)

Os dermatologistas vieram da patologia externa, terreno primitivo de aplicação das técnicas cirúrgicas, e da venereologia, que obrigava muitas vezes a uma terapêutica armada, não só em urologia elementar mais ainda no tratamento das fimoses inflamatórias, pela incisão dorsal do prepúcio, das parafimoses, das adenites supuradas... Os primeiros venereologistas foram operadores, exemplo o grande Ricord, — cirurgião do Hôpital du Midi...

Por outro lado sempre os dermatologistas fizeram sua pequena cirurgia, que ia desde a prática das biópsias até o tratamento cirúrgico de oncopatias diversas, de botriomicomas e de tumores benignos e, as vezes, malignos, principalmente os basaliomas. E' bem verdade que nestes casos a preferência ia para a eletro-cirurgia, primeiro o galvano-cautério e depois a diatermia em suas várias modalidades cirúrgicas. A cirurgia cruenta não sendo muito do feitio do dermatologista clínico, todavia êle nunca deixou, desde os primórdios da especialidade, de empregá-la quando necessário. Haja visto o método das escarificações múltiplas que os clínicos da "belle-epoque" já empregavam para as doenças lúpicas e para certas telangiectasias e a dermabrasão, cuja voga começa apenas a declinar...

Onde a cirurgia demonstrou porém a sua utilidade e o seu valor absoluto foi no tratamento das recidivas de epiteliomas iterativamente tratados pelas radiações e pela eletro-cirurgia — casos desesperados que não podiam mais ser irradiados nem queimados e nos quais a exérese conjunta da recidiva blastomatosa e das sequelas atróficas dos anteriores tratamentos permitia a obtenção de resultados definitivamente bons pelo enxerto cutâneo de acôrdo com as técnicas da cirurgia reparadora.

Para evitar a invasão de seus dominios pelo cirurgião plástico, nem sempre habilitado para o diagnóstico exato da lesão e por consequência para a indicação terapêutica mais adequada de tantas lesões cutâneas, desde os tumores benignos da pele até os terríveis melano-malignomas — há que instruir os dermatólogos nòveis das técnicas cirúrgicas adequadas a fim de que sejam os doentes tratados pelos melhores processos técnicos e bem balanceadas as indicações medicamentosas, fisioterápicas ou cirúrgicas.

(*) Prof. Catedrático da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Figura - 53

FIGURA 54 – Os ilustres autores, entre eles a saudosa Professora Neuza Lima Dillon e o Professor Sílvio Alencar Marques, demonstram sua experiência no uso da Anfotericina B no tratamento da paracoccidiodomicose.⁵⁴

XLIV Congresso Brasileiro de Dermatologia Simpósio Controvérsias em Dermatologia

Vantagens e desvantagens da anfotericina B no tratamento da paracoccidioidomicose

Neuza Lima Dillon¹, Sílvio Alencar Marques²

A anfotericina B é um antibiótico polienico, antifúngico de largo espectro, obtido de cultura de um actinomiceto, o *Streptomyces sp.* isolado do solo nas margens do Rio Orinoco em Iteubalador, Venezuela, por Gold, Stout & Donovan¹ em 1956¹.

Mecanismo de ação

Até recentemente era admitido que o mecanismo de destruição dos fungos consistia na interrupção da integridade osmótica da membrana da célula fúngica com o subsequente escape dos constituintes intracelulares incluindo o potássio. Em 1987, foi conhecido um outro efeito da anfotericina B a lesão da célula fúngica provocada pela auto-oxidação da anfotericina B e é este segundo efeito que realmente provoca a morte da célula fúngica².

Indicações

A anfotericina B é indicada no tratamento da paracoccidioidomicose, histoplasmose, criptococose, coccidioidomicose, blastomicose norte-americana, esporotricose, candidíase e de ação antiparasitária na leishmaniose cutâneo-mucosa^{3,4,5,6}.

Vias de administração

A anfotericina B é administrada por via intravenosa, intratecal tópica e intralesional^{3,4,5,6}.

A dose intravenosa preconizada por Sampaio³ foi de 1,0mg/kg peso/dia, no entanto, doses de até 2,11mg/kg peso/dia já foram administradas^{4,5,6}.

A dose intratecal é de 0,7mg associada a soro glicosado a 5% ou 10%, em dias alternados até melhora do LCR, e intralesio-

nalmente, a dose empregada foi de 50mg associada a soro fisiológico e xilocaína (lavagens de gânglios e abscessos cutâneos drenados)³.

A dose total depende da forma clínica e do estado imunitário do doente. Nos casos menos graves 2,0g e nos mais graves, imunodéficientes 4-6-8,0g e até 70,0g já foram empregados³, pois estes doentes evoluem com recidivas clínicas radiológicas e sorológicas.

Modo de administração

A anfotericina endovenosa é administrada diariamente ou em dias alternados, associada a soro glicosado 5%-500ml, a corticosteróides (principalmente a cortisona ou o acetato de delta hidrocortisona) (dose de 50mg até a maior dose por kg peso/dia e após baixar para 10mg até o final da série), gota a gota na veia em período de 6-8 horas. A metilmetelubrina é usada frente a efeitos colaterais imediatos, febre e calafrios, e é aplicada diretamente na veia.

Devido aos efeitos colaterais imediatos, a anfotericina B deve ser iniciada para adultos na dose de 25mg no 1º dia de aplicação e posteriormente no 2º, 3º e 4º dias na dose de 50, 75, 100mg, de acordo com o peso e gravidade da doença. Atualmente na Dermatologia do HC FMB, usamos 1,5mg/kg peso/dia. Devem ser ministradas séries com total de 2,0g, intervalados de 10-15 dias (prazo suficiente para realização dos controles clínicos-sorológicos e radiológicos).

Efeitos colaterais

A anfotericina B apresenta efeitos colaterais imediatos: febre, calafrios, náuseas, vômitos, anorexia, febre, aumento da hemossedimentação, anemia, diminuição da filtração glomerular e do fluxo plasmático

renal levando a aumento da uréia e da creatinina com alterações histopatológicas renais, hipopotassemia, alterações de repolarização ventricular e aumento da área cardíaca^{3,4,5}.

A nefrototoxicidade referida acima é um efeito colateral imediato, sendo ainda discutível a sua reversibilidade^{3,4,5}.

Os efeitos colaterais imediatos são prevenidos ou controláveis^{3,4,5}.

Nefrototoxicidade tardia com mais de seis meses após o último tratamento foi verificado em dois pacientes. Ambos evoluíram para óbito sendo detectada lesão renal histopatológica de grau III segundo classificação de Castro³, com doses totais de 10,225mg e 8,675mg de anfotericina B, e óbito ocorrendo quatro e oito anos após a última série³.

Barraviera e cols.⁷ avaliaram dois grupos de doentes que haviam sido medicados com anfotericina B há mais de seis meses. Esta avaliação foi realizada através da dosagem do ritmo de filtração glomerular pelo EDTA Cr⁵¹, concluindo que a droga leva a uma nefrototoxicidade não detectada pelos métodos convencionais (dosagens de uréia, creatinina e clearance de creatinina), sem no entanto repercutir clinicamente e não impedindo o paciente de receber novas séries, pois estas alterações encontradas foram independentes da dose total ou da dose por mg/kg peso/dia, fato este já verificado por Lastoria e cols.⁸

Resultados terapêuticos

Da observação pessoal na evolução terapêutica de doentes de paracoccidioidomicose tratados com anfotericina B, sulfamídicos e cetoconazol, verificamos que a melhora clínica com cicatrização de lesões e melhora radiológica, ocorre mais rapidamente com anfotericina B. Isto é, em perio-

¹Professora Titular de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu

²Professor Assistente Doutor

© 1990 - ECH Editora Científica Nacional Ltda.

Figura - 54

FIGURA 55 – Neste artigo os autores mostram a preocupação com os fatores psicogênicos em psoríase, fato este existente até os dias de hoje. Um destes autores foi a inesquecível Professora Orcanda Andrade Patrus, a primeira mulher a ocupar a presidência da SBD.⁵⁵

ARTIGO ORIGINAL

Fatores psicogênicos em psoríase, estudo caso-controlado seccional cruzado de 41 psoriáticos e 88 controles

Oránda Andrade Patris¹, Soraya Neves Marques Barbosa dos Santos²

Resumo

A psoríase é uma doença de múltiplos aspectos etiopatogênicos não definitivamente estabelecidas. Sua relação com fatores emocionais é encontrada na maioria das pesquisas sem, contudo, determinar se esta correlação se dá no desencadeamento da doença, em seu curso evolutivo, ou em ambos.

Aqui, são revistas as principais publicações sobre fatores psicológicos e psoríase. Ressalta-se, como resultante da análise crítica desta bibliografia, a necessidade de novas e bem conduzidas investigações prospectivas para a averiguação da possibilidade de atuação de fatores psicológicos e psicossociais no desencadeamento do curso da doença.

Neste estudo foram analisadas 41 fichas de doentes de psoríase e 88 fichas de pacientes de diferentes dermatoses e escolhidas de forma aleatória em fichário do consultório de uma das autoras. Os dados foram submetidos às análises estatísticas e mostraram que o grupo de doentes de psoríase, aqui avaliado, tem questões de fundo emocional significativamente elevadas em relação ao grupo controle. Este aumento ocorre tanto no início como no curso da psoríase.

Unitermos: psoríase; etiopatogenia; fatores emocionais; caso controle

¹Professora Titular de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
²Professora Auxiliar de Ensino de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

© 1993 - ECV - Editora Científica Nacional Ltda.

O interrelacionamento entre fatores psíquicos e orgânicos não é de conhecimento recente. Filósofos da antiguidade já realçavam a necessidade desta busca pelos médicos, no diagnóstico e tratamento dos doentes. Sócrates ensinava que "o corpo não pode ser curado sem a mente" e Platão criticava os médicos gregos e justificava a evasão de seus doentes para tratamento em outros locais porque eles "negligenciam do todo".

A história e a literatura vêm registrando, através dos séculos, situações em que diferentes personagens submetidos a grandes traumas ou grandes paixões as refletem em sua saúde física.

É, contudo, em decorrência de avanços recentes que surge uma nova área de pesquisas médicas que vem mostrando a efetiva correlação entre o sistema nervoso central e o sistema imune^(1,4). Dentre estas correlações destaca-se a demonstração de que forte tensão emocional leva a uma diminuição da resposta proliferativa de linfócitos aos mitógenos e a um decréscimo da atividade das células "natural killer" embasando, cientificamente, a observação clínica de que problemas emocionais estariam associados à gênese e desenvolvimento de neoplasias^(5,6).

Em dermatologia, doenças como a dermatite atópica, a urticária idiopática crônica e a psoríase se exacerbariam pelo aumento de liberação de

neuropéptides secundariamente a stress emocional⁽³⁾. O próprio sintoma de prurido parece se associar à ação de neuropéptides opióides no sistema nervoso central (SNC). Diferentes tipos de psicoterapia vêm mostrando resultados favoráveis em algumas dermatoses^(7,8,10).

Uma forte associação entre SNC e pele adviria, até, da origem embrionária ectodérmica de ambos. Alguns consideram que a pele é um órgão dos sentidos e estudos têm mostrado que a falta de estimulação tátil de recém-nascidos ou "carência materna" atuaria de maneira a alterar a diferenciação e maturação celular do sistema nervoso central e resultaria em comportamentos agressivos e outros problemas psicológicos^(11,12).

A psoríase tem sido relacionada a problemas emocionais que se ligariam a seus mecanismos etiopatogênicos ainda pouco esclarecidos. Esta associação poderia levar ao desencadeamento da doença ou agravar seu curso evolutivo ou, ainda, a ambos.

A bibliografia sobre a influência de fatores psicológicos no curso ou no desencadeamento da doença está descrita resumidamente ou apenas quantificada.

Ação adversa de diferentes fatores psicológicos na doença foi observada por Ingram⁽¹³⁾ (44%); Bolger⁽¹⁴⁾ (48%); Church⁽¹⁵⁾ (± 15%); Susskind e Mc Guire⁽¹⁶⁾ (70%); Helligreen⁽¹⁷⁾ (50%); Farber e cols.⁽¹⁸⁾ (40% de uma série de 2.144 pacientes); Savin⁽¹⁹⁾

Figura - 55

FIGURA 56 – Este trabalho do saudoso professor Diltor Vladimir Opromolla destaca os efeitos benéficos da poliquimioterapia no tratamento da hanseníase.⁵⁶

266

An Bras Dermatol. 2012; 87(1): 1-192

COMUNICAÇÃO

O estado atual da terapêutica da hanseníase

Dilior Vladimir Oprimolla¹

A poliquimioterapia preconizada pela OMS é a melhor opção que temos no momento para a terapêutica da hanseníase. Milhões de indivíduos estão sendo tratados ou já receberam alta com os novos esquemas no mundo todo, a adesividade ao tratamento tem sido bastante satisfatória e o número de recidivas é baixo até agora.

Contudo, apesar de algumas substâncias com grande atividade bactericida contra o *M. leprae* estarem sendo testadas e com excelentes resultados clínicos (algumas fluorquinolonas, a minociclina e a claritromicina) e que deverão provavelmente melhorar muito os esquemas atuais que

só contam com uma droga bactericida, a rifampicina, a situação da terapêutica ainda não é a ideal.

A maior parte dos bacilos é destruída no início do tratamento, mas a eliminação dos restos bacilares é muito lenta nos pacientes multibacilares onde a imunidade celular é deficiente. Dessa maneira, a manutenção da carga antigênica por longo tempo seria responsável pela continuidade de fenômenos reacionais como o eritema nodoso hanseníaco com todas as suas desastrosas consequências.

Seria muito importante que as pesquisas também se voltassem para drogas imunomoduladoras ou vacinas que pudessem tornar mais rápido o clearance bacilar.

Endereço para correspondência
Hospital Lauro de Souza Lima
Rod. Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225
Caixa Postal 62
17001-970 – Baurão – SP

¹ Membro da Divisão de Pesquisa e Ensino do Instituto Lauro de Souza Lima
© 1993 - ECH-Editora Científica Nacional Ltda.

Figura - 56

FIGURA 57 – Essa é uma homenagem ao ilustre professor Raymundo Martins Castro, lembrando suas importantes contribuições científicas à dermatologia.⁵⁷

Raymundo Martins Castro e o fogo selvagem *

Nelson Guimarães Proença †

Resumo: O Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina realizou homenagem póstuma a seu ex-Titular, o Professor Raymundo Martins Castro. Na ocasião foi lembrada sua contribuição científica à Dermatologia, sobretudo em relação à paracoccidioidomicose e aos pênfigos. A presente comunicação faz a revisão dos estudos desenvolvidos por Martins Castro e seus colaboradores, sobre a forma de pênfigo foliáceo endêmico no Brasil, denominada 'fogo selvagem' (*wild fire*).

Summary: The Department of Dermatology of the School of Medicine of São Paulo, SP, Brazil had a meeting in honor to its ex-Chairman, Professor Raymundo Martins Castro, recently deceased. On this occasion his scientific contributions to Dermatology were recalled, especially the ones related to paracoccidioidomycosis and pemphigus. The present communication reviews the investigations developed by Martins Castro and his contributors on the type of endemic pemphigus foliaceus seen in Brazil, called 'wild fire' (fogo selvagem).

"Messieurs, je vais parler de moi à propos de Shakespeare, à propos de Racine, ou de Pascal, ou de Goethe. La vérité est qu'on ne sorte jamais de soi-même."

Anatole France

"Senhores, vou falar de mim a propósito de Shakespeare, a propósito de Racine, ou de Pascal, ou de Goethe. A verdade é que ninguém sai jamais de si mesmo."

"A Escola Paulista de Medicina pode se orgulhar da relação de professores universitários que foram titulares de seu atual Departamento de Dermatologia: Nicolao Rossetti, Abraão Rotberg e Raymundo Martins Castro. Três nomes que enriqueceram a tradição da Paulista de Medicina, nos muitos anos que cada qual dedicou à cátedra de Dermatologia. A bem da história, é preciso recordar que a estes eminentes mestres deve ser acrescentado o também eminente Professor Newton Alves Guimarães que, por curto período, na década de 1950, esteve à frente desta mesma cátedra.

Aceito para publicação em 23.3.94.

* Comunicação proferida durante a sessão de abertura da 89ª Jornada Dermatológica Paulista, São Paulo, SP, 25 de março de 1994.

† Sócio Honorário da Sociedade Brasileira de Dermatologia

©1994 by Sociedade Brasileira de Dermatologia

An Bras Dermatol, Rio de Janeiro, 69(3):231-233, maio/jun.1994.

"A produção científica de Raymundo Martins Castro, que se aposentou em julho de 1993, falecendo logo a seguir de modo trágico, é hoje recordada pela Seção Regional de São Paulo da Sociedade Brasileira de Dermatologia, na abertura desta 89ª Jornada Dermatológica Paulista.

"Solicitem-me que, como seu amigo e colaborador científico, trouxesse meu depoimento, recordando, o período em que ele se dedicou ao estudo do pênfigo foliáceo endêmico no Brasil, o 'fogo selvagem'. Ao aceitar o convite feito, recordei as palavras de Anatole France, pois ao falar da relação entre Raymundo e o tema proposto, estarei falando, mesmo não o desejando, um tanto de mim mesmo. Por isso, antes que alguém o faça, prefiro me auto-ironizar, como fez Anatole France consigo mesmo.

"Em janeiro de 1969, eu voltara a ocupar meu cargo de médico do Serviço do Pênfigo Foliáceo, no Hospital Adhemar de Barros, do Mandaqui. Lá encontrei Raymundo Martins Castro, que havia iniciado uma pesquisa clínica, através da qual buscava avaliar a eficácia da betametasona no tratamento de fogo selvagem. Nesse trabalho era seu companheiro um jovem dermatologista, recentemente formado, mas com enorme potencial, confirmado mais tarde: o Dr. Evandro Ararigbóia Rivitti.

"Raymundo dizia então que, enquanto durasse a investigação terapêutica, seria possível se dedicar a um tema tão importante da nosologia médica brasileira, no qual ainda não haviam sido empregadas modernas técnicas de pesquisas científicas, representadas pela imunopatologia, microscopia

Figura - 57

FIGURA 58 – Neste artigo, os eminentes professores Tancredo Furtado e Everton Carlos Siviero do Vale fazem uma revisão da leishmaniose tegumentar no Brasil na edição comemorativa dos 80 anos dos Anais Brasileiros de Dermatologia.⁵⁸

Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia*

*Tegumentary leishmaniasis in Brazil: a historical review related to the origin, expansion and etiology**

Everton Carlos Siviero do Vale¹

Tancredo Furtado²

INTRODUÇÃO

Em 1925, no primeiro e segundo fascículos do volume um dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, Eduardo Rabello publica na seção de "Memórias Originais" o trabalho intitulado "Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil" (Figura 1), que tratava do histórico e da sinonímia da doença.³

Naquela revisão, conclui o autor que a leishmaniose tegumentar (LT) já existia no país desde muitos anos e distingue três períodos na história da doença. O primeiro, de origem incerta e baseada em referências vagas, vai até 1895, ano da observação clínica do 'botão da Bahia' e sua filiação ao 'botão do Oriente'. O segundo estende-se até 1909, quando é identificado e descrito o agente etiológico da 'úlcera de Bauru'. O terceiro se inicia em 1910 com o achado do parasita em lesões mucosas, então incorporadas ao quadro clínico da doença, indo até a época da publicação do artigo.

Estudos arqueológicos desenvolvidos em *huacos* peruanos - vasos de cerâmica com reprodução de figuras humanas sadias e mutiladas por diferentes moléstias - puderam assegurar a ocorrência da *uta* e *espuñia* - denominações locais para as formas cutânea e mucosa da LT, respectivamente - entre os incas durante a era pré-colombiana, embora a princípio tenham sido confundidas com a sífilis. Ao contrário, estudos das cerâmicas antropomórficas produzidas por nossos ancestrais indígenas, por seu caráter rudimentar, não permitiram a mesma constatação. A única indicação segura e talvez mais antiga da existência da doença no Brasil

verifica-se em citação na tese de Tello, "Antigüedad de la syphilis en el Perú", de 1908, relativa à obra escrita, *Pastoral Religioso-Político Geográfico*, editada em 1827, que descreve a viagem de um missionário pela região amazônica. Este observara a existência de indivíduos com úlceras nos braços e pernas, relacionadas a picadas de insetos, tendo como consequência lesões destrutivas de boca e nariz. Sem ter sido mencionada anteriormente no Brasil, Rabello achava mais razoável supor que, endêmica na Amazônia, porém proveniente do Peru e da Bolívia, a doença pudesse ter-se disseminado nos estados do Norte do país por indivíduos que para lá se dirigiram em busca de trabalho nos seringais e que retornaram infectados a suas origens. Quanto às regiões Centro e Sul do Brasil, achava mais verossímil a importação da Bolívia ou da Amazônia, via Mato Grosso, e provavelmente também do Paraguai, via Mato Grosso ou Paraná, considerando sua existência de forma endêmica naqueles países, muito antes do descobrimento. É provável que esse longo período de inideneidade tenha sido determinado pelo isolamento, em consequência da precariedade de tráfego na época. Considerava ainda serem fortes evidências da ocorrência da doença também na região Centro-Sul do Brasil, no final do século XIX, os seguintes fatos: a) modelos encontrados no Museu da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, datados de 1882 a 1884, que representam casos indubitáveis de LT; b) casos diagnosticados em imigrantes italianos de São Paulo que retornaram a seu país, descritos por

Recebido em 20.07.2005.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 27.07.2005.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Professor Assistente e Mestre em Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil; Pós-graduado em Imunodermatologia na Universidade de Munique - Alemanha.

² Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

©2005 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2005;80(4):421-8.

Figura - 58

FIGURA 59 – O autor relata a vida brilhante do professor e grande líder da dermatologia brasileira, Sebastião de Almeida Prado Sampaio, que faleceu aos 88 anos de idade em outubro de 2008. A sua contribuição científica e seu dinamismo jamais serão esquecidos.⁵⁹

Obituário do Professor Sebastião de Almeida Prado Sampaio* *Obituary of Professor Sebastião de Almeida Prado Sampaio**

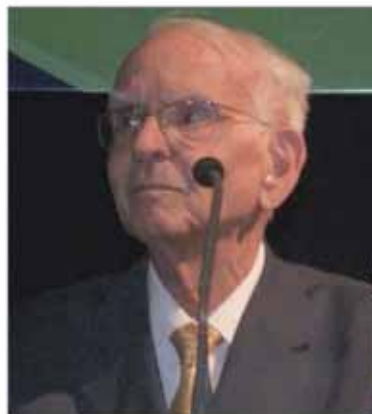
Evandro A. Rivitti[†]

Em 18 de outubro, faleceu o prof. Sebastião Sampaio, abrindo irreparável lacuna na Dermatologia Brasileira e Internacional. Seu desaparecimento físico, no entanto, não impedirá sua sobrevivência espiritual junto aos colegas dermatologistas, para os quais representou liderança marcante por suas características pessoais. O prof. Sampaio aliava à sua formação técnica primorosa, inteligência brilhante, tirocínio clínico especial e inigualável capacidade de trabalho. Esse conjunto de qualidades tornava-o médico impar.

O prof. Sampaio nasceu em Casa Branca, interior de São Paulo, em 1919, graduando-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1943, ano em que, a convite do prof. Aguiar Papo, começou a trabalhar como assistente voluntário na Clínica Dermatológica, efetivando-se como assistente em 1946. Em 1950, foi aprovado em concurso de livre-docência, elaborando tese sobre lúpus eritematoso, doença mal conhecida até então, e di qual estudou dezesseis casos, casuística praticamente inédita na época.

Em 1951, o prof. Sampaio completou sua formação no exterior, trabalhando com o prof. Paul O'Leary na Mayo Foundation for Medical Education and Research, um dos maiores centros médicos dos Estados Unidos. Em 1960, assumiu a cátedra de dermatologia da FMUSP e foi o responsável pela introdução da moderna dermatologia nessa escola médica.

Com sua sensibilidade e experiência que inclui prática no exterior, o prof. Sampaio realizou a transição da dermatologia morfológica, tradicional, para a dermatologia moderna, que aplica as ciências básicas no entendimento da fisiopatologia, na diagnose e terapêutica das doenças da pele. Exímio histopatologista, o prof. Sampaio incutiu e difundiu entre seus discípulos a importância dessa subespecialidade da dermatologia. Introduziu a discussão diária de casos com grande proveito para professores e alunos. Dinamizou a Clínica Dermatológica, fazendo-a funcio-



nar não só no período da manhã, mas também à tarde, e, através do estímulo constante aos discípulos para freqüentar congressos e reuniões científicas no país e no exterior, projetou a dermatologia brasileira nos grandes foros da especialidade.

Como professor, Sampaio contribuiu para a formação de mais de 500 médicos do país e do exterior na especialidade, e, desses, mais de duas dezenas galgaram importantes postos acadêmicos em escolas médicas brasileiras e de outros países. Educador rigoroso, era extremamente exigente com seus discípulos, observando a apresentação do médico, a pontualidade e a postura ética frente ao doente.

São Paulo, Novembro de 2008.

* Professor Titular da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

©2008 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2008;83(10):583-4.

Figura - 59

FIGURAS 60 A e B – O professor Sebastião de Almeida Prado Sampaio, dias antes de falecer, manifestou o desejo de mais uma vez colaborar com os Anais Brasileiros de Dermatologia por meio desta publicação.⁶⁰

82

CASO CLÍNICO

Remissão de lentigo maligno extenso após tratamento com imiquimod^{*}

Remission of extensive lentigo maligna after treatment with imiquimod

Christiane D. Piazza¹ Sebastião A. P. Sampaio²

Resumo: Lentigo maligno é um melanoma *in situ* que mais comumente surge em áreas expostas à radiação ultravioleta, nos pacientes idosos. O tratamento é realizado, principalmente, para minimizar o risco de progressão para lentigo maligno melanoma. O presente relato se refere a uma paciente idosa com lesões recorrentes de lentigo maligno na face, tratada com sucesso com imiquimod tópico, mostrando que este pode ser um tratamento útil, em determinados casos da doença.

Palavras-chave: Melanoma; Melanoma/terapia; Sarda melanótica de Hutchinson

Abstract: Lentigo maligna is a melanoma *in situ* that most commonly appears on areas exposed to ultraviolet radiation, in elderly patients. Treatment is required mainly to minimize the risk of progression to lentigo maligna melanoma. The present report refers to an elderly patient with recurrent lesions of lentigo maligna in her face, who was successfully treated with topical imiquimod, which showed to be a useful therapy for some cases of the disease.

Keywords: Hutchinson's melanotic freckle; Melanoma; Melanoma/therapy

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico do melanoma pode não ser indicado em determinados casos, devido à idade do paciente ou ao tamanho e à localização das lesões. O imiquimod (IM) é um modificador da resposta imune, com relatos de eficácia no tratamento de lentigo maligno (LM).¹

RELATO DO CASO

Uma paciente de 87 anos, do sexo feminino, branca apresentava grande área de hiperpigmentação no lado esquerdo da face, que acometia parte das regiões frontal, orbitária, zigomática e da pálpebra superior, com dois anos de evolução.

Realizou-se biópsia incisional e diagnosticou-se melanoma maligno de crescimento intra-epitelial (Figura 1). Excisou-se a lesão e procedeu-se a uma enxertia local. O componente da pálpebra superior não foi removido em um primeiro momento, pois a paciente não aceitou a

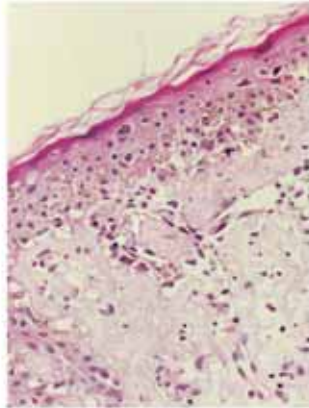


FIGURA 1: Lentigo maligno-epiderme com proliferação de melanócitos atípicos

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 09.01.09.

^{*} Trabalho realizado na Clínica Dermatológica Práxis Sampaio e no Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médica dermatologista. Mestre em dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

² In memoriam. Professor emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil

©2009 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2009;84(1):82-4.

Figura - 60 A

FIGURA 60 - B. Detalhe da remissão do lentigo maligno após o tratamento com imiquimod.⁶⁰



Figura - 60 B

FIGURAS 61 – A, B e C. O artigo relata a formação do acervo de obras raras da Biblioteca Professor Francisco Eduardo Rabello, situada na SBD. Trata-se de rico patrimônio histórico e cultural, com destaque para doenças como sífilis e hanseníase, em ilustrações detalhadas e feitas à mão, num período que antecedeu o advento da fotografia.⁶¹



Figura - 61 A

professor Fernando Terra (1865-1940), idealizador da criação da SBD, foi seu primeiro presidente, exercendo mandato entre 1912 e 1925.

Em 20 de outubro de 1935, foi inaugurada na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro a Biblioteca do Pavilhão São Miguel e por muitos anos serviu a SBD, que também ocupava aquele espaço. Tendo sido considerada detentora do maior acervo bibliográfico da América Latina na área de dermatologia,²² na década de 1970, a biblioteca foi transferida em definitivo para a SBD.

A BIBLIOTECA PROFESSOR FRANCISCO EDUARDO RABELLO

O médico dermatologista Francisco Eduardo Rabello (1941-1976) é reconhecido como um dos pioneiros da dermatologia como especialidade no Brasil. Em homenagem a esse grande médico, a SBD batiza com seu nome a biblioteca da instituição.

A Biblioteca Professor Francisco Eduardo Rabello foi criada para servir como referência nacional na área de dermatologia e preservar a memória institucional.⁷ Seu acervo de obras raras é composto por cerca de 2.250 volumes (Figura 1).⁸

Entre as obras mais antigas do acervo, encontra-se o primeiro e grande tratado sobre a sífilis e doenças venéreas, de autoria de J. Astruc, intitulado *De Morbis Venereis Libri Novem* (1740). Ainda do século XVIII, destaca-se o livro *Morborum antiquitates...* (1774), do relevante historiador médico C. G. Gruner. A relação de obras do século XIX compreende raridades, em torno principalmente das técnicas de representação iconográ-

ficas. O processo de criação das ilustrações científicas era mediado pelos grandes artistas e anatomistas da época, atingindo no final desse século o apuro técnico e descritivo exigido pela ciência.²³ Nesse contexto, destacam-se as obras *Monographie des dermatoses ou précis théorique et pratique des maladies de la peau* (1822), de J.-L. Alibert (Figura 1);⁹ *Traité des maladies du cuir chevelu...* (1850), de P.-L.A. Cazenave, e *Traité complet des maladies vénériennes. Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens...* (1862), de P. Ricord. No início do século XX, a fotografia possibilitou o rigor na visualização das lesões cutâneas. Destaca-se aqui o trabalho de C. Lailier, denominado *Leçons cliniques sur les teignes, faites à l'hôpital Saint-Louis* (1878). O autor utilizou fotografias em sépia no registro das dermatoses (Figura 2).⁸ Contudo, o uso da fotografia não anulou a importância das técnicas do desenho científico. Nesse sentido, destaca-se a obra *Traité pratique et théorique de la lèpre* (1886), de A. Cullerier, em que se encontram ilustrações científicas muito belas que representavam de forma acurada as dermatoses (Figura 3).⁷

Outro conjunto documental importante é aquele atribuído aos autores de vanguarda, do qual se destacam as obras de F. Hebra, *Traité des maladies de la peau* (1872); P.G. Unna e colaboradores, *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten* (1881); L.A.J. Brocq, *Traitement des maladies de la peau, avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses* (1898); e J. A. Fournier, *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique). Leçons cliniques professées à l'Hôpital Saint-Louis* (1882).

A dermatologia brasileira fez-se representar nesse



FIGURA 1: *Arbre des dermatoses* (árvore das dermatoses). Fonte: Alibert JLM

An Bras Dermatol. 2009;84(1):93-5.



FIGURA 2: Fotografia lesões micóticas. Fonte: Lailier C

Figura - 61 B



FIGURA 3:
Ilustração detalhada da hanseníase

Fonte: Cullerier A⁸

acervo por intermédio de Fernando Terra, Francisco Eduardo Rabello, Oscar da Silva Araújo, Emilio Ribas, Werneck Machado, Adolpho Lindemberg, Nelson de Souza Campos e Heráclides de Souza Araújo, do Instituto Oswaldo Cruz.

Contudo, doenças como a sífilis e a hanseníase ainda configuram grande problema de saúde pública. A sífilis, principal doença sexualmente transmissível (DST) depois da Aids, é considerada prioridade pelo Ministério da Saúde. Com relação à hanseníase, a detecção de casos novos permanece alta em muitos países, o Brasil entre eles.

Nesse contexto, a Biblioteca Professor Francisco Eduardo Rabello possui acervo histórico de grande importância para a história da dermatologia moderna, com destaque para doenças como a sífilis e a hanseníase. A consulta ao setor de obras raras é permitida mediante agendamento prévio e só no local, atendendo aos pesquisadores da SBD e as instituições de pesquisa e ensino do país. □

REFERÊNCIAS

1. Rivitti EA. Reflexões sobre a dermatologia atual no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006;81:505-7.
2. Carneiro G. História da Dermatologia no Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2002.
3. Nascimento IV. A SBD e a perspectiva futura de progresso científico. *An Bras Dermatol*. 2002;77:515-6.
4. Azulay RD. Biblioteca da Sociedade Brasileira de Dermatologia: sua importância na formação do especialista. *An Bras Dermatol*. 1989;64:3.
5. Alibert JLM. Monographie des dermatoses, ou Précis théorique et pratique des maladies de la peau. Paris: Chez Lé Docteur Daynac; 1852.
6. Fonseca A, Ferraz AR. Iconografia Dermatológica: visão histórica e promotores. *Rev SPDV [periódico na Internet]* 2005 [Acesso em 27 out 2008];63:165-172. Disponível em: <http://www.dermo.pt/revistas/vol63n2/Vol64-N2-Abril-Junho2005.pdf>
7. Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ilustrare Scientia: guia de exposição*. Rio de Janeiro: Ictict/Fiocruz; 2007.
8. Laitier C. Leçons cliniques sur les teignes, faites à l'hôpital Saint-Louis. Paris: Adrien Delahaye, Libraires - Éditeurs; 1878.
9. Cullerier A. Traité pratique et théorique de la lèpre. Paris: A. Delahaye et Lecrosnier; 1886.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:
Jeorgina Gentil Rodrigues
R. Silva Rabello, 135/202 - Méier
20735 080 - Rio de Janeiro - RJ
E-mail: jeorginarodrigues@botmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Rodrigues JG, Leite R, Costa IMC, Soares R. Acervo raro da Sociedade Brasileira de Dermatologia: considerações sobre sua preservação histórica. *An Bras Dermatol*. 2008;84(1):93-5.

An Bras Dermatol. 2009;84(1):93-5.

Figura - 61 C

FIGURAS 62 – A e B. Através deste trabalho os autores registraram o primeiro caso notificado e publicado no Brasil de Gnatostomíase, uma parasitose endêmica em alguns países asiáticos, causada pela ingestão da larva nematódio *Gnathostoma s.p.*⁶²



Figura - 62 A

FIGURA 62 – B. Detalhe do artigo.⁶²

402 Dani CHC, Mota KE, Sanchez PV, Pileiro-Maciel J, Maia CH

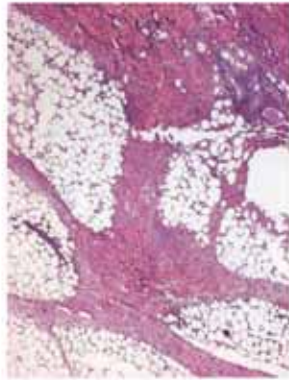


FIGURA 3: Dilata permeação da derme e hipoderme por infiltrado inflamatório eosinofílico

de identificação da larva ao exame histopatológico varia de 25 a 34%.^{6, 12}

No caso apresentado, o diagnóstico foi baseado no quadro clínico-epidemiológico compatível, em excelente resposta terapêutica, em relevante eosinofilia periférica e no exame histopatológico, que revelou significativa reação inflamatória tanto na derme como na hipoderme, com predominância absoluta de infiltração de eosinófilos (90%). O predomínio do infiltrado inflamatório na derme demonstra apenas aspectos relacionados à migração da larva, mas denota a particularidade deste caso frente aos comumente descritos, em geral de localização mais profunda na hipoderme.

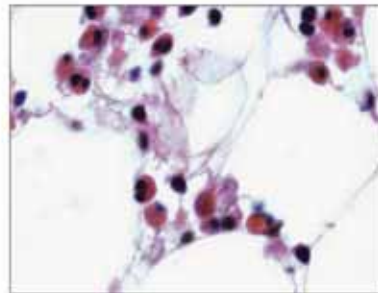


FIGURA 4: Detalhe evidenciando infiltrado inflamatório com predomínio de eosinófilos na hipoderme

An Bras Dermatol. 2009;84(4):400-4.



FIGURA 5: Nova lesão serpiginosa mais superficial após o tratamento com ivermectina

derme. Não havia comprometimento da epiderme, excluindo-se a possibilidade do diagnóstico de larva migrans causado pelo *Ancylostoma braziliense*. A detecção de anticorpos por métodos sorológicos (Elisa e Western Blot) vem sendo utilizada para diagnóstico e levantamentos epidemiológicos na Tailândia e no Japão.⁹ No Brasil esses exames não estão disponíveis até o momento; portanto, a análise sorológica foi feita no México, com o soro colhido um mês após o tratamento. Foram realizados os testes Elisa e Western Blot para detecção de anticorpos contra o parasito, sendo o primeiro negativo, e o segundo positivo apenas para um dos quatro antígenos testa-

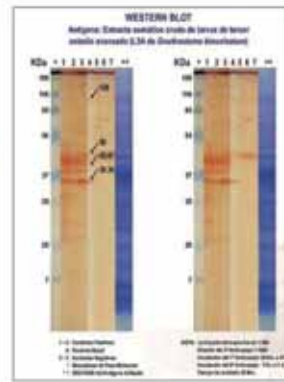


FIGURA 6: Western blot - positividade do paciente na coluna 4, correspondendo à banda entre 34-55Kda. Antígeno teste: extrato murdado de larvas terciárias de Gnathostoma imusculatum

Figura - 62 B

FIGURA 63 - Este trabalho de revisão passou a ser importante referência como fonte de consulta do Programa de Treinamento Curricular da Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia, evidenciando dessa maneira a internacionalização dos Anais Brasileiros de Dermatologia após a reindexação no Medline.⁶³

Histamina, receptores de histamina e anti-histamínicos: novos conceitos

Histamine, histamine receptors and antihistamines: new concepts

Paulo Ricardo Criado¹
Celina W. Maruta²

Roberta Fachini Jardim Criado³
Carlos d'Apparecida Machado Filho⁴

Resumo: As drogas com ação anti-histamínica estão entre as medicações mais comumente prescritas na prática dermatológica diária, tanto em adultos como em crianças. Este artigo aborda os novos conceitos da função dos receptores de histamina (receptores H1) e discute os efeitos anti-inflamatórios dessas drogas. A segunda geração de anti-histamínicos difere da primeira geração devido a sua elevada especificidade e afinidade pelos receptores H1 periféricos e devido a seu menor efeito no sistema nervoso central, tendo como resultado menores efeitos sedativos. Embora a eficácia dos diferentes anti-histamínicos H1 (anti-H1) no tratamento de doentes alérgicos seja similar, mesmo quando se comparam anti-H1 de primeira e de segunda geração, eles são muito diferentes em termos de estrutura química, farmacologia e propriedades tóxicas. Conseqüentemente o conhecimento de suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas é importante para a melhor prática médica, especialmente em gestantes, crianças, idosos e doentes com comorbidades.

Palavras-chave: Antagonistas da histamina H1 não sedativos; Antagonistas dos receptores H1 de histamina; Histamina; Liberação de histamina; Receptores de histamina; Receptores de histamina H1

Abstract: Drugs with antihistamine action are the most commonly prescribed medication in daily dermatologic practice, both to adults and children. This article addresses new concepts of the role of histamine receptors (H1 receptors) and discusses the anti-inflammatory effects of these drugs. Second generation antihistamines differs from first generation because of their high specificity and affinity for peripheral H1-receptors. Second generation antihistamines are also less likely to produce sedation because they have less effect on the central nervous system. Although the efficacy of the various H1-antihistamines in the treatment of allergic patients is similar, even when comparing first- and second-generation drugs, these drugs are still very different in terms of their chemical structure, pharmacology and toxic properties. Consequently, knowledge of their pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics is essential for a better medical care, especially that offered to pregnant women, children, the elderly, and patients with comorbidities.

Keywords: Histamine; Histamine H1 receptors antagonists; Histamine receptors; Histamine release; Histamine H1 antagonist, non-sedating; Receptors, histamine H1

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 12.02.2009.

¹Trabalho realizado na Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC - São Paulo (SP), Brasil.

²Conflito de interesse: Paulo Ricardo Criado: prestou assessoria médica aos laboratórios Libbs, Mamecorp, Schering-Plough e Theraskin.

³Roberta Fachini Jardim Criado: prestou assessoria médica aos laboratórios Mamecorp e Schering-Plough.

⁴Support: Innovation, Scorbium / financial/funding: None

¹ Dermatologista da Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Doutor em ciências (Dermatologia) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico pesquisador do LIM-53 do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

² Alergista da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC, responsável pelo setor de Alergia Dermatológica. Mestre em medicina pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSP) - São Paulo (SP), Brasil.

³ Docente do Departamento de Dermatologia da FMUSP. Doutora em Dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Regente da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC. Doutor em Dermatologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.

©2010 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2010;85(2):195-210.

Figura - 63

FIGURAS 64 – A e B. Uma amostra do registro de lesões dermatológicas em pinturas, o método de imagem disponível antes do advento da fotografia. Trata-se de parte de uma pesquisa que evidenciou o papel, proposital ou não, da arte na documentação de patologias da pele, cabelos e unhas.⁶⁴



Figura - 64 A

FIGURA 64 – B. Este estudo foi realizada através da análise de milhares de obras de grandes mestres europeus.⁶⁴

giosos, e passaram a retratar a vida cotidiana das pessoas, nas cidades e no campo. Algumas imperfeições na pele poderiam ter sido registradas, com anuência ou à revelia do modelo.

A investigação de 26.000 pinturas europeias, entre os séculos XV e XIX, revelou a ocorrência de aproximadamente 135 exemplos de expressões dermatológicas. Os autores apresentam dois exemplos de manifestações dermatológicas e demonstram que tais formas de expressão artística podem ser fonte de investigação de dermatoses existentes, antes mesmo de sua descrição acadêmica.^{2,3}

Os autores citam como referência, na elaboração do presente estudo, o artigo de autoria do Professor João Ramos e Silva de 1956,⁴ e outro de autoria do Professor Aureliano da Fonseca de 1987,⁵ segundo os quais as pinturas europeias já demonstravam a presença de diversas dermatoses.



FIGURA 1. Família de Carlos IV 1800-1, de Francisco Goya y Lucientes (1746-1828). Museu do Prado, Madri. Destaque para a Infanta Dona Maria Josefa, quarta figura da esquerda para a direita.

Fonte: Museo del Prado.⁶



FIGURA 2. Estudo sobre a Infanta Dona Maria Josefa de Francisco Goya y Lucientes, Museu do Prado, Madri e destaque para lesão sugestiva de ceratose seborréica ou lentigo.

Fonte: Museo del Prado.⁶



FIGURA 3. O Casamento, 1791-2, de Francisco Goya y Lucientes. Museu do Prado, Madri. Destaca-se alopecia no vértice do couro cabeludo da criança encostada à roda, de costas, à esquerda na tela.

Fonte: Museo del Prado.⁶



FIGURA 4. Detalhe da tela O Casamento, 1791-2, de Francisco Goya y Lucientes. Museu do Prado, Madri. Destaca-se alopecia no vértice do couro cabeludo.

Fonte: Museo del Prado.⁶

A observação de lesões elementares, nas pinturas, só foi possível pela disponibilidade atual de material digitalizado, literatura pertinente e imagens com boa resolução gráfica.

No primeiro exemplo, assinala-se lesão pigmentada na região frontal direita da Infanta Maria Josefa, 56 anos de idade e irmã de Carlos IV – quarta figura da esquerda para a direita - na pintura realizada por Francisco Goya y Lucientes (1746 -1828) (Figura 1).⁶ Esta tela mostra também a figura de Goya, representada atrás da Infanta. Esta manifestação dermatológica é sugestiva de ceratose seborréica, merecendo o diagnóstico diferencial com lentigo. Goya retratou a família de Carlos IV neste óleo sobre tela, 280X336cm, concebido em 1800-1, fazendo parte do acervo do Museu do Prado em Madri. A manifestação dermatológica repre-

FIGURAS 65 – A e B. Os autores apresentam uma brilhante revisão sobre a borreliose de Lyme, doença existente também no Brasil. Os primeiros três casos de eritema migratório foram relatados em 1987 por Talhari e colaboradores em alguns pacientes de Manaus. Outros casos foram registrados, porém só em 2011 Talhari e colaboradores demonstraram pela primeira vez a presença de *Borrelia* em pacientes com eritema migratório através da técnica de imuno-histoquímica com anticorpo policlonal anti-*Borrelia*.⁶⁵

1887

ESPECIAL

Borreliose de Lyme*
Lyme borreliosis

Mônica Santos¹
Rodrigo Ribeiro-Rodrigues²

Vidal Haddad Júnior²
Sinésio Talhari³

Resumo: As borrelioses constituem um grupo de doenças infecciosas causadas por espiroquetas do gênero *Borrelia*. A borreliose de Lyme, também denominada doença de Lyme, é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por espiroquetas pertencentes ao complexo *Borrelia burgdorferi Sensu Lato* e transmitida, mais frequentemente, por picada de carrapatos do gênero *Ixodes*. A doença apresenta quadro clínico variado, podendo desencadear manifestações cutâneas, articulares, neurológicas e cardíacas.
Palavras-chave: *Borrelia burgdorferi*; Doença de Lyme; Eritema migrans crônico; *Ixodes*

Abstract: Borreliosis is an infectious disease caused by spirochetes of the genus *Borrelia*. Lyme borreliosis, also known as Lyme disease, is a non-contagious infectious disease caused by spirochetes belonging to the complex *Borrelia burgdorferi sensu lato* and more often transmitted by the bite of infected ticks of the genus *Ixodes*. The disease is characterized by a varied clinical profile, which can trigger cutaneous, articular, neurological and cardiac manifestations.
Keywords: *Borrelia burgdorferi*; Erythema chronicum migrans; *Ixodes*; Lyme disease

INTRODUÇÃO

As borrelioses constituem um grupo de doenças infecciosas causadas por espiroquetas do gênero *Borrelia*. As infecções provocadas por espécies patogênicas de *Borrelia* são agrupadas em cinco categorias: a) febre recorrente, causada pela *B. recurrentis*; b) borreliose aviária, ocasionada pela *B. anserina*; c) borreliose bovina, associada à *B. theileri*; d) aborto enzootico bovino, relacionada à *B. coriaceae*; e) borreliose de Lyme ou doença de Lyme, determinada por diferentes espécies do complexo *B. burgdorferi Sensu Lato*.¹

A borreliose de Lyme (BL), também denominada doença de Lyme (DL), é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por espiroquetas pertencentes ao complexo *Borrelia burgdorferi Sensu Lato* e transmitida por picada de carrapatos do gênero *Ixodes*. O quadro clínico apresenta amplo espectro, podendo desencadear manifestações cutâneas, articulares, neurológicas e cardíacas.¹

HISTÓRICO

Os primeiros relatos de casos de borreliose de Lyme são de Afzelius, em 1910, na Suécia, e Lipschutz, na Áustria, em 1914. Esses autores descreveram os primeiros casos de pacientes com placas eritematosas, únicas ou múltiplas, de crescimento centrífugo, aos quais denominaram eritema crônico migratório (ECM).^{2,3}

A partir dos primeiros relatos, foram identificados novos casos de ECM em vários países europeus, principalmente, da Europa Central. Em 1958, Hollstrom obteve a cura de pacientes

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 04.09.10.
* Trabalho realizado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.
Conflito de Interesse: Nenhum / Conflict of Interest: None
Suprema Intelecto: Nenhum / Financial Funding: None

¹ Doença em doenças infecciosas e parasitárias, dermatologia da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, professor de Dermatologia da Universidade do Estado do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.
² Doutor em Dermatologia, professor associado da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - São Paulo (SP), Brasil.
³ Doutor em Imunoparasitologia, Núcleo de Doenças Infecciosas, Universidade Federal do Espírito Santo - Vitória (ES), Brasil.
⁴ Doutor em Dermatologia, diretor presidente da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas - Manaus (AM), Brasil.

©2010 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2010;85(6):930-8.

Figura - 65 A

FIGURA 65 – B. O agente pode ser visualizado pela técnica de microscopia de focagem flutuante.⁶⁵

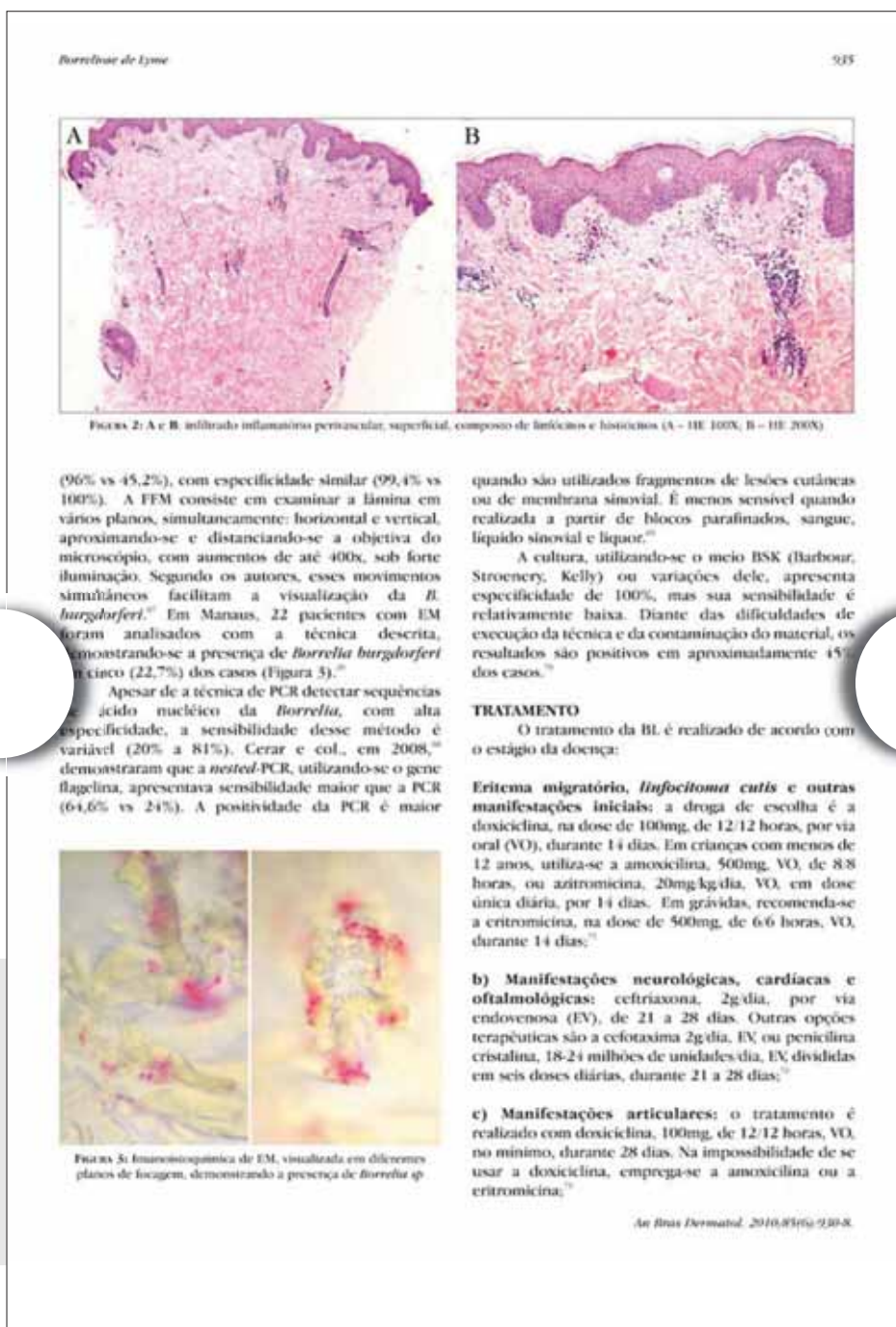


Figura - 65 B

FIGURAS 66 – A e B. Sinais do tempo: doenças dermatológicas acompanhando a evolução tecnológica.⁶⁶

Eritema *Ab Igne* em adolescente induzido por computador laptop^{*}

Erythema *ab igne* induced by a laptop computer in an adolescent

Susana Giraldi¹
Kerstin T. Abbage¹
Leide P. Marinoni²

Fábio Diettrich³
Vânia de O. Carvalho¹

Resumo: O eritema *ab igne* é lesão de pele reticular pigmentada com telangiectasias, causada pela exposição prolongada ao calor. Relatamos o caso de uma adolescente de 12 anos de idade com eritema *ab igne* produzido por computador laptop. É discutido como os computadores geram calor e a importância da notificação pelos fabricantes da possibilidade de aparecimento desta dermatose nos usuários de computadores portáteis.

Palavras-chave: Computadores, Efeitos de Radiação, Eritema

Abstract: Erythema *ab igne* is a pigmented reticular skin lesion with telangiectasias caused by prolonged exposure to heat. This report describes the case of a 12-year-old adolescent girl with erythema *ab igne* induced by a laptop computer. The paper also discusses how computers generate heat and how important it is for the manufacturers of these devices to warn consumers of the potential hazards that could occur if the equipment is misused.

Keywords: Computers, Erythema, Radiation Effects

INTRODUÇÃO

O eritema *ab igne* é definido como uma lesão de pele reticular pigmentada com telangiectasias como resultado a exposição prolongada ao calor. Atualmente o uso de computadores e acessórios portáteis de nova tecnologia, podem estar em contato com a pele por longos períodos de tempo causando danos. Relatamos o caso de uma adolescente com eritema *ab igne* produzido por computador *laptop*.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 12 anos de idade, natural e residente de Curitiba, Paraná, fototipo II. Queixa de que há 8 meses houve o aparecimento de mancha extensa violácea escura no dorso das coxas bilateralmente, mais intensa na coxa direita. Posteriormente a mancha violácea tornou-se acastanhada. Assintomática.

Ao exame dermatológico apresentava máculas de cor acastanhada de 20 cm na face anterior das coxas, com discreto eritema na periferia, afeta ambas as coxas, mais visível no dorso da coxa direita (Figuras 1, 2). Ao toque aumento da temperatura no local das manchas comparado com a pele normal sem lesões. A dermatoscopia presença de pigmento acastanhado homogêneo com eritema nos limites das máculas. Os exames coletados, tais como hemograma, a proteína C reativa (PCR) e a velocidade de hemossedimentação (VHS) mostraram-se dentro dos valores da normalidade. Realizada biópsia na lesão do dorso da coxa direita e de pele normal para comparação. Ao questionar a paciente, esta refere que há cerca de 11 meses apresenta o costume de apoiar seu computador *laptop* sobre as coxas, trabalhando por horas diariamente (Figura 3).

Recebido em 15.10.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e arauto para publicação em 21.04.10.

^{*} Trabalho realizado no Serviço de Dermatopatologia do Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC - UFPR) -

Curitiba (PR), Brasil.

Conflito de interesses: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Serviço de Dermatopatologia do Departamento de Pediatria, do Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná - Curitiba (PR), Brasil.

² Residente em Clínica da Computação, Universidade Federal do Paraná - Curitiba (PR), Brasil.

©2011 by Anais Brasileiros de Dermatologia

An Bras Dermatol. 2011;86(1):128-30.

FIGURA 66 – B. Detalhe do efeito provocado na coxa desta jovem pelo uso do *laptop*.⁶⁶

Eritema *ab igne* em adolescente insulizado por computador *laptop*

129



FIGURA 1: Máculas acastanhadas com eritema na periferia na face anterior das coxas



FIGURA 2: Lesões na coxa direita

Foi orientado que a paciente não apoiasse seu computador *laptop* sobre as coxas e sim sobre uma mesa, ou área de apoio para diminuir a possibilidade de contato direto com o aparelho e fotoproteção local. A paciente foi reavaliada após dez dias e notou-se desaparecimento gradual das máculas acastanhadas. O exame anatomopatológico demonstrou pele com moderada acantose e camada basal preservada, escasso infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, compatível com eritema *ab igne*.

DISCUSSÃO

O eritema *ab igne* é definido como uma lesão de pele reticular pigmentada ou não, com telangiectasias como resultado a exposição prolongada e repetida ao calor moderado.^{1,2} A radiação infra-vermelha (que produz calor) não é suficiente para provocar uma queimadura.¹ Tem como sinônimos eritema *a calore*.³ É observado em indivíduos que usam garrafas quentes para se aquecer no frio do inverno, compressas quentes repetidas ou apositos quentes e pacientes com termofilia.⁴ É mais freqüente na perna de mulheres,⁵ mas pode ser encontrada nas nádegas e coxas,⁶ devendo ser afastada a hipótese de hipotiroidismo com hipotermia.^{1,2} A patogênese é desconhecida.⁷ As lesões são distribuídas nos locais de incidência da radiação infravermelha e dos contornos da interposição entre a pele e a roupa, deixando áreas mais ou menos expostas a radiação.⁸ O diagnóstico diferencial deve ser feito com poiquilodermia, degeneração solar (actínica), livedo reticular ou vasculite.⁹ A histopatologia nos estádios iniciais demonstra atrofia da epiderme, pigmentação dérmica e vasodilatação.⁹ Quando crônica as bandas de colágeno podem estar fragmentadas, reduzidas e espessadas com perda do clágeno IV da membrana basal.¹⁰ Como

complicações podem ocorrer presença de bolhas, atrofia, hiperpigmentação residual, queratoses e carcinoma de células escamosas *in situ*.⁸ Raramente, como fenômeno de Köbner, podem ser vistos psoríase, liquen plano e lupus no local de eritema *ab igne*.⁸ Como tratamento faz-se a retirada do contato direto com a fonte de radiação infravermelha na pele, fotoproteção do local caso exposição solar e 5-fluoruril creme se presença de queratoses locais.⁹ Na literatura há alguns casos de eritema *ab igne* ao computador *laptop* descritos na face dorsal das coxas,¹¹ 4 mulheres,^{2,3,5,9} e um homem.¹² O nosso é o segundo caso em adolescente da literatura.

A causa do eritema *ab igne* na face dorsal das coxas, que serve como superfície de apoio para o *laptop*, é o contato direto da radiação infravermelha produzida no aquecimento dos computadores com a



FIGURA 3: Demonstração de como a paciente utiliza o *laptop* diretamente sobre as coxas

An Bras Dermatol. 2011;86(1):128-30

Figura - 66 B

FIGURAS 67 - A e B. Podemos observar as mudanças gráficas e de *layout* das capas dos ABD. As edições anteriores ao volume 1, de 2005, não utilizavam fotos de doenças dermatológicas na capa. Esta tendência passou a ser adotada na edição comemorativa dos 80 anos dos Anais Brasileiros de Dermatologia, com Bernardo Gontijo como Editor Científico e Everton do Vale e Silvio Marques como Editores Associados.



Figura - 67 A

Passaram-se muitos anos e hoje constatamos que os *Anais Brasileiros de Dermatologia* sofreram várias mudanças tanto no conteúdo quanto na diagramação (Figura 67B: imagem da capa atual dos ABD). É a era da modernização. O esforço e a dedicação dos editores que nos antecederam serviram de espelho e estímulo. Hoje, em 2012, temos nos Anais Brasileiros de Dermatologia 14 seções, algumas inseridas recentemente. Destacamos a consolidação dos trabalhos de investigação, que aumentaram de maneira significativa após a reindexação dos Anais Brasileiros de Dermatologia no Medline em 2009, em contrapartida ao passado, onde os artigos de revisão eram o que havia de mais relevante. Desde 2009, a submissão dos artigos é eletrônica e bilíngüe, com benefícios inequívocos como, por exemplo, a maior entrada de publicações internacionais, além de ter facilitado o intercâmbio entre autores, situação de grande valia no mundo científico.

ABD

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA
Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

Janeiro - Fevereiro | 2012
Volume 87 | Número 1

Leishmaniose periungueal

Ciro Martins Gomes, Orlando Oliveira de Moraes, Anglya Samara Silva Leite,
Killarney Ataíde Soares, Jorgeth de Oliveira Carneiro da Motta,
Raimunda Nonata Ribeiro Sampaio



Educação Médica Continuada
HLA e câncer de pele

Investigação
Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES), Brasil

Revisão
Querite actínica e carcinoma espinocelular do lábio: aspectos clínicos, histopatológicos e imunogenéticos



Figura - 67 B

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3). [Capa].
2. [O.P.]. Disposições gerais. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3):3.
3. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3). [Sumário.].
4. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disposições Gerais. Sessão de instalação em 4 de Fevereiro de 1912. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3):3.
5. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disposições gerais. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3):3.
6. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disposições gerais. Estatutos da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3):3.
7. Viana G, Aragão H. Tratamento do granuloma tropical pelo tártaro Emético. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1-3):56.
8. Ramos e Silva J. Gaspar Vianna. An Bras Dermatol. 1962;37(1 a 4):55.
9. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Instalações de consultórios médicos e salas operatórias. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1912;1(1): s.n.
10. Rabello E. Phagedenismo syphilitico. Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1913;II(1):36-7.
11. Rabello E. Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. Parte I – História e Sinonimia. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(1):3.
12. Rabello E. Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. Parte II – Formas Clínicas. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(2):1.
13. Fraga A. Ensaio experimental sobre a boubá. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(1):32.
14. Motta J. O bimumo na therapeutica anti-luetica. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(1):55.
15. Fraga A, Portugal H. Erythema nodoso. (Contribuição ao seu estudo etio-pathogenico). An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(3):6.
16. Portugal H. Cancro syphilitico do indicador esquerdo. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(3):17-18.
17. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Como se pode dar MERCURIO às crianças sem acidente. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(3):IX. [Propaganda].
18. Ribeiro J. Acerca de um termo da medicina. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(1):V.
19. Terra F. Esboço histórico da lepra no Brasil. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(6):III; VII.
20. Aleixo A. Diagnostico precoce da syphilis primária. An Bras Dermatol Sifilogr. 1925;1(6):1.
21. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Vinho Biogênico. Depuraze: remédio para o tratamento interno da sífilis. An Bras Dermatol Sifilogr. 1926;2(1): s.n.[Propaganda].
22. Ramos e Silva J. A Chimioterapia da lepra: seu estudo actual. An Bras Dermatol Sifilogr. 1926;2(1):17.
23. Aguiar Pupo J. O óleo de chaulmoogra e as flacouria ceas do Brasil. An Bras Dermatol Sifilogr. 1926;2(3):1.
24. Machado W. A propósito da electrotherapia na lepra. An Bras Dermatol Sifilogr. 1926;2(3):10.
25. de Teive V. Contribuição ao estudo do Ainhum. An Bras Dermatol Sifilogr. 1926;2(4):7.
26. Ramos e Silva J. Sobre a pityriasis versicolor tropical. A questão das achromias parasitárias; a achromia residual. An Bras Dermatol Sifilogr. 1927;3(1-4):1-3.
27. Ramos e Silva J. Syphiloma inicial no lábio inferior. An Bras Dermatol Sifilogr. 1928;4(1):26-27.
28. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Inauguração da Biblioteca da Clinica Dermatológica e Sifilografica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. An Bras Dermatol Sifilogr. 1934;9(1):3.
29. Barros P. Uma epidemia de varicela com casos discretos e confluentes supurados. Considerações clinicas, epidemiológicas e de imunologia em torno das epitelioses infetuosas. Grupo variolico. An Bras Dermatol Sifilogr. 1937;12(1):3e14.
30. da Fonseca O. Raymond Sabouraud – Necrológico. An Bras Dermatol Sifilogr. 1938;13(1):2-5.
31. Portugal H. J. Darier – Necrológico. An Bras Dermatol Sifilogr. 1938;13(1):6-8.
32. Fialho A. Sobre um caso de radiodermite. An Bras Dermatol Sifilogr. 1938;13(3):87-98.
33. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Fuadina / Neostibosan. Bayer Produtos Farmacêuticos. (Preparado de antimonia trivalente. Especifico contra a linfo-granulomatose inguinal, leishmaniose da pele e mucosas, bilharziose. 50 anos.) An Bras Dermatol Sifilogr. 1938;13(3):123. [Propaganda].
34. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Laboratório Bayer. (Rhodarsan o 914.). An Bras Dermatol Sifilogr. 1939;14(2):86. [Propaganda].
35. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Professor Eduardo Rabello. An Bras Dermatol Sifilogr. 1940;15(3):157-86.
36. Ramos e Silva J. Um caso de amiloidose primitiva da pele. An Bras Dermatol Sifilogr. 1940;15(3):201-13.
37. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Pomada de insulina. Bula 5.U.I por grama. An Bras Dermatol Sifilogr. 1941;16(2):161. [Propaganda].
38. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Noticiário: Penicilina no tratamento da sífilis. An Bras Dermatol Sifilogr. 1944;19(4):108.
39. Peryassú D. Sífilis. Sua evolução imuno-biológica. Mutaçao e adaptaçao do treponema. Histórico da sífilis. An Bras Dermatol Sifilogr. 1946;21(1):45.
40. Peixoto PG. As ergodermatoses no Distrito Federal. An Bras Dermatol Sifilogr. 1946;21(1):61.

41. Gonçalves AP, Fialho F. Contribuição ao estudo da blastomicose brasileira experimental do cobaio. *An Bras Dermatol Sifilogr.* 1946;21(3):260.
42. de Souza AR, Proença N. Um caso de sarna norueguesa. *An Bras Dermatol.* 1959;34(3):63.
43. Gonçalves AP, Lamy N. Tinha tonsurante microspórica do couro cabeludo em adulto. *An Bras Dermatol.* 1959;34(2):23.
44. Rutowitsch M, Posse Filho AM. Hipnose em dermatologia. *An Bras Dermatol.* 1964;39(2):27.
45. Rotberg A, Pereira CA. Dermatite de contato tipo líquen plano por reveladores fotográficos primeiras observações no Brasil. *An Bras Dermatol.* 1965;40(1):1-6.
46. Peryassú D. Iconografia dermatológica. *An Bras Dermatol.* 1966;41(2): s.n.
47. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Título de Especialista. *An Bras Dermatol.* 1967;42(4):29-30.
48. Rotberg A. "Hanseniasis", the new official name of "leprosy" in S. Paulo, Brazil, and its prophylactical results. *An Bras Dermatol.* 1969;44(3):31.
49. Lopes CF. Retinóides em dermatologia e oncologia. *An Bras Dermatol.* 1982;57(3):155-9.
50. Sampaio SAP, Pimentel ERA. Isotretinoína no tratamento da acne vulgar. *An Bras Dermatol.* 1985;60(5):349-52.
51. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Sociedade Brasileira de Dermatologia Iconografia Histórica. *An Bras Dermatol.* 1986;61(4):s.p.
52. Katz DR, Manini MIP, Takahashi MDF. Manifestações cutaneomucosas em doentes de AIDS. *An Bras Dermatol.* 1986;61(1):19-21.
53. Ramos e Silva J. Cirurgia dermatológica. *An Bras Dermatol.* 1965;40(1):31-2.
54. Dillon NL, Marques SA. Vantagens e desvantagens da anfotericina B no tratamento da paracoccidiodomicose. *An Bras Dermatol.* 1990;65(5):226-7.
55. Patrús OA, Santos SNMB. Fatores psicogênicos em psoríase, estudo caso-controle seccional cruzado de 41 psoriáticos e 88 controles. *An Bras Dermatol.* 1993;68(6):333-9.
56. Opromolla DVA. O estado atual da terapêutica da hanseníase. *An Bras Dermatol.* 1993;68(6):366.
57. Proença NG. Raymundo Martins Castro e o fogo selvagem. *An Bras Dermatol.* 1994;69(3):231-3.
58. Vale ECS, Furtado T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. *An Bras Dermatol.* 2005;80(4):421-8.
59. Rivitti A. Obituário do Professor Sebastião de Almeida Prado Sampaio. *An Bras Dermatol.* 2008;83(6):583-4.
60. Piazza CD, Sampaio SAP. Remissão de lentigo maligno extenso após tratamento com imiquimod. *An Bras Dermatol.* 2008;84(1):82-4.
61. Rodrigues JG, Leite R, Costa IMC, Soares R. Acervo raro da Sociedade Brasileira de Dermatologia: considerações sobre sua preservação histórica. *An Bras Dermatol.* 2008;84(1):93-5.
62. Dani CMC, Mota KF, Sanchotene PV, Pineiro-Maceira J, Maia CPA. Gnatostomiase no Brasil – Relato de caso. *An Bras Dermatol.* 2009;84(4):400-4.
63. Criado PR, Criado RFJ, Maruta CW, Machado Filho CA. Histamina, receptores de histamina e anti-histaminicos: novos conceitos. *An Bras Dermatol.* 2010;85(2):195-210.
64. Souza EM, Vallarelli AFA. Dermatologia nas artes. *An Bras Dermatol.* 2009;84(5):556-8.
65. Santos M, Haddad Jr V, Ribeiro-Rodrigues R, Talhari S. Borreliose de Lyme. *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):930-8.
66. Giraldi S, Dietrich F, Abbage KT, Carvalho VO, Marinoni LP. Eritema Ab Igne em adolescente induzido por computador laptop. *An Bras Dermatol.* 2011;86(1):128-30.

Como citar este artigo/*How to cite this article*: Costa IMC, Vallarelli AFA, Bonamigo RR, Reis VMS. A evolução histórica dos Anais Brasileiros de Dermatologia. *An Bras Dermatol.* 2012;87(1 Supl 1):1-192.



Anais Brasileiros de Dermatologia
Janeiro / Fevereiro de 2012

Impresso em Janeiro de 2012