

NATUREZA E SÉDE DAS LESÕES INICIAIS DA LEPROSA

ARTHUR T. CAMARGO F.º
Dermatologista

e

Luiz M. BECHELLI
Clinico do Asilo-Colônia Cocais

Dentre as multiplas questões ainda controvertidas da lepra, destacam-se, sem duvida, os estudos referentes ao aparecimento e á localização das lesões iniciais.

Dada a dificuldade de argumento experimental decisivo, para elucidar certos fenomenos patogenicos da infecção leprosa, são ainda os estudos epidemiologicos os mais demonstrativos e os que maiores contribuições trazem, quando baseados em um elevado numero de doentes. Embora não se podendo procurar neles explicação para todas as incognitas, fornecem, entretanto, dados mais convincentes, porque falam as cifras, os melhores argumentos e os que mais se impõem, quando a etiopatogenia pouco ou nada explica.

Mas, para isso, necessario se torna recorreremos a um grande numero de casos para poder julgar de conjunto e concluir com um numero elevado de observações. Mesmo assim, somos levados muitas vezes a incorrer na ingerencia de conclusões prematuras.

Isto posto, concebido segundo o que acima expuzemos, encorajámo-nos ao presente trabalho, no qual sintetizamos as nosas ideias.

O inquerito, a que procedemos, foi um inquerito minucioso em 1.087 doentes, internados no Asilo-Colônia Cocais, chamados, um por um, e interrogados escrupulosamente, afim de colhermos dados preciosos sobre o inicio da sua doença.

Êste interrogatorio visou colher dados positivos, evitando todas as cansas possiveis de erro, afim de não elaborarmos em falsos conceitos e sim basearmo-nos em fatos concretos. Para isso, muitos doentes foram reclamados á nossa presença, mais de uma vez, para esclarecerem certos pontos que nos pareceram obscuros e muitos outros

dispensados por se mostrarem indecisos nas suas informações. E os dados, assim obtidos, comparados com os da ficha inicial, quando da sua internação.

Sabemos perfeitamente que a condição ideal para o nosso estudo seria surpreender clinicamente a manifestação primária da doença, o que não nos é possível pelo fato de trabalharmos em Hospital. As observações deste tipo são mais numerosas nos ambulatorios, onde são examinados grande numero de comunicantes, ou nos preventorios, onde estão internadas as crianças, filhos de leprosos, sujeitas a exames continuos e periodicos. Entre os comunicantes examinados no Asilo-Colonia Cocais e que depois se tornaram doentes, apenas em 16 existia uma lesão unica, que poderia corresponder á manifestação inicial. Numero muito pequeno, portanto, que em absoluto não nos permite inferir sobre o assunto.

Na pesquisa destes commemorativos, entrevemos o obstaculo á verdade. Realmente, os interrogatorios deixam de ter certo valor quando não se trata de individuos inteligentes e instruidos, que têm o habito de se observarem e sabem traduzir claramente suas sensações. Outras vezes, as informações anamnesticas são vagas, imprecisas, ou mesmo intencionalmente erroneas. Além do que, a primeira manifestação percebida frequentemente pelo doente é apenas um episodio de uma longa evolução morbida.

Releva, porém, considerar o fato de ser o nosso inquerito feito em doentes, na maioria adultos, todos doceis, internados já ha alguns anos no Hospital, bastante ambientados, e, portanto, conhecedores da sua doença e capazes de darem informações seguras sobre o inicio da mesma, o que exclue, além do mais, a possibilidade de sonegação por má fé.

Não é, pois, demais repetir, que nem sempre as estatísticas, baseadas em informações de doentes, fornecem dados fieis, estando sujeitas a falhas, falhas estas decorrentes não sé da sonegação por parte dos doentes, como tambem por ignorarem eles inteiramente o inicio da sua doença, dado o polimorfismo com que se revestem os seus sintomas. É o que acontece com certos sintomas objetivos, ás vezes, atipicos, que passam despercebidos, quando não atribuidos a outras doenças, pelos proprios doentes e pelos medicos não familiarizados com estas formas de lepra.

O mesmo podemos dizer dos sintomas prodromicos, que nada fendo de, caracteristico, não são considerados patognomonicos da lepra, por serem analogos aos que se encontram no início das molestias infecciosas em geral. Os prodromos raramente faltam, diz LELOIR (13), se bem que, em casos excepcionais, eles não possam ser encontrados mesmo nos doentes inteligentes e observadores. Mas, na realidade, dada a natureza fugaz e a pouca intensidade com que se revestem estes sintomas, passam muitas vezes despercebidos, ou, quando existem, são atribuidos a outras causas que não a lepra.

Computámos s6mente os sintomas prodromicos intimamente relacionados e condizendo com outros sintomas subjetivos ou objetivos subsequentes peculiares á lepra. Dos poucos sinais prodromicos gerais, referidos pelos nossos doentes, nenhum nos convenceu da sua natureza leprosa, visto que, quando não coincidiam com o aparecimento de uma molestia infecciosa, eram mascarados por outros sintomas concomitantes, tornando-se impossivel individualizá-los. Dai a predominancia dos sinais prodromicos disestesicos, consignados neste trabalho. Sendo estes melhores definidos, apesar da sua extrema variabilidade, relacionam-se intimamente com outros sintomas nervosos indubitaveis da lepra que, no dizer de JEANSELME (9), são já a expressão da neurite que se está instalando. Sabe-se que os nervos não oferecem nenhuma dificuldade á invasão local dos bacilos e do processo leproso e, por isso, aí se multiplicam facilmente. A acentuada predileção dos bacilos da lepra para os filetes terminais dos nervos, reproduzindo o tipo mais completo da neurite periferica, explica o aparecimento tão frequente dos fenomenos deles decorrentes.

No interrogatorio procedido em 1.087 doentes, encontrámos 226 (20,6%) que se referem á existencia de sintomas prodromicos, que para comodidade de descrição, serão tratados oportunamente no decorrer deste trabalho.

No tocante á localização preferencial das lesses, a lepra se comporta, até certo ponto, como as outras dermatoses. A interferencia de fatores tanto de ordem extrinseca como de ordem intrinseca concorre para que as lesões se localizem neste ou naquele lugar, tenham a sua predileção para este ou aquele orgão, ou tecido.

Assim como a constituição individual de cada um determina a qualidade da manifestação, é ela que concorre, de uma parte, para que estas se localizem neste ou naquele lugar do corpo, onde já existe um "locus minoris resistentiae". Verificamos muito amiúde, nos nossos doentes do Hospital, que a preferencia das lesões é sempre onde ha urna miopragia.

Dos fatores de ordem extrinseca, ocupam lugar de destaque os habitas de vida, peculiares aos habitantes de cada região. É assim que, COGNACQ e MOUGEOT (2), na Indo-China ; ROGERS e MUIR (17), na India ; RODRIGUEZ (16), HERNANDO e ALOMIA (7), LARA e DE VERA (12) e PLANTILLA (15), nas Filipinas, verificaram que as lesões iniciais aparecem mais frequentemente nas partes do corpo desprotegidas pelas vestes. Mas, é preciso notar que nesses países, onde o clima é excessivamente quente, os seus habitantes, na maioria indigenas, tem as suas vestes muito rudimentares, trazendo descobertos o tronco, os membros superiores, os joelhos, as pernas e os pés. Na Islandia, onde o clima é rigorosamente frio, EHLERS (3) observou que as primeiras manifestações da lepra aparecem na face ou nas mãos, regiões estas as únicas descobertas do corpo.

Data de há muito tempo a observação sobre as manifestações iniciais comecem ao nível das partes descobertas do corpo. LAMBLIN (11) e depois ZAMBACO (22) disseram que as manchas e os tuberculos comecam ao nível das partes descobertas. Esta opinião é absoluta para LELOIR (13). Se as manchas comecam muitas vezes pela face e pelas extremidades dos membros, diz, não é menos verdade que elas comecem muitas vezes pela raiz dos membros, as na-degas sobretudo, o dorso e mesmo o abdome, e que estas regiões, se bem que cobertas na maior parte dos povos, sejam consideradas tambem como focos de predileção.

No nosso inquerito de 1.087 doentes, verificámos existir evidentemente uma predileção das lesões para as partes descobertas do corpo.

Apresentamos, no quadro abaixo (quadro I), o resultado da nossa estatística, mostrando as regiões do corpo, onde se localizaram as manifestações iniciais:

SÉDE	N.º	%
CABEÇA	202	18,59
Fronte	17	1,56
Regiões superciliares	21	1,93
Palpebras	11	1,02
Orelhas	14	1,29
Face	36	3,31
Nariz	67	6,17
Mento	16	1,47
Pescoço	20	1,84
TRONCO	46	4,23
Espaduas	12	1,10
Torax	15	1,38
Abdome	19	1,75
MEMBROS SUPERIORES	267	24,56
Braços	21	1,93
Cotovelos	60	5,52
Antebraços	45	4,14
Punhos	20	1,84
Mãos	121	11,13
MEMBROS INFERIORES	571	52,62
Nadegas	25	2,29
Coxas	55	5,06
Joelhos	63	5,80
Pernas	148	13,61
Tornozelos	27	2,49
Pés	221	20,33
Generalizada	33	3,04
TOTAL	1.087	100,00

Quadro I

Analisemos. Eliminados da estatística o tronco; dos membros superiores, os braços; as nadegas, as coxas e os joelhos, dos membros inferiores, bem como os casos de erupção generalizada, as outras re-

giões, representadas por 844 (77,64%), são regiões do corpo desprotegidas pelas vestes, principalmente nos trabalhadores rurais, que constituem a maioria dos nossos doentes.

É interessante o estudo dos fatores, que parecem condicionar a preferência das lesões para as partes descobertas do corpo. ROGERS e MUIR (17) pretendem explicar o mecanismo do aparecimento das lesões nas orelhas, pelo fato de serem estas comprimidas durante a noite, ao dormir, acarretando uma diminuição e parada da circulação nos capilares, o que permite a fixação de bacilos e o início das lesões. Lembra ARNING (1) que nos países tropicais, onde os habitantes andam descalços, as primeiras manifestações da doença se observam muitas vezes nos membros inferiores. Observações idênticas foram feitas por WURTZ e LEREDDE (21), na Abissínia; GEILL (5), na Ilha de Java; EHLERS e CAHNHEIM (4), na Ilha de Creta.

Procurando averiguar se havia alguma relação entre a sede das manifestações iniciais aparentes nos membros inferiores e o fato dos doentes andarem descalços ou calçados, conseguimos apurar que, de 931 casos, 421 (45,22%) andavam descalços e 510 (54,78%) andavam calçados. Os restantes, 116, andavam; indiferentemente, ora calçados ora descalços. Dos 421 doentes, que andavam descalços, em 239 (56,77%) e dos 510, que andavam calçados, em 245 (48%) a manifestação inicial apareceu nos membros inferiores.

Deste nosso estudo estatístico, vemos claramente que, entre os indivíduos que andavam descalços e os que andavam calçados, não ha nenhuma relação no aparecimento das manifestações iniciais nos membros inferiores. Não ha praticamente uma diferença apreciavel. Donde nenhuma outra conclusão nos resta a não ser o fato de procederem os nossos doentes, que andavam descalços, de zonas não pedregosas, que de outro modo não se explicariam os traumatismos frequentes dos pés, tornando-os sede comum das primeiras manifestações da doença, assim como observaram ROGERS e MUIR (17) em certas regiões da India. Esta explicação nos satisfaz, por enquanto, uma vez que, além de serem, entre nós, extremamente raras as regiões pedregosas, o uso do calçado está mais difundido entre os nossos trabalhadores rurais, do que entre os habitantes daquele país. Em compensação, as outras partes descobertas do corpo, que estão sujeitas a contactos directos e frequentes com as do doente, a traumatismos de qualquer natureza, escoriações, picadas de insetos,

produzem soluções de continuidades, que favorecem a inoculação do bacilo da lepra.

Para melhor sistematização dos sintomas e também para comodidade de descrição, estudaremos, em primeiro lugar, as lesões cutâneas e nasais, e, a seguir, as lesões nervosas e troficas. As suas respectivas sedes serão descritas a proposito de cada uma das lesões.

LESÕES CUTANEAS E NASAIS

Precedidas ou não de prodromos, aparecem na pele lesões, traduzidas por maculas ou lepromas, que se podem mostrar isolados ou assumir o aspecto de erupção generalizada. Estudaremos aqui apenas as lesões cutâneas e nasais aparecidas "d'emblee", isto e, isoladas e não precedidas de outros sintomas.

Resumimos, em um quadro sintetico (quadro II), o resultado destas lesões mais frequentemente encontradas:

LESÕES CUTANEAS E NASAIS	N.º	%
Maculas	253	23,28
Lepromas	45	4,14
Rinite	65	5,98
Reação leprotica	22	2,02

Quadro II

Passamos agora a descrever separadamente estas lesões:

MACULAS. — Apreciadas em conjunto, tanto as maculas eritematosas, como as pigmentares e acromicas (pertencentes as duas ultimas mais particularmente á forma nervosa da lepra, descrita aqui para facilidade de descrição), constituem, em uma grande parte dos casos as primeiras lesões objetivas da lepra, pois em 253 (23,28%) dos nossos 1.087 doentes ela se iniciou por estes sintomas.

As maculas eritematosas são as mais referidas pelos nossos doentes, porquanto 135 (12,41%) são precisos em afirmar serem estas

lesões as primeiras a aparecer, de preferencia na face, localizando-se menos frequentemente nos antebraços, nadegas, coxas, joelhos e pernas.

As maculas acromicas são consideradas como a lesão inicial mais precoce da lepra, depois dos estudos realizados por GOMEZ, BASA e NICOLAS (6), em 1922, em Culion (Filipinas), em crianças, filhos de leprosos. De acordo com o que temos observado, não nos parece que essas lesões sejam assim tão comuns, pelo menos não o são nos nossos doentes do Hospital, na maioria adultos, as quais são referidas apenas por 111 (10,21%) dos doentes, localizando-se principalmente nas pernas e coxas e menos frequentemente nos antebraços e braços, abdomen e nadegas.

As maculas pigmentares são mais raras que as precedentes, referidas apenas por 7 (0,64%) dos doentes, sendo a localização preferencial nos braços, coxas e pernas.

LEPROMAS. — Embora não sejam os lepromas observados com frequencia, e mesmo considerados raros, por LELOIR (13) e pela maioria dos autores, conseguimos apurar que 45 (4,14%) dos doentes apresentaram estas lesões como a primeira manifestação da doença, sendo que os lepromas dermicos (tuberculos) foram observados em 38 (3,49%), localizados principalmente nas pernas, e os lepromas hipodermicos (nodulos) em 7 (0,64%), com sede habitual nos lobulos das orelhas.

RINITE — Incluimos aqui não só a epistaxe, como os sintomas de rinite seca e obstrução nasal, que são considerados, por LELOIR (13), como pertencentes ao periodo prodromico da erupção cutânea ou mucosa, e que representam o inicio da rinite leprosa. Aliás, afirma JEANSELME (9) existir sempre outros sintomas da infecção, precedendo o inicio da rinite. A teoria nasal, defendida por STICKER (19), apesar de vir perdendo terreno, ultimamente, com o advento da escola filipina, tem ainda alguns adeptos.

A rinite, como sintoma inicial da doença, é referida por 65. (5,98%) dos doentes, sendo que destes, 53 (4,88%) referem apenas epistaxes repetidas, enquanto que os restantes, 12 (1,10%), acusam coriza e obstrução nasal.

REAÇÃO LEPROTICA. — O seu aparecimento brusco, constituindo a primeira manifestação da lepra, foi observado em 22 (2,02%) os doentes, localizando-se comumente em pontos multi-

pios, tal sejam as faces de extensão dos braços e antebraços, coxas e pernas.

LESÕES NERVOSAS E TROFICAS

As lesões nervosas da lepra merecem colocadas na primeira plana, visto que assumem elas um carater dominante e duravel. São consequentes a lesões degenerativas dos nervos produzidas pelos bacilos, quer atingidos por eles pela via linfo-hematogenica, ou tendo como ponto de partida uma neurite ascendente.

As lesões troficas, constantes nas irritações neuriticas, apresentam-se isoladas ou completam o quadro neurologico da lepra. Necessario se torna reconhecer, com JEANSELME (9), que os dados insuficientes, que possuimos hoje, serão certamente sujeitos a revisão e que muitas alterações dos tecidos, que estão classificados atualmente entre as lesões troficas, serão no futuro desmembrados deste capitulo.

Vamos ocupar-nos, de acordo com os dados obtidos na nossa estatística, primeiramente das disestesias (pertencentes aos sintomas prodromicos, descritas aqui por serem de natureza nervosa); em seguida, das algias e da anestesia e, finalmente, das lesões troficas.

No quadro abaixo (quadro III), damos, em resumo, o resultado das lesões encontradas:

LESÕES NERVOSAS E TROFICAS	N.º	%
Disestesias	148	13,62
Algias	63	5,80
Anestesia	427	39,28
Bolha	20	1,84
Edema	19	1,75
Madarose	12	1,10
Amiotrofia	7	0,64
Panaricio analgesico	6	0,55

Quadro III

Vejamos agora separadamente cada uma das lesões:

DISESTESIAS. — Dependentes de uma irritação dos filetes terminais dos nervos (formigamento) ou de perturbações vasomotoras (sensação de calor e de frio), mostram-se o mais das vezes nas extremidades dos membros superiores e inferiores, realizando o tipo da acroparestesia. Estes sintomas são referidos por 148 (13,62%) dos 1,087 doentes.

A sensação de formigamento foi observada em 88 (8,09%) dos doentes, principalmente na planta dos pés e na palma das mãos.

A sensação de calor (termestesia) e de frio (criestesia) são referidas por 60 (5,51%) dos doentes, sendo que aquela por 46 (4,23%) e esta por 14 (1,28%), ocupando de preferencia os membros superiores e inferiores.

ALGIAS. — São consideradas sob esta rubrica as neuralgias e as artralguas, visto que os doentes informam dores vagas, que se localizavam indistintamente ao nível dos territorios dos nervos como das articulações. São referidas por 63 (5,79%) dos doentes.

ANESTESIA. — A anestesia constitue um sinal patognomônico da lepra, cujo valor diagnostico e conhecido, ha muito tempo, e sobre o qual bastante insistiram os autores da Idade Media. As alterações da sensibilidade são, no dizer de MONRAD-KROHN (14), essencialmente as de uma polineurite. Afirma e insiste, este autor, que as lesões dos ramos superficiais mais perifericos dos nervos predominam na clinica neurologica da lepra. A anestesia segue, segundo LELOIR (13), a marcha da hiperestesia e das dores neuralgicas. Conquanto seja esta a regra, na maioria dos casos, estes sinais precursores da anestesia, se existem realmente, são de tão pouca intensidade, que passam inteiramente despercebidos dos doentes.

Justificado está o fato de constituir este sintoma o mais importante, ocupando o primeiro lugar, pois foi encontrado em 427 (39,28%) dos nossos doentes. E tão importante e este sintoma que se refletimos, com JADASSOHN (8), de acôrdo com certas observações, a maioria predominante dos casos começa com anestias. Segundo WILSON (20), na Coreia, 96% dos casos se iniciam com anestesia. Tão longe não vamos nós nas nossas observações comuns de lepra. Aproximamo-nos mais de JEANSELME (9), cuja estatística feita em 118 leprosos, foi de 46,61%.

A anestesia se mostra, via de regra, nas extremidades dos membros, ocupando de preferencia, nos membros superiores, as zonas inervadas pelo cubital e braquial cutâneo interno e, nos membros inferiores, pelo ciatico popliteo externo e interno.

BOLHA. — A existencia de bolha, no inicio da lepra, foi observada por LELOIR (13), que preferiu denominar de penfigo precoce. A sua natureza neuro-trofica parece bem estabelecida e aceita pela grande maioria dos autores. Não obstante, JADASSOHN (8) considera a erupção bolhosa como um sintoma toxico, ou a atribue tambem a localizações bacilares transitorias.

O aparecimento de bolha, como primeiro sintoma da lepra, foi referido por 20 (1,84%) dos doentes, localizando-se principalmente no dorso das mãos e dos dedos, parte posterior dos cotovelos e região anterior dos joelhos.

EDEMA. — O edema é produzido por perturbações vasomotoras; os distúrbios troficos são consecutivos a lesões do nervo ciatico, nas extremidades dos membros inferiores, e mediano e cubital, dos membros superiores. Aparece, em consequencia de neurite periferica, atingindo sobretudo os membros inferiores por causa da sua declividade. Foi referido por 19 (1,75%) dos doentes.

MADAROSE. — A alopecia superciliar é um sinal diagnostico de grande importancia, conhecido desde a mais remota antiguidade. Rara nos casos precoces, é quasi constante nos casos evoluídos de lepra.

A queda de pelos pode ser consequente a um disturbio trofico ou a uma lesão leprosa, localizada ao nivel da região superciliar. A lesão trofica não se verifica sisão excecionalmente nos primordios da lepra. Em quasi todos os nossos doentes havia sempre uma outra lesão precedendo o aparecimento de uma lesão de natureza trofica. A ultima hipotese é muito mais plausivel e está inteiramente de acordo com LELOIR (13), que diz ser a queda dos supercillos consequente a maculas que ai se localizaram, depois desapareceram, por serem efemerass, deixando a madarose como único vestígio da sua existencia. Isto porque se viu, muitas vezes, os pelos brotarem após o desaparecimento das manchas. Concorde é a opinião de JEANSELME, BLUM e TERRIS (10), dizendo corresponder esta distrofia pilar á existencia, na sua vizinhança, de uma placa discromica.

Nos nossos doentes, este sinal, podemos dizer, não representa logar de destaque, porquanto sómente em 12 (1,1%) a madarose constituiu o primeiro sinal da lepra.

AMIOTROFIA. — A amiotrofia, diz LELOIR (13), marcha em geral paralelamente com a anestesia. Embora seja esta a regra, diz este autor, não são todos os nervos atingidos simultaneamente, mas o são em geral de um modo mais ou menos sucessivos, podendo um determinado nervo ser atingido, enquanto um outro não; a alteração pode dar-se primeiro sobre os filetes nervosos motores que sobre os sensitivos. Deste modo, pode observar-se anestesia sem atrofia muscular ou reciprocamente. JEANSELME (9) observou um caso de amiotrofia sem anestesia e diz que tudo leva a pensar que os filetes motores foram interessados, enquanto os filetes sensitivos permaneceram indenes. E SOUZA CAMPOS e LONGO (18) apresentaram cinco casos de lepra com amiotrofia da região tenar, dos quais em dois este foi o primeiro e unico sintoma da doença ; os exames eletricos revelaram degeneração apenas dos filetes terminais, motores, do nervo cubital.

A amiotrofia foi referida, como sintoma inicial, apenas por 7 (0,64%) dos nossos doentes, o que prova ser bem rara.

PANARICIO ANALGESICO. — É considerado uma sindroma, podendo ser encontrada em certas formas de lepra. Para realizar-se, é necessaria a associação de um distúrbio trofico e de uma infecção microbiana local. É explicado por que os tecidos, atingidos de anestesia e em estado de hiponutrição, defendem-se mal contra a agressão dos piogenos vulgares, que predominam. JEANSELME (9) encontrou dez casos de panaricio analgesico, em 125 casos de sua estatística. Dos nossos 1.087 doentes, sómente 6 (0,55%) referiram com precisão ser o panaricio analgesico o primeiro sintoma da sua doença.

RESUMOS E CONCLUSÕES

Os AA. procederam a um inquerito epidemiologico, minucioso, em 1.087 doentes de lepra, internados no Asilo-Colonia Cocais, chamando-os, um por um, e interrogando-os escrupulosamente, afim de colherem dados precisos sobre o inicio da sua doença, assim como a sua respectiva localização.

Resalvadas todas as causas possiveis de erro, constantes em trabalhos desta natureza, fizeram um estudo epidemiologico e patogenico das manifestações iniciais encontradas e das suas localizações preferenciais, procurando resaltar, no trabalho, a observação de um material copioso de que dispõem e a maneira com que foi feito o inquerito.

Estudam, em primeiro lugar, as lesões cutâneas e nasais e, a seguir, as lesões nervosas e troficas. As suas respectivas skies são tratadas a propósito de cada uma das lesões.

E concluem :

1.º) As manifestações iniciais mais frequentemente referidas pelos doentes são as de natureza nervosa, representadas por 638 (58,69%) Destas, ocupa o primeiro lugar, destacando-se também dentre as outras lesões, a anestesia, que foi referida por maior numero de doentes, isto é, por 427 (39,28%), localizando-se de preferencia nas extremidades dos membros. Em seguida, os sinais prodromicos, representados por fenomenos disestesicos (formigamento, sensação de calor e de frio), que são referidos por 148 (13,62%), aparecendo de preferencia nas extremidades dos membros superiores e inferiores. E, finalmente, as algias, por 63 (5,8%), instalando-se indistintamente ao nível dos territorios dos nervos como das articulações.

2.º) As lesões cutâneas são referidas por 298 (27,41%) dos doentes. Destas estão em primeiro lugar as máculas, referidas por 253 (23,28%), sendo que as eritematosas, por 135 (12,41%), localizadas de preferencia na face ; as acromicas, por 111 (10,21%), nas pernas e coxas ; e as máculas pigmentares, apenas por 7 (0,64%) dos doentes, cuja localização preferencial são os braços, coxas e pernas. E, por fim, os lepromas, que são representados apenas por 45 (4,14%), sendo que os lepromas dermicos (tuberculos) foram observados em 38 (3,49%), localizados principalmente nas pernas; e os lepromas hipodermicos (nodulos), em 7 (0,64%), com séde habitual nos lobules das orelhas.

A reação leptotica, como primeira manifestação da doença, foi referida por 22 (2,02%) dos doentes, aparecendo comumente em pontos multiplos, tal sejam as faces de extensão dos braços e antebraços, coxas e pernas.

3.º) As lesões nasais, induidas não só a rinite como a epistaxe, coriza e sinais de obstrução nasal, são referidas por 65 (5,98%) dos doentes.

4.º) As lesões troficas ocupam igualmente um plano inferior, na nossa estatística, sendo referidas por 64 (5,88%) dos doentes. Destas, são referidas, pela ordem de frequencia, a bolha, por 20 (1,84%), localizando-se principalmente no dorso das mãos e dos dedos, parte posterior dos cotovelos e região anterior dos joelhos; o edema, por 19 (1,75%), ocupando as extremidades dos membros superiores e inferiores; a madarosis superciliorum, por 12 (1,10%); a amiotrofia, por 7 (0,64%), instalando-se nas mãos; e o panarício analgesico, por 6 (0,55%) dos doentes, com séde habitual nos dedos das mãos.

SUMMARY

The A. concludes that the more frequent and first symptoms observed in leprosy are : —

1st. — The disturbances from nervous origin, represented by 638 (58,69%) cases:

- a) — The anesthesis, commonly noted in the limits of the limbs, in 427 (39,28%) cases.
- b) — The prodromic patches, numbness, hot and cold sensibility, chiefly in the upper and lower extremities, 148 (13,26%).
- c) — The algias localised in the nerves or articulations level, 63 (5,8%).

2nd. — Following, we have the cutaneous lesions, 298 (27,41%), and at the first place are the patches, 253 (23,28%), being : — erythematous, 135 (12,4%), achromics, 111 (10, 21%), and the pigmented only 7 (0,64%).

The lepromas are represented by 45 (4,14%), from this, 38 (3,94%) are dermic lepromas (tubercular) and 7 (0,64%), hypodermics (nodular).

The leptotic reaction was referred as being the first symptom on leprosy, in 22 (2,02%) patients.

3rd. — The nasal lesions are represented in 65 (5,98%) cases.

4th. — Trophic lesions was noted only in 64 (5,88%), cases. — Being, the most common manifestation (following the order), the bubbles, 20 (1,84%), the edema, 19 (1,75%), the "madarosis superciliarum", 12 (1,10%), the amutrophie, 7 (0,64%) and the analgesic panaris, 6 (0,65%), cases.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — ARNING — 1.º Conf. Intern. de la Lèpre (Berlin, 1897). Ann. Dermat. Syph., t. VIII, 1897.
- 2) — GOGNACQ et MOUGEOT — La lèpre en Cochinchine et dans la presqu'île Malaise. Bibl. Intern. Lepra, vol. 1, 1900.
- 3) — EHLERS — citado por Jeanselme (9).
- 4) — EHLERS et CAHNHEIM — La lèpre en Crète. Bibl. Intern. Lepra, vol. 11, 1902.
- 5) — GEILL — 1.º Conf. Intern. de la Lèpre (Berlin, 1897). Ann. Dermat. Syph., t. VIII, 1897.
- 6) — GOMEZ, L., BASA, J. A. and NICOLAS, C. — Early Lesions and the Development and Incidence of Leprosy in the Children of Lepers. Trop Dis. Bull., vol. XX, n.º 2, 1923.
- 7) — HERNANDO, E. and ALOMIA, A. — Biostatistical study of five hundred and fifty cases of Leprosy isolated at the San Lazaro Hospital. Month. Bull. Bur. Health., vol. XIV, n.º 3, march, 1934.
- 8) — JADASSOHN, J. — Pathologia Geral da Lepra (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen). Trad. de R. Margarido. Rev. Bras. Le., vol. V, n.º 1, 3 e 4, março, setembro e dezembro, 1937.
- 9) — JEANSELME, ED. — La Lèpre. Paris, 1934.
- 10) — JEANSELME, BLUM, P. et TERRIS, E. — Les Dyschromies Lépreuses. III.º Conf. Intern. de la Lepra (Strasbourg, 1923). Paris, 1924.
- 11) — LAMBLIN — citado por Leloir (13).
- 12) — LARA, H. and DE VERA — Clinical observations with reference to leprosy in children of lepers. Month. Bull. Bur. Health., vol. XV, n.º 21, january, 1935.
- 13) — LELOIR, H. — Traite Pratique et Théorique de la Lèpre. Paris, 1886.
- 14) — MONRAD-KROHN, G. H. — Observations cliniques sur l'aspect neurologique de la lepre. III.º Conf. Intern. de la Lèpre (Strasbourg, 1923), Paris, 1924.
- 15) — PLANTILLA, F. G. — Transmission of Leprosy. Sites of the single Leprotic Lesions. Month. Bull. Bur. Health., vol. XVI, n.º 4, april, 1936.
- 16) — RODRIGUEZ — The Early Symptoms of Leprosy. Jour. Phil. Isl. Med. Ass., vol. IX, 1929.
- 17) — ROGERS, L. and MUIR, E. — Leprosy. Bristol, 1925.
- 18) — Souza CAMPOS, N. e LoNGo, P. W. — Atrophia circumscripta aos musculos da eminencia thenar como manifestação inicial e residual da lepra. Rev. Bras. Lep., vol. V, março, 1937.
- 19) — STICKER — I.º Conf. Intern. de la Lepra (Berlin, 1897). Ann. Dermat. Syph., t. VIII, 1897.
- 20) — WILSON — citado por Jadassohn (8).
- 21) — WURTZ et LEREDDE — Note sur quelques cas de lepre observés au Choa (Abyssinie). Bibl. Intern. Lepra, vol. 1, 1900.
- 22) — ZAMBACO — citado por Leloir (13).