

# **MOLE'STIAS INTERCORRENTES COMO CAUSAS DC REAÇÃO LEPRO'TICA (\*)**

**LUIZ MARINO BECHELL**

Clinico do Asilo Colonia Cocaes.

O estudo das moléstias intercorrentes na lepra tem merecido a atenção de muitos AA., que delas se ocuparam, ora apontando-as como causas predisponentes, ora detendo-se sôbre o seu tratamento, que deve preceder o inicio da terapeutica anti-leprótica.

Os AA. (Klingmüller, 7, Muir, Lowe (cit. Klingmüller), Brault (cit. Stein, (18) e outros) fazem referências muito breves a respeito do papel das intercorrências como determinantes da reacção leprótica, considerando-as capazes de modificar o decurso crônico da lepra, assinalando as causas mais comuns que podem estar presentes nesses casos (distúrbios intestinais, verminose, sífilis, varíola, tifo, paludismo e outras afecções). Deixam de mencionar outras intercorrências como DS distúrbios hepáticos, que devem merecer grande destaque.

Entre nós, alguns Autores têm assinalado, tambem de passagem, a importância das intercorrências na reacção leprotica; salientamos Abreu (1) que insiste para que se faça o tratamento das afecções intercorrentes nas erupções prolongadas, que não cedem á medicação usada para combatê-las. Lauro Souza Lima (8) tambem afirma que "as causas de abaixamento da resistência geral representam o maior contingente na etiologia das reacções...". Segundo Mendes e Grieco (14) as afecções intercorrentes provoca-

---

(\*) Trabalho apresentado á sessão da Sociedade Paulista de Leprologia, em 14.8.1937.

riam a reação leprótica de acordo com o conceito de "paralergia" de MORO e KELLER, que a definem "como uma mudança de reatividade do organismo (já alergizado) em face de excitantes inespecíficos ou não, diferentes do antígeno específico que determinou a alergia específica".

O assunto que abordamos, não *prima* pois pela novidade: entretanto, desejamos encará-lo com maiores minúcias e detalhes, pondo em especial destaque a participação das intercorrências nos surtos eráptivos, procurando explicar o mecanismo pelo qual elas podem desencadeá-los. Referiremos as observações que nos pareceram mais demonstrativas e frizaremos a orientação que devemos seguir no tratamento das erupções.

No estudo das intercorrências na reação leprótica, é o exame clínico cuidadoso que, frequentemente, *vae* revelar a possível causa da mesma. São numerosos os doentes que medicados pelos desensibilizantes indicados nesses casos, usufruem poucas melhoras ou quando se chega a obter regressão clínica do surto eráptico esta apenas passageira. E' então o exame clínico cuidadoso que poderá descobrir a causa da reacção leprótica, evidenciando uma molestia intercorrente, cujo tratamento pode levar a cura do surto erupções.

O estado geral bom do doente constitue, não só na lepra como nas outras doenças, um fator de importância na evolução posterior da moléstia, Via de regra e dentro de certos limites, um doente bem nutrido, com os seus aparelhos e sistemas livres de afecções outras, estará em condições de oferecer maior rsistencia á doença que o compromete, permitindo entrever um decurso mais favorável para a mesma.

O ideal pois, no tratamento da lepra, e isso não constitue novidade, é submeter o recém-internado nos hospitaes a rigoroso exame clínico, com as pesquisas complementares de laboratório, afim de que ele possa iniciar em seguida o tratamento chaulmoogrico, com maiores probabilidades de exito. Na medida do possível, procuramos aproximar-nos desta norma ideal. Tornam-se igualmente necessarios outros requisitos para que o tratamento antileprótico possa atingir a sua finalidade. Êsses requisitos são: bõa alimentação bom clima, exercicios fisicos, trabalho, higiene e elevação moral dos pacientes. Assim o regime alimentar pobre em alimentos que forneçam resíduos ou escórias, a falta de exercicio com a vida sedentária, podem ocasionar o aparecimento da constipação crônica, que, por sua vez, seria capaz de desencadear a reação leprotica.

Em geral, podem as intercorrências levar o organismo ao estado de menor resistencia, de que aproveitam os bacilos para se multipli-

carem, vencerem e franquearem a barreira linfática ou para romperem a defeza local do baço, ganhando as regiões vizinhas por intermédio dos linfáticos ou pela corrente sanguínea. Pela via linfo-hematogênica os bacilos seriam veiculados para todo o organismo. Deste modo eles atingiriam na pele os capilares terminaes, ao nível dos quaes, teriam origem os nódulos e as máculas erúptivas. Estribamos esta asserção, quanto a via hematogénica, em JEANSELME (6), que descrevendo as erupções provocadas pelo iodo, afirma serem os nodulos resultantes das embolias bacilares, destacadas de fôcos antigos e retidas nos capilares do derma. ARNING (cit. JADASSHON, 5) salienta a frequência surpreendente dos bacilos no interior dos capilares das máculas erúptivas.

A ausência ou o pequeno número de bacilos encontrados nos elementos cutâneos erúptivos, não implica na impossibilidade de causarem o aparecimento do nódulo erúptivo, porquanto eles podem ter sido destruidos.

A presença dos bacilos transportados pela via linfo-hematogênica não é suficiente, na nossa opinião, para a eclosão do surto ertíptivo. Parecenos que outro fator deva ser invocado e é precisamente o sugerido por Jadasshon, a alergia. Assim, pela quédia da resistência (motivada, como dissemos, pelas moléstias intercorrentes) os bacilos multiplicar-se-iam rapidamente e, disseminados pela circulação, corresponderiam a uma nova introdução do antígeno, contra o qual o organismo procuraria reagir diversamente dando aparecimento aos fenômenos agudos da reacção leprótica.

Com efeito, apenas a bacilemia não condiciona a erupção, pois podemos afirmar ter sido ea verificada com frequência nos doentes, sem ser acompanhada de fenômenos reacionaes. Além disso, a reativação de lepromas antigos evidencia tambem a mudança do modo de reagir do organismo.

Resumindo, as moléstias intercorrentes agiriam possivelmente da seguinte maneira; determinando uma quédia da resistência do organismo, permitem aos bacilos multiplicarem-se bruscamente; deste modo, venceriam mais facilmente a defeza do sistema linfático e a sua difusão linfo-hematogênica corresponderia como que á penetração de uma nova carga de antigenos no organismo, acarretando uma modificação da sua reatividade.

Conhecido isso, no tratamento da reacção leprótica, torna-se necessario e importante além do uso dos desensibilizantes, o estudo dos fatores (moléstias intercorrentes, estados fisiológicos e outros) que modificam a reatividade do organismo. E' para esses fatores que devemos orientar as nossas pesquisas. Com essa orientação podemos beneficiar muito mais os doentes com surtos eruptivos, do que pelo simples tratamento por substancias desensibilizantes.

Tanto isto é importante que, para melhor evidênciação, passamos a transcrever alguns trechos de DARIER (3), do seu "PRÉCIS DE DERMATOLOGIE", na parte referente a "desensibilização" :

"Compreende-se porém que o dermatologista deve evitar de ceder á tendencia moderna que o levaria a não ver mais que a sensibilidade e a reatividade do enfermo e a dirigir toda a sua atividade terapeutica neste sentido. Deve proseguir sendo medico. Antes de tudo deve investigar a causa mórbida e suprimi-la na medida do possivel: tratar as lesões segundo a sua natureza e a sua morfologia; estudar o enfêrmo sob o ponto de vista das suas taras organicas ou funcionaes. Unicamente depois dêste trabalho de analise e de apreciação terá de julgar se é indicado intervir por uma cura de desensibilização. Para não alongar êste preambulo, limito-me a assinalar quão irracional seria empreender a desensibilização de um enfêrmo, sem perceber que esta acometido de escabies, epidermoficia, sífilis ou paludismo, etc."

"Não menos essencial no caso da afecção cutanea é a investigação das intoxicações profissionaes, accidentaes, alimentares e outras: a investigação dos transtornos orgânicos ou funcionaes, sobretudo hepaticas, renais, intestinais, hematicos, etc....

"Só depois do tratamento destas desordens por medicamentos, intervenções, regimens, medidas de higiene de toda ordem, etc., poder-se-á intervir com a terapeutica desensibilizadora".

Com o que expuzemos achamos que as interoarrências devam merecer nossa especial atenção; é preciso ter sempre em mente a possibilidade delas poderem facilitar o aparecimento da reação leprótica. E' por isso que se deve submeter ao exame clinico todo doente com erupção continua, orientação que já foi recomendada na Conferência de Manila em 1931 (cit. S. Araujo, 17).

Verdade que, em raros pacientes, apesar dos exames mais cuidadosos não se consegue atinar com uma causa que possa assumir a responsabilidade do surto desencadeado, mas, em muitos outros, o exame clinico descobrindo a intercorrencia, o tratamento desta facilitará e as vezes sera suficiente para fazer regredir a reação leprotica, que resistia a medicação desensibilizante.

Vamos objectivar as nossas palavras passando em revista as moléstias intercorrentes e as causas de menor resistência que conseguimos apurar nas nesses doentes com reação leprótica e que, muito provavelmente, são as responsáveis por esta. Nesses casos, procuramos não usar os desensibilizantes em geral empregados e sim apenas a medicação indicada para cada doença afim de que as nossas observações fossem, o mais possível, livre dos erros que o estudo oferece.

Começemos com a CONSTIPAÇÃO CRÔNICA, que, além dos distúrbios locais (flatulência intestinal, dôres no colon, às vezes diarréia) pode determinar perturbações gerais, em consequência da estase fecal: são observados então fenômenos tóxicos tais como depressão, astenia, cefaleia, sonolência, incapacidade mental, anorexia, náuseas e emagrecimento.

Com o cortejo sintomático mencionado é desnecessário insistirmos sobre a importância da prisão de ventre na determinação dos surtos erúptivos, bastando mencionar a observação seguinte:

### OBSERVAÇÃO I

Domitília X., 57 annos, forma clinica: tuberosa.

De 33.4.34 até julho de 1935 teve reacção leprotica quasi continua, as vezes sendo obrigada a acamar-se, tal a sua intensidade. Foi medicada omn tártaro emético, caldo e mercuriocromo, com, melhora passageira, não chegando a regredir a erupção. Em julho de 1935 procurou-nos, queixando-se de constipação tenaz, chegando a passar duas e até três semanas sem evacuar procuramos corrigir esse distúrbio. Melhoradas as condições intestinais, passando a evacuar diariamente uma e ate duas vezes, tambem a reação leprótica melhorou, desaparecendo por 4 meses. De dezembro de 1935 até a data de hoje (30.6.37) tem raramente reacção leprótica, de fraca intensidade, com poucos elementos erúptivos, não a impedindo de fazer o tratamento chaulmoogrico.

Vemos que itniéamente com o tratamento da constipação crônica se obteve uma melhora do surto erúptivo, o que comprova a importância dEsse distúrbio intestinal no caso presente.

Resta a saber, ainda sobre este ponto, que a própria reação leprótica, quando acompanhada de estado febril, pode determinar constipação, de modo que devemos informar-nos se esta já existia anteriormente, afim de não considerarmos como causa o que é apenas o efeito.

A importância da constipação como desencadeadora dos surtos erúptivos é conhecida e ROGERS e MUIR (16), quando escrevem sobre "sensibilização" na lepra, referem que "... certas toxinas possuem igual efeito (isto é podem produzir reação leprótica), especialmente as absorvidas na circulação do tracto gastro-intestinal. Assim, as imprudências na diéta ou a constipação, podem ser seguidas de uma sensibilização maior nu menor".

DISENTERIA: A disenteria pode ocasionar o aparecimento da reacção leprotica. E' por demais demonstrativa a observação que passamos a referir, sobretudo por se tratar de paciente que nunca tivera surto erúptivo, sendo além disso béias as suas condições dermatológica e clinica.

## **OBSERVAÇÃO II**

Alexandre B., 37 annos, forma clinica mista. Data da observação: 19.4.37.

Ha uns 12 dias começou a ter evacuações liquidas, com caimbras de sangue, que não foram precedidas de nenhum distúrbio, número de evacuações foi logo aumentando, sendo que numa noite chegou a evacuar 12 vezes. As fezes eram moles como papa, com catarro e sangue vermelho; ás vezes saia sangue puro; as fezes não tinham mau cheiro, tendo côr amarella. Puxos. Sentia febre ligeira. Nega dôres no abdomen. Depois de uma semana começou a diminuir o numero de evacuações, baixando para 3 a 4 vezes atualmente e tornando-se as fezes mais consistentes.

Ha seis dias, quando a síndrome disenteriforme (a falta de recursos de laboratorio impediu-nos de apurar o agente etiologico) já tinha abrandado com o uso do Yatren, appareceu a reacção leprótica, augmentando com esta a febre que o doente já tinha. Os elementos eruptivos, de tipo nodular, estão disseminados pelos membros superiores e inferiores, são muito numerosos e já estão em regressão. Em 21.6. persistiam ainda os elementos reaccionaes, mas é preciso notar que o paciente não estava completamente bom dos distúrbios intestinaes.

Deve notar-se, neste caso, que o paciente nunca tivera surto erúptivo anteriormente.

**VERMINOSE:** os doentes com verminose sendo bem medicados antes de iniciar-se o tratamento antileprótico, naturalmente o aparecimento do surto erúptivo não lhe deve ser imputado. Entretanto, é necessário sermos exigentes com os exames de laboratorio, não nos contentando apenas com a negatividade de uma única pesquisa, que deve ser repetida duas e mais vezes.

Tratamos raros doentes com reacção leprótica em que relegando para segundo plano a verdinose, a nossa atenção ficava absorvida por outras intercorrências, assim como na experimentação dos medicamentos desensibilizantes, com resultados que estavam longe de ser satisfatórios, pois nem sempre traziam ao doente o beneficio esperado ou quando isso conseguimos, a melhora era temporária. Referimos, nas linhas abaixo, um caso nestas condições que foi bastante melhorado com o tratamento da verminose.

## **OBSERVAÇÃO III**

Joana B., 66 annos, forma clinica mixta. Data da observação: 22.3.37.

Desde junho de 1934 está com reacção leprótica de decurso crônico, sofrendo porém exacerbações durante as quaes aumenta o numero de elementos eruptivos, com elevação da temperatura. Os nódulos reaccionaes localizam-se de preferênciã nas coxas e nos antebraços. Tinha sido medicada com grande número de medicamentos, que não conseguiram debelar de vez a erupção.

O exame clinico pôs em evidência distúrbios renais e hepato-

esplenomegalia. A medicação e a dieta, orientadas no combate a essas perturbações, não deram os resultados esperados para o lado da reacção leprótica, e a nossa atenção estava voltada para esse lado, deixando em segundo plano a ancilostomose que a doente apresentava. Começamos então a empregar vermífugos, em doses fracas como exigia o mau estado geral da paciente, e, coincidindo com esse tratamento, a reacção leprótica começou a regredir, para desaparecer durante alguns meses.

**FÓCOS DENTÁRIOS:** A grande maioria dos doentes com reacção leprótica que vimos, apresentava fôcos dentários, de concomitância com outras possíveis intercorrências e outras vezes constituíam o único achado clinico. E' de prever-se que êles tenham participação não indiferente no aparecimento dos eruptivos.

**DISTÚRBIOS HEPATICOS:** Os distúrbios hepáticos podem desencadear a reacção leprótica e é bem compreensível isso, se pensarmos na grande importância que o fígado desempenha na defeza do organismo.

Na tuberculose attribue-se ao fígado acentuada importância na evolução da moléstia. Hardoy (cit. Annes Dias, 2) pergunta "si é a intensidade da infecção que condiciona a localização hepatica ou, inversamente, si uma resistência hepatica é que orienta a forma da tuberculose, achando, em todo caso, que a medida da capacidade hepatica é um elemento importante do prognóstico, assim como do tratamento". ANNES DIAS, a êsse respeito, acha que "tanto é real o maior acometimento hepático por uma infecção mais virulenta e massiça, como é incontestável que da maior ou menor resistência hepatica pode depender a evolução de um caso de tuberculose".

Acresce ainda que, segundo alguns AA., durante sérios distúrbios funcionaes do fígado o doente fica em estado de anergia, anergia hepatica. Estes estudos têm sido feitos na tuberculose por Fiessinger, e Brodin (cit. Annes Dias), que observaram a frequência da cutireacção positiva nos adultos com processo hepático. Nos casos de hepatite crônica, com ascite ou ictericia, a cutireacção foi negativa em 60% dos casos, fraca em 30% e positiva em 10%, enquanto que nos doentes com insuficiência pouco apreciável esta proporção ( de positivos) foi de 50%. A positividade atinga a 85% quando eram feitas em outros doentes.

Fiessiger, e Brodin atribuem a ausência de reacção a tuberculina a um estado anérgico dos hepáticos, comparável ao que se nota no sarampo e na febre tifoide.

Pois bem, as considerações acima expostas mostram como, tambem na lepra, os distúrbios hepáticos devam merecer nossa particular atenção nos casos de reacção leprótica.

Tivemos oportunidade de observar alguns doentes em que o surto erúptivo parecia ter a sua origem num distúrbio funcional do fígado, casos em que o tratamento adequado, visando a melhora do estado hepático, trouxe a regressão dos fenómenos reacionais, confirmando a nossa opinião. Passamos a referir uma dessas observações:

#### OBSERVAÇÃO IV

José A., 36 annos, forma clinica mixta. Data da observação: 29.1.37.

Está com reacção leprótica quasi continua de um anno e meio para cá. Teve seis surtos intensos, durando de um a dois mezes, nos quais ficava acamado. O intervalo entre uma e outra erupção é de 1 mês. Ha uns vinte dias novo surto intenso, mais que nas reacções passadas, sendo obrigado a acamar-se.

Nega tosse e dispnéa. Evacua diariamente. Fígado não augmentado de volume. Ancilostomose, com anemia secundaria.

Os elementos erúptivos são muito dolorosos e disseminados por todo o corpo, de preferéncia nos membros.

Foi medicado contra a verminose, tendo tomado tambem 10 injeções de caldo, sem que a reacção leprótica cedesse.

Fizemos então a reacção de urobilinogénio que foi positiva.

Prescrevemos o suco hepático em 5.3.37, assim como sal de Karlsbad, xarope simples, dieta com predominância dos hydrocarbonados.

Depois de poucos dias os elementos eruptivos começaram a regredir, supurando alguns. Ao terminar a série de 10 injeções de suco hepático, apenas restavam alguns elementos que regrediram depois.

Actualmente (24.3.37) tem dois nódulos no braço direito que duram, segundo o doente, 1-2 dias e desaparecem por si. A temperatura tambem foi logo influenciada e de 37°,7 passou para 37° na décima injeção, tornando-se depois febril. O estado geral melhorou bastante. Fígado não aumentado. A reacção de urobilinogénio foi negativa.

Em 24.7.37 voltamos a ver o paciente: tem passado bem, mas as vezes apparecem alguns nódulos de reacção leprótica (possivelmente pela verminose, que não foi completamente medicada) A reacção do urobilinogénio é ainda negativa.

Interessante a considerar na observação é que a anamnese e o exame clinico afastavam o diagnóstico de qualquer comprometimento hepático, pois o doente não se queixava de nenhum distúrbio subjectivo (sensação de pêsno no epigástrico, anorexia, tonturas, perturbações digestivas, etc.) que nos orientasse ao diagnóstico: acresce ainda que, ao exame palpatório do abdómem, não conseguimos palpar o fígado. Tudo levava pois a supor que esse mantivesse a sua integridade funcional. Entretanto, a reacção do urobilinogénio demonstrou o contrario, indicando-nos qual o verdadeiro caminho que deviamos tomar. Ahamos que a reacção do urobilinogénio deve



ser introduzida entre as pesquisas de laboratório usuais na pratica, pois além de ser facilmente feita, presta úteis informes sobre o estado da função hepatica (1).

A reacção do urobilinogênio pode ser positiva nas afecções hedáticas e tambem nas afecções hemolíticas (ictericia hemolítica, anemia perniciosa, impaludismo, etc.) e nas perturbações do tubo intestinal (de origem bacterica e mecânica). Afastamos nos nossos casos estas duas últimas causas e ficamos com a primeira, isto é, atribuímos a positividade da reacção do urobilinogênio a uma lesão do parenquima hepático. A prova terapeutica demonstrou ser acertada essa suposição, pois além de tornar-se negativa a reacção do urobinonogênio, tambem regrediu o surto eruptivo.

E' preciso fazer notar que, se em certos casos é possível atribuir-se a reacção leprótica a um distúrbio hepático, casos existem em que este distúrbio é consequente ao próprio surto erúptivo; por isso, em certos doentes não se pode afirmar, senão com outros informes, qual tenha sido a primeira manifestação, disfunção hepática ou reacção leprótica e qual deles condiciona o aparecimento da outra. O facto é que, de uma maneira ou de outra, o distúrbio hepático, revelado clinicamente e pelos recursos de laboratório, deve ser convenientemente medicado. Procuramos seguir, neste particular, a orientação de Lepehne (11) : repouso no leito, alimentos hydrocarbonados, leite, sal de Kalsbad: são indicadas as injecções de sôro glycosado hypertônico e insulina, para enriquecer a reserva glicogênica do figado, com o que êle se torna mais resistente as infecções.

---

(1) A reacção do urobilinogênio é um recurso importate e indispensavel no diagnóstico de uma afecção do figado e das vias biliares, segundo Lepehne 11). E' a este A. que nos reportamos para as considerações que seguem Pesquisa-se o urobilinogênio na urina recentemente emitida, da qual se coloca 1 cc. num tubo de ensaio; adiciona-se depois á urina 3 a 5 gotas do reagente de Ehrlich (triturasem 2 grs. de paradimetilamidobenzaldeido com 10 grs. de acido cloridrico concentrado em um almofarizi de vidro; juntam-se mais 40 grs. de acido cloridrico, completa-se o volume de 100 cc. com agua distilada e filtra-se). Observa-se então se ha coloração vermelha. "Como em muitos casos esta coloração vermelha caracteristica é muito demorada, é aconselhavel, em casos suspeitos, observar a reacção mais uma vez, após cerca de 10 minutos. Porque é a reacção do urobilinogênio ora prompta e ora demorada, não foi ainda respondido. Qualquer urina da pela reacção do urobilinogênio uma cor vermelha ligeira. Deve considerar-se como patológico, pelo contrario, uma coloração vermelha nitida que, nos casos bem positivos chega ate ao vermelho escuro. A experiência própria mostrou-me que a urobilinúria patológica frequentemente só aparece na urina da tarde e falta na da manhã. E' portanto conveniente, nos casos duvidosos, pesquisá-la tambem na urina da tarde".

SIFILIS: Deve favorecer a reacção leprótica, pois é sabido que ela facilita a eclosão de certas afecções. Nos pacientes com surto eruptivo a infecção sifilítica pôde ser posta em evidência pelas reacções de Wassermann e Kahn, levando-se em conta os antecedentes venéreos e os sinais clínicos (lesões cutâneas, viscerais, nervosas e outras). A importância da sífilis não deve porem ser exagerada e a sua participação na lepra, como causadora da reacção leprótica, precisara ser cuidadosamente apreciada. LEMOS TORRES (10) insiste muito sobre o justo valor que se deve dar à sífilis nos casos clínicos.

Antes de tudo será necessário termos em mente qua a reacção de Wassermann pode ser positiva ate na ausência de lues, nos seguintes casos: gestação adeantada, tuberculose, estados caquéticos, pelagra, lupus, kala-azar, tifo, ictericia, malaria, tumores malignos e no evoluer dos estados febris. Nos doentes de lepra que não referem antecedentes luéticos nem tão pouco apresentam os sinais clínicos que justifiquem o diagnóstico de sífilis, a reacção de Wassermann pode ser positiva e, a esse respeito, divergem os AA.

Supondo-se excluidas todas essas exceções e sendo a reacção de Wassermann realmente indicativa de lues, apresenta-se-nos outro problema para resolver: é a sífilis a causadora do surto eraptivo? Pode tratar-se apenas de uma concomitância entre ela e a reacção leprótica, porque, dada a grande difusão da lues, não é admirar que nicos que justifiquem o diagnóstico de sífilis, a reacção de Wassermann positiva.

De modo que nos casos de reacção leprática em que se observa a coexistência de sífilis, esta poderá ser responsabilizada por aquela quando não existem outras causas possíveis para explica-la e quando, com a instituição do tratamento antisifilítico, se processar a regressão de um surto eraptivo de duração longa, que não cedera com a medicação usada contra outras intercorrências eventualmente presentes.

Passamos a referir uma observação em que a lues parece ser a desencadeadora da erupção.

### **OBSERVAÇÃO V**

Benedicto F. A., 37 annos, forma clinica intata. Data da observação: 15.6.1937.

Desde 1933, mais ou menos, tem reacção leprotica continua, com apenas alguns elementos erúptivos, que sofrem exacerbação de periodos em periodos. Antes de se internar no hospital teve surto erúptivo agudo, ficando acamado durante mas e meio. No hospital teve reacção leprótica: 1) de 12.9.35 até maio de 1936, durante oito meses seguidos, ficando um mês acamado; 2) em

julho de 1936; 3) em setembro desse mesmo anno e 4) surto atual, começando no dia 30.3.37. Esteve acamado quasi dois meses, medicado com gluconato de cálcio e tártaro emético. Só depois desse tempo melhorou da febre, assim como diminuiu o numero de elementos eruptivos. Procurou-nos em 29.5.37, sem febre, com elementos eritematosos cutâneos distribuidos nos membros superiores e inferiores.

Refere passado venéreo: cancro duro. Tibialgia. Ganglios epitrochleanos enfiados. Wassermann +++ e Kahn +++ (14.4.37). Foi medicado com hidróxido de bismuto, 10 injeções. Terminou agora o tratamento e apenas tem rarissimos nódulos erúptivos de 10 dias para cá. E' de notar-se que, contemporaneamente ao bismuto, tomou tártaro emético. Entretanto este medicamento, tomado várias vezes, nunca influenciara tanto a reacção leprotica como agora succedeu. Estado geral bom.

Em 29.7.37, o paciente continuava a tomar o bismuto; como no exame anterior, apenas rarissimos nódulos atestam a presença da reacção leprotica. Coincidindo com a medicação bismutica observamos pois a regressão da maioria dos elementos cutâneos reaccionaes, que em certos pontos eram confluentes. A observação, para uma opinião decisiva sobre o caso, vae ser continuada.

**TUBERCULOSE:** Entre os nossos pacientes vimos 12 que se apresentaram com tuberculose pulmonar; cinco deles têm tido o eritema polimorfo, de tipo nodoso e maculoso, quasi sempre com decurso cronico. Torna-se difficil, nestes casos, relacionar essas manifestações cutaneas com a lepra, denominando-as de "reacção leprotica"; isso porque tambem na tuberculose se pode observar o erythema polimorfo, (embora muito mais raramente, entre nós), o que torna árduo o diagnóstico diferencial.

**PNEUMONIA:** Vimos raros casos de pneumonia, que não foram seguidos de reacção leprotica.

**PALÚDISMO:** Não podemos precisar a influencia do paludismo, pois no hospital apenas tivemos dois casos em estágio agudo. Entretanto, é de supôr a sua importância, pois concorre para diminuir as resistências orgânicas. Escreve MARCHOUX (13): "nos paizes tropicaes, o paludismo e as doenças a protozoários, provocando a mobilização dos macrófagos fracamente parasitados, tornam-se uma causa de generalização da lepra...". Segundo Lowe (12), o efeito immediato da malaria sobre a lepra é a reacção leprotica, em 30 ou 40% dos casos, possivelmente. A reacção ocorre, comumente, cêrca de uma semana após o inicio do paludismo.

**GRIFE:** Temos visto a reacção leprotica aparecer durante ou depois do surto gripal.

### **OBSERVAÇÃO VI**

Cleusa M.T.C., 19 anos, forma clinica mixta. Data da observação 11.8.37. Ha 12 dias começou a ter tosse, sem expectoração, com cefaléia intensa. Teve tambem febre, que aparecia á tarde e á noite. Passou 3 dias com estes distúrbios, quando surgiram os fenômenos reacionaes: a febre aumentou e surgiram os elementos erúptivos, disseminados nos membros superiores e inferiores e no rosto. Esteve acamada 4 dias e agora a reação leprótica está quasi regredida, não tendo mais febre.

Mais interessante é a observação seguinte, em que se vê o surto eruptivo aparecer depois da gripe, em doente que obtivera alta hospitalar. Este caso foi observado pelo colega Camargo, no Asilo Santo Angelo, e, com sua vênha, passamos a referi-lo:

### **OBSERVAÇÃO VII**

Francisco A. F., 22 anos, forma clinica mixta.

Internado no Asilo Santo Angelo em 15.11.1930, obteve alta em Janeiro e 1936. Três meses após a sua alta esteve gripado, tendo febre, coriza e tosse com expectoração amarela. Quando a gripe já estava cedendo, apareceu a reação leprótica, manifestando-se por máculas erúptivas nos membros superiores e inferiores, acompanhadas de febre. Este surto erúptivo durou 2 meses, após os quaes notou dois tubérculos no cotovelo, sendo a pesquisa bacterios-cópica positiva; por êsse motivo foi novamente internado. Antes nunca tivera reação leprótica, apesar de já ter tido gripe.

Afecções das VIAS URINARIAS: o surto eruptivo pode manifestar-se nas afecções das vias urinárias. E' do Sanatório Padre Bento a observação que segue, a nós gentilmente cedida pelo Dr. Guida, na qual se percebe a influência da pielite na eclosão da reacção leprótica.

### **OBSERVAÇÃO VIII**

I. R. P., 38 annos, forma clinica minta. Data da observação 15.6.1937.

Ha dois meses começou a sentir dôr na região lombar, verificando-se tambem a presença de pus na urina. Nessa ocasião apareceram alguns elementos erúptivos, localizados nos braços, não acompanhados de febre. Atualmente, ainda persiste a sua pouco intensa reacção leptotica; deve notar-se que ainda não está curada da infecção urinária, sendo agora medicada com autovacina. O estado geral da doente é bom e nenhuma outra intercorrência foi posta em evidência pelo seu clinico.

Anteriormente teve uma reacção leprótica, tambem pouco intensa, e de origem medicamentosa, tendo sido provocada pelo iodo. Em dezembro de 1935 foi operada de apendicite, observando-se, dois dias após a intervenção a exaltação dos fenomenos reacionaes já presentes.

Em outro paciente nosso com GLOMÉRULO-NEFRITE CRÔNICA, a reacção leprótica, a principio condicionada por um distúrbio hepático, reapareceu depois com grande intensidade, parecendo ser devida á retenção de uréa no sangue. Vamos apreciar o caso através da sua obesrvação:

### OBSERVAÇÃO IX

Jorge E., 47 anos, forma clinica mixta. Data da observação 9.1.37.

O paciente esta com reacção leprótica continua desde novembro de 1936, tendo nódulos e maculas eritematosos nos membros, rosto e tronco, acompanhados de elevação da temperatura. Anteriormente esteve com erupção de Janeiro a setembro de 1936.

Ao exame fisico, anemia. Na anamnese referia ainda constipação crônica. Em vários exames não conseguimos palpar o figado, mas a reacção do urobilinogênio foi positiva.

Administramos ao paciente o sal *de* 'Carlsbad, recomendamos repouso e regimen com predominância dos hidrocarbonados. Injeções de extrato hepatica. A erupção, que JA durava quasi dois mezes, tendo tomado o mercuriocromo para combatê-la, melhorou muito com o tratamento acima indicado.

Passou mês e meio com raros elementos erúptivos, sendo que, em 6 de março, começaram a tornar-se numerosos: são mais frequentes na fronte, nos braços, na espádua e mais raros nos membros inferiores e no tronco. A temperatura elevou-se, atingindo e ultrapassando até 390 nos dias seguintes. Este novo surto reacional não deve ser atribuído ao chaulmoogra, porque o doente não o toma ha três meses. Embora com a reacção do urobilinogenio negativa voltamos a medicá-lo com a mesma medicação anterior e o surto erúptivo melhorou um pouco depois de 10 dias, para readquirir nova intensidade depois. A reacção do urobilinogenio tornou-se positiva (em consequência da própria reacção leprótica); a medicação destinada a melhorar os distúrbios hepáticos no sentido de beneficiar a erupção, não surtiu effeito e isso não devia causar surpresa, pois eles eram a consequência da reacção leprótica e não os causadores da mesma.

Em 17.4.37, continuando ainda intenso o surto erúptivo, notamos que o paciente tinha as palpebras empapuçadas. A pressão arterial era de 105-60 e ao exame de urina a albumina era negativa, sendo a densidade 1.012. A dosagem de uréia no sangue deu o seguinte resultado: 1 gr. por 1.000. Nas 24 horas eliminava 1.900 cc. de urina, com a densidade 1.012 (havia pois uma insuficiência do poder de concentração, densidade 1.012, pela qual a uréia era retida; havia boa eliminação de agua, pois urinava 1.900 cc. por dia, indicando que o rim augmentou a eliminação de liquidos para tambem eliminar mais escórias e assim diminuir a taxa de uréa no sangue). Nega hematúria recente ou passada, assim como amidalite. Ligeiro edema das pernas.

Como o resultado da dosagem de uréia demorasse alguns dias para chegar ás nossas mãos, só com algum atrazo pudemos orientar melhor a nossa terapeutica, quando a reacção leprótica já era menos intensa. Fizemos sangria e mandamos tomar mais liquidos, para eliminar mais escórias. Alimento com pouco sal. Não co-

mer carne. Frutas. No dia 27.4. tem apenas meia duzia de pequenos nódulos erúptivos pelo corpo. A febre tem baixado e atinge apenas 37,6.

Em 29.7. o paciente tinha rarissimos elementos cutâneos reaccionaes e estava afebril ha muito tempo 0,320 por mil foi o resultado da segunda dosagem de uréia.

**GRAVIDEZ:** E' conhecida a importancia da gravidez na lepra. Durante a mesma é que se manifestam, muitas vezes, os primeiros sinais de moléstia que ainda estava incubada ou que se acentuam as lesões já existentes. E' relativamente frequente a reacção leprótica neste periodo, como observamos, e aqui reveste-se de maior importancia, pois durante a mesma pode processar-se a infecção da placenta, do cordão umbilical e do feto, invasão essa que, felizmente, muito de raro determina a infecção do filho da hanseniana. Dessa possível invasão bacilar do fêto nesses casos, resulta a necessidade de orientar-se com especial carinho o tratamento das parturientes, procurando afastar-se a reacção leprótica quando presente e sobretudo evitar o seu aparecimento, pela cuidadosa orientação na terapeutica chaulmoogrica, assim como pelo combate as possíveis intercorrencias.

**DISTÚRBIOS MENSTRUAIS:** Os distúrbios menstruais podem determinar os surtos erúptivos e, segundo ISABEL KERR (4), isso seria comum. Vimos a reacção leprótica aparecer mesmo com as menstruações normais, que em outros casos fazia aumentar a erupção já existente.

**EPILEPSIA:** Numa paciente pudemos observar que, depois de dois acessos epilépticos surgiu o surto erúptivo, talvez em consequência do abatimento que se seguiu aos mesmos. A observação é referida nas linhas abaixo:

### **OBSERVAÇÃO X**

Iracema F. G., 24 annos, forma clinica mixta. Data da observação: 10 . 6 . 37 .

De dois annos para cá tem tido reacção leprótica continua, mas de fraca intensidade, não a impedindo de fazer o tratamento chaulmoogrico. Tendo ficado grávida em julho de 1936 até abril de 1937, aumentou a erupção. Depois da gravidez ate ha oito dias, o surto estava muito fraco e tinha raros elementos erúptivos subcutâneos, dolorosos. Ha oito dias teve um ataque epiléptico que se repetiu um dia após; nos dias seguintes apareceram os primeiros sinais do ataque, anestesia do membro superior, contrações dos dedos e dos antebraços, melhorando com massagens. Foi medicada com luminal e brometos. Wassermann e Kahn negativos. Ha dias aumentou consideravelmente o número dos elementos erúptivos, maculas e nódulos eritematosos, localizados nos membros superiores e inferiores, acompanhados de elevação da temperatura. Derrame na articulação tibio-társica esquerda.

VÁRIAS INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS PRODUZINDO REACÇÃO LEPRÓTICA: Em muitos pacientes com reacção leprótica o exame clinico evidenciou várias intercorrências, cada uma das quais de per si seria bastante para provocá-la. Foi o que sucedeu no caso seguinte:

### OBSERVAÇÃO XI

Luiza M. J., 32 annos, forma clinica minta. Data da observação: 17.2.37.

Está com reacção leprótica ha 14 meses. O primeiro surto erúptivo começou ha 13 annos, depois de ter dado á luz uma menina. Depois teve vários surtos erúptivos, durando 15 dias, mais ou menos e melhorando em seguida para passar 15 a 20 dias bem.

Tem bócio ha 16 annos. Tireoide bastante aumentada de volume; êste augmento é apreciável tanto á direita como á esquerda; é indolor á palpação. Exoftalmia. Pulso 100 por minuto, pouco intenso e ritmico. Tremores digitaes.

Constipação crônica. Ha dois annos não tem menstruação. Fócos dentários. O figado é palpável ha 5 cms. do rebordo, de superficie lisa e um pouco doloroso, O baço é palpável, ultrapassando de 1,5 cms. o rebordo, sendo o seu bordo espessado e mais consistente, pouco doloroso.

Ao exame de fezes, ovos de ancilostomos. Reacção de Wasermann +++ e Kahn +++.

Os elementos erúptivos eram constituídos por nódulos eritematosos, localizados nos membros e no rosto. Febre fraca.

Medicamos a verminose, os disturbios ovarianos e administramos o extrato hepático em injeções. Com isso desapareceram a maioria dos elementos reacionaes cutâneos, sendo muito baixa a febre. Em 13.3.37 surgiram novamente, em grande número, os nodulos eritematosos, acompanhados de elevação da temperatura (38,5). Como a reacção do urobilinogênio fosse positiva, nós insistimos com o suco hepático e, com 10 injeções regrediram os elementos reacionaes quasi que completamente, sendo substituídos por máculas escuras. Não tem febre. No dia 10.4.37 novo surto erúptivo, com os mesmos característicos anteriores.

Como se vê, da leitura desta observação, varias intercorrências foram evidenciadas numa mesma paciente: moléstia de Flaiani - Basedow, ancilostomose, anemia secundária, fócos sépticos, disturbios ovarianos e hepáticos e, possivelmente, lues. Era natural que um caso dêstes desafiasse toda a medicação desensibilizante e foi o que se deu. A orientação terapeutica devera, pois, ser bem diversa nos casos dêste tipo: procurar-se-á combater todas as intercorrências existentes, começando-se pela que oferece maior gravidade. Na paciente cuja observação expuzemos, procuramos tratar algumas das intercorrências presentes, as que exigiam maior cuidado, para medicarmos depois tambem as outras. No entanto a terapêutica esbarra em grande escolho, que é a cura do hipertiroidismo, em que

o iodo deve ser empregado, podendo ale ocasionar reacções medicamentosas, indo portanto exacerbar a erupção já existente.

Mencionamos, de passagem, que além dos estados fisiológicos mencionados, outro, a puberdade, pode ocasionar o aparecimento da reacção leprótica. Queremos tambem asinalar que as intercorrências referidas foram as que nós observamos como prováveis causadores de erupção. O facto de omitirmos outras afecções não significa que estas não possam tambem desencadeá-la. Continuaremos as nossas observações neste sentido, para apurarmos outras causas que venham formar fileira ao lado das já mencionadas.

Pelas nossas considerações, comprovadas pelas observações clinicas, vemos que as molestias intercorrentes desempenham importante papel na evolução da lepra, podendo-se incriminá-las, com frequência e com muitas probabilidades, como contribuindo para o aparecimento da reacção leprotica. Escreve KLINGMÜLLER (7) que "muitas vezes se registam reacções sem causa conhecida, sendo todavia quasi seguro que é responsável a capacidade de resistência diminuida". As nossas observações colocam-nos em pleno acordo com a afirmação dêsse Autor. Ha raros casos porém, em que o estado geral do doente é bom e no entanto a reacção leprótica aparece por surtos intensos quasi como única manifestação da molestia; e não se pode atribui-la ao uso do Chaulmoogra, por se acharem nos referidos pacientes suspenso êsse tratamento. Em alguns casos, tambem interessantes e que se opõem aos acima citados, os doentes são vitimados por uma ou mais causas debilitantes associadas e a reacção leprotica não se manifesta.

Observamos uma paciente com febre de tipo ondulante, que se tornou bastante anemiada, para isso concorrendo tambem a verminose de que era portadora. Somente depois de seis meses manifestou-se a reacção leprótica e apenas por alguns nódulos no rosto, que desapareceram uns 20 dias após.

A causa destes contrastes é muito difícil apurar, podendo re-sidir numa série de factores, entre os quaes destacamos a disposição individual. Entendemos por "disposição" uma determinada debilidade do individuo para influxos externos, o que favorece o aparecimento da enfermidade.

"Existe aqui (na "disposição") uma tendência geral ou especifica A enfermidade, tão acentuada ás vezes que certas modificações das condições de vida, em outras circunstâncias completamente inofensivas ou inclusive as proprias modificações fisiológicas, como por exemplo as irradiações solares, o cansaço, as modificações atmosféricas, a atividade sexual, exercem uma ação patogênica" (VON ROESSLE, R).



A observação de casos de reacção leprótica aparecidos em consequência da mutação das condições atmosféricas (STEIN, 18), os casos de surtos erúptivos surgidos durante estados fisiológicos (mestruação, puberdade e gravidez), mostra como também o fator disposição deva ser levado em conta no desencadeamento da fase inflamatória aguda da moléstia.

E' de interesse mencionar a opinião que alguns AA. têm da influência que certas moléstias intercorrentes exercem no decurso da lepra.

Segundo TODD a erisipela, o sarampo, a sífilis, não influenciam a lepra; de accordo com LELOIR os tuberosos melhoram nas pneumonias, nos pleurizes, na varíola, nas erisipela e mesmo na tísica (sobre êste ponto WADE também acha que as alterações cutaneas leprosas regridem por complicação com a tuberculose). ROGERS e MUIR são da opinião que a malária e a erisipela podem influenciar favoravelmente a evolução da lepra (Cit. por JADASSOHN, 5).

E' ainda LELOIR (9) quem afirma "que existe, algumas vezes, uma espécie de antagonismo entre certas moléstias agudas febris, de origem parasitária (varíola, tuberculose aguda, pneumonia, erisipela) e a evolução dos tuberculos."

Ora, se as afecções mencionadas podem determinar uma melhora das próprias lesões leprosas, de acôrdo com as observações dos AA. citados, em outros doentes o aparecimento das mesmas parece determinar a eclosão da reacção leprótica. Tudo isso mostra como é variável a ação das moléstias intercorrentes na lepra e como se deve julgar com muita ponderação a relação das mesmas com os surtos erúptivos.

Em todo caso, pela apreciação do estudo que fizemos, é possível afirmar que em número grande de pacientes, as intercorrências desempenham papel importante na determinação dos surtos reacionaes. Por essa razão, êstes precisam ser tratados pelo dermatologista, para estabelecer se o excesso ou a intolerância medicamentosas determinam o surto erúptivo, e também pelo clinico, que procurará descobrir a existência de uma afecção, que, diminuindo a resistência do doente, favorecerá o aparecimento da fase aguda da moléstia.

Não é pelo fato de frequentemente encontrarmos nas moléstias intercorrentes a provável causa da racção leprótica, que vamos deixar de recorrer aos desensibilisantes usados nesses casos. Várias observações demonstram que êles conseguem, em certo número de pacientes, debelar os surtos erúptivos, embora não sejam medicadas as intercorrências presentes em taes casos. Portanto, nos casos em que a reacção leptótica parece depender de afecção intercor-

rente, ao lado do tratamento desta, cremos que não haverá inconveniente em se usar os desensibilizantes comumente empregados.

Conducta falha e errada e querer tratar os surtos erúptivos apenas com a desensibilização dos pacientes, desprezando justamente o que é mais importante, isto é, o tratamento da causa que determinou a reactividade anormal do organismo.

Insistimos ainda para que se pesquize correntemente o urobilinogênio, não só nos casos de reação leprótica, como em todos os doentes, sendo muito fácil e simples a reacção de EHRlich, adoptada para êsse fim.

### ZUSAMMENFASSUNG:

A. hält das Stadium der interkorrenten Krankheiten in der leprotischen Reaktion für äusserst wichtig, weil sie in zahlreichen Fällen verantwortlich sind für den akuten Verlauf der Lepra. Er erklärt verschiedene Nebenerkrankungen, (Krankheiten, Veränderungen und physiologische Factoren) die bestimmend auf den Verlauf des Ausbruchs wirken und andern Ursachen hervorheben, die bis dahin noch nicht die Aufmerksamkeit der A.A. erregt haben, unter ihnen die Erkrankungen der Leber, die besonders hervorgehoben zu werden verdienen.

Bestimmend für die leprotische Reaktion, wirken die interkorrenten Krankheiten vermutlich auf folgende Weise: sobald in einem Teile die Widerstandsfähigkeit fällt, vermehren sich plötzlich die auf diese Weise wurde sie Inchtter die Resistenz des Lymphsystems besiegen und flare lympho-hemathogenische Ausbreitung wurde des Eindringens einer neuen Ladung von Krankheitserregern im Organismus entsprechen, und somit eia Veränderung ihrer Reaktivität herbeiführen. (Krankheits-Erscheinung).

Behandelt noch einmal die Krankheits-Erscheinung. Diese erklärt nur die Essenz der leprotischen Reaction wad den Enewiddungsprozess, weichen sie durchläuft. Mit dieser Feststellung fällt der Gebrauch dei Betaubungsmittel in der Behandlung der leproaschen Reaktion und es bleibt das Wichtigere end Notwendigere, das Studium der Ursachen, (interkorrente Crankheiten, der körperliche Zustand mid andere), welche die Reaktivität des Organismus bestimmen. Unseen Beobachtungen massen sich besonders mit diesen Ursachen beschäftigen, wean wir von dem Standpunkte ausgehen, den Ledenden au nutzen urui nicht nur durch einfache Behandlung mit Substanz, die vorrabergehend wirken.

In der Behandlung der leprotischen Reaction milssen sich der Kliniker and Dermatolog vereinigen. Wenn der Dermatolog feststellt, class der Krankheitsfall nicht medizintischer Art ist, muss er dem Kliniker abergeben werden, der die Diagnose feststellt und die Behandlung bestimmt.

### BIBLIOGRAFIA

1. - ABREU - Rev. de Leprol. de S. Paulo, N.º especial, Junho 1935.
2. - ANES DIAS - "Função hepática e tuberculose". Lições de clinica medica. II série, pag. 175. Livrada do Globo. Porto Alegre.; 1933.
3. - DARTER - Precs de dermatologie.
4. - ISABEL KEHR — "Leprosy in women: Some clinical observations". Leprosy Rev. out. 1932, pag. 165.
5. - JADASSOHN - "Patologia geral". Rev. Bras. de Leprol., n.º 1 e 2, 1937.

6. - JEANSELME - La lèpre" III vol., 645. G. Doin & Cie. Edit. Paris.
7. - KLINGMÜLLER - "Febre leprosa. Reação leprotica". Die lepra, pag. 493, (Coleção Jadasshon).
8. - "LAURO SOUZA LIMA - "Estudos sobre a reação leprótica". Rev. Bras. Lepr., Pag. 37, N.º especial, 1937.
9. - LELOIR - "Traité pratique et theorique de la lèpre". Edit. Delahaye et Lecrosnier. Paris. 1886.
10. - LEMOS TORRES — "Diagnostico etiologico de lues nos tumores abdominaes". Anaes Paul. de Medi. e Cir., vol. XXI,n.º 2, fev. 1930.
11. - LEPHNE - "Afeções do figado e das vias biliares". Comp. Edit. Melh. de S. Paulo.
12. - LOWE - "Malaria and leprosy". Intern. Journ. Leprosy, pag. 237. n.º 2, 1936.
13. - MARCHOUX - "Marche de l'infectios lépreuse et evolution de la lèpre". Conf. Intern. de la lèpre. pag. 151. J. B. Baillièere et Fils. Paris. 1924.
14. - MENDES e GRIECO - "Interpretação da Reação Leprótica; suas relações com a paralergia". Bras. de Leprol., pag. 1, N.º especial. 1936.
15. - ROGERS L. - "Recent advances in the treatment of leprosy". Zentralblatt". vol. 54, n.º 10, pag. 611 - 1936.
16. - ROGERS e MUIR - "Leprosy". Simpkin Marshall Ltd. Londres. 1925.
17. - SOUZA ARAUJO - "A lepra eta 40 paizes", Rio de Janeiro. 1929.
18. - STEIN - "Sobre a reação leprosa". Acta dermato-venereologica. vol. XV, pag. 314. 1934.
19. - VON ROSSLE - "Condiciones internas de la enfermedad". Trat. De Anat. Pat. Aschoff., vol. I, Edit. Labor, S. A. Barcelona. Madrid - Buenos Aires.