

FUNDAMENTAÇÃO E PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE TIPOS DE LEPROSA DE HAVANA, APRESENTANDO GUIA PARA USO PRÁTICO (*)

A. ROTBERG (**)

A Classificação Sul-Americana de tipos de lepra (aqui C.S.A.) é de uso corrente no Brasil e grande parte da América Latina desde 1938, datando seu âmbito internacional de 1948, quando foi oficialmente aceita sob o nome de Classificação de Havana (aqui C.H.).

Houve, portanto, tempo suficiente para apreciar se seu valor prático está no mesmo nível elevado que seu valor doutrinário, e se ela pode agora ser aceita universalmente sem as restrições e as críticas, ainda muito fortes e numerosas por ocasião do Congresso Internacional de Havana.

E' nossa opinião que, do próprio meio sul-americano, em que a C.H. nasceu e se formou, é que devem partir críticas e discussões para esclarecimento de pontos duvidosos ou controvertidos e para que possa haver acôrdo em uma defesa comum contra possíveis impugnações futuras. Dêste acôrdo deve resultar que a C.H., a mais científica de todas até hoje propostas, se torne ainda mais compreensível para o leprologista assim como para o médico não especializado, ao mesmo tempo que se torne mais fácil sua aplicação à prática diária.

O momento é oportuno para um balanço da situação.

A) A C.H. É A MAIS ÚTIL, E CIENTÍFICA DAS CLASSIFICAÇÕES DE TIPOS DE LEPROSA ATÉ HOJE PROPOSTAS

A distinção de tipos de lepra segundo a C.H., baseada num conjunto de fatores anátomo-clínicos, imunológicos e bacteriológicos é, a nosso ver,

(*) Este trabalho, cuja exposição e publicação reservávamos para época posterior, foi apresentado, em linhas gerais, em uma Reunião patrocinada pela Associação Brasileira de Leprologia e realizada no Rio de Janeiro (outubro de 1952), tendo tomado parte mais ativa nas discussões Fernández (Argentina), Rabello, Bechelli, Souza Campos, Azulay, Portugal e nós. Nessa reunião (que chamaremos "Reunião do Rio"), por proposta de Souza Campos, apoiada pelos presentes, foi decidido que antecipássemos a publicação, incluindo, nesta redação final, algumas modificações e sugestões dos membros da Reunião. O motivo dessa antecipação é supor-se que este trabalho, assim modificado, possa contribuir para os debates sobre o tema "Classificação" pelos Peritos da O.N.U. em sua Reunião do Rio e São Paulo (10 a 20 de novembro de 1952).

(**) Médico do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo. Docente Livre da Clín. Dermat. Sif. da Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

definitivamente superior às anteriores, que se limitavam em geral a uma simples apreciação clínico-topográfica das lesões de lepra. De tal forma os conceitos da C.H. permearam a consciência leproológica de todo o mundo que nos parece impossibilitada de êxito qualquer tentativa de descartar o fundamento biológico geral da C.H. em favor de um critério simplista de "localização" de lesões leprosas de natureza totalmente diversa.

B) A C.H. f DE AMPLA APLICAÇÃO PRÁTICA

Não há a menor dúvida de que a aplicação da C.H. à prática é possível na grande maioria dos casos, quando eles cabem nitidamente em um ou outro "polo" da classificação — "tuberculóide", com seus fatores apontando homogêneamente para a direção "benigna" (aspectos clínicos de limitação do processo, estrutura tuberculóide, bacterioscopia negativa, lepromino-reação positiva) — ou "lepromatoso", com fatores homogêneamente "malignos" (aspectos clínicos de difusão, estrutura lepromatosa, bacterioscopia positiva, lepromino-reação negativa).

C) HA AINDA GRANDE NÚMERO DE DIFICULDADES A RESOLVER, DO PONTO DE VISTA TEÓRICO E PRÁTICO

Em parecer publicado em 1945 ¹, em resposta a vários quesitos sobre a C.S.A. formulados por Souza Lima ², apontamos uma série de problemas então não esclarecidos e que continuam sem solução até hoje, enfraquecendo a C.S.A., hoje C.H., diante de seus opositores.

Não vamos repetir na íntegra todas as indagações que julgamos então possível formular sobre os quesitos apresentados e sobre a C.S.A. em geral; reproduziremos apenas uma frase que resume grande parte daquela nossa apreciação, e que serviria de base para a explicação de uma série de incertezas práticas:

“As dificuldades surgem, porém, quando um ou mais destes fatores (de classificação) não estão bem determinados ou, quando o estejam, haja conflito, de forma tal que um caso possua fatores característicos de um polo e de outro”.

Em outras palavras — a C.H. está habilitada para classificar os casos com todos os fatores característicos de um polo ou outro, mas está ainda insuficientemente aparelhada para considerar os casos, cada vez mais numerosos ou melhor observados, que participam de ambos os polos, por heterogeneidade eventual dos fatores da classificação.

Problemas diversos, de nomenclatura e outros, serão agora expostos e discutidos:

1 - Os fenômenos de "reação" e de "transição".

No decorrer da fase aguda ou sub-aguda da chamada "reação tuberculóide", há, freqüentemente, sintomas clínicos e histopatológicos ainda idênticos ou próximos do polo T (tuberculóide), e outros que se aproximam do polo L lepromatoso (bacterioscopia positiva, lepromino-reação negativa) ; em muitos casos, os próprios aspectos clínicos e histopatológicos apresentam apenas vestígios de suas características T, tendendo para a mistura com aspectos clínicos e histopatológicos do polo L (casos "borderline" dos AA. de língua inglesa, ou "limitantes").

Por definição, a C.H. admite para tais casos o polo T, o que faz supôr que concede preponderância classificativa ao fator clínico (aspecto morfológico tuberculóide) sôbre todos os demais fatores em oposição mais ou menos franca. Este ponto de vista poderá ser adotado convencionalmente por qualquer observador.

Outros observadores poderão julgar, no entanto, que o conjunto de fatores "não tuberculóides" (histologia indecisa ou com mistura de L, bacterioscopia positiva, lepromino-reação negativa) seria justificativa para colocar tais casos no tipo oposto L. Um terceiro grupo preferirá abandonar a C.H. e empregar um termo que a ela á estranho — "borderline" ou "limitante", o que pareceria mais satisfatório que a inclusão do caso num ou noutro polo, onde se situaria de maneira forçada.

2 — A designação dos chamados casos "borderline" ou limitantes. intermediários.

Se admitirmos a necessidade da criação de um grupo á parte, "borderline", entre os tipos T e L será preciso tradução adequada dêste termo da língua inglesa. As atuais designações — limitante, intermediária, transicional, limítrofe — são sujeitas a crítica.

3 — Os casos clinicamente indeterminados com histologia L ou T.

Trata-se de novo exemplo de conflito entre os fatores da classificação.

Diante de um caso com lepromas evidentes ou com placas tipicamente marginadas e granulosas, o observador A faz o diagnóstico respectivamente de L ou T, apenas com a informação clínica, e acerta em 100% dos casos, embora tenha deixado de praticar a biópsia, a bacterioscopia e a lepromino-reação. (A C.H. "não o obriga" a praticar todos os fatores, o que seria difícil e desnecessário.)

Com o mesmo direito, e diante da omissão da C.H. a respeito, êle classificará "cl clinicamente" um caso como "indeterminado".

O observador B, que queira interpretar com maior rigor a C.H. ou que disponha de mais recursos técnicos, fará um exame histológico e en-

contrará estruturas L ou T, esboçadas ou francas, e classificará de acôrdo com estes achados.

Qual dos dois observadores está agindo corretamente? Ambos, a nosso vêr. Sendo a C.H. omissa a respeito, o observador A escolheu o dado clínico, com o qual está habituado a classificar à primeira vista e sem grandes erros, por convenção tácita, os casos L e T. O observador B julga mais importante o dado histológico e fará uma classificação mais concorde com os princípios da C.H., embora seu comportamento torne a situação menos prática.

A C.H. deverá optar por um ou outro desses comportamentos individuais e decidir sobre a importância relativa que deve dar aos fatores clínico e histológico, aqui em conflito, sob pena de ter de admitir numerosas dubiedades dessa natureza.

4 — *O problema dos casos residuais.*

Um caso com máculas hipocrômicas simples é classificado pelo mesmo observador A, de tendências clínicas, como "indeterminado". Nesta eventualidade, suponhamos ser ele confirmado pelo observador B, que, ao exame histológico, não encontra mais que infiltrados inflamatórios crônicos inespecíficos. No entanto, o observador C leva o inquérito mais adiante, descobre na anamnese ou nos protocolos sintomatologia progressiva própria de lesões L ou T e assim o classifica; este observador adota o critério "evolutivo", no que pode estar certo, dentro do espírito da C.H. (malignidade, benignidade) e já que esta "não o proíbe" de fazê-lo; assim como certos estão os observadores A e B que não consideram o elemento evolutivo, já que a C.H. "não o obriga" a fazê-lo tão pouco.

Mais uma vez salta à vista a necessidade de uma codificação dos processos de classificação.

5 — *O problema dos casos "neurais puros".*

Um caso sem lesões cutâneas mas com espessamento do nervo cubital e amiotrofias, é classificado pelo observador A como "nervoso". Esta classificação topográfica é secundária no plano da C.H., mas o observador A dirá que não dispõe de meios melhores para a colocação nos tipos polares ou no grupo indeterminado; a biópsia de nervo é difícil, e, se o caso não apresentar nevrite evidente, até mesmo impraticável. Por isso, prefere abandonar a C.H. e ficar com um critério puramente topográfico, reminescente das antigas classificações.

O observador B, em uma pequena minoria de casos "neurais", pratica a biópsia e estabelece os tipos L, T ou o grupo I, ficando a maioria sem posição segura, por inexistência de nervo lesado acessível ou por dificuldades práticas.

O observador C encontra no passado sintomas L ou T que lhe autorizam a classificação mesmo sem a desagradável biópsia do nervo.

O observador D pratica uma lepromino-reação e encontrando-a positiva, julga o caso tuberculóide; se negativa, lepromatosa ou indeterminada.

Todos esses modos de agir podem ser tolerados, já que a C.H. não impõe diretrizes para a classificação dos casos.

6 — A denominação "indeterminada".

No trabalho referido ¹, acentuamos a impropriedade da palavra "in-característica", entre cujos numerosos inconvenientes se notam

— a de criar dificuldades de redação e exposição, como, por exemplo, na expressão "os característicos da forma in-característica";

— a de criar dúvidas, entre os médicos não leprólogos, sobre se o caso é "in-característico de lepra", isto é, duvidoso ou negativo quanto ao diagnóstico da moléstia.

A denominação "indeterminada" da C.H. é ainda mais criticável sob este último ponto de vista. Na realidade, todas as designações negativas de uso comum — in-característica, indeterminada, indiferenciada, atípica — permitem confusões. O leprólogo compreenderá que se trata de negativa em relação à situação no polo; mas o não especialista — que também deve ser considerado ao se cunhar designações — suporá que a negativa se refira à própria infecção.

D) PROPOSTAS TENTATIVAS PARA A SOLUÇÃO DE ALGUMAS DIFICULDADES DA C.H.

O estudo mencionado afirma a necessidade de uma discussão ampla das dificuldades apontadas e de uma decisão homogênea quanto às soluções propostas. Em oportunidade mais recente, em trabalho que foi entregue à Comissão de Classificação da 3ª Conferência Panamericana de Leprologia (Buenos Aires, 1951)³, reiteramos a importância de solução concreta para os problemas da C.H. e insistíamos na importância de uma "convenção" geral sobre alguns dados duvidosos da classificação.

Na discussão presente decidimos tomar a iniciativa de apresentar uma proposta concreta como contribuição para o esclarecimento das dúvidas acima apontadas. Esta proposta não tem a menor pretensão a se impôr em todo ou em parte, servindo apenas para exposição de pontos de vista pessoais e exemplificação de um modo de vencer ou aplinar algumas incertezas práticas e teóricas da C.H.

1 — *A necessidade de uma série de convenções em torno da C.H.*

Entre a maioria dos leprologistas que manejam a C.H. há divergências quanto ao modo de encarar os problemas que surgem em sua prática diária. A situação parece ainda mais grave quando vemos que essas divergências dividem os próprios autores da C.S.A. ou da C.H. assim como os leprologistas a eles mais ligados.

E' suficiente uma coleção rápida de opiniões para se ter idéia de como variam as atitudes, dentro do próprio meio de que surgiu a C.H., em relação a problemas capitais como os que dizem respeito ao grupo indeterminado, às formas reacionais e transicionais, aos aspectos neuríticos puros. Um inquérito levado a efeito hoje traria seguramente tanta ou maior disparidade de respostas que a que produziu o de Souza Lima em Três Corações (Minas Gerais).

Cremos, como acentuado atrás, que todos os autores, aceitando e prestigiando embora a C.H., continuam, nas eventualidades em que a C.H. é omissa, afeiçoados a pontos de vista pessoais, por tendências inatas ou por facilidades técnicas. Há necessidade, a nosso ver, de que se determine um ponto de vista uniforme, por convenção entre todos os leprologistas interessados, a respeito de todos os problemas confusos e sujeitos a discordâncias de interpretação.

2 — *A convenção solicitará concessões da parte da opinião pessoal de cada leprologista, assim como da parte de alguns princípios menos importantes da C.H.*

Se se convencionar, por exemplo, que, para facilidade prática, não se levem em consideração os fatores "pregressos", os leprologistas afeitos ao critério evolutivo cederiam parte de seus pontos de vista em benefício da unidade de pensamento.

— Convencionando-se que, em casos de conflito de fatores classificativos, um determinado fator, digamos o clínico, tenha preponderância sobre o histopatológico, alguns princípios da C.H. serão afetados, mas não de maneira tão forte que impeça sua aceitação. No caso da mácula hipocrômica, por exemplo, já referido, a admissão da suficiência do fator clínico facilitaria extraordinariamente a difusão da C.H.; é verdade que um certo número de casos poderia vir a ter seu diagnóstico de tipo alterado para L ou T se uma biópsia viesse a ser feita; mas a exigência formal da biópsia, que daria ao observador, sem dúvida, um critério mais seguro, admitiria, por outro lado, a impossibilidade puramente clínica de uma classificação. O observador estaria no direito, portanto, de se recusar a classificar qualquer caso maculoso antes da biópsia — e, se for ainda mais ortodoxo, exigí-la também para os casos L e T. Isso complicaria enormemente a aplicação prática da C.H. Portanto, se a con-

venção autorizar a predominância clínica, um certo número de casos L ou T será, a rigor, erradamente classificado; subentende-se, porém, que a convenção supõe que as necessidades práticas da C.H. compensam amplamente essas imprecisões.

— No caso de perturbações neurotróficas sem sintomatologia dermatológica, a C.H. poderá, por comodidade, desistir de um de seus fatores, o histopatológico, impossível ou impraticável, e admitir a preponderância de um outro — o imunológico. Convencionará pois a C.H. que a leprominoreação positiva indica a natureza tuberculóide da nevrite leprosa. Sabemos que isso não é rigorosamente verdadeiro, pois que o resultado de um teste cutâneo não pode refletir exatamente a estrutura de uma lesão; a aceitação da natureza tuberculóide através de uma leprominoreação positiva não seria rigorosamente científica, mas teria o mérito de satisfazer as necessidades práticas, sem afastamento essencial dos seus princípios doutrinários. Com efeito, um caso neurotrófico com leprominoreação fortemente positiva, ou apresentará lesões tuberculóides no nervo, ou estará nitidamente no polo T, por suas características de benignidade, limitação do processo, baciloscopia negativa e imunologia favorável.

3 — *Necessidade de admitir as formas intermediárias e de transição pois que qualquer convenção será dificilmente aceitável nesses casos.*

Os polos L e T e o grupo indeterminado mostraram-se insuficientes para abrigar todos os casos de lepra. A existência, teoricamente previsível, de aspectos intermediários e de passagem ou transição entre um polo e outro, foi amplamente confirmada na prática. Os casos "borderline" de Wade e Rodriguez⁴ tornaram-se cada vez mais numerosos ou melhor observados em todo o mundo, multiplicando-se ainda os casos L que, sob influência das sulfonas, passaram a apresentar reações com pontos de contacto com o polo T.

A C.H. não está ainda suficientemente aparelhada para a perfeita classificação prática desses casos, nem para sua compreensão teórica. No polo tuberculóide, admite a C.H. a existência de estados reacionais, com estruturas histológicas indecisas, bacterioscopia positiva e leprominoreação freqüentemente negativa; isso significa que, diante de um exemplo de conflito de fatores, a C.H. concede preponderância ao fator clínico e parcialmente ao histopatológico (leprides clinicamente tuberculóides, histologia tuberculóide mais ou menos impura) sobre a bacterioscopia e a imunologia.

Admitir, porém, como o faz a C.H. em sua redação atual, no polo T — imune, benigno, bacterioscopicamente negativo — a massa de casos reacionais leprominonegativos, bacilíferos, de histologia e mesmo de aspectos clínicos apontando para a malignidade do tipo L — é derrubar todo o edifício doutrinário sobre que se assenta a classificação.

Por outro lado, dar preponderância para os fatores de malignidade e considerar tais casos no polo L, com suas lesões clínica e histologicamente às vezes muito vizinhas do polo T, não seria convenção de aceitação mais fácil.

Em nossa experiência, que é provavelmente a de outros observadores, há uma gama de casos que vão gradativamente desde o polo T até o polo L, com toda a espécie de degraus intermediários. Não vemos solução apropriada, dentro do espírito da C.H. e das necessidades práticas, a não ser a inclusão desses casos em um grupo transicional ou limítrofe, independente dos tipos L e T polares. Esses casos surgem mais frequentemente na prática sob aspectos agudos ou sub-agudos, mas podem ser verificados em estádios tórpidos. Suas características clínicas, histopatológicas, imunológicas e bacteriológicas devem ser definidas como o foram os demais tipos e grupo.

4 — *A designação das formas transicionais ou limítrofes ("borderline") e a proposta "Bipolar".*

E' curioso observar que os termos Transicional, Intermediário, Limitante, Limítrofe têm como iniciais T, I e L, o que torna inconveniente seu emprêgo, por provocar confusões de simbolização com os demais tipos. A palavra "borderline" de Wade, amplamente empregada em todos os países e mesmo entre nós na linguagem leproológica falada, dificilmente seria aceita em nosso vocabulário médico.

Julgamos útil procurar um termo com a mesma significação e com a mesma inicial B, pois que se poderia chegar a uma simbolização comum com as dos autores de língua inglesa. Apresentamos como sugestão à Sociedade Paulista de Leprologia ⁵ o termo "Bipolar", já que os casos participam de características próprias de um e outro polo.

Corresponderiam pois os casos "bipolares" aos atuais "borderline", "limitantes", "transicionais"; a designação substituiria com vantagem, a nosso ver, a nova proposta de Khanolkar ⁵ — "dimorfo" — do ponto de vista de simbolização e de situação no conceito "polar" da C.H., tão bem expresso por Rabello ⁹.

No primeiro manuscrito deste trabalho não tínhamos chegado a designação satisfatória para todas as exigências. Na Reunião do Rio sugerimos a designação "bivalente", que foi aceita. O termo "bipolar" mais recente, parece-nos mais apropriado.

5 — *A necessidade de sistematização paralela dos tipos tórpidos e de seus estados de reação.*

Está, a nosso vêr, acertada a C.H. ao não criar formas ou tipos à parte apenas para abranger casos em fases agudas ou sub-agudas. Fa-

zê-lo seria admitir mais um fator — a evolução aguda — para complicar ainda mais o problema.

Aos tipos L e T se acrescentaria o tipo I (e não mais "grupo I" — decisão da Reunião do Rio) e um grupo B (bipolar), êste com características clínicas intermediárias ou combinadas de L e T.

Todos êstes tipos se apresentam ora na fase tórpida, ora em reação, aguda ou sub-aguda, com exceção do tipo I, cuja reação assume geralmente o aspecto de reação T ou B.

Ficaria assim cindida a atual "tuberculóide reacional" da C.H. em duas seções distintas:

a) aquela em que todos os fatores classificativos apontam homogêneamente para o polo T. E' a "tuberculóide reacional" verdadeira, simples "reação do polo T", benigna, bacterioscopicamente negativa, lepromino-positiva. Apenas clínica e histologicamente surge elemento flegmático mais ou menos menos intenso que se superpõe às antigas leprides tórpidas ou explode em áreas prèviamente sãs. Passada a inflamação aguda, o processo volta à torpidez benigna do polo T, ou à cura;

b) aquela em que os fatores estão em conflito, apontando discreta ou claramente para o polo L: misturas clínicas e histológicas com aspectos lepromatosos, com tendência à difusão, bacterioscopia positiva, lepromino-negatividade. O surto pode envolver ou passar para o tipo L. Quadros análogos se observam em casos lepromatosos típicos submetidos à sulfonoterapia. Os doentes com estas características não deveriam ser considerados tuberculóides reacionais, mas sim "*bipolares reacionais*". Não se justifica, dentro dos próprios princípios da C.H. a conservação dêstes casos no polo tuberculóide.

As reações habitualmente observadas na lepra lepromatosa apresentam-se com nódulos e placas nodosas inflamatórias, com o aspecto do eritema nodoso, geralmente acompanhados de febre mais ou menos intensa e prolongada e outras manifestações gerais — é a "lepra reaction" dos autores de língua inglesa, traduzida para os meios latinos como "reação leprótica". Esta expressão é criticada por Souza Lima e Maurano ⁷, pois que ela sugere uma especificidade de que aquele surto não goza, já que quadros semelhantes se observam fora da infecção leprosa. Também Bechelli e Rotberg ⁸ lembram quadros de eritema nodoso em infecções outras, como a tuberculose, o reumatismo, a moléstia de Nicolas-Favre, assim como em consequência de ingestão de certas drogas como os salicilatos, os brometos e a antipirina, em indivíduos sensibilizados.

Souza Lima e Maurano ⁷ preferem considerar aquele quadro como correspondente ao "eritema nodoso" da lepra, reservando o termo de "reação" da lepra lepromatosa à lepromatização aguda, ou seja, ao aparecimento brusco de lepromas ou à exacerbação dos preexistentes, e correspondendo, tipo a tipo, à "tuberculoidização" aguda da reação tuberculóide.

A este tipo de reação, relativamente infreqüente, designaremos "lepromatoso reacional", para concordância léxica com o "tuberculóide reacional" (*).

6 — *Emprêgo do termo "infrapolar" para os chamados aspectos "indeterminados".*

Os defeitos dos termos "indeterminado", "incharacterístico" e outros semelhantes já referidos podem ser evitados por um regresso à expressão "inflatória simples", que, nos estudos que originaram a C.S.A. figura como sinônimo e alternativa de "incharacterística".

Essa designação "inflatória simples" foi defendida posteriormente por Aguiar Pupo, Souza Campos e Rotberg ¹⁰ e por outros autores, como nós próprios, no estudo mencionado ¹ e, mais recentemente, na Reunião do Rio; esta reconheceu naquele sinônimo vantagens sôbre a atual denominação "indeterminada" da C.H., além de representar expressão histopatológica fazendo boa companhia aos polos "tuberculóide" e "lepromatoso", do mesmo vocabulário.

Uma apreciação mais recente da questão, já por ocasião da redação definitiva dêste estudo, nos apontou alguns inconvenientes da expressão "inflatória simples". Se tivermos que chegar a uma convenção que nos autorize, para fins práticos, o fator clínico como suficiente para o diagnóstico de tipo, teríamos que admitir uma certa percentagem de casos histopatologicamente tuberculóides ou lepromatosos, e empregar na linguagem falada ou escrita expressões como "caso inflamatório simples com estrutura lepromatosa ou tuberculóide". A todo o momento, diante de uma audiência não leproológica, ver-nos-íamos obrigados a referir a convenção

(*) A divisão dos fenômenos agudos da lepra lepromatosa em "eritema nodoso" e "tipo lepromatoso reacional" foi a proposta original dêste trabalho, que defendemos na Reunião do Rio. Nesta decidiu-se voltar à expressão "reação leprótica" para o primeiro caso. Na redação final retornamos à proposta primitiva, tendo em vista não só as considerações expostas como ainda o fato de estar a designação "lepra reaction" em desfavor entre os próprios autores de língua inglêsa, segundo informação verbal de Souza Lima, recentemente confirmada (11).

que nos tivesse autorizado esse defeito de lexicologia médica e a nos desculpar por ter utilizado um termo consagrado de histopatologia com sentido diverso.

A solução seria procurar uma designação, que não se compromettesse demais com possíveis discordâncias histopatológicas. Dentro do espírito da C.H. e por analogia com o termo "bipolar", acima proposto, sugerimos à Sociedade Paulista de Leprologia a designação "infrapolar" — isto é, fora e abaixo dos polos, para os quais pode progredir ou dos quais pode provir. Conservar-se-ia ainda o símbolo I, já muito entranhado na literatura leproológica.

E) PROPOSTA DE GUIA CONVENCIONAL PARA A PRÁTICA DA CLASSIFICAÇÃO DE HAVANA MODIFICADA

a) *Princípios gerais.*

1 — A classificação será feita, sempre que possível, diante do estado atual da moléstia. Excepcionalmente se admitirão considerações evolutivas para o diagnóstico de tipo.

2 — Concede-se preponderância ao fator clínico, que será suficiente para o diagnóstico de tipo.

3 — Na impossibilidade de orientação clínica, e só nesta eventualidade, utilizar-se-ão o fator histopatológico ou o imunológico, de acordo com os casos e com a orientação que segue.

b) *Prática da classificação.*

1 — Os casos com lesões discrômicas ou eritêmato-discrômicas, com as características da C.H., são considerados no tipo I (indeterminado ou "infrapolar") ainda que apresentem discretos sintomas iniciais de evolução para L ou T e ainda que um estudo histopatológico subsequente demonstre estruturas próximas ou dentro destes tipos L ou T.

2 — São ainda considerados no tipo I ou infrapolar os casos envolvidos dos tipos L ou T, desde que não mais apresentem sintomas clínicos desses tipos. Poder-se-á acrescentar, nestes casos, à palavra "infrapolar", a expressão "residual de L" ou "residual de T", quando possível e necessário, sem que isso venha a alterar a classificação "infrapolar" fundamental.

3 — Exceção: Os casos com lesões cutâneas conhecidas como "indeterminadas" ou "incharacterísticas", residuais ou não, mas que se acompanhem de nevrite nodular ou caseosa, passam para o tipo "tuberculóide" (*).

4 — A lepromino-reação e a bacterioscopia poderão ser negativas ou apresentar diversos graus de positividade, sem alteração da classificação "I". Os dados assim obtidos poderão figurar como complemento útil do tipo. Exemplo: "I lepromino-positivo", "I bact. positivo".

NOTA — Assim definido, o tipo Infrapolar abrange todos os casos "incharacterísticos" da C.S.A. e "indeterminados" da C.H., incluindo também os "pré-lepromatosos" e "pré-tuberculóides" e os "residuais". Fica muito facilitada a prática da classificação sem prejuízo do seu espírito "polar", já que os casos infrapolares não apresentam as características clínicas L ou T.

5 — Os casos tórpidos do grupo B (bipolar ou "borderline") apresentam características cutâneas somadas ou indecisas dos tipos L e T. São lesões eritematosas ou eritemato-discrômicas, de colorido uniforme ou marginadas, lembrando o tipo T; mas, por outro lado, com certa tumidez ou difusão de bordas, ou certas tonalidades tendendo para o acastanhado ou fulvo, lembrando as "máculas pigmentadas" do tipo L.

6 — Os casos com as lesões lepromatosas, já suficientemente conhecidas, serão considerados tipo L, desde que a clínica seja bastante para a classificação.

7 — Os casos com leprides marginadas e granulosas tórpidas são considerados tipo T.

8 — Os casos sem lesões cutâneas, mas apenas com manifestações nervosas puras ("casos neurais puros" ou "neurotróficos") serão assim considerados:

a) se apresentarem espessamento nervoso nodular, ou em rosário, ou com indícios de caseificação — serão considerados, apenas por esse dado clínico, — tuberculóides (**);

(*) Esta exceção foi adicionada a este trabalho após a Reunião do Rio, que decidiu considerar a nevrite nodular ou caseosa suficiente para o diagnóstico clínico do tipo T.

(**) Proposta da Reunião do Rio, incorporada neste trabalho.

b) todos os demais casos serão considerados "neurais puros", adiando-se a classificação polar até que se possa realizar a leprominoreação.

— A R. de Mitsuda francamente positiva (++) ou mais) classificará o caso como "tuberculóide".

— A R. de Mitsuda negativa ou fracamente positiva classificará o caso como "infrapolar" (*).

9 — Os casos "em reação" deverão ser incluídos em um dos tipos polares L ou T ou no grupo B (bipolar ou "borderline") e não constituirão tipos especiais. Serão considerados apenas "reação dos aspectos tórpidos".

10 — O surto agudo de lesões lepromatosas ou a tumefação súbita dos lepromas pré-existentes será classificado como "tipo L reacional" — relativamente raro.

11 — Os nódulos e as placas nodulares congestivas do tipo conhecido como "eritema nodoso" classificarão o caso como "lepromatoso" em "eritema nodoso", muito freqüente.

12 — Os casos com lesões agudas ou sub-agudas de aspecto clínico tuberculóide deverão ser divididos

— Em primeira instância pelos dados clínico-anamnésicos (fazendo-se assim uma concessão prática ao critério evolutivo):

a) quando a reação incide num caso sabidamente tórpido e tipicamente tuberculóide de início, quer se trate de simples reativação de lesões preexistentes quer do aparecimento de lesões novas — e o "tipo tuberculóide reacional" (*);

(*) Convenção aceita na Reunião do Rio. E' evidente que, a rigor, a R. de Mitsuda negativa poderá corresponder tanto a uma estrutura inflamatória simples como à lepromatosa, mas preferiu-se, na impossibilidade de biópsia rotineira, o diagnóstico menos grave, de "inflamatório simples". O termo "infra-polar" aqui usado é posterior à Reunião do Rio.

(*) Adota-se aqui, após a Reunião do Rio, a expressão "tuberculóide reacional" proposta por Souza Campos, em lugar de nosso primitivo "reação tuberculóide". Nessa Reunião reconheceu Souza Campos que as diferenças que admitia entre a "tuberculóide reacional" e a "reação tuberculóide" de Wade não devem contribuir para agravar a confusão terminológica.

b) quando a reação incide num caso sabidamente L de início — é o "tipo bipolar reacional".

— Em segunda instância, pelos dados objetivos puros, quando faltem os dados anamnéticos e evolutivos acima referidos:

a) as leprides nitidamente marginadas e granulosas, que se distinguem das lesões tuberculóides tórpidas apenas por exagero de coloração e infiltração, em virtude do caráter agudo ou sub-agudo do surto — constituem o tipo "tuberculóide reacional";

b) as leprides agudas ou sub-agudas de qualquer aspecto clínico que coexistam com lesões neurais típicas de T (nevrite nodular, caseosa, rosário ou sequelas de caseose) — serão classificadas "tipo tuberculóide reacional";

c) a tonalidade fulva e a difusão das bordas de uma ou mais das leprides do surto, classificarão o caso como "bipolar reacional".

— Em terceira instância, pela lepromino-reação: Não havendo em instâncias anteriores elementos para a classificação do caso, este será submetido à lepromino-reação.

a) A lepromino-reação forte (++ e +-F+) classificará o caso como "tuberculóide reacional";

b) a lepromino-reação negativa ou fraca classificará o caso como "bipolar reacional".

NOTA — A nosso ver o fator imunológico tem aqui maior valor elucidativo que o histopatológico, além de mais facilmente praticável. E' muito comum observar-se no mesmo surto reacional lesões de vários aspectos, próximos de um e outro polo, o que obrigaria, na realidade, à multiplicidade de biópsias para o perfeito diagnóstico de tipo, ao passo que uma única reação dá idéia mais clara do conjunto orgânico. Na ausência de lepromino-reação serão considerados os resultados histopatológicos.

F) ESQUEMA DA CLASSIFICAÇÃO DE HAVANA MODIFICADA

	<i>Reações agudas e subagudas</i>
Tipo infrapolar (I)	
Tipo lepromatoso (L)	{ Eritema nodoso (L N) Lepromatosa reacional (L R)
Tipo tuberculóide (T)	Tuberculóide reacional (T R)
Grupo bipolar (B) ("borderline")	Bipolar reacional (B R)

SUMMARY

Fundamentation and Proposition of Modification of the Classification of Types of Leprosy of Havana, presenting a Guide for Practical Use. ()*

The author stresses the theoretical importance and the practical advantages of the Classification of types of leprosy adopted in Havana (C.H.) but shows some obscurities and doubts that could be eliminated in order to give the C.H. more scope. Most of the difficulties arise from the fact that the types and group of the C.H. are characterized by 4 factors — clinical aspects, histopathology, immunology and bacteriology. No problems appear when all factors point towards the "benign" (tuberculoid) or the "malign" side (lepromatous), but when the factors point towards opposite directions, the examiner is not sure of which of the conflicting factors should be considered or if a new type should be made. This is the case of the "borderline" lesions, which do not fit clearly in any of the "polar" types. The C.H. includes such borderline cases (lepromin negative, bacteriologically positive) in the tuberculoid pole which is thought to be an inconvenient solution, as it shakes the criterion of "benignity" fundamentally attributed to this pole. The author suggests that the borderline cases should be made a special group. The word "bipolar" for this group, sharing factors of both poles, is suggested for use in the Latin languages, as it fits the "polar" doctrine of the C.H. and would keep the symbol B of the English "borderline". Curiously, all other names in common use — "limitant", "intermediate", "transitional" carry

(*) This paper was intended for later publication, but its general outline was reported at a meeting of the "Associação Brasileira de Leprologia" (Rio de Janeiro, October, 1952) and discussed by Fernandez (Argentina), Rabello, Bechelli, Souza Campos, Azulay, Portugal and other leprologists. It was then decided, after Souza Campos' proposition, that this publication should be anticipated, with the changes and additions of the attending specialists. The reason for this anticipation is the supposition that this paper, thus modified, could contribute for the discussion on the subject "classification" by the Experts of the U.N.O. in their coming meeting in Rio de Janeiro and São Paulo (10-20 November, 1952).

initials of the other types and group of the C.H. By analogy, and as a substitute for the criticized "negative" words — "indetermined", "uncharacteristic" — the name "infrapolar" is suggested.

Another difficulty is the simple anaesthetic hypochromic or erythematodyschromic macule. The C.H. does not say whether "all" factors should be investigated or if one or some of them would be enough. In the first case, no classification could be made without a biopsy and bacteriological and immunological investigations: this would be certainly the most correct solution, but it would make the C.H. almost unpractical. The second alternative allows a single factor — the clinical aspect — to define the case as undetermined ("infrapolar") which makes the classification much easier, although a certain percentage could show early lepromatous or tuberculoid changes. This is one of the many instances that call for a general agreement and a final settlement. The author personally thinks that the practical conveniences of the second alternative outweighs the disadvantages of the relatively small percentage of discrepancies between clinical and pathological aspects.

Many other difficulties are shown. The patient with neural lesions only, cannot, by clinical symptoms alone, be classified in any type or group of the C.H.. As the C.H. is mute about such a case, some authors would then abstain from classifying, some would require a nerve biopsy, usually impossible or impractical, some still would judge from the result of a lepromin test, some others, finally, from evolution. The residual and burnt out cases can be classified according to what they "are" or to what they "were".

Summarizing — different observers, from different points of view and/or with different technical facilities, will very likely put one single case in different classes, as the C.H. gives only a general definition but does not settle a "rule" for the practical classification, especially for the cases which do not fall neatly inside the main types and group.

Therefore, a system of "rules" or a "guide" should, in the authors opinion, follow an attempt at classification. This "guide" should be conventionally elaborated and should set close definitions agreed upon by a Congress, in order to avoid personal interpretations when it comes to the practical field. The need for a conventional guide of this kind has been suggested by the author since 1945 (Bibliography, 5) but now he himself has taken the initiative of preparing one, only as an example of what he thinks could be useful for the purpose. The "guide" has

- a) general principles (classification according to the "present" symptoms, preponderance of the clinical factor, use of histopathology and immunology when clinic alone is not directive) and
- b) practical rules for classification. These could hardly be summarized, but a translation of one of the rules would show the general idea.

"Cases without skin lesions, with neuritic symptoms alone (pure neural or neurotrophic cases) will be classified:

- 1) If nodular or caseating thickening of the nerve is present — tuberculoid.
- 2) All other cases should be classified as "pure neural", the polar classification of Havana being postponed until a lepromin test can be performed.

- a) A strong (++ and +++) lepromin test will classify the case as Tuberculoid;

b) A negative or weak (+) test will classify the case as I (infra- polar)".

It is obvious that the result of the lepromin test does not necessarily reflect the pathology of the nerve. The rule is only suggested as a practical and convenient way of handling this particularly difficult problem, but would need a referendum from a Congress.

The changes suggested in the classification of Havana call for a new group (B = bipolar or borderline) which could be torpid, although it is much more frequent in the reactive stage (Reactional Bipolar). This should be distinguished (the guide gives the clinical, pathological and immunological directives) from the Reactional Tuberculoid, which, except for the inflammatory symptoms, keeps all other benign characteristics of the tuberculoid type — negative bacteriology, positive lepromin test.

BIBLIOGRAFIA

1. Rotberg, A. — Sobre a classificação sul-americana. Rev. Bras. Leprol., 13:177-192, 1945.
2. Souza Lima, L. — Sobre a classificação sul-americana das formas de lepra. Rev. Bras. Leprol., 13:135-142, 1945.
3. Rotberg, A. — Contribuição para o estudo da classificação de tipos de lepra. 3ª Conferência Panamericana de Leprologia, Buenos Aires, 1951.
4. Wade, H. W. e Rodriguez, J. N. — Borderline tuberculoid leprosy. Int. Jr. of Leprosy, 8:307-331, 1940.
5. Rotberg, A. — Emprêgo dos termos "bipolar" e "infrapolar" para os aspectos intermediários e indeterminados. Comunicação à Soc. Paul. Leprol., sessão de 10-11-1952.
6. Khanolkar, cit. por Cochrane — Classification of Leprosy. Editorial. Int. Jr. of Leprosy, 19:337-349, 1951.
7. Souza Lima, L. e Maurano, F. — Reação leprótica. Monografia do Serv. Nac. Lepra. Rio de Janeiro, 1949.
8. Bechelli, L. M. e Rotberg, A. — Compêndio de Leprologia. Edição do Serv. Nac. Lepra. Rio de Janeiro, 1951, pg. 81.
9. Rabello, F. E. A. — Questões em discussão sobre a classificação das formas de lepra. Arquivos de Higiene, 8:59-76, 1938.
10. Aguiar Pupo, J., Souza Campos, N. e Rotberg, A. — Parecer da Comissão de São Paulo (sobre o relatório e questões apresentadas por Souza Lima [2]). Rev. Bras. Leprol., 13:155-161, 1945.
11. Report of Committee on Terms and Definitions. Int. Jr. of Leprosy, 20: 390, 1952.