

## **ALGUNS ASPECTOS CLÍNICOS NO DOENTE DE LEPROSA: FÍGADO, RINS E INTESTINOS**

**Hugo A. Guida (\*)**

Não existindo um serviço sistemático de necropsias e constituindo a sintomatologia clínica no doente de lepra um dos capítulos dos mais interessantes da leprologia, nosso trabalho baseia-se exclusivamente na observação de sinais clínicos mais evidenciáveis e traduzindo perturbações dos intestinos, fígado e rins.

No ambulatório são mais freqüentes as queixas relacionadas ao aparelho digestivo, e mais pronunciadas nas formas lepromatosas. Colite, tiflíte e apendicite são os quadros mais observáveis, referindo os pacientes meteorismo, borborigmas, diarreias, tenesmo, etc., lembrando dispepsias fermentativas ou putrefativas, afecções que nem sempre cedem à terapêutica ou a dietética; os exames de fezes não denotam existência de protozoários ou germes responsáveis por desintérias bacilares. Alia-se, em grande número de casos, queixas à palpação, dor nos colons ascendente, transversos, descendente, ângulos hepático e esplênico, e alças sigmóides. Radiologicamente nada de interessante foi observado (\*\*).

São muito freqüentes as apendicites; após remoção cirúrgica do apêndice ileocecal, macroscopicamente, em grande maioria, apresenta-se inflamado, congesto, e, por vezes, aderente, confirmando o diagnóstico clínico. Um caso examinado histologicamente revelou quadro típico de inflamação do apêndice ileocecal, com presença de células gigantes.

Nos casos lepromatosos avançados, paralelamente com as reações lepróticas do tipo nodular ou polimorfo, é freqüente a diarreia, rebelde à medicação e dietética, que leva o paciente ao êxito letal, com cachexia, acidose provocada pela desidratação intensa; apesar da ingestão de líquidos, sôros glicosado e fisiológico, insulina, ácido nicotínico, vitamina B2, etc., não foram conseguidos resultados práticos.

Para o lado do fígado, em grande número de casos a delimitação e palpação do órgão revela aumento de volume até 4 dedos abaixo do rebordo costal, e dor à palpação. Provavelmente, devido a uma distensão da cápsula de Glisson, os doentes queixam-se de dor no rebordo costal direito, com sensação de peso no epigastro; consignam também náuseas, piroses, inapetência, língua saburrosa, em suma, distúrbios gastro-intestinais. Alguns exames anátomo-patológicos revelam amiloidose que, segundo a literatura é secundária: as afecções de caráter crônico, como a tuberculose, sífilis e lepra. Sua existência pode ser comprovada pela reação de Takata-Ara, sensível nas afecções acompanhadas de hipoproteinemia, aliás, o que ocorre na lepra. Procuramos sempre dissociar essa sintomatologia com a do fígado de estase, pelo exame clínico do aparelho circulatório.

Freqüentemente verificamos ascite e icterícia em nossos doentes. A primeira decorre da amiloidose hepática que, em suma, constitui obstáculo à circulação portal, além do aumento de volume do órgão. Se a quantidade de transudato for grande, além do sinal da flutuação, referem os doentes sensação de peso, de distensão abdominal e sensação de pressão, além de emagrecimento acentuado em contraste com o abdômen que cresce. Nossa orientação tem sido evitar a punção; prescrevemos os preparados contendo colina, além de refeições ricas em albuminóides. Com esta orien-

---

(\*) Clínico do Sanatório Padre Bento, Gopouva, São Paulo, Brasil.

(\*\*) Exames praticados pelo Dr. Oswaldo de O. Lima, a quem agradecemos.

tação desaparece o transudato, ou então, a melhoria é muito acentuada (\*); além disso, regredem sensivelmente os edemas dos membros inferiores.

A icterícia, mais comum que a ascite, apresenta-se com caráter benigno, parecendo-nos tratar-se da forma catarral e de origem leprótica. A icterícia predomina nas formas lepromatosas, porém, também é observada em outros tipos da inoléstia; com certa freqüência, antes do emprego das sulfona no tratamento da lepra, já evidenciava-se a icterícia. O tratamento clássico é seguido por nós, consistindo em dieta rica em hidratos de carbono, si5ro glicosado hipertônico, urotropina, sais biliares, etc. É recomendável fazer o diagnóstico diferencial com obstrução do colédoco, e com a moléstia de Weil.

Dos mais interessantes capítulos da sintomatologia clinica no doente de lepra é aquele referente aos rins, principalmente no que diz respeito às perturbações de caráter crônico.

A glomérulo-nefrite é observada com grande freqüência nos doentes de lepra, principalmente naqueles com reações lepróticas a eritema nodoso também, chamado do tipo supurativo. No início da afecção os exames de urina revelam densidade normal, ausência de albumina, e sedimento livre de cilindros ou hemácias. A pressão arterial não ultrapassa os limites normais. Após uma reação leprótica supurativa, desencadeia-se a sintomatologia própria da glomérulo-nefrite. Evidenciada esta, prescrevemos repouso absoluto, com dieta de fome e sede, praticando-se, a seguir, o golpe d'água. Em alguns casos obtivemos êxito terapêutico; noutros, nos quais o quadro da glomérulo-nefrite repetia-se constantemente, não nos foi possível empregar esse tipo de tratamento em virtude do depauperamento orgânico que tanto as reações, como a hipertemia levariam o doente a um estado cachético. Nos casos em que não é possível o emprego da terapêutica adequada, a glomérulo-nefrite aguda passa para o estadio crônico, sobrevindo a nefro-esclerose com prognóstico sombrio.

Segundo Büngeler, na lepra é mais comum a forma de glomérulo-nefrite em focos, e não a generalizada, provocada pela via hematogênica. Naquela, nem todo o aparelho glomerular é abrangido, porem apenas parte dele. Como causa da lesão glomerular, admite Wolhard que na forma em foco, os germes da infecção levados por via hematogênica aos glomérulos, determinam a infecção. Na glomérulo-nefrite difusa ou generalizada, as substâncias tóxicas oriundas da infecção e presentes no sangue circulante, atingem conseqüentemente todos os glomérulos. Sabe-se, que as anginas, os focos purulentos cutâneos, a escabiose com infecção secundária, como tivemos ocasião de observar, são em grande número de casos responsáveis pelos focos metastáticos nos rins.

Quando a albuminúria e a hematúria estão presentes por algum tempo, esta desaparece progressivamente, ao passo que a albuminúria continua; instala-se no rim, um "loco minoris resistencieae", com tendência a recidivas e hematúria. A permanência de albumina na urina acarretará a nefro-esclerose. A verificação da pressão arterial dará orientação de valor; se sua tendência é elevar-se, ou se houver perturbações do poder de eliminação da água, ou ainda de concentração, a nefro-esclerose se instalará lenta e progressivamente.

Em nosso trabalho apresentado à Sociedade de Leprologia, publicado na Revista Brasileira de Leprologia, junho 1947: "Contrôle clinico no tratamento da lepra pela di-amino-difenil-sulfonas", já diziamos: — "Finalmente ao notarmos uma pressão arterial com tendência a elevar-se e uma dosagem de uréia nas mesmas condições manda a prudência que nos acautelemos, suspendendo o tratamento especifico, sem que nos esqueçamos no entretanto da dieta e, sobretudo, do repouso. Se em última análise observarmos 'esses mesmos fenômenos, com presença de sangue e densidade baixa nos exames de urina, procedemos it prova de concentração".

Nos casos em que a pressão arterial denota tendência a elevar-se aconselhamos sempre repouso absoluto e a instituição de dieta com restrição moderada do cloreto de sódio ou mesmo acloretada se for elevada a taxa de ureia no sangue. Essa orien-

---

(\*) Sobre estes estudos, publicaremos oportunamente uma nota, nesta Revista.

tação nos casos de glomerulo-nefrite aguda, sem outros surtos de reação leprótica supurativa, revelou-se eficaz conduzindo ao restabelecimento da função renal, por vezes, em 5 dias.

Mais freqüentemente, outros casos tornam-se crônicos devido aos repetidos surtos de reação supurativa e, portanto, com continuas agressões ao rim. A terapêutica falha conseguindo-se, sómente, prolongar por período maior o tempo de sobre-vida do paciente.

A amiloidóse renal (ou nefrose amilóide) é uma manifestação renal muito freqüente no doente de lepra, constituindo achado de necrópsia em quase todos os doentes da forma lepromatosa. Nestes, de início, apenas a albuminúria é evidenciável; a pressão arterial é normal, não ha edemas e o sedimento urinário pode ou não revelar cilindros hialinos e granulosos; não ha hematúria. Com a evolução do processo acentua-se a albuminúria, aperecendo edemas, cilindruria e densidade mais baixa; pressão arterial eleva-se pouco e não há hematúria.

Alem da diminuição do poder de concentração, pode existir retenção aquosa extra-renal, com diferença entre a ingestão e a eliminação da quantidade dos líquidos, grande acentuação dos edemas inferiores que aumentam progressivamente à medida que evolui o processo renal, instalando-se a seguir o hidro-peritônio e culminando com a anasarca.

As lesões de origem cardíaca quando descompensadas podem evidenciar esse mesmo quadro, e o diagnóstico diferencial será feito pela ausculta do coração e o eletro- fonocardiograma.

A orientação terapêutica quando é acentuada a albuminúria e a taxa de uréia é normal, com presença de edemas ou ascite, cinge-se a dietas ricas em proteínas (ovos, carne, fígado, leite, etc.) e medicamentos tipo vitaminoides proteinoídes, etc. Diuréticos brandos ou então outros como o Scilarene em doses pequenas, são indicados quando há edemas, e nefroaminas, organo renal etc. como medicação complementar. Essa terapêutica dá, por vezes, bons resultados, com regressão dos edemas, diminuição da albuminúria e, em alguns casos absorção do transudato peritoneal sem a necessidade de punção.