

# RESUMOS

## **DIFERENÇAS REGIONAIS DA LEPROA. LEPROA ENTRE CHINESES NA MALAIA (Regional differences in leprosy. Leprosy among chinese in Malaya).**

*Leprosy Rev.*, 1948, 19 ( 1 ) 4 - 11.

**Ryrie, G. A.:**

As diferenças regionais observadas na lepra criam dificuldades para a compreensão comum da moléstia. A Incidência da reação leprótica, reação tuberculóide, lepra tuberculóide ulcerativa, afecções dos olhos, comprometimento dos nervos e alopecia leprótica varia tão intensamente, que lesões comuns em certa área se apresentam como raridades em outra.

Os três fatores que parecem causar variações no curso da moléstia são raça, clima e condições sociais.

Diferenças aparentemente devidas a raça são observadas na Malaia, onde se pode acompanhar o curso da lepra nos chineses, malaios e indús. A lepra muito mais virulenta entre os chineses do que entre os indús. Os malaios parecem ficar em uma situação Intermediária. Pelo menos 3:1 dos indús doentes desenvolvem a forma tuberculóide. Por outro lado, possivelmente apenas um terço dos chineses são tuberculóides. Alopecia leprótica não é incomum entre os chineses L.: entre os indús ela é excepcional. Casos de lepra tuberculóide ulcerativa são contraditórios entre os chineses, enquanto que entre os indús ela é desconhecida. A reação leprótica é mais comum e mais severa entre os chineses.

Estudando manifestações da moléstia em crianças, afirma RYRIE nunca ter observado o desenvolvimento de lesão lepromatosa diretamente da macula inicial ou precoce, que é em geral hipopigmentada. O aspecto importante no desenvolvimento da lepra tuberculóide em tais crianças é este: quanto mais cedo se manifesta a lepra tuberculóide a partir do aparecimento da macula inicial, tanto mais precoce e provável é o subsequente desenvolvimento da alteração lepromatosa. Inversamente, quanto maior o tempo que decorre entre a macula precoce e a lesão tuberculóide, menor a probabilidade de desenvolvimento lepromatoso.

O Autor assinala ainda que nos chineses tuberculóides o espessamento dos nervos é menos comum do que entre os indús.

**L. M. Bechelli.**

## **ALGUMAS DIFERENÇAS DA INFECÇÃO LEPROSA EM GAMBIA E NIGÉRIA (Some differences in the leprosy of the Bambia and Nigeria).**

*Leprosy Review*, 1948: 19 (1) 12-14.

**Ross, C. M.:**

Em maio de 1947 foi realizado um censo intensivo em Gambia, tendo sido selecionadas três áreas, cada uma das quais possuindo cerca de 5.000 habitantes. Não refere o Autor qual o número de doentes encontrados no total de habitantes submetidos ao exame. Quanto à forma clínica, 13,5% dos doentes eram lepromatosos, 71% tuberculóides e 15,5% "não classificados" ("unclassified").

As lesões dos casos de cada grupo eram muito interessantes e, as vezes, difíceis de serem interpretadas ao compará-las com os casos de idêntica forma

clínica vistos na Província de Owerri, Nigéria. As principais diferenças podem ser reunidas em três grupos.

1. Nos casos lepromatosos as lesões eram mais acentuadas e mais volumosas os nódulos, os quais eram observados também nas mucosas; muitas vezes eles invadiam extensamente o palato mole e duro, fato esse que não comum em Owerri. A leontíase era mais comum. Os casos tuberculóides apresentavam maior proporção de placas reacionais.

2. O número de bacilos encontrados nas lesões dos casos das três formas clínicas era relativamente maior do que se poderia observar em casos análogos da Nigéria. Era também maior a frequência de casos tuberculóides com bacterioscopia positiva, o que se explica por serem mais numerosos os pacientes com lesões reacionais,

3. Os nervos encontravam-se mais frequentemente comprometidos. diagnóstico de muitos casos duvidosos pôde ser estabelecido graças ao espessamento dos nervos cutâneos e troncos nervosos.

O diagnóstico diferencial da lepra revestia-se de dificuldade nas pessoas que apresentavam lesões decorrentes de deficiências alimentares e vitamínicas.

**L. M. Bechelli.**

---

### **LEPRA EM BENIN E WARRI (Nigeria) (Leprosy in the Benin and Ward areas of Nigeria).**

**Lengauer, L.:**

*Leprosy Rev.*, 1948: 19 (1) 14-20.

As províncias de Benin e Warri estão situadas no delta do rio Niger, possuindo clima quente e úmido. São pouco densamente habitadas. Em contraste com as províncias mais orientais da Nigéria, a percentagem de casos infecciosos é gritoüe. Isto pode ser relacionado ao elevado número de crianças lepromatosas observadas na área.

Aspecto curioso do tipo lepromatoso da moléstia nestas províncias é a grande frequência de lesões nodulares. Lesões tuberculóides reacionais ("major tuberculoid"), de modo especial as com bacterioscopia positiva, tinham acentuada tendência para sofrer a transformação lepromatosa.

A cegueira provocada pela lepra é rara nesta área. Dentre os 500 lepromatosos do Hospital Ossiomo apenas 3 são cegos.

A reação leprótica é também pouco frequente. Ocasionalmente observar-se, no mesmo doente, surtos repetidos de reação.

Comparada com outras partes da África Ocidental, a área de Benin e Warri apresenta proporção relativamente elevada de casos tuberculóides entre os pacientes não infectantes. No exame feito em uma vila, em um total de 185 casos não contagiantes, 112 eram tuberculóides, 68 "maculares" e 5 "maculares-tuberculóides".

Nesta área o Autor observou somente um caso de alopecia leprosa e apenas três doentes com lepra tuberculóide ulcerativa.

Outra característica da lepra nas províncias de Benin e Warri é a tendência para a evolução rápida da moléstia, com mudança da forma clínica. Isto torna o exame médico e a classificação extremamente difíceis. Não é incomum a passagem da forma tuberculóide para a lepromatosa. Com certa frequência, especialmente nos doentes não submetidos a tratamento pôde o autor observar, no mesmo caso, lesões eritêmato-descamantes tuberculóides, espessamento lepromatoso das orelhas e espessamento da pele da face, com bacterioscopia positiva. Sucede frequentemente que um paciente, fichado poucos meses antes, vêm a apresentar quadro clínico que de modo algum corresponde à descrição original.

**L. M. Bechelli,**

**RESULTADOS DO CENSO DE LEPROA EM CORDOVA (Cebu), FILIPINAS  
(Results of the Cordova (Cebu) leprosy survey in Philippines).**

**Rodriguez, J. e Guindo, R.;**

*II Conf. Panamericana de Lepra*, 1946: 1, 66-71.

O estudo da lepra iniciado em Córdova, provincia de Cebú (Filipinas), em 1933, sob os auspícios da Saúde Pública e da Leonard Wood Memorial, está sendo continuado a despeito da interrupção na revisão do censo de 1941, por causa da guerra, e da perda de uma grande parte do fichário durante o conflito.

No estudo epidemiológico de uma moléstia crônica como a lepra foi aberto um novo campo pelo uso da "life table" modificada, método de análise que permite obter conclusões definidas a respeito de tão difíceis problemas como contágio idade, influencia do sexo e idade no momento de exposição, relações de família e questões cimilares, contanto que os dados tenham sido obtidos de maneira adequada.

O modo de inicio do tipo lepromatoso tem sido cuidadosamente observado, mas ate o momento presente não foi possível chegar a conclusões definidas, por ter sido demasiadamente restrito o número de casos ocorridos desde o exame da população inteira por ocasião do primeiro censo ate a data presente data. Os dados sobre 21 casos em evolução desde 1933, pareceriam indicar que esta forma maligna pode começar com diferentes aspectos, mas pelo menos em uma metade dos pacientes, sob as condições reinantes nas Filipinas, a moléstia apareceu desde logo com manifestações de tipo lepromatoso, tudo levando a crer que ela não tivesse passado por um estagio tuberculóide ou "neural".

**Resumo do A. (L. M. Bechelli)**

**DIFERENÇAS REGIONAIS E RACIAIS DA LEPROA (Regional and racial differences in leprosy).**

**Austin, C. J.:**

*Leprosy Rev.*, 1948: 19 (1) 20-22.

Devido ao contraste entre os doentes melanésios e imigrantes Indús, oferece Magokai (Fiji) bom campo para o estudo das diferenças regionais e raciais na infecção leprosa. O grupo racial Inda teve prévio contacto com a lepra durante séculos, enquanto que o da Melanésia apenas recentemente começou a enfrentar a lepra. Ajunte-se que a dieta do imigrante indú é mais rica em proteínas, gorduras e vitaminas; na alimentação dos nativos da Melanésia predominam os hidrocarbonados.

Contrastando com a baixa Incidência do tipo lepromatoso na Índia, o estudo dos casos de Magokai mostrou que esse tipo da moléstia é mais frequente entre os indús que vivem na Melanésia do que entre os nativos. Contudo, em igualdade de condições, observou-se que o prognóstico da moléstia tende a ser mais favorável entre os indús.

Conclue ainda o autor que o fator geográfico não parece significativo e que não possui elementos para julgar da importância do fator dietético.

Termina afirmando que se de fato existe a resistência racial parece que ela não favorece os indús no combate a moléstia e não em sua prevenção.

**L. M. Bechelli.**