

DAS FORMAS CLÍNICAS DA LEPROSA

MODALIDADES INVASORAS E REACIONARIAS

J. AGUIAR PUPO

Professor de Dermatologia e Sifilografia
da Universidade de S. Paulo

I — CONSIDERAÇÕES GERAES

A lepra é uma infecção crônica e generalizada, que se propaga pelo contágio direto e inter-humano; é causada pelo bacilo de Hansen, germen pertencente ao grupo dos ácido-resistentes, classificado por Lehmann e Neumann sob a denominação de *Mycobacterium leprae*.

A transmissibilidade por meio de um vetor hematofago, admitida por Leloir, Jeanselme, Lutz e Aragão, é hipótese provável em face de argumentos epidemiológicos, mas ainda não demonstrada por fatos experimentaes.

A infecção dissemina-se no organismo pelas vias linfática e sanguínea, permanecendo em estado de incubação durante o período médio de 3 a 5 anos; clinicamente a moléstia exterioriza-se por sintomatologia discreta nas formas quiescentes e manifestações eruptivas nas formas invasoras iniciais ou intercorrentes a lesões quiescentes.

Sucessivamente a manifestações cutâneas e nervosas incipientes, são frequentemente observados processos ascendentes dos nervos periféricos.

Localizando-se no tegumento cutâneo-mucoso e nos nervos periféricos, a moléstia determina lesões tardias para o lado das visce-

(*) Comunicação á Soc. Paulista de Leprologia em Maio de 1939.

ras, do globo ocular e dos órgãos genitais, sendo manifesta a preferência das lesões leproáticas pelos tecidos mesenquimatosos.

A moléstia apresenta-se sob tres formas anatomo-clínicas originaes: — lepromatosa, inflamatória simples e tuberculoide.

Estas formas originaes, entrelaçando-se por sucessão evolutiva, decorrente de modificações nas reações imunobiológicas do organismo, isto é, nos processos de defesa específica, dão origem ás formas combinadas ou transicionaes da moléstia.

A lepra em seus estadios primitivos de evolução, ou intercurrentemente ás suas formas originaes, pode determinar o aparecimento do eritema polimorfo, síndrome cutâneo, cujos tipos clínicos se diferenciam por morfologia própria.

No presente estudo de individualização das formas clínicas da lepra, foram perquiridos os seguintes fatores que julgamos indispensaveis á boa orientação no campo da patologia, da clínica e da profilaxia do mal de Hansen:

- a) — Sintomatologia e evolução.
- b) — Histopatologia;
Processo lepromatoso;
Processo inflamatório, crônico e amorfo;
Processos inflamatórios agudos ou sub-agudos, tóxico-exsudativos e indiferentes;
Processo tuberculoide;
Processos transicionaes.
- c) — Influência da imunidade ancestral e do temperamento e constituição individuais sobre as reações imuno-alérgicas de cada doente em particular.
- d) — Imunobiologia orientada pela prática da lepromina-reação de Mitsuda (a intra-dermo reação á lepromina constitue um teste de estabilidade alérgico-imunitária; quando positiva indica bom prognóstico, revelando-se negativa na lepromatose, que traduz o estado de anergia negativa da leprose).
- e) — Conceito de infecção primária decorrente de contágios sucessivos até constituir-se o potencial suficiente para o paciente passa da infecção latente ganglionar á exteriorização clínica da moléstia.
- f) — Generalização da moléstia por infecção autógena (disseminação hematogênica).
- g) — Agravamento dos casos, por super-infecção exógena.
- h) — Fatores que modificam o ciclo evolutivo da lepra, aumentando a resistência orgânica ou provocando a queda da defesa geral e específica. (Queima das etapas):

Condições de defesa individual (Imunidade ancestral);
Tratamento geral e local de bloqueio (**plancha** ou infiltração);

Tratamento mal orientado (intoxicações secundária ao tratamento específico por intervenção brusca dos estados alérgicos e para-alérgicos);

Infeções anergiantes (febres eruptivas e gripe);
Puerpério, choque operatório e traumatismo moral.

- i) — Contagiosidade e profilaxia orientadas pela baciloscopia no mucus nasal, nas lesões e no sangue periférico.
- j) — Terapeutica orientada pelas condições de curabilidade, resistencia e reatividade aos medicamentos especificos.

II — JUSTIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO POR SISTEMAS ANATOMICOS

Durante mais de 30 anos a patologia e a clinica da lepra, foram orientadas pela classificação de Henri Leloir, proposta em seu notavel livro "Traité Pratique e Theorique de La Lèpre" publicado em 1886 e documentado por um acervo de 900 observações clinicas, rigorosamente estudadas pelo notavel professor de dermatologia da Faculdade de Medicina de Lille.

Esta classificação orientada de acordo com os primeiros estudos de Danielssen e Boeck (1848), foi estabelecida segundo a predominancia das manifestações da molestia em relação aos sistemas anatomicos.

Leloir distinguia preliminarmente tres fôrmas clinicas da leprose:

- I** — Forma tuberosa ou nodosa (Lepra sistematisada tegumentar) ;
- II** — Forma tropho-neurótica (Lepra sistematisada nervosa);
- III** — Forma mixta (Lepra completa, d'emblée ou secundaria, representada pela coexistencia de lesões sistematisadas da pele e dos nervos).

A Conferencia de Manilla, convocada em 1931 pela "Leonard Wood Memorial" para uniformisar as campanhas de profilaxia da Lepra no Oriente, adotou um critério simplificador, distinguindo duas fôrmas clinicas primarias da lepra: a cutanea e a nervosa, com tipos mixtos ou combinados.

Esta classificação orientada segundo as idéas então dominantes, da preferencia da infeção, ora pelo tegumento cutaneo, ora pelo sistema nervoso periférico, apresenta o grave inconveniente de uma simplificação incompativel com a realidade clinica, seja do ponto de vista da sintomatologia cutanea, seja em relação aos quadros neurológicos da lepra.

Em face da pratica profilatica, a classificação de Manilla, instituiu com vantagens reaes, um método de simbolos e expressões numericas, para representação sumaria das fôrmas clinicas e estadios evolutivos da moléstia.

A classificação de Leloir alimentou por muitos anos no espirito dos clínicos, um vicio de origem que consiste em se considerar as lesões dos nervos periféricos como processos alheios á fôrma tuberosa (Lepromatose), julgando-as peculiares aos processos que desenvolviam a fôrma tropho-neurótica, concepção erronea, evidenciada pelos modernos estudos histo-_patológicos e imunobiológicos da leprose.

BASES HISTOPATOLÓGICAS

Aos estudos classicos de Wirchow, Neisser, Babes, Unna, Darier e outros, que individualisaram dois tipos de lesões da lepra, o lepromatoso e o inflamatório simples ou banal, seja das lesões cutaneas, seja das lesões nervosas e visceraes, sucederam-se os de Jadassohn em 1898, que primeiramente descreveu a estrutura do foliculo tuberculoso nos processos lepróticos.

Posteriormente, esta observação de Jadassohn foi confirmada por Klingmüller, Pautrier et Boez, Darier, Gougerot, Muir, Lowe, Ryrrie e Wade, na Europa e no Oriente, por E. Rabello, Hildebrando Portugal, Ramos e Silva e J. Motta, no Rio de Janeiro, por Baliña, Bassombrio, Schujman e Fernandez, na Argentina, e entre nós, por N. Souza Campos, Branco Ribeiro, Vicente Grieco e Lauro de Souza Lima, que individualisaram a forma tuberculoide da lepra em seus aspétos histopatológicos e clínicos.

Em seu tratado de Dermatologia (*), Jadassohn assim resume os quadros histológicos da leprose:

"As modificações histológicas das formas tuberosas são muito diversas das máculo anestésicas, havendo no entanto quadros de transição. Enquanto nas formas precoces as modificações cutaneas consistem em fenómenos de inflamação banal com um numero variavel de bacilos, na lepra tuberosa (leproma) existe um numero consideravel de bacilos encontrados em um tecido de granulação que se mantem afastado do epitelio (Zona-sub-epitelial marginal de Unna), constituido de fibroblastos, células epitelióides e células linfóides; estas ultimas que são altamente caracteristicas, tem os seus vacuolos cheios de bacilos (**lepra - Zellen de Wirchow**). Os agrupamentos bacilares são envoltos por uma substancia vitrea dita gléa, constituindo-se as globias (**globi**). As células de Langherans são raras (gigantocitos) . Os bacilos se localisam ainda extra-celularmente no epitélio e glandular sudoriparas. Nas fôrmas maculo-anestésicas existem infiltrados perivasculares de células redondas, com raros bacilos. Nos nervos se encontram de acordo com o estado e a forma, lepromas, extrutura tuberculoide, inflamação banal nas bainhas nervosas e esclerose. As modificações leprosas dos órgãos internos são em linhas geraes analogas ao le-

(*) **J. Jadassohn** — Dermatologie — 1938 - Pag. 642 - Weidmann & Co., Wien - Bern.

proma cutaneo. No pulmão ha estrutura tuberculóide o que dificulta o diagnostico diferencial com a tuberculose. No baço, figado e outros órgãos, existem nódulos duros e brancos, que se assemelham a perolas ou globos, (**perlsuchtähnliche**). As modificações dos órgãos internos na fôrma maculo-anestésica são pouco conhecidas."

Jeanselme, em seu livro sobre a Lepra (*), no capitulo referente á anatomia e fisiologia patológicas geraes, distingue tres tipos de lesões lepróticas, condensando-os no primoroso texto que aqui transcrevemos

"A l'exemple de Lewandowsky, on pent distinguer trois grande types de lésions anatomiques dans la lepre:

- I — Des alterations inflammatoires amorphes et nullement caractéristiques, constituées souvent par de manchons périvasculaires peu cohérents de jeune cellules et ne contenant en général que de bacilles isolés et clairsemés dont la recherche est laborieuse. Comme exemples de ce type, je citerai les lésions initiées de la lépre et les macules non infiltrées de la peau.
- II — Des néoplasies plus ou moins bien délimitées, très riches en amas bacillaires et en globi, affectant comme les follicules miliaires de la tuberculose de la peau, des muqueuses, des nerfs et des organes profonds, c'est ce type que j'aurai plus spécialement en vue quand je décrirai les éléments typiques (cellules lépreuses), et la structure du tissu lépreux.
- III — Des lésions histologiques qui rappellent plus ou moins celles du lupus de Willan, des sarcoides cutanées de Boeck ou des sarcoides hypodermiques de Darier et Roussy, exemple: localisations tuberculoides de la peau et des troncs nerveux."

Estes quadros extruturaes estão de pleno acordo com a LEI BIOLÓGICA DE LEWANDOWSKY, cujo enunciado foi assim traduzido fielmente do livro de Rohrbach (**) :

"Quando as bacterias se multiplicam sem barreiras no organismo, este responde com uma inflamação inespecifica; quando as bacterias são lentamente destruidas pela ação dos anticorpos, originam-se os tuberculos de estrutura tuberculóide."

Apreciando os primorosos trabalhos apresentados ao Congresso o do Cairo por Ed. Rabello e Rabello Junior (Brasil) e por Ba-

(*) LA LÈPRE — Edition G. DOIN & Cie. — 1934 - Pag. 204, par ED. JEANSELME.

(**) (Richard Rohrbach — Die Haut-Krankheiten - Z. Steinkopff - Dresden - 1935 - pag. 82).

liña e Bassombrio (Argentina), que sugerem para as formas clínicas da lepra, classificações baseadas no critério anátomo-clínico, e balanceando a nossa observação clínica minuciosa de 583 casos de lepra, adquirimos a firme convicção de que os tres tipos histopatológicos acima resumidos pelo conceito de Lewandowsky e Jeanselme, constituem a base mais segura para orientação de uma classificação anátomo-clínica, que exprime a nosso vér, as tendencias reaes dos leprologos Sul-Americanos.

Atualmente o assunto está sendo estudado no Brasil e na Argentina, versando a discussão ora aberta pela Revista Brasileira de Leprologia sobre as bases de uniformização da palpitante questão, com a seguinte proposição inicial:

Classificação primaria (Formas clínicas originaes da lepra)	{	Lepromatosa
		Inflamatoria simples (Incaracteristica)
		Tuberculoide

Esta classificação, creando o tipo Incaracteristico e intermedio, realça a bela concepção de Rabello Junior, que sugere a denominação de formas polares para os casos de lepromatose e lepra tuberculoide, dada a relativa estabilidade dos tipos clinicos a elas correspondentes.

As formas polares da lepra revestem-se de aspéctos clínicos bem individualizados, notando-se todavia, formas frustas ou atípicas cujo diagnóstico depende de verificação histopatológica.

A forma incaracteristica, ligada ao processo inflamatorio simples ou banal da leprose, apresenta-se com aspéctos clínicos muito menos estaveis, sendo frequentes os casos de sintomatologia incerta, decorrentes de estadios evolutivos transicionaes para as formas polares, ligados á modificações nos processos de defesa do organismo, seja com tendencia alérgica (pre-tuberculoide), seja com tendencia anérgica (pre-lepromatosa), constituindo fórmias combinadas ou transicionaes da molestia.

Os quadros estruturales do schema Lewandowsky-Jeanselme, não apresentam preferencias por sistemas anatomicos e determinam quadros morfológicos os mais diversos, tanto para o lado dos tegumentos, como do sistema nervoso periférico, justificando as sub-classificações das formas clínicas, sob tipos dermatológicos e neurológicos que mais adeante discriminamos no equilibrio dos seus quadros clínicos, procurando nos aproximar o mais possivel da realidade clínica e das tradições da leprologia.

A classificação proposta pelo Congresso Internacional da Lepra, reunida no Cairo, em 1938, adota parcialmente o critério histopatológico, admitindo como forma primaria, a lepromatosa, e incluindo com reserva a forma tuberculoide na sub-divisão da forma

nervosa primaria; deste modo a classificação do Cairo corrigiu em parte os defeitos de Manilla, mas deixou de reconhecer a individualidade clínica e immuno-biológica da lepra tuberculóide, mantendo a imprecisão da forma nervosa ou trofo-neurótica de Leloir.

CONCEITO IMMUNO-BIOLÓGICO

O conceito dinamico-humoral considerado por Pende de relevante interesse para o estudo da constituição individual, reflete-se no estudo dos fenómenos immunobiológicos, orientando os clínicos na interpretação dos estadios evolutivos das infeções.

A pratica da lepromino-reacção de Mitsuda (leprolin test) nos esclarece como reacção alérgica, muitos aspéctos evolutivos da leprose, demonstrando o estado hiperergico da lepra tuberculóide e a anergia da forma lepromatosa, evidenciando ao mesmo tempo a instabilidade immuno-alérgica da forma inflamatória simples e as tendencias evolutivas dos casos transicionaes, formas pre-tuberculóide e prelepromatosa, segundo o sentido de sua evolução para as formas polares ou estaveis da molestia.

Como trabalhos de valor que dão relevo á reacção de Mitsuda, são dignos de nota as contribuições recentemente publicadas entre nós por A. Rotberg e Nelson de Souza Campos, e na Argentina por Fernandez e Schujman.

A immuidade e a alergia, traduzindo as condições de defesa especifica do organismo á leprose, e relacionando-se intimamente com as reacções de tecido segundo a lei biológica de Lewandowsky, harmonisam as classificações de base histo-patológica com o critério immuno-biológico, justificando com mais este poderoso argumento a classificação primaria que ora defendemos para o estudo das formas clinicas originaes da Lepra.

Na evolução da tuberculose verificam-se tres estadios evolutivos orientados pelo mesmo critério immuno-biológico e anátomo-clínico, que adotamos para a lepra, assim classificados pela Teoria de Ranke:

I Stadio: Tuberculose isolada primaria, constituida pelo complexo primario ganglio pulmonar, com alergia inicial sclerosante e cutireacção positiva á tuberculina;

II Stadio: Molestia pulmonar com tuberculose generalizada, disseminada em focos multiplos, por via hematogenica e canalicular, com hipersensibilidade alérgica e quêda da Immuidade geral (Anergia negativa de Hayeck);

III Stadio: Tisica isolada com alergia decrescente e immuidade relativa tecidoal, constituida pelas tuberculoses terciarias fibro-caseosas e fibro-cicatriciaes de tipo cronico, cuja propagação se faz por via canalicular. E' o estadio de esgotamento anérgico de Much

correspondente á anergia positiva de Hayeck, e á normergia de Liebermeister.

Interpretando á luz destes conhecimentos básicos da fisiologie, as condições imuno-biológicas que nos parecem influir na evolução da leprose, aventamos as seguintes hipoteses relativas ao paralelismo nu divergencia dos fenómenos de imunidade e alergia nas multiplas modalidades clinicas da molestia:

I - <i>Forma lepromatosa</i>	}	Alergia ausente
(Estado de anergia especifica)		
Lepromino-reação de Mitsuda negativa (—)		Imunidade ausente

Esta phase evolutiva da lepra corresponde ao estadio de Anergia negativa de Hayeck, referente ao ciclo da tuberculose.

II - <i>Forma inflamatória simples</i>	}	Alergia instavel
(Incaracteristica)		
Alergo-imunidade instavel		Imunidade relativa
Lepromino-reação de Mitsuda de resultado variavel (++, +, ou —)		

Os estadios quiescentes da forma inflamatória simples resultam da dissociação imuno-alérgica (hiper-imunidade com anergia especifica); estas formas quiescentes correspondem á anergia de resistencia ou normergia de Liebermeister e á anergia positiva de Haveck, verificadas no ciclo evolutivo da tuberculose.

III - <i>Forma tuberculóide</i>	}	Hiper alergia
Estado de hiperergia especifica		
Lepromino reação de Mitsuda positiva ou fortemente positiva (++ ou +++).		Imunidade estavel

<i>Eritema polimorfo</i>	}	Estado alergoide de Muir ou estado para-alérgico de Mendes e Grieco.
(Lepra reaction)		
Forma reacionaria complementar por susceptibilidade toxínica, denominada "reação leprotica".		Imunidade relativa.

III. — DESCRIÇÃO CLÍNICA.

FORMA LEPMATOSA: — (Lepra sistematizada tegumentar de Leloir).

(Forma lepromatosa da Conferencia do Cairo).

Esta forma clínica caracteriza-se por processos de estrutura lepromatosa, que se desenvolvem nos tegumentos cutaneo e mucosos, no sistema nervoso periférico e nas visceras, individualizando os chamados lepromas.

A lepromatose tegumentar que se localiza preferencialmente na pele, nas mucosas nasal, ocular e buco-faringo-laringeana, reveste-se do tipo tuberoso quando a infiltração é dermica circunscrita e do tipo nodoso quando o processo infiltrativo circunscribe-se aos tecidos profundos da pele. (formações dermo-hipodérmicas); quando a infiltração dérmica ou dérmico-hipodérmica estende-se em faixa ou lençol, constitue-se a mácula lépromatosa ou lepromatose difusa en nappe, de tipo eritematoso ou eritemato-discromico. As lesões tuberosas e nodosas, segundo a sua fase evolutiva, podem se apresentar, simples ou consistentes, flutuantes por coleção liquida decorrente de fusão e purificação central, ulcerando-se secundariamente.

Nas formas infiltrativas, difusas e de tipo edematoso, e nas formas tuberosas ou nodosas confluentes da face e das extremidades dos membros inferiores e superiores, as regiões apresentam-se agigantadas, sendo frequentes os doentes de fisionomia vultuosa e flagrante (facies leonina).

A lepromatose nervosa localisando-se nos nervos periféricos, secundaria ou concomitantemente ás lesões cutaneas, manifestam-se por uma polinevrite ascendente ou metastatica de tipo funicular ou moniliforme, determinando nevralgias e anestésias regionaes, disturbios secretórios, atrofia cutaneas e mal perfurante, para o lado da pele, edemas (mãos succulentas com dedos biselados — pés inchados com oedema não depressivel) , e osteo-artropatias trofoneuróticos das extremidades. A lepromatose cutanea incipiente em geral não apresenta as polinevrites funiculares ou nodosas que acima mencionamos entre as formas avançadas da moléstia, notando-se perturbações evidentes da sensibilidade superficial, apenas na superficie dos lepromas tuberosos ou maculosos-difusos.

As lesões visceraes são secundarias e tardias, manifestando-se para o lado do fígado e do baço, mais raramente no pulmão e outros órgãos, havendo numerosos casos cujos processos visceraes só se distinguem nas verificações necroscopicas.

Os varios estadios evolutivos da lepromatose, são frequentemente acompanhados de poliadenopatia, apresentando-se os gan-

glios proeminentes, edematosos ou succulentos, e facilmente palpaveis, ao nivel das virilhas, axilas e região cervical.

O diagnóstico das fôrmas incipientes é facilitado pela alta positividade da baciloscopia, verificada nas lesões, no muco nasal, nos ganglios e no sangue periférico. Do ponto de vista serológico, a fôrma lepromatosa caracteriza-se pela alta positividade das reações de Rubino, de Wassermann e de Witebsky.

O tratamento da lepromatose deve ser feito com doses iniciais moderadas e progressivamente aumentadas, evitando-se deste modo os surtos reacionarios cutaneos e geraes, decorrentes de processos septicemicos e toxi-infeciosos, que a medicação Chaulmoogrica produz, ativando os focos da moléstia (reação leprótica).

Pelo seu caracter poli-infectante, decorrente da riqueza bacilar verificada nos lepromas, qualquer que seja a sua localização, a lepromatose constitue uma fôrma altamente contagiante da lepra, resistente e susceptivel aos tratamentos especificos, cujo maú prognóstico decorre da deficiencia nos processos de defesa especifica do organismo, revelados pela negatividade da lepromino-reação de Mitsuda (estado de anergia negativa) .

* * *

Entre 583 casos de lépra de nossa observação pessoal, verificamos 100 casos de lepromatose (17, 1%).

Do ponto de vista clínico, registamos maior frequencia de lesões tuberósas na face, membros superiores e inferiores, menor frequencia no tronco e ausencia no couro cabeludo, sendo necessario em certos casos, a verificação de lepromas sub-cutâneos sem eritemas que o exteriorizem, notados pela palpação digital.

Na fase evolutiva que precede às formas poli-lepromatosas invasoras, verificamos frequentemente poli-adenopatia, fenomenos reumaticos e em certos casos prurido pre-eruptivo; outros casos instalam-se muito lentamente no decurso de 3 meses à 1 ano de moléstia, variando o tempo de moléstia dos casos por nós observados, de dois à onze anos, destacando-se destes um doente cuja moléstia iniciou-se ha 24 anos por manchas tópidas de tipo inflamatório cronico, vindo mais tarde à tuberisar-se, isto é, evoluindo assim para o estadio lepromatoso em que foi observado; esta é a condição explicativa das formas lepromatosas antigas, pois os casos de lepromatosa primitiva curam-se excepcionalmente e tem um desfecho letal dentro de um decenio de evolução da molestia.

E' digno de nota a simultaneidade ou paralelismo que observamos nas manifestações tegumentares e nervosas da forma lepromatosa, pois logo que se manifestam os lepromas cutâneos em suas lesões difusas, tuberósas ou nodósas, verificam-se as nevrites tronculares acompanhadas de formigamentos, disestesias, nevralgias e

amiotrofias; nem sempre esta sintomatologia nervosa é acompanhada de nevrites tronculares palpaveis, decorrendo de processos altos de poli-radiculo-nevrites.

Este fato induz us clínicos á conclusão erronea de uma fôrma combinada da molestia (lepra mixta de Leloir), pois efetivamente os processos cutâneos e nervosos prendem-se á mesma fôrma clínica originaria, decorrente da estrutura lepromatosa das lesões, sejam cutâneas ou nervosas.

No total de 100 casos de lepromatôse de nossa estatística, verificamos 10 casos de nevrite troncular de tipo funicular ou nodoso, facilmente palpaveis, cujas localizações eram as seguintes:

- Um caso de nevrite auricular dupla e cubital dupla, simultaneas;
- Um caso de nevrite cubital unilateral esquerda;
- Um caso de nevrite cubital direita e bilateral do cutâneo peroneiro;
- Um caso de nevrite do nervo musculo cutâneo do braço, do cutâneo peroneiro e cubital dupla, simultaneas;
- Um caso de nevrite auricular esquerda.

Verificamos 34 casos de nevrites não palpaveis diagnosticadas pela sintomatologia nervosa (disturbios da sensibilidade e amiotrofias) e 61 casos de fôrmas tuberósas sem lesões apreciaveis dos nervos.

Independentemente de um exame sistematico do globo ocular, notamos 3 casos de lesões corneanas, sendo 1 aos dois anos de moléstia e dois com 8 e 9 anos de moléstia, respectivamente.

Entre as enfermidades que precipitaram a evolução da lepra em seu estado de latencia para exteriorização clínica da lepromatose, notamos as seguintes:

- Abôrto: 1 vez
- Puerpério: 1 vez
- Operação de apendicite: 1 vez
- Pneumonia: 1 vez
- Alcoolismo: 1 vez
- Reumatismo: 3 vezes.

A pesquisa do bacilo de Hansen no muco nasal teve o seguinte resultado:

- Negativo: 1 caso
- Positivo: 34 casos
- Indite de positividade: 97,2%
- Não computados por falta de verificação: 65 casos.

FORMA INFLAMATÓRIA SIMPLES OU INCARACTERISTICA.

(Lepra trofoneurótica de Leloir)

(Lepra nervosa simples da Conferencia do Cairo)

Esta fôrma clínica da leprose, manifesta-se benigna, paucibaci-

lar e de alergia instavel revelada pela variabilidade dos resultados da lepromino-reação de Mitsuda.

As lesões da pele são frequentemente negativas aos exames bacteriológicos comuns pelo metodo da escarificação das lesões; o muco nasal apresenta-se ás vezes positivo á baciloscopia, o que indica a existencia nestes casos de um processo de rinite superficial, de aspécto clínico mal individualizado, que está á exigir uma observação mais acurada do ponto de vista oto-rino-laringológico.

A fôrma cutanea caracteriza-se pela presença de lesões maculosas planas ou maculo-edematosas, acompanhadas de perturbações da sensibilidade dentro do limite das lesões (neuro leprides de Unna).

As lesões maculosas ligadas á forma inflamatória simples são constituídas por manchas circulares, planas, de progressão excentrica, eritematosas, eritemato-hipocromicas (discromia rosea), hiperchromicas (lepra lentiginóide) ou acromicas (vitiligo gravior), observando-se ainda mais, discromias mixtas do tipo das manchas leucomelano-dérmicas.

Nesta forma clinica são frequentes os casos quiescentes primitivos ou residuaes, de lenta evolução, que pela sua grande tolerancia aos tratamentos especificos, permitem as curas intensivas iniciaes.

Geralmente as lesões maculosas acima mencionadas, sejam unicas ou multiplas, caracterizam-se por uma figuração aproximada (circulares, elipticas ou policiclicas), de limites imprecisos (sombreados ou franjados); as lesões são de tonalidade eritematosa ou hiperchronica na zona de progressão excentrica onde domina o processo inflamatório, notando-se uma tendencia eritemato-hiprocromica ou acromica, no centro da lesão onde são mais acentuados os fenomenos de anestesia termo dolorosa e tactil.

Nas formas invasoras as lesões são numerosas e extensas, instalando-se sob uma forma sub-aguda e por surtos eruptivos; mais frequentemente, quando a infeção apresenta tendencias invasoras decorrentes de um estadio de imunidade e alergia regressiva, a forma inflamatória simples reveste-se de um tipo clínico sub-agudo, caracterizado por manifestações papulo-edematosas generalizadas, de aspecto sifilóide, acompanhada de leve reação térmica e baciloscopia positiva ao nivel das lesões e no mucus nasal. Sendo susceptiveis ao tratamento especifico pelo oleo de Chaulmoogra e seus derivados, o tratamento destes casos deve ser iniciado com prudencia c sob rigoroso contróle médico.

Esta fôrma papulo-exantematica pre-lepromatosa pode ser primitiva ou secundaria á lesões quiescentes de tipo inflamatório simples; caracteriza-se por elementos papulo-edematosos generalizados, que se instalam rapidamente e por surtos sub-intrantes, localizando-se de preferencia na face, tronco, braços e coxas; estas mani-

feições são acompanhadas de reação febril, com exacerbação vesperal, mau estar, inapetencia, emagrecimento e debilidade geral; são lesões de tipo resolutivo que na fase regressiva tornam-se planas, persistindo com aspécto de manchas eritematosas, palidas, difusas, circulares no centro e de limites incertos na periferia, tomando tardiamente uma tonalidade vermelho-cúprica; em alguns casos as lesões são de côr fulva inicialmente e de tendencia á tonalidade ôcre, tardiamente, em consequência da formação de pigmento hemo-siderótico secundario a processos dérmicos de sufusão sanguínea.

Estes casos após um periodo mais ou menos longo, de instabilidade immuno-alérgica, tendem a constituição de manchas residuaes bacilíferas, que passando do tipo inflamatório simples para a extrutura transicional pre-lepromatosa, evolvem mais tarde para a lepromatose difusa; assim individualisam-se manchas extensas, eritematosas ou discromicas, irregulares, de consistencia pastosa, salpicada de pontos atroficos ao nivel dos foliculos pilo-sebaceos e insensíveis, que se expandem excentricamente como uma gota de oleo sobre papel; após alguns mezes de evolução nota-se na zona de progressão dessas lesões, tubérculos miliares de tonalidade vermelho-cuprica que definem a lepromatose terminal.

O tratamento, feito com o necessario tacto clínico desde a fase eruptiva, pode evitar a evolução destes casos para a lepromatose franca, oferecendo possibilidades de cura.

As manifestações nervosas da forma-inflamatória simples resultam da invasão dos troncos nervosos, que determinando nevrites terminaes, tronculares e radiculites, por processos ascendentes iniciados ao nivel de lesões cutaneas ou de metastases hematogenicas, trazem alterações da sensibilidade superficial, disturbios troficos e paralisias tardias. As lesões nervosas determinam disestesia, hiperestesia, hipostesia, anestesia e dissociação inicial da sensibilidade superficial, anidrose, nevralgia, amiotrofia, mal perfurante, paralisias, camptodalia, mão em garra, ulcerações tróficas, bolhas e outros sintomas.

A reabsorção das falanges e as mutilações osteo-artropaticas, acompanhadas de anestesia e formações bolhosas, constituem o sindromo clínico do panaricio analgésico de Morvan, verificado em certos casos de lepra nervosa pura, ligados á forma inflamatória simples de evolução torpida.

Nos casos avançados da forma inflamatória simples com predominancia de localisação nervosa, em que a polinevrite cronica extende-se para a face e os membros superiores e inferiores, a leprose toma o aspecto de uma atrofia muscular progressiva e generalizada; nesta fase da moléstia, os doentes sentem dificuldade de locomoção, notando-se para o lado da face acentuada atrofia muscular com lagoftalmia patente (faties antonina).

Quando a forma inflamatória simples não evolue para uma das formas polares da lepra, observam-se os casos involutivo residuaes, cuja symptomatologia discriminamos na parte final do presente trabalho.

No total de 583 casos por nós observados, verificamos 401 doentes (68,7%) com manifestações nervosas puras, maculo-anestésicas ou papulo-oedematosas, que revestiam aspectos clínicos próprios à forma inflamatória simples.

Destes 401 casos, 41 (10,2%) eram de lepra nervosa pura, 287 (71,5%) apresentavam lesões maculo-anestésicas sem processos de nevrite troncular palpavel e 28 (6,9%) apresentavam lesões maculo-anestésicas com nevrite troncular concomitante; os 45 casos restantes (11,2%) manifestaram-se pela forma papulo-edematosa exantematica, dos quaes 30 correspondiam á manifestações primitivas e 15 eram surtos invasores secundarios á lesões quiescentes da moléstia.

A moléstia foi observada sob este tipo clínico originario, desde as formas incipientes com um mês de moléstia até os casos avançados, destacando-se um deles com 31 anos de moléstia. Entre os fatores que determinaram a exteriorização clínica ou precipitaram a evolução das formas nervosas puras e maculo-anestésicas, verificamos os seguintes:

Febre tifóide intercurrente: 1 caso
Tratamento pelo extrato tiroideano: 1 caso
Sarampo: 1 caso
Varicela: 1 caso
Abôrto: 1 caso
Operação de apendicite: 1 caso
Operação ginecológica: 1 caso
Vacinação anti-tífica: 1 caso
Malaria: 2 casos
Reumatismo: 4 casos
Tratamento arsenical intensivo: 5 casos
Puerpério: 9 casos

Não verificamos lesões oculares patentes no acervo de 401 casos acima mencionados.

As nevrites tronculares palpaveis tinham as seguintes séde:

Nervo cubital: 26 vezes
Nervo radial: 3 vezes
Nervo auricular: 10 vezes
Ramo perfurante superior do crural: 1 vez
Nervo tibial posterior: 1 vez
Nervo ciatico popliteu interno: 2 vezes
Nervo ciatico popliteu externo: 2 vezes
Ramo tibial do safeno interno: 2 vezes
Motor ocular: 1 vez
Nervo cutâneo peroneiro: 2 vezes
Nervo braquial cutâneo interno: 2 vezes

Nos 41 casos de lépra nervosa pura a pesquisa do bacilo de Hansen teve o seguinte resultado:

Muco nasal positivo: 3 casos Muco nasal negativo: 22 casos Exame do nervo positivo: 1 caso Exame do nervo negativo: 2 casos Índice de positividade: 14,6% Exames não realizados: 13 casos

Em 177 casos de lesões maculo-anestésicas a pesquisa do bacilo de Hansen deu o seguinte resultado:

Exame do muco nasal:	{	Positivos: 34 (20,4%)
		Negativos: 132 (79,6%)
		Não realizados: 11

Total 177

Pesquisa nas manchas:	{	Positivos: 51 (36,1%)
		Negativos: 90 (63,9%)
		Não realizados: 36

Total 177

Em 138 casos não foi feita a pesquisa do bacilo de Hansen, seja no muco nasal, seja em lesões.

Entre os casos da fôrma papulo-eruptiva invasora, o tempo de aparecimento das manifestações era de 12 dias, 3 meses, 6 meses e mesmo 1 ano, sendo as manifestações intercurrentes observadas em doentes com periodos variaveis de 6 meses à 19 anos de moléstia; os surtos invasores foram determinados pelos seguintes fatores:

Catamenio: 1 vez
Aborto: 1 vez
Puerpério: 2 vezes
Glicosuria: 2 vezes
Paludismo: 1 vez
Medicação iodo-bismutica: 1 vez
Medicação pelo iodeto de potassio: 1 vez
Medicação pelo arsenico: 2 vezes

A pesquisa do bacilo de Hansen nestas fôrmas eruptivas foi positiva em 16 casos, negativa em 8 casos e não realizada em 28 casos.

Entre os 30 casos primitivos, observamos 5 doentes com tuberculização secundaria, isto é, que evoluíram para a forma lepromatosa.

FÓRMA TUBERCULOIDE

Esta forma cujo granuloma reveste o tipo folicular tuberculóide, é a forma original hiperérgica da leprose, com reação de Mitsuda fortemente positiva e baciloscopia frequentemente negativa.

Os aspectos clínicos das suas manifestações cutâneas são muito característicos, notando-se manchas eritematosas marginadas, de tipo anular, discóide e figurado, vermelho violáceas ou amareladas com cor de cêra; certos casos apresentam-se eritemato-discrômicos ou eritemato-escamosos de aspecto psoriasiforme. São frequentes as manifestações papulo-foliculares, lichenóides e disciplinadas em círculos ou alças, com o centro hipocrômico e ligeiramente atrófico.

Observam-se ainda lesões mais profundas e infiltradas de tipo tuberoso ou nodoso, tomando aspecto sífilóide, lupóide ou sarcóidico.

Após um certo tempo de evolução, as lesões tuberculóides são acompanhadas de perturbações de sensibilidade, sendo frequentes os processos secundários de nevrite ascendente; em certos casos uma lesão cutânea inicial é seguida de acentuado espessamento do nervo correlato, lembrando o estadia primária da tuberculose representada pelo complexo ganglio-pulmonar de Ranke.

Existem nevrites que se localizam nos grossos troncos nervosos independentes de processos cutâneos simultâneos, individualizando-se sob a forma de infiltração difusa em cordão (nevrite funicular) ou de processos nodosos tendentes à caseificação secundária, acompanhada de fistulização para a superfície da pele contígua (nevrite nodo-caseosa). Estes processos de nevrite crônica são acompanhados de anestesia em placa ou regionais, de amiotrofias e outros sintomas, que se diferenciam dos processos nervosos ligados às outras formas originárias da lepra, pela sua estrutura histológica, evolução de tipo crônico dominante, ausência de crises nevralgias, localização em menor número de troncos nervosos e tendência à formação de processos nodo-caseosos; este último aspecto constitui feição clínica original da lepra nervosa tuberculóide.

Em geral as lesões cutâneas da lepra tuberculóide apresentam-se únicas ou pouco numerosas, quiescentes ou de evolução muito lenta, evoluindo frequentemente para a cura espontânea, deixando uma cicatriz atrofica cercada de um halo acrômico; excepcionalmente as lesões são de tipo ulcero-crostofo, fato que ocorre às vezes no curso de um tratamento específico inicialmente muito intensivo. As lesões dermo-hipodérmicas deixam cicatrizes deprimidas, cupuliformes, muito características e primeiramente descritas por Nelson Souza Campos; estes processos atrofico-cicatriciaes são ligados a uma acentuada elastorhexis e atrofia cutânea secundária.

“Lepra”

ROGER & MUIR - Tradução de H. Palermo

O MELHOR E MAIS COMPLETO TRABALHO DE NATUREZA PRÁTICA SOBRE LEPROSA ATÉ HOJE PUBLICADO EM LÍNGUA PORTUGUEZA. 40\$000

Rua Senador Feijó, 30 - 5.º Andar - Tel. 2-5731
Caixa Postal “b” (minúsculo) — SÃO PAULO

Dr. J. M. Cabello Campos

participa a transferência do seu

Gabinete de Radiologia

(RAIOS - X DIAGNÓSTICO)

da Rua Barão de Itapetininga, para á
Rua Marconi, 94-2.º Andar - Telephone, 4-0655

“EDIFÍCIO PASTEUR”

(Travessa da Rua Barão de Itapetininga)

SYPHILIS

Rhodarsan

O arsenobenzol da actualidade

O mais moderno,
mais espirillicida e
mais toleravel dos
arsenobenzóes. Satis-
faz integralmente
ás exigencias de
"standardizaçào"
da Comissào de
Hygiene da Liga
das Nações.

DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

EMBALLAGENS:

Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),
para um tratamento completo.
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

Na lepra tuberculóide, do mesmo modo que nas demais formas da molestia, observam-se casos cutaneo-nervosos, pela concomitancia de lesões cutaneas unicas ou multiplas e de nevrites ascendentes correlatas ou metastaticas, com alterações da sensibilidade, amiotrofias e outros sintomas nervosos.

Quando a resistencia organica especifica apresenta alterações com dissociação imuno-alérgica, pela quêda de imunidade e conservação do estado hiperergico, a lepra tuberculóide reveste-se de um tipo invasor e eruptivo, caracterizado por lesões cutaneas multiplas e disseminadas, de marcha sub-aguda e que instalam-se no decurso de um a tres mezes de molestia. Esse processo primitivo ou intercurrente a lesões quiescentes da leprose, caracteriza-se por manifestações papulo-tuberosas, vermelho-amarelhados, côr de gelêa de laranja, infiltradas, turgidas e lisas, que se cobrem de escamas tenues ou tendem á ulceração secundaria tomando aspecto ulcero-crostoso; nestes casos a bacilosopia é frequentemente positiva. Alguns doentes apresentam nesta fôrma reacionaria e invasora da lepra tuberculóide, manifestações de tipo sifilóide, caracterisadas por papulas lenticulares disseminadas, anulares, ou corimbiformes, ou por lesões papulo-tuberosas, figuradas em alças ou circulos, deixando em sua regressão discromias e sequelas atroficas.

Em minucioso estudo clinico da lepra tuberculóide, Nelson de Souza Campos assignala para o diagnostico diferencial desta forma clinica original de leprose, a localização de lesões na região palmo-plantar, nas palpebras, nos labios, no couro cabeludo ou nos orgão genitales externos, além das demais localizações comuns ás diversas formas originaes da molestia.

A fôrma tuberculóide da lépra caracteriza-se por contagiosidade nula, frequencia maior na infancia, evolução cronica com tendencia aos estados quiescentes ou á cura expontanea; a docilidade ao tratamento e a hiper reatividade dos fôcos registada nas curas intensivas iniciaes, orientam a terapeutica no sentido da maior eficiencia em função dos tratamentos moderados e prolongados, sendo desnecessarias as medidas de isolamento profilatico.

No total de 583 casos de lépra de nossa estatistica, verificamos 29 casos (4,9%) da fôrma tuberculóide, cuja maioria teve o seu diagnóstico estabelecido pelo critério da individualidade clinica incontestavel dessa forma originaria da lepra, dada a dificuldade de obtenção na clinica particular de exames histo-patológicos, que nem sempre são aceitos pelos doentes, sendo frequentes as vezes em que as provas de laboratorios deixam de ser feitas por deficiencia de recursos pecuniarios; acreditamos que a percentagem acima será muito maior com a pratica sistematica da histo-patologia, diminuindo a

cifra da forma inflamatória simples, que em certos casos pode se apresentar de diagnóstico duvidoso com a lepra tuberculóide.

Fomos induzidos ao diagnóstico de lepra tuberculóide pela morfologia própria das lesões cutâneas e nervosas, de evolução tórpida e tendência aos estados quiescentes, pela negatividade persistente da pesquisa do bacilo de Hansen nas lesões, pela ausência de reações gerais do sistema ganglionar e da intercorrência das reações lepróticas, pela alta positividade da lepromino-reação de Mitsuda, pela resolução espontânea das lesões e fácil reabsorção sob a influência de tratamentos moderados pelos derivados do Óleo de Chaulmoogra; as lesões cicatrizadas deixam seqüelas atróficas e pigmentares caracterizadas por atrofia cutânea, hipocromias e acromias residuais, sendo muito características as formações nodocaseosas dos nervos com fistulização secundária.

Os casos observados datavam de 2 meses a 6 anos de moléstia, surgindo um caso reacionário no decurso do puerpério e outro após a operação de mastoidite supurada.

Obedecendo a lei de Lewandowski, a pesquisa do bacilo de Hansen nas lesões e no muco nasal foi negativa 15 vezes, positiva 1 vez em lesão cutânea e positiva ao exame do muco nasal de um outro caso, não tendo sido feitas a pesquisas do germen em 8 doentes.

Entre os 29 doentes observados, 21 eram portadores de lesões exclusivamente cutâneas, 3 eram formas nervosas puras e os 5 restantes eram de formas cutâneo-nervosas. Entre as formas nervosas puras notamos lesões nodosas do cubital, do auricular, do ciático poplíteu externo, do cutâneo peroneiro e do ramo cutâneo do radial, terminando este último caso pela formação secundária de um abscesso caseoso fistulizado.

As formas cutâneo-nervosas eram as seguintes:

- 1.º caso - Mancha do mínimo e nevrite nodo-caseosa do cubital, fistulizada acima da epitroclea.
- 2.º caso - Nevrite cubital primitiva e mancha secundária da face;
- 3.º caso - Mancha primitiva da face e nevrite nodo-caseosa do auricular do mesmo lado;
- 4.º caso - Manchas diversas no corpo e nevrite nodo-caseosa do braquial cutâneo interno;
- 5.º caso - Lesões papulo-tuberósas confluentes em placa do braço, com nevrite radial seguida de neuralgia e paralisia.

FORMA COMBINADA OU TRANSICIONAL

Esta forma clínica da leprose é observada quando se verificam simultaneamente sintomas próprios á duas formas originárias da

moléstia, sendo mais comum a associação da fôrma inflamatória simples primitiva às formas lepromatosa e tuberculóide; estas variedades clínicas que constituem fôrmas combinadas ou transicionaes da lepra, decorrem de processos sucessivos determinados pela mudança das reações imuno-biológicas do organismo, isto é, resultam da queda ou aumento da resistencia especifica; o primeiro caso corresponde á lepra mixta ou completa de Leloir.

Revestindo aspectos clínicos diversos das fôrmas combinadas acima referidas, pode-se verificar a intercorrência de lesões tuberculóides dentro do quadro clínico da lepromatose, fato verificado entre nós por Argemiro Rodrigues de Souza; este diagnóstico depende de uma observação clínica acurada, para seleção das manifestações de aspecto tuberculóide, dentro do quadro clínico da lepromatose.

O aparecimento das lesões tuberculóides intercurrentes indica bom prognóstico e possibilidade de reação favoravel ao tratamento, sendo aconselhada a pratica successiva da lepromino-reação de Mitsuda nestes casos.

A transformação de processos lepromatosos em fôrmas inflamatórias simples, verifica-se nos casos com tendencia á cura, após tratamentos muito prolongados e em condições as mais efficientes, que terminam por processos residuaes, regressivos ou quiescentes de tipo inflamatório simples, com desaparecimento completo da lepromatose.

Nos diversos casos de lepra combinada ou transicional, o tratamento e cuidados profilaticos devem ser orientados pela reação de Mitsuda e pelos resultados da baciloscopia.

A simultaneidade de lesões proprias a duas formas originarias, sejam tegumentares, sejam nervosas, verificada na evolução da lepra por mudança nas reações imuno-biológicas, traz certa confusão na classificação das fôrmas clínicas da lepra.

Quando o clínico não tem oportunidade de observar a evolução da moléstia desde o inicio, verificando á sucessão de lesões proprias a mais de uma fôrma originaria da lepra, a caracterização clínica da fôrma combinada ou de transição depende de um exame clínico minucioso que deverá ser seguido de uma confirmação histopatológica e da lepromino-reação de Mitsuda.

Entre os 583 casos de nossa observação pessoal, verificamos 14 casos (2,4%), com lesões associadas revestindo o tipo transicional ou combinado, dos quaes 9 correspondiam á fôrma inflamatória simples, quqe apresentando inicialmente lesões maculo-anestésicas, evoluveram mais tarde para a lepromatose, passando de um estado de imunidade relativa para o estado anérgico de que depende o processo lepromatoso; os outros 5 casos eram de formas inflamatórias simples com lesões maculo-anestésicas que evoluveram mais tarde para a lepra tuberculóide.

Na apreciação minuciosa dos 583 casos da nossa observação pessoal não verificamos casos de lepromatose evoluindo para a forma inflamatória simples ou para a reação tuberculóide, fato que nos parece excepcional dado o estado de anergia específica e irreduzível que explica a malignidade da forma lepromatosa; este fato justifica a raridade das formas residuais resultantes da cura medicamentosa ou espontânea da doença, em casos com antecedentes de um processo lepromatoso inicial ou secundário.

Temos impressão que a cura da lepromatose não se faz pela reparação direta das lesões, dependendo o êxito do tratamento, da evolução da moléstia para um estado intermediário, seja para a forma inflamatória simples, o que é mais frequente, seja excepcionalmente para a forma tuberculóide.

ERITEMA POLIMORFO (Lepra reaction).

É a forma reacionária complementar resultante de estádios invasores da moléstia e caracterizada por processos resolutivos primitivos ou intercurrentes ás formas originárias da lepra. São reações cutâneas e geraes verificadas nos casos de instabilidade imuno-alérgica (estado alérgico de Muir ou para-alérgico de Mendes e Grieco). A sintomatologia prende-se á um surto invasor da moléstia com disseminação septicêmica e fenômenos toxi-infecciosos geraes e locais.

O síndrome cutâneo é acompanhado de reação febril, fenômenos reumatóides, quebraimento de forças, diaforese, algias, infartamento ganglionar e outros sinais geraes, objetivando-se por um processo cutâneo de tipo eritemato-vesiculoso, eritemato-papuloso ou eritemato-nodoso, sendo esta última modalidade mais frequente e correntemente denominada reação leprótica.

Nas formas hiper-tóxicas da lepra estas manifestações são acompanhadas de reações geraes muito acentuadas, revestindo aspectos clínicos do quadro tífico e individualizando a modalidade clínica que denominamos tífoprose.

O síndrome do eritema polimorfo interfere-se mais frequentemente no quadro evolutivo da lepromatose, notando-se todavia a sua intercurrentia muito menos frequente na forma inflamatória simples e raramente na lepra tuberculóide; Wade assinala a reação leprótica na lepra tuberculóide.

Em certos casos o eritema polimorfo constitue uma forma dissimulada da lepra, identicamente ao que se observa em outras infeções como a tuberculose e a infeção reumatismal, caracterizando-se por surtos eritemato-nodosos, recidivantes e embricados, acompanhados de algias, reação térmica e ganglionar. As lesões manifestam-se preferencialmente na face, e nas extremidades dos membros superiores e inferiores, apresentando-se sob a forma de nodo-

idades dermo-hipodérmicas, eritemato-violáceas, dolorosas á presão, confluentes e resolutivas. Algumas destas lesões terminam pela fusão e fistulisação deixando secundariamente pontos cicatriciaes mais frequentes nas pernas. Em certos doentes, após numerosos surtos sub-intrantes, nota-se a formação de um processo residual de dermato-esclerose.

Esta fôrma dissimulada da lepra, pode assim persistir por varios anos, quando se faz o tratamento especificado moderado intercalado de curas desensibilisantes, que dão ao doente fases mais ou menos longas de acalmia. Quando a terapeutica não consegue dominar o quadro infecioso, esta modalidade clinica evolve para a lepromatôse secundaria. O diagnóstico destes casos de lépra é facilmente confirmado pela verificação do bacilo de Hansen nas lesões, no muco nasal, no sangue periférico e nos ganglios infartados.

O tratamento dos casos de eritema polimorfo primitivo ou intercurrente, deve ser desensibilizante nas crises e especifico moderado nas fases de acalmia; habitualmente estes casos agravam-se com a applicação de doses elevadas dos preparados chaulmoogricos.

O prognóstico é favoravel nestes casos orientando-se pelos resultados da lepromino-reação de Mitsuda; O aparecimento da reação leprótica nos casos de lepromatose, constitue um indice de bom prognostico, pois evidencia uma tendencia ao estado alergico ou á normergia com imunidade relativa, compatíveis com a evolução para as formas inflamatória simples e tuberculóide.

Em 583 casos de lepra de nossa observação pessoal, verificamos 35 casos de eritema polimorfo (6%), dos quaes 14 eram primitivos, 9 eram intercurrentes á lepromatose e 12 eram intercurrentes á forma inflamatória simples.

CASOS RESIDUAES

Estes casos correspondem á lepra extinta, clinicamente caraterizada pelas sequelas de lesões cutaneas e nervosas da moléstia; são processos atrofico-cicatriciaes da pele e trofo-neuróticos residuaes, ligados á lepra tuberculóide e á forma inflamatória simples com reação de Mitsuda positiva, curados expontaneamente ou mediante tratamentos regulares e prolongados; são de contagiosidade nula evidenciadas pela baciloscopia negativa, dispensando a cura especifica após dois anos de tratamento de consolidação, contados a partir da epoca em que se verificou a cura clinica.

No total de 583 casos por nós observados, verificamos sómente 4 casos (0,7%) de lepra residual, ou extinta representados pela

fôrma nervosa pura isto é, sem sintomas cutâneos ou nervosos de tipo evolutivo.

CASOS FRUSTOS

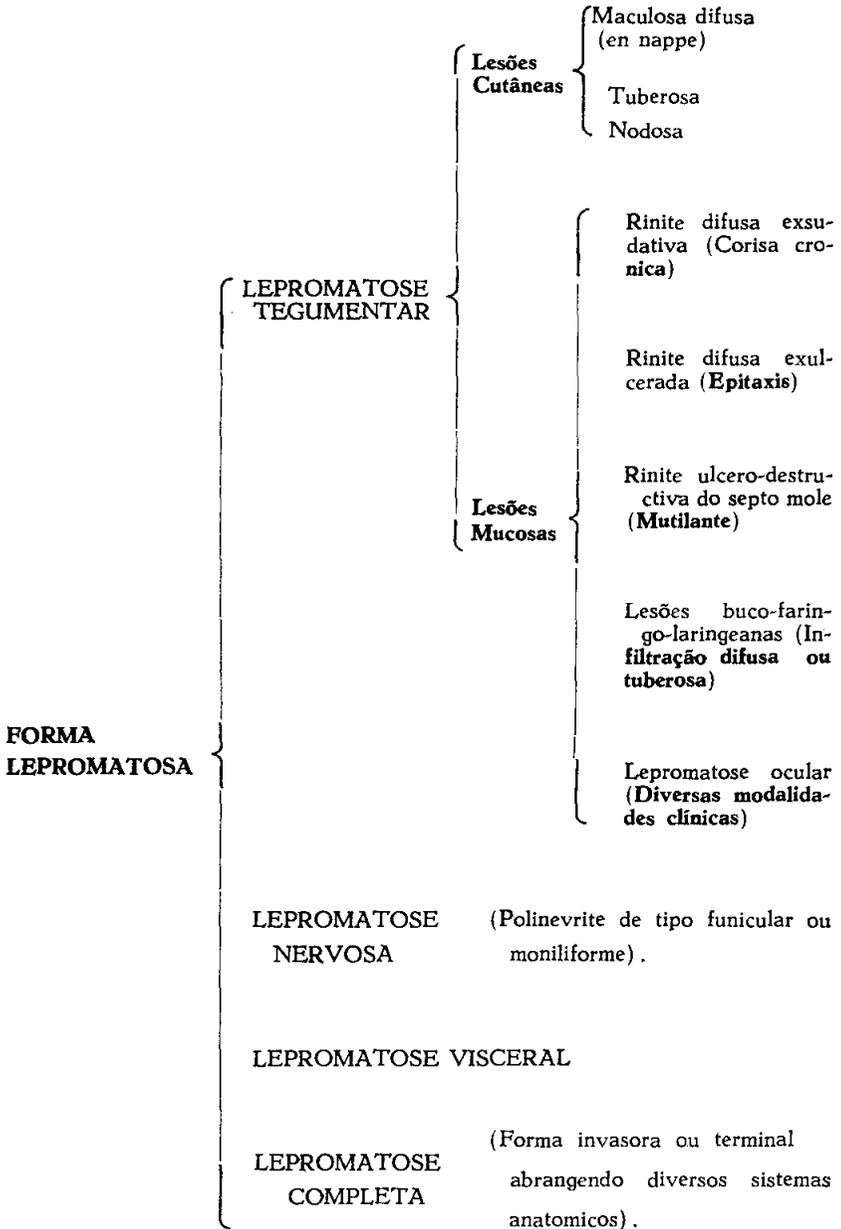
Os quadros clínicos incertos, cujo diagnóstico depende das provas de confirmação bacterioscópica ou histo-patológica, podem dissimular a lepra nas dobras de uma sintomatologia frusta, que se exteriorisa por um ou mais dos seguintes sintomas: reação ganglionar, rinite, alopecia, esclerodermia (morphéa), lesões psoriasiformes ou penfigóides, xerodermia, livedo, edemas suculentos (não depressíveis, de caráter trófico e localizados nas extremidades), anestias, anidrose, disestesia, eritromelalgia, panarício analgésico, atrofia cutânea, mal perfurante e osteo-artropatia.

NOTA: Além dos quadros sinóticos seguintes, que resumem os nossos pontos de vista, anexamos ao presente trabalho a documentação fotografica que nos parece de maior interesse e que devemos á gentilha dos dos colegas do Departamento de Profilaxia de Lepra de S. Paulo.

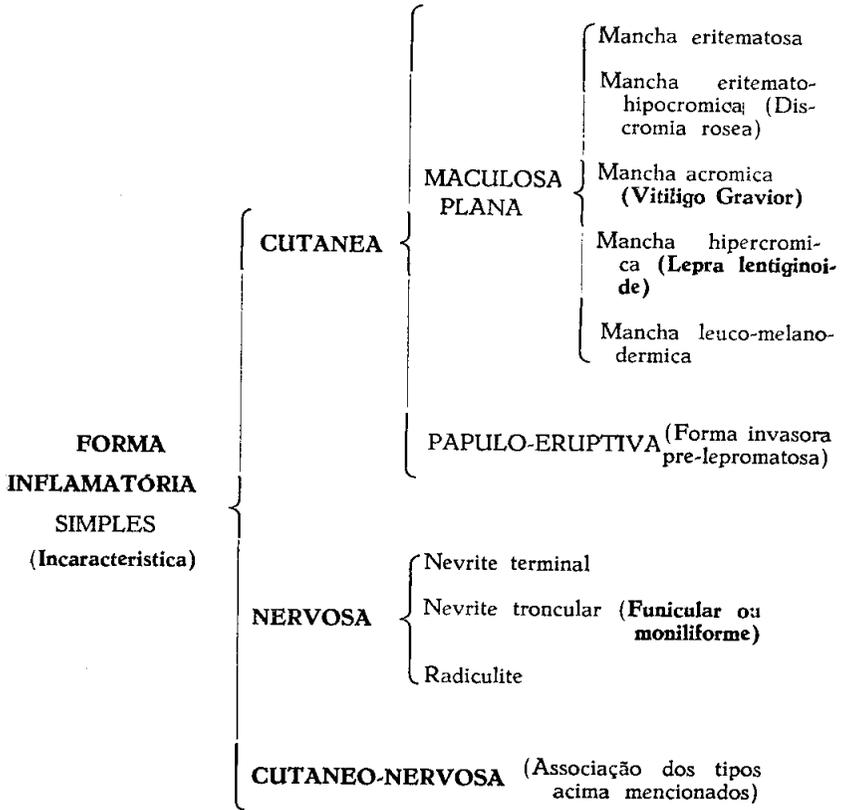
QUADRO I

	ORIGINAES (Classificação primaria)	LEPROMATOSA
		INFLAMATÓRIA SIMPLES (Incaracterística)
		TUBERCULOIDE
FORMAS CLÍNICAS DA LEPRA	COMBINADOS OU DE TRANSIÇÃO (Simultaneidade de sintomas e extruturas proprias das formas originaes).	
	ERITEMA POLIMORFO (LEPRA REACTION) (Forma reacionaria complementar habitualmente denominada "reação leprotica" revestindo os diversos tipos clinicos do sindromo do eritema polimorfo).	

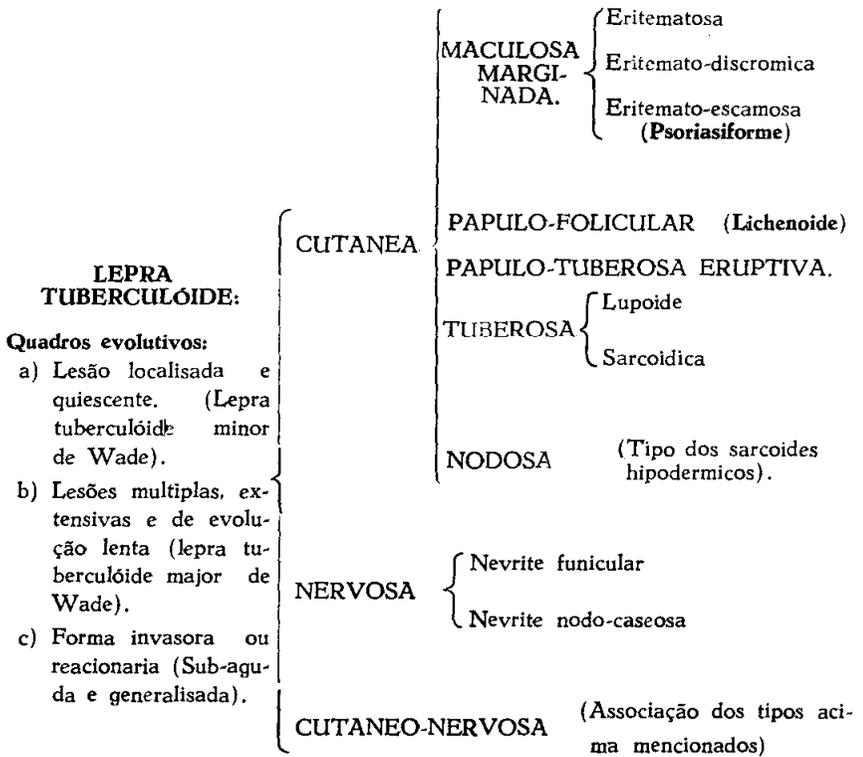
QUADRO II



QUADRO III



QUADRO IV



QUADRO V

INFLAMATORIA SIMPLES PRIMITIVA E
LEPROMATOSA SECUNDARIA
(I L)

INFLAMATORIA SIMPLES PRIMITIVA E
TUBERCULOIDE SECUNDARIA
(I T)

**FORMAS
COMBINADAS OU
TRANSICIONAES**

LEPROMATOSA REGRESSIVA, EVOL-
VENDO PARA LESÕES INFLAMATORIAS
SIMPLES RESIDUAES.
(L I)

LEPROMATOSA PRIMITIVA COM LE-
SÕES TUBERCULOIDES INTER-
CORRENTES
(L T)

QUADRO VI

**FORMA REACIONARIA
COMPLEMENTAR**

(Eritema polimorfo primitivo
ou intercurrente)

Denominações:

Síndrome do eritema polimorfo;
Reação leprótica (Lepra reaction);
Estado alérgico de MUIR;
Estado para-alérgico de Mendes e
Grieco.

TIPO ERITEMATO-VESICU-
LOSO (Raro)

TIPO ERITEMATO-PAPU-
LOSO (Frequente)

TIPO ERITEMATO-NODOSO
(Dominante)

TIFO-LEPROSE

(Forma recidivante maligna caracte-
rizadas por surtos eruptivos,
febris e sub-intrantes com aspecto
clínica da tífose).

QUADRO VII

CLASSIFICAÇÕES DAS FÓRMAS CLÍNICAS DA LEPROSA

(Aspectos clínicos geraes)

Fórmias evolutivas da lepra	{ Incipientes Ativas Inativas ou quiescentes Extintas ou residuaes
Fórmias críticas da lepra	{ Algica, (artralgias, mialgias e nevralgias) Tifo-leprose. (eritema polimorfo com surtos agudos, febris e sub-intrantes). Visceral Anemica Anérgica (Poli lepromatose difusa e extensiva).
Fórmias invasoras da lepra (Disseminação hematogénica).	{ Poli-lepromatose extensiva sub-aguda ,progressão sem barreiras, segundo a lei de Lewandowsky; casos resultantes de um estado de anergia negativa identico ao descrito por Hayeck na tuberculose). Fórma Inflatória simples de tipo papulo-eruptivo, (processo pre-lepromatoso sub-agudo evoluendo para a lepromatose en nappe). Fórma tuberculóide eruptiva ou reacionaria. (Lesões papulo-tuberosas generalizadas, decorrentes de um crochet negativo no plateau da imunidade; casos de evolução sub-aguda tendentes á cura espontanea por hiper-reatividade alérgica Eritema polimorfo (forma reacionaria complementar denominada reação leprótica ; processo inflamatória exsudativo, de evolução sub-aguda).

QUADRO VIII

NOTAÇÃO

L - lepromatose	{	Lc - lepromatose cutanea Ln - lepromatose nervosa Lcn - lepromatose cutaneo-nervosa
I - lepra inflamatoria simples	{	Ic - lepra inflamatoria simples cutanea In - lepra inflamatoria simples nervosa Icn - lepra inflamatoria simples cutaneo-nervosa
T - lepra tuberculoides	{	Tc - lepra tuberculoides cutanea Tn - lepra tuberculoides nervosa Tcn - lepra tuberculoides cutaneo-nervosa.
R - Reação leprótica	{	RL - lepromatose secundaria à reação leprótica LR - reação leprótica intercurrente à lepromatose. IR - lepra inflamatoria simples com reação leprótica intercurrente TR - lepra tuberculoides com reação leprótica intercurrente. (?)

A notação das formas combinadas ou transicionaes se faz pela associação dos simbolos acima, de acordo com a sequencia dos processos originarios (veja quadro V).

Gráu da moléstias

- (1) - caso incipiente ou frusto
- (2) - caso moderado
- (3) - avançado
- (?) - caso suspeito

Exemplos	{	Tn (?) - Caso suspeito de lepra tuberculoides cutanea.
		Lc (1) - Lepromatose cutanea incipiente
		Icn (3) - Forma avançada da Lepra inflamatoria simples cutaneo-nervosa.

Resultado da Baciloscopias

+++	caso poli bacilifero
++	" bacilifero
+	" paucibacilar
—	" negativo

Resultado da Lepromino-reação de Mitsudas

- (+++)- fortemente positiva
- (++) - positiva
- (+) - fracamente positiva
- (—) - negativa

SUMARIO

Crítica das Classificações por Sistemas Anatomicos

Estas classificações orientadas de acordo com os primeiros estudos de Danielssen e Boeck (1848), foram estabelecidas segundo a predominancia das manifestações da molestia em realsação aos sistemas anatomicos.

Assim Leloir em 1886 distinguia preliminarmente três formas clínicas da léprose:

- I — Fôrma tuberosa ou nodosa (Lepra sistematisada tegumentar);
- II — Fôrma trofo-neurótica (Lepra sistematisada nervosa);
- III— Fôrma mixta (Lepra completa, **d'emblés** ou secundaria, representada pela coexistencia de lesões sistematisadas da pele e dos nervos).

A Conferencia de Manilla, convocada em 1931 pela "Leonard Wood Memorial" para uniformisar as campanhas de profilaxia da Lepra no Oriente, adotou um critério simplificador distinguindo duas fôrmas clínicas primarias da lepra: a cutanea e a nervosa, com tipos mixtos ou combinados.

Esta classificação orientada segundo as idéas então dominantes, da preferencia da infeção, ora pelo tegumento cutâneo, ora pelo sistema nervoso periférico, apresenta o grave inconveniente de uma simplificação incompativel com a realidade clinica, seja do ponto de vista da sintomatologia cutânea, seja em relação aos quadros neurológicos da lepra. Em face da pratica-profilatica, a classificação de Manilla, instituiu com vantagens reaes, um método de simbolos e expressões numéricas, para representação sumaria das fôrmas clínicas e estadios evolutivos da moléstia.

As classificações por sistemas anatomicos, alimentaram por muitos anos no espirito dos clínicos, um vicio de origem que consiste em considerar as lesões dos nervos periféricos como processos alheios à fôrma tuberosa (lepromatose), julgando-as peculiares aos processos que desenvolviam a fôrma trofo-neurótica, concepção erronea, evidenciada pelos modernos estudos histo-patológicos e imunobiológicos da lepröse.

Do conceito Histo Patológico como fundamento de uma Classificação Anatomico-Clinica.

Aos estudos classicos de Virchow, Neisser, Babes, Unna, Darier e outros, que individualisaram dois tipos de lesões da lepra, o lepromatoso e o inflamatório simples ou banal, seja das lesões cu-

tâneas, seja das lesões nervosas e visceraes, sucederam-se os de Jadassohn em 1898, que primeiramente descreveu a extrutura do folículo tuberculoso nos processos lepróticos.

Posteriormente, esta observação de Jadassohn foi confirmada por Klingmüller, Pautrier et Boez, Darier, Gougerot, Muir, Lowe, Ryrie e Wade, na Europa e no Oriente, por E. Rabello, Hildebrando Portugal, Ramos e Silva e J. Motta, no Rio de Janeiro, por Baliña, Bassombrio, Schujman e Fernandez na Argentina, e entre nós, por N. Souza Campos, Branco Ribeiro, Vicente Grieco e Lauro de Souza Lima, que individualisaram a fôrma tuberculóide da lépra em seus aspectos histopatológicos e clínicos.

Jeanselme, em seu livro sobre a Lepra (*), no capitulo referente à anatomia e fisiologia patológicas geraes, distingue três tipos de lesões lepróticas, condensando-os no primoroso texto que aqui transcrevemos:

"A l'exemple de Lewandowsky, on peut distinguer trois grands types de lesions anatomiques de la lèpre:

I — Des altérations inflammatoires amorphes et nullement caractéristiques, constituées souvent par de manchons périvasculaires peu cohérents de jeune cellules et ne contenant en général que de bacilles isolés et clairsemés dont la recherche est laborieuse. Comme exemples de ce type, je citerai les lesions initialer de la lèpre et les macules non infiltrées de la peau .

II — Des néoplasies plus ou moios bien délimitées, très riches en amas bacillaires et en globi, affectant comme les follicules miliaires de la tuberculose, de la peau, des muqueuses, des nerfs et des organes profonds; c'est ce type que j'aurai plus spécialement en vue quand je décrirai les elements typiques (cellules lépreuses), et la structures du tissu lépreux.

III — Des lésions histologiques qui rappellent plus ou moins celles du lupus de Willan, des sarcoides cutanées de Boeck ou des sarcoides hypodermiques de Darier et Roussy, exemple: localisations tuberculoides de la peau et des troncs nerveux."

Apreciando os primorosos trabalhos apresentados ao Congresso de Cairo por Ed. Rabello e Rabello Junior (Brasil) e por Baliña e Bassombrio (Argentina), que sugerem para as fôrmas clínicas da lepra, classificações baseadas no critério anátomo-clínico, e balanceando a nossa observação clínica minuciosa de 583 casos de lepra, adquirimos a firme convicção de que os três tipos histo-patológicos acima resumidos pelo grande espirito didático de Jeanselme, constitue a base mais segura para orientação de uma classificação aná-

(*) LA LÈPRE - Edition G. DOIN & Cie. - 1934 pg. n.º 204, par ED. JEANSELME.

tomo-clínica que exprime as tendencias reaes dos leprologos Sul-americanos.

Atualmente o assunto está sendo estudado no Brasil e na Argentina, versando a discussão ora aberta pela Revista Brasileira de Leprologia sobre as bases de uniformisação da palpitante questão, com a seguinte proposição inicial:

Classificação primaria { Lepromatosa
(Fórmias clínicas originaes da lepra) { Inflamatória simples (Incaracteristica)
Tuberculóide

Esta classificação, creando o tipo incaracteristico e intermediario, realça a bela concepção de Rabello Junior, que sugere a denominação de fórmias polares para os casos de lepromatose e lepra tuberculóide, dada a relativa estabilidade dos tipos clínicos a elas correspondentes.

As fórmias polares da lepra revestem-se de aspectos clínicos bem individualisados, notando-se todavia, formas frustas ou atípicas cujo diagnóstico depende de verificação histopatológica.

A forma incaracteristica, ligado ao processo inflamatório simples ou banal da leprose, apresenta-se com aspectos clínicos muito menos estaveis, sendo frequentes os casos de sintomatologia incerta, decorrentes de estadios evolutivos transicionaes para as formas polares, ligados à modificações nos processos de defesa do organismo, seja com tendencia alérgica (pre-tuberculóide) seja com tendencia anérgica (pre-lepromatoso) , constituindo fórmias combinadas ou transicionaes da moléstia.

Os quadros extruturaes do schema de Jeanselme, não apresentam preferencias por sistemas anatomicos e determinam quadros clinico-morfológicos os mais diversos, tanto para o lado dos tegumentos, como do sistema nervoso periférico, justificando as sub-classificações das formas clínicas, sob tipos dermatológicos e neurológicos que discriminamos no equilibrio dos seus quadros clínicos, procurando nos aproximar o mais possivel da realidade clinica e das tradições da leprologia.

A classificação proposta pelo Congresso Internacional da Lepra, reunida no Cairo em 1938, adota parcialmente o critério histopatológico, admitindo como fórmula primaria, a lepromatosa, e incluindo com reserva a forma tuberculóide na sub-divisão da forma nervosa primaria; deste modo a classificação do Cairo corrigiu em parte os defeitos de Manilla, mas deixou de reconhecer a individualidade clinica e immuno-biológica da lepra tuberculóide, mantendo a imprecisão da fórmula nervosa ou trofo-neurótica de Leloir.

SUMMARY

The critical review of the classifications by Anatomical Systems.

The classifications oriented according the first works by DANIELSSEN and BOECK (1848), were established according the predominance of the manifestations of the disease, in relation with the anatomical systems.

So, LELOIR, in 18886 had preliminary distinguished 3 clinical forms of leprosy:

I - TUBEROUS or NODULAR, form (tegumentary systematized leprosy)

II - TROPHO-ANESTHETIC FORM (nervous systematized leprosy)

III - MIXED FORM (complete leprosy d'emblée or secondary, represented by the coexistence of systematized lesions of the skin and nerves).

The Manila Conference, in 1931, under the auspices of the Leonard Wood Memorial to uniformize the campaigns of prophylaxis against leprosy in the West, adopted a simplifying criterium distinguishing two primary clinical forms: the cutaneous and the nervous, with mixed or combined types.

This classification oriented according the prevalent ideas, mainly of the infection mainly the cutaneous tegument or by the peripheral nervous system, presents the serious drawback of a simplification that does not agree with the clinical facts, whether under the clinical point of view, or in relation to the neurological picture of leprosy. Under the prophylactic point of view the Manila Conference has advantageously adopted a method of symbols and numeral expressions for a brief representation of the clinical forms and evolutive stages of the disease.

The classifications based on anatomical systems have maintained during long time in the mind of clinicians, the initial mistake that consists in considering the lesions of the peripheral nerves as a condition non-existing in the tuberculous form (lepromatous), believing them peculiar to the condition that develops the tropho-anesthetic form, a misconception evidenced by the modern histo-pathological and immuno-biological studies of leprosy.

On the Histo-Pathological notion as base to an Anatomico-Clinical Classification.

After the classical studies of WIRCHOW, NEISSER, BABES, UNNA, DARIER and ai., that individualized two types of lesions in leprosy, the lepromatous and the simple: inflammatory, banal, both in the cutaneous lesions as in the nervous or visceral ones, came those of JADASSOHN, 1898, that first described the tuberculoid follicular structure in the leprotic process.

Afterwards, JADASSOHN'S, observation was confirmed by KLINGMUELLER, PAUTRIER et BOEZ, DARIER, GOUGEROT, MUIR, LOWE, RYRIE and WADE, in Europe and East, by E. RABELLO, HILDEBRAND, Portugal, RAMOS e SILVA e J. MOTTA, in Rio de Janeiro, by SALINA, BASSOMBRIO, SCHUJMAN and FERNANDEZ in Argentina, and among us, by N. DE SOUZA CAMPOS, BRANCO RIBEIRO, VICENTE GRIECO e L. DE SOUZA, LIMA, who individualized the tuberculoid form of leprosy in its histopathological and clinical aspects.

JEANSELME in his work on leprosy (I) distinguishes, in the chapter on the general anatomy and physiology, three types of leprosy lesions, saying:

"A l'exemple de Lewandowsky, on peut distinguer trois grands types de lesions anatomiques de la lèpre:

I — Des alterations inflammatoires amorphes et nullement ca-

ractéristiques, constituées souvent par de manchons perivasculaires peu cohérents de jeune cellules et ne contenant en général que de bacills isolés et clairsemés dont la recherche est laborieuse. Comme exemples de ce type, je citerai les lésions initialer de la lèpre et les macules non infiltrées de la peau.

II — Des néoplasies plus ou moins bien délimitées, très riches en amas bacillaires et en globi, affectant comme les follicules miliaires de la tuberculose, de la peau, des muqueuses, des nerfs et des organes profonds; c'est ce type que j'aurai plus spécialement en vue quand je décrirai les éléments typiques (cellules lépreuses), et la structures du tissu lépreux.

III — Des lésions histologiques qui rappellent plus ou moins celles du lupus de Willan, des sarcoides cutanées de oBeck ou des sarcoides hypodermiques de Darier et Roussy, exemple: localisation tuberculoides de la peau et des troncs nerveux."

Considering the reports presented to the Cairo Congress by Ed. RABELLO and RABELO JÚNIOR (Brasil.), BALINA and BASSOMRIO (Argentine) that indicated for the clinical forms of leprosy classifications based on an anatomo-clinical criterium, and revising our clinical observations of 583 cases of leprosy, we came to the conviction that the three histopathological types described by JEANSELME are the surest base for the orientation of an anatomoclinical classification that represents the real tendency of the South-american leprologists.

Now the subject is being studied in Brazil and Argentine, being open to discussion the proposition of the "**Revista Brasileira de Leprologit**" with the following initial base:

Primary Classification (Original clinical forms of leprosy)	}	Lepromatous
		Simple inflammatory (Incharacteristic)
		Tuberculoid

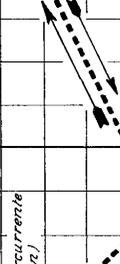
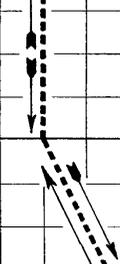
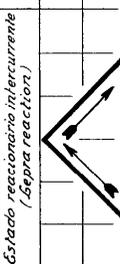
This classification admitting the intermediate and incharacteristic type emphasises RABELO 's conception of the "polar forms" for the lepromatous and tuberculoid cases, in account of the relative stability of the corresponding clinical types. These forms present very well individualized clinical aspects, however they may show early or atypical forms. The diagnoses of which depends on the histopathological verification.

The incharacteristic form, correspondent to the simple inflammatory condition of leprosy, shows clinical aspects with much less stability, being frequent the case with uncertain symptomatology, being transitional evolutive phases towards the polar forms, dependent on the modifications in the process of the defense of the body, either with allergic tendency (pre-tuberculoid) or anergic tendency (pre-lepromatous) constituting combined or transitional forms of the disease.

JEANSELME'S histological pictures do not present any preference for anatomical systems and determine various clinico-morphological pictures in the skin as well as in the peripheral nerves, justifying the sub-classification of clinical forms that have been described.

The classification proposed by the International Congress of Leprosy, Cairo 1938, partially adopts the histopathological criterium, admitting the lepromatous as primary form, and including the tuberculoid as a sub-type of the primary neural form; thus the Cairo Classification corrected one the errors of the Manila Classification, but did not recognize the clinical and immuno-histological individualization of the tuberculoid form, maintaining the imprecision of the neural or tropho-anesthetic forms of LELOIR.

Legenda: *Alergia* ----- *Imunidade* _____ Alterações imuno-*alérgicas* nas

Alterações imuno- <i>alérgicas</i>	<i>Forma lepromatosa</i>	<i>Forma intersticial pre-lepromatosa</i> <small>(Quase sem ou residual)</small>	<i>Forma inflammat. simples</i> <small>(Quase sem ou residual)</small>
<i>Hiperalergia</i>			
<i>Alergia estavel</i>			
<i>Alergia instavel</i>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>
<i>Imunidade estavel</i> <i>Alergia ausente</i>			
<i>Imunidade relativa</i>			
<i>Imunidade instavel</i>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>	 <p>Estado reaccionario intercurrente (Lepros reaction)</p>
<i>Imunidade ausente</i>			

fórmulas clínicas da Lepra

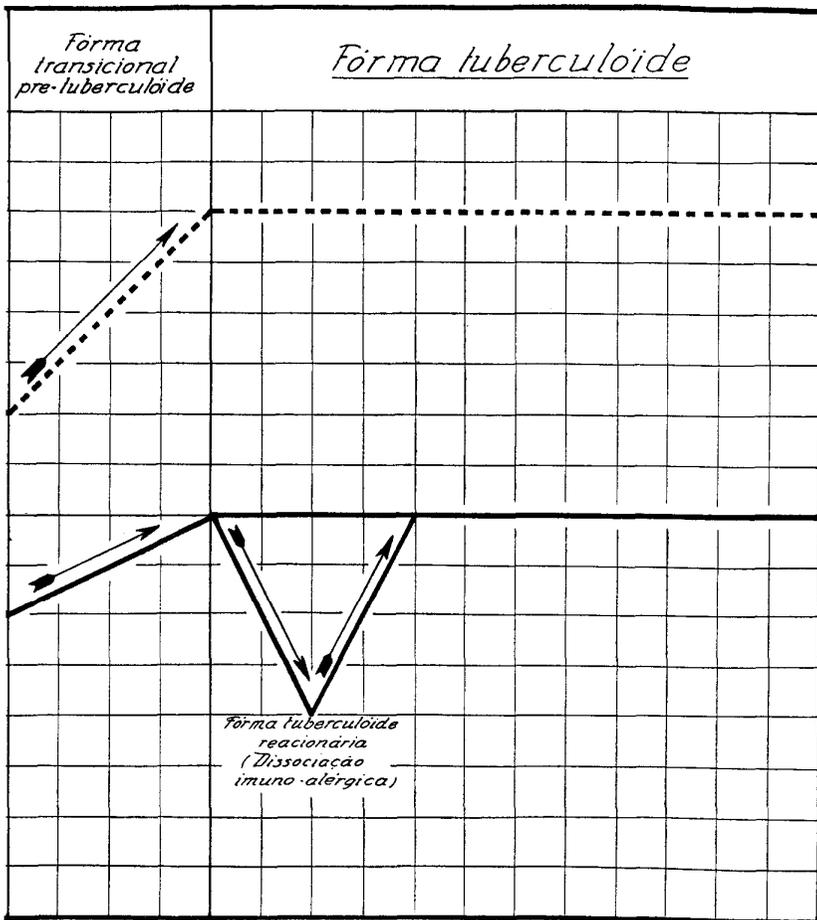




Foto 1 - Forma lepromatosa (Observação pessoal) - Lepromas-ulcerados, - Mardarose superficial - Lepromas nodosos do lóbulo da orelha.



Foto 2 - Forma lepromatosa (Observação pessoal) - Lepromatose extensiva - Tuberculos militares da face - Lepromas nodosos do lóbulo da orelha.



Foto 3 — Forma inflamatória simples - Mancha citomatososa plana - (Observação do Dr. Lauro Sousa Lima.

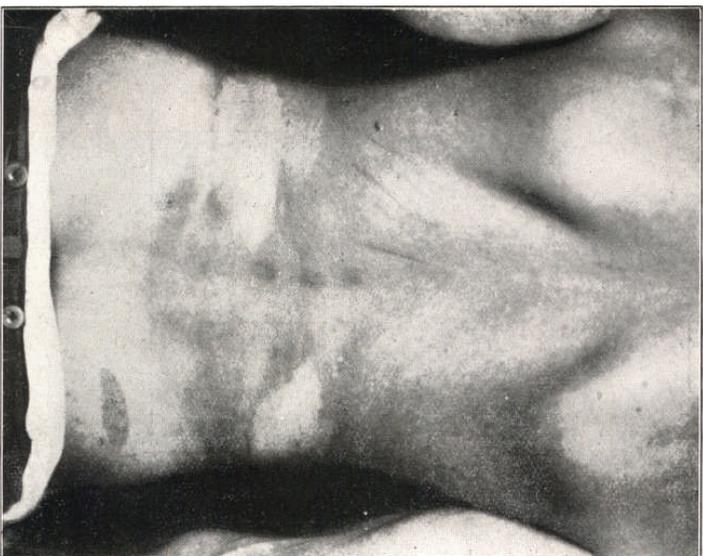


Foto 4 — Forma inflamatória simples — Mancha citomato-hipocromica (discromia rosca) - Actinotrofia cicatricial do cotovello. (Obs. pessoal)

Fig. 7 — Lepra tuberculoide — Manchas eritemato-marginadas generalizadas (Foto n.º 1.044 de Dep.º Profilaxia Lepra).

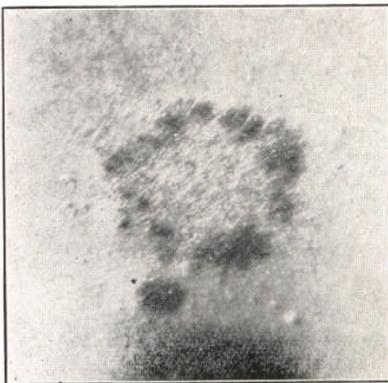


Fig. 5 - Lepra tuberculoide - Lesões papulo-foliculares circinadas (Foto n.º 899 do Dep. de Profilaxia de Lepra).



Fig. 6 - Lepra tuberculoide - Lesões papulo-foliculares circinadas (Foto n.º 871 do Depart. Profilaxia de Lepra).

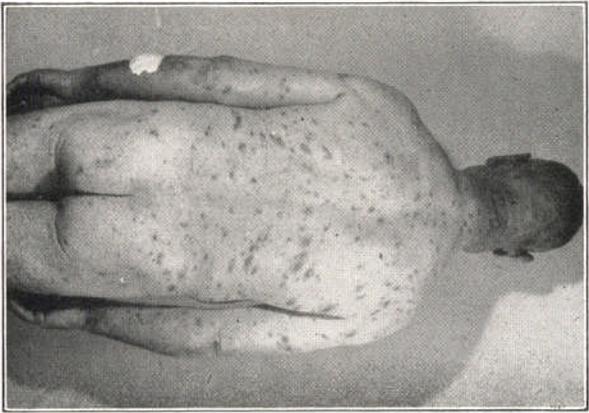


Fig. 9 - Forma Tuberculóide reacionaria
Lesões papulo-tuberosas genera-
lisadas de aspecto Sifilóide -
(Foto n. 944 Dep. Prof. Lepira)
(Obs. Dr. Nelson Souza Cam-
pos).



Fig. 8 - Lepra Tuberculóide - Mancha eritemato-escamosa cir-
cinada (Observação Dr. Nelson Souza Campos).



Fig 10 - Forma tuberculóide reacionária - Lesões tuberculopoides generalizadas. (Foto n.º 787 do Dep.º Prof. Lepra). (Obs. de Dr. Nelson Souza Campos).



Fig 11 - Forma tuberculóide - Cicatrizes atólicas de lesões parvo-tuberculares. (Observação de Dr. Nelson Souza Campos).



Fig 12 - Forma Tuberculóide - Neurite funicular do ramo auricular do plexo cervical. (Observação pessoal).

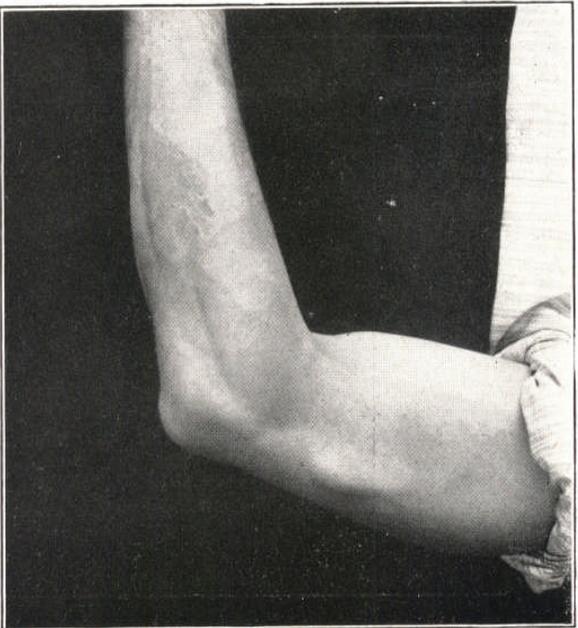


Fig 13 - Forma Tuberculóide - Neurite nodo-castosa do ramo cutâneo do nervo radial externo. (Observação pessoal).

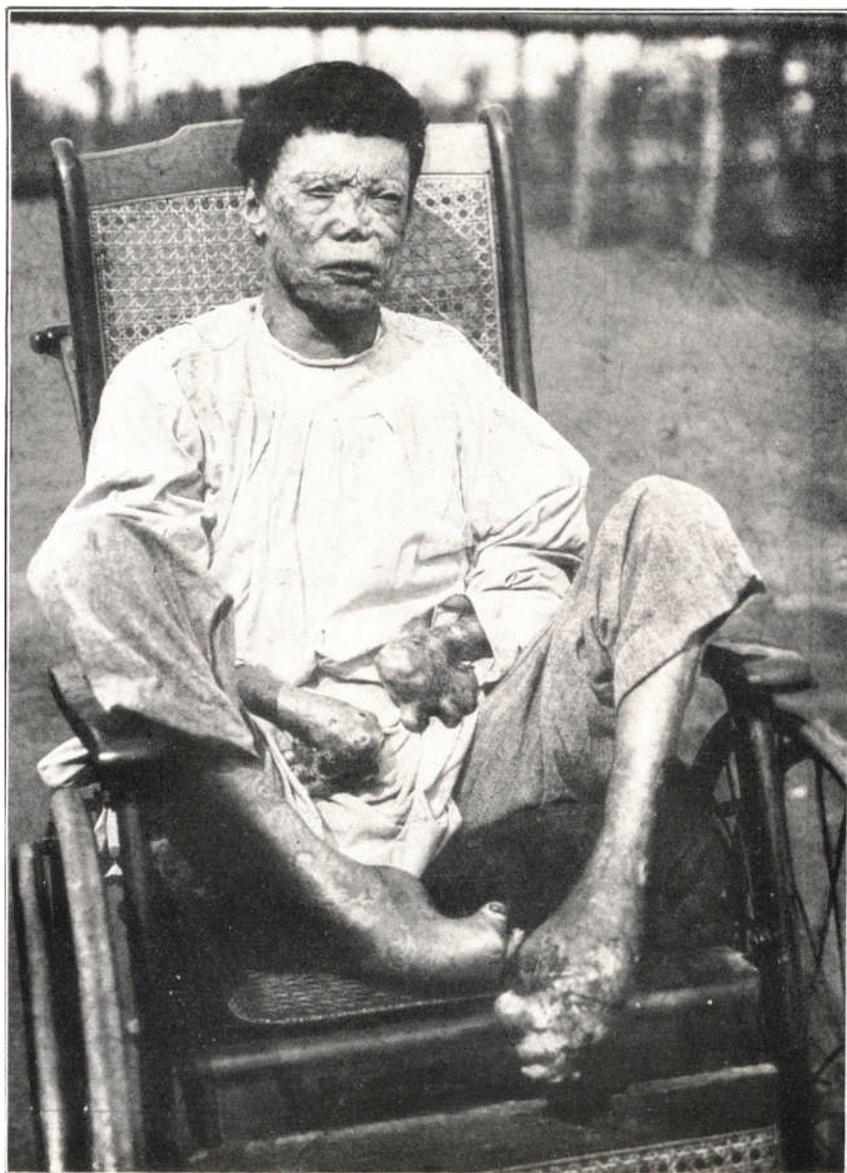


Fig. 14 - Forma combinada ou transicional - Caso com evolução de mais de 30 anos. - Sequelas cicatriciais de lesões tuberosas; cegueira por lepromatose ocular - Osteo-artropatias por processo de poliradiculonevrites. - Verificação necroscópica de lesões tuberculoides das raízes nervosas. - (Observação pessoal).

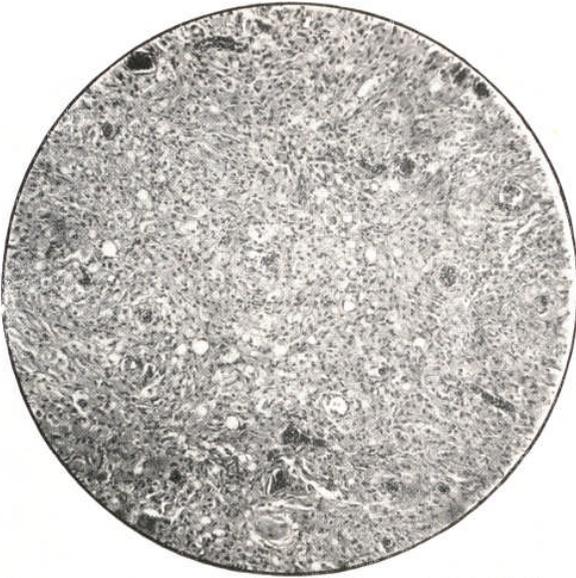


Fig. 15 - Leproma Tipico (Lamina n.º 2.212 - 38 do Dep. Prof. Lepra) Foto n.º 538 Dep. Prof. Lepra.



Fig. 16 - Lepramaculosa muito infiltrada de tipo inflamatório simples. - Lamina n.º 1.106 - 37 do Depart.º Proph. Lepra. - Foto n.º 209 do Dep. Prof. Lepra.



Fig. 17 - Lepra tuberculoide — Lamina n.º 208 - 35 -
Depart.º Prof. Lepra - Foto n.º 554 do
Dep. Prof. Lepra.



Fig. 18 - Lepra tuberculoide com extractura semelhante
á do Sarcoides de Boeck. - Lamina n.º 2.157 -
38 do Dep. Prof. Lepra - Foto n.º 552 do
Dep. Prof. Lepra.