

# LEPRA E SIFILIS

NELSON SOUSA CAMPOS

*Da Secção de Elucidação  
do Diagnóstico do S. P. L.*

e

FERNANDO ALAYON

*Da Secção de Anatomia  
Patológica do S. P. L.*

Embora a lepra apresente um grande polimorfismo nas suas manifestações para o lado da pele, a sífilis, menos variável, mais esquemática, apresenta todavia manifestações que se enquadram e grandemente se confundem com certos aspetos clínicos da lepra.

Muito recentemente, RAMOS e SILVA, (1) nas aulas do Centro Internacional de Leprologia, focalizou muito bem as dificuldades de diagnóstico entre lepra e sífilis, e lepra e certas formas de tuberculose cutânea. Muito bem diz, RAMOS E SILVA : — "o diagnóstico da lepra ou é muito fácil ou é muito difícil". — Fácil, quando todos os sintomas clássicos, com a positivação das provas de laboratório. Difícil, nesta série infinda, sempre renovada, dos casos incipientes de lesões, que o ambulatório de lepra nos revela diariamente e para a confirmação dos quais, ainda são os argumentos de ordem clinica os decisivos, já que o laboratório pouco informe nos dá com segurança.

Êsse polimorfismo das lesões de lepra, está evidentemente na dependencia de um grande numero de fatores, sobresaindo dentre eles: a natureza da infecção e do fóco infectante: a situação do organismo infectado, com relação á sua imunidade atavica ou congenita : primo infecção ou reinfeção, e sua natureza em relação ao fóco e ao espaço de tempo entre as reinfeções etc. Todos esses fatores, alterando a alergia, modificam ou condicionam por isso, as formas, clinicas, e mesmo a sua evolução. A sífilis, conferindo certa imunidade após a primo infecção, sua evolução depende daí por diante,

---

(1) — Brasil medico — n.º 45 de 6-7-938.

apenas do estado imune alergico individual, não havendo interferencia aqui das reinfeções e é por isso que sua evolução e mais esquemática, e suas lesões menos polimorfas.

Etiologicamente diversas, elas apresentam, todavia, certos aspectos clinicos, que se confundem. São as lesões terciarias da lues e certas manifestações clinicas da lepra tuberculoide, — em ambas as molestias, formas clinicas de alto grão immuno-alergico que apresentam dificuldades sérias de diagnostico. Mas não só as lesões terciarias e tuberculoides são passíveis de confusão. Os exantemas roseoliformes da lepra, são lesões que se confundem com os exantemas roseoliformes da lues secundaria. Recordamos bem, por nos ter sido muito instrutivo, isso ha anos, de um doente que foi encaminhado á Liga de Combate á Sífilis, portador de um exantema roseoliforme, com W. positivo e onde após ter feito o clássico tratamento arsenical, depois pelo bismuto, estava sendo estudado e tido, como um caso arseno bismuto resistente. Sómente com o tempo, quando as manchas que eram roseas assumiram uma coloração cuprica, foi que se pensou em lepra. Os exames posteriores confirmaram o caso. Casos identicos refere RAMOS e SILVA e julgamos que igualmente semelhante a uma sua observação; seja o caso abaixo, que foi enviado ao nosso Serviço com o diagnóstico de lepra e pedido de internação :

*Observação: — Maria J. C. 30 anos, de cor parda, casada, brasileira, de prendas domesticas. Não tem parente, nem se lembra de ter convivido com doente de lepra. Informa que as lesões que apresenta, datam apenas de três mezes, surgindo rapidamente e inicialmente por pequenas manchas eritematosas, que evoluíram e confluíram até o estado presente. Queixa-se de astenia, dolorimento geral do corpo, ás vezes febre.*

*Ao exame: — Apresenta o facies infiltrado por uma erupção de Lesões papulo-tuberosas, mais acentuadas na frente onde são mais confluentes, no labio superior e no cento. São de coloração eritemato-arroxeadas, de superficie lisa e brilhante as mais recentes, seca e com leve descarnação as mais antigas. No pescoço e parte superior do tronco, nos braços, coxas e pernas os elementos não são tão confluentes, são mais de tipo papuloso e papulo escamoso, assumindo em lugares o aspecto circinado, e de coloração mais fulvea. Não havia perturbação da sensibilidade, em qualquer de suas modalidades, nem espessamento de nervos. Foto 1.*

Este caso se assemelhava em tudo a outros dois que já tinhamos observado no Serviço. Isso levou-nos logo á pesquisa de bacilo nas lesões nodulares, para afastar a possibilidade de lepra. Negativa que foi essa pesquisa, em exame clinico cuidadoso do caso, procura; mos os elementos que pudesse chegar a uma conclusão de diagnos-

tico, já agora orientado para a lues. A disposição dos elementos do tronco, da cefaléa e astenia, levou-nos ao diagnostico exato, confirmado pela serologia e posteriormente pelo tratamento específico.



Foto. 1

Os casos de lues segundo-terciaria, podem assumir certa confusão com a lepra sobretudo quando se apresentam com elementos clinicos de aspecto tuberoso. A confluencia desses elementos, a sua coloração, a infiltração que eles acarretam, dão sem dúvida um aspecto que se confunde com a lepra tuberosa. Evidentemente aqui, o laboratorio nos dá uma solução imediata. A pesquisa do bacilo de Hansen no tuberculo é sempre positiva.

Igualmente interessante é o caso seguinte, que foi encaminhado á Secção de Elucidação, por um colega Regional, e no qual o diagnostico poude ser feito rapidamente pelo laboratório.

*Observação:* — *Percida Z.* com 22 anos, brasileira, casada, de prendas domesticas, residente em Campinas neste Estado. Seu interrogatorio pouco informa: não tem parentes doentes de lepra, nem se recorda de ter convivido com algum deles. Quanto ás lesões que apresenta, informa apenas que datam de cerca de um ano, tendo se iniciado com pequenas manchas arroxeadas, que foram crescendo lentamente, até atingirem o estado atual. Não refere nenhum sintoma subjetivo.



Foto 2

*Ao exame:* — Na face antero-externa do antebraço esquerdo, ha uma lesão circinada, em dois semicírculos, constituída de pequenos tuberculos eritematosos, salientes, com leve descamação nos maiores. O centro da lesão é deprimido, ligeiramente atrofico.

Na face anterior da coxa direita, logo acima do joelho, outra lesão, mais ou menos semelhante, porem constituída de tuberculos maiores distribuidos mais irregularmente, com pigmentação escura junto e ao lados dos elementos maiores. Um pouco abaixo, isolados, dois pequenos tuberculos arroxeados, isolados. Foto 2. A sensibilidade era normal, e nenhum outro elemento ou sintoma apresentava de suspeito para Hansen.

O aspecto desses elementos, sobretudo da lesão da coxa, era evidentemente de lepromas, com os quais se confundiam de um maneira notavel. Chamou-nos todavia a atenção não existir no resto do tegumento nenhum outro elemento cutâneo suspeito, apesar de já datar de cerca de um ano os existentes. Por outro, lepromas isolados, apresentando-se como únicas manifestações de lepra, são sem dúvida raridade, que nós não observamos ainda. Mas no caso de lesões tuberosas, o laboratório seria decisivo, e a colheita bem cuidadosa do material deste caso nada revelou ao exame. Pensou-se então em sífilis, diagnóstico que foi confirmado pelo exame de sangue : R. W. e R. de K.++++.

Tratava-se pois de um caso de sífilis terciaria: sífilide tubero-circinada — Uma biopsia da lesão da coxa, revelou todavia uma estrutura nitidamente tuberculoide.

Estes dois outros casos, que se seguem, são igualmente interessantes. Mostra que as dificuldades de diagnostico entre a lepra e a sífilis, são ás vezes bastante grandes, e que a clínica e o laboratório não são ás vezes suficientes para elucidar os casos. A prova terapeutica foi em ambos decisiva.

*Observação:* — Pedro M. com 45 anos de idade, brasileiro, lavrador. Foi-nos encaminhado por um colega do Serviço Regional, como suspeito de lepra. Não teve convívio nem tem parente doente de lepra. Diz não ter tido cancro venereos, apenas tendo tido gonorréa. As lesões que apresenta, datam de tres meses apenas. Iniciaram-se ao mesmo tempo dos dois lados da face, como pequenas manchas eritematosas, que em pouco tempo atingiram o estado em que hoje se apresentam. Não refere nenhum sintoma subjetivo.

*Ao exame:* — Apresenta do lado direito da face, uma lesão arredondada, fortemente infiltrada, de bordos constituídos de pequenos tuberculos, eritemato arroxeados, em disposição de circulo; o centro, mais roseo e um pouco deprimido. No lado esquerdo, lesão mais ou menos com o mesmo aspecto, muito infiltrada, com alguns elementos se dirigindo para o dorso do nariz. Na região temporal, outros elementos dispostos em circinações irregulares, atingindo o pavilhão auricular desse lado onde apresenta algumas lesões no bordo e no lobulo. A sensibilidade estava presente nas lesões e não se percebia filete nervoso em relação com as mesmas. O exame do muco nasal e a escarificação da lesão, foram negativas para o bacilo de Hansen. Uma biopsia de um dos elementos da lesão temporal, revelou uma granuloma com estrutura tuberculoide.

Em resumo, estavamos frente a um doente com lesões de aspecto clínico que tanto se podia enquadrar no de uma sífilide tubero-circinada, como no de uma lepride de natureza tuberculoide. O aspecto clinico da lesão, a rigor, era mais de uma lepride tuberculoide do

que uma lesão de lues terciária. Sua evolução fôra aguda demais para uma lesão luetica desse tipo, que no geral evolue mais lenta-



Foto 3

Foto 4

mente ; havia uma infiltração acentuada da lesão, dessas infiltrações mais características das lesões sarcoidicas da lepra, que uma infiltração das lesões terciárias da lues. Não havia referencia a acidente inicial luetico, mas, por outro lado, contra a lepra, havia a sensibilidade normal ao nível da lesão, elemento sem dúvida de grande valor no diagnóstico diferencial.

Procedida a Reação de Wassermann esta foi fortemente positiva. Estavamos numa situação em que o laboratorio e a clínica não podiam resolver o caso, com elementos de certeza. O recurso da prova terapeutica foi então lançada, tendo sido prescrito ao doente injeções de bismuto. Após 12 injeções deu-se o desaparecimento completo das lesões e com isso o diagnóstico do caso. Fotos 3 e 4.

O caso seguinte é tambem muito instrutivo:

*Observação:* — S. A. de Moraes, com 40 anos de idade, de cor branca, foi encaminhado ao serviço por um medico de uma Caixa de Pensões. Nega terminantemente qualquer acidente venereo. Não tem parente, nem conviveu com doente de lepra. A lesão que apresenta, na região temporal, data apenas de 2 meses. Tem os seguintes caracteres: lesão de aspecto numular, maior que uma moeda de 400 reis, fortemente infiltrada, de coloração eritemato-arroxeadada, o centro deprimido, localizada na região temporal direita, quasi toda ela no couro cabeludo; a sensibilidade era diminuida, sobretudo a sensibilidade termica. Esse caso foi visto por varios colegas; o diagnostico unanime, inclusive o nosso, foi o de um caso de lepra tuberculoide reacional. Uma biopsia, parecia confirmar o caso; granuloma leproso de estrutura tuberculoide. O caso estava mesmo sendo estudado por nós, como o de localização atípica de lepra tuberculoide. O mesmo caso foi aproveitado para o estudo de Serologia da lepra tuberculoide. Quando veio o resultado das provas serologicas, chamou-nos logo a atenção o resultado das reações de Wassermann e de Kahn, fortemente positivas. A prova terapeutica pelo Bismuto elucidou definitivamente o caso. Ainda agora tratava-se de um caso de lues terciaria. Foto 5.

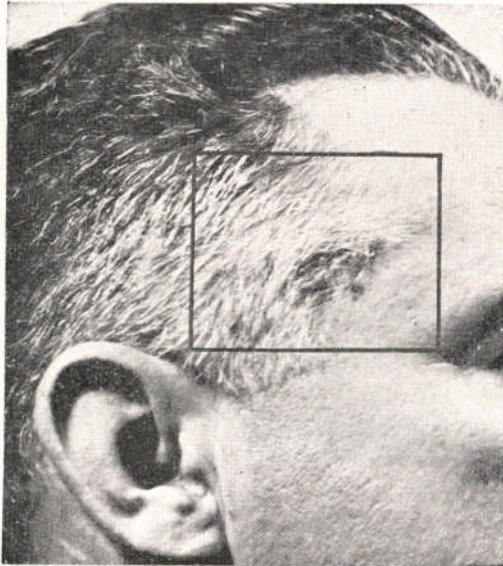


Foto 5

Um terceiro caso, semelhante a esse, foi-nos enviado por um distinto dermatologista e que já pertenceu ao serviço.

*Observação:* — Manuel dos S., com 38 anos, portuguez, padeiro. Nada refere na sua historia pregressa. Data de 4 meses a lesão que apresenta no dorso do nariz e na face, simetricamente e de aspecto e conformação circinada, eritemato-arroxeadada, infiltrada, sobretudo nos bordos que era constituido de pequenos tuberculos isolados. O centro deprimido. Sensibilidade normal. A localização e o aspecto á distancia era o de um lupus eritematoso. Mas ao exame

mais cuidadoso o diagnostico de um lepra tuberculoide quasi que se impunha. A biopsia revelou tratar-se de um granuloma de natureza tuberculoide. A sensibilidade presente, todavia, levou-nos a orientar o diagnostico para a sífilis. O exame de sangue revelou uma reação de Wassermann e de Kahn, fortemente positivas.

Finalmente ainda como curiosidade clínica, mas sobretudo histologica, apresentamos o seguinte caso :

*Observação:* — *Natalina S.*, com 45 anos, meretriz. Informa que data de 10 anos a lesão que apresenta, em ambos os braços: — Lesões circinadas, constituídas de pequenos tuberculos, em lugares isolados, em outros em disposição de circulo. O centro da lesão é de aspêto atrofico, pigmentado. A sensibilidade é diminuida, e a provada histamina, impossivel de ser praticada. A pesquisa dirêtade germen foi negativa. A biopsia, revelou um granuloma de estrutura tuberculoide. A experiencia de outros casos, o aspêto clinico da lesão, a profissão da paciente, levou-nos a suspeitar de sífilis, apesar da biopsia. O exame de sangue confirmou a natureza sífilitica da lesão. Foto 6.

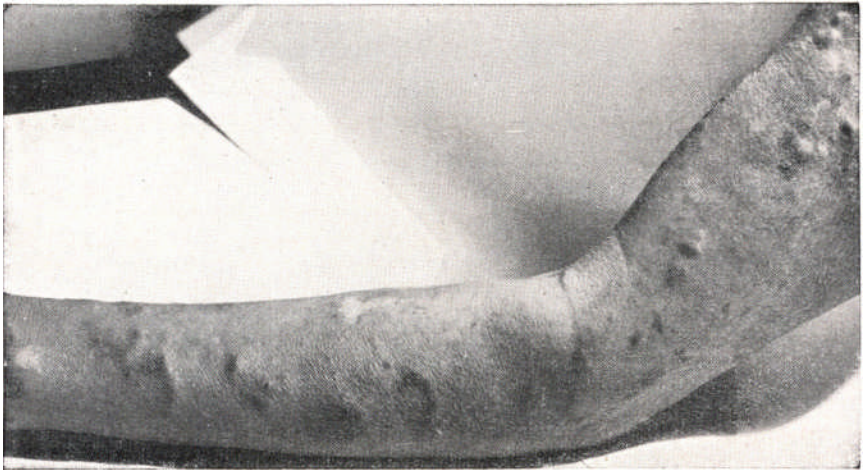


Foto 6

Como vimos é por vezes muito dificil estabelecer-se clinicamente o diagnóstico diferencial entre as manifestações cutâneas de etiologia leprosa e luetica.

A clínica, para a lepra, joga sem dúvida, com elementos de segurança. Mas acabamos de ver que casos ha em que os sintomas são de tal modo frustos ou confusos que se torna necessario o auxilio do laboratório. A sensibilidade é sem dúvida de real valor; mas sua interpretação ou melhor a interpretação de sua pesquisa, depende muito do doente, de sua cultura, de seu estado nervoso etc. de modo



que seu valor é muito relativo ás vezes. As lesões de lepra, na sua maioria, apresentam distúrbios da sensibilidade. Não tivemos ainda ocasião de observar disestesias na sífilis, como descreveu Silva Araujo, Mas sua verificação por tão ilustre colega, vem diminuir mais ainda o valor da sensibilidade como sintoma patognomônico de natureza leprotica.

A serologia representa uma contribuição diagnóstica verdadeiramente valiosa, quando as reações são negativas. Quando é esse o caso, cresce indubitavelmente a possibilidade de tratar-se de lepra, já que as lesões que se prestam á confusão são quasi todas do período serologico da sífilis. Os resultados positivos têm pequeno valor, principalmente quando se considera que na lepra é muitas vezes positiva a reação de Wassermann e que possa ainda haver sífilis latente do ponto de vista dermatológico, concomitantemente com o mal de Hansen.

A bacteriologia, em lepra, tem, quando positiva, sem dúvida, um valor absoluto. Mas nós sabemos que ela nada informa em um grande numero de casos, sobretudo nos tuberculoides. Por outro lado, ela é prova de diagnóstico da natureza de um tuberculo. Nos casos presentes em que havia sempre a existencia de lesões de tipo tuberoso a sua negatividade infirmava de antemão o diagnóstico de lepra.

Como ultimo recurso deve lançar-se mão da biopsia, cujo resultado não é sempre de facil apreciação.

Antes de estudar qual ou quais os elementos distintivos, que podem servir ao diagnóstico diferencial, vejamos até que ponto são semelhantes histologicamente algumas alterações cutâneas sifilíticas e leprosas.

Quem tenha tido oportunidade de examinar um abundante material de lepra, clinica e histologicamente, sabe com que multiplicidade de aspétos se pode apresentar a lepra tuberculoide. Das pequenas infiltrações inflamatórias crônicas com tendencia a formação de estruturas nodulares (no sentido de foliculares, de tuberculos, tuberculo histologico e não dermatologico) ao granuloma tuberculoide típico as transições são insensíveis. Ora, encontramos frequentemente em lesões tubero-circinadas sifilíticas, alterações tissulares cujo quadro se pode perfeitamente enquadrar entre os diferentes tipos histologicos oferecidos pelas transições do granuloma tuberculoide leproso. As sífilides lichenoides, as macropapulosas generalizadas

do período secundário, descritas por Jadassohn e mais recentemente por Arning, apresentam aspécto histológico tuberculoide absolutamente identico ao de certas manifestações tuberculoides da lepra. Estudando o diagnóstico diferencial destas sífilides com as lesões tuberculosas da pele, lembra Gans que embora se encontre a estrutura tuberculoide típica, a distinção entre as molestias é possível pois ha falta total de necrose no granuloma tuberculoide luetico, que sempre se poderá, ao menos em alguns pontos, encontrar nos nodulos produzidos pelos bacilos de Koch, bem como nas lesões tuberculosas não se encontram as densas infiltrações por plasmocitos características da sífilis. O valor destes acumulos plasmocitarios é a nosso ver restrito, pois não são absolutamente constantes. Resta como sinal mais importante, a necrose. Esta terá valor diagnóstico quando se trate de tuberculose, mas no que diz respeito á lepra, embora possa, algumas vezes, ser encontrada do tipo caseoso em casos de lepra tuberculoide, perde para o diagnóstico diferencial toda sua importancia uma vez que é raridade e não a regra. Refe- rimo-nos, naturalmente, a lesões cutâneas, pois, é bem conhecida a frequencia da caseose nas nevrites de tipo tuberculoide (abcesso do nervo).

A destruição do tecido elastico nas infiltrações, que parecia constituir uma particularidade das alterações sífilíticas, não se reveste mais de importancia diagnóstica. Nas infiltrações inflammatorias crônicas densas, sífilis, lepra, granulomas micoticos, etc., pode-se observar com grande frequencia o desaparecimento total ou quasi total do elemento elastico.

Na lepra, como na sífilis, num certo período de sua evolução, o processo se assesta de preferencia em torno dos vasos. Deixa, portanto, de ser característica para qualquer dessas molestias a situação perivascular das infiltrações. As alterações vasculares, observadas sempre nas lesões sífilíticas, podem ser encontradas em não poucos casos de lesões cutâneas leprosas. Em casos de lepra tuberculoide é frequentissimo o achado da tumefação endotelial dos capilares e arteriolas cutâneas, seguida muitas vezes do fechamento da luz, dando o quadro da endangite e endarterite obliterante. A reação endotelial é acompanhada de proliferação de celulas adventicias que vão constituir verdadeiros nodulos perivasculares.

Convem lembrar que nos granulomas tuberculoïdes da lepra e da sífilis não se demonstra com facilidade o agente etiologico, cuja presença seria ótimo elemento distintivo. As lesões sifiliticas desse tipo são inabitadas não se conseguindo revelar a presença de espiroquetas mesmo pelos metodos mais delicados de coloração, Romanovsky, impregnações argenticas (Levadite e Manouélian), etc. Na lepra tuberculoïde, só examinando córtes seriados se consegue algumas vezes demonstrar a presença de raros bacilos alcool acido resistentes.

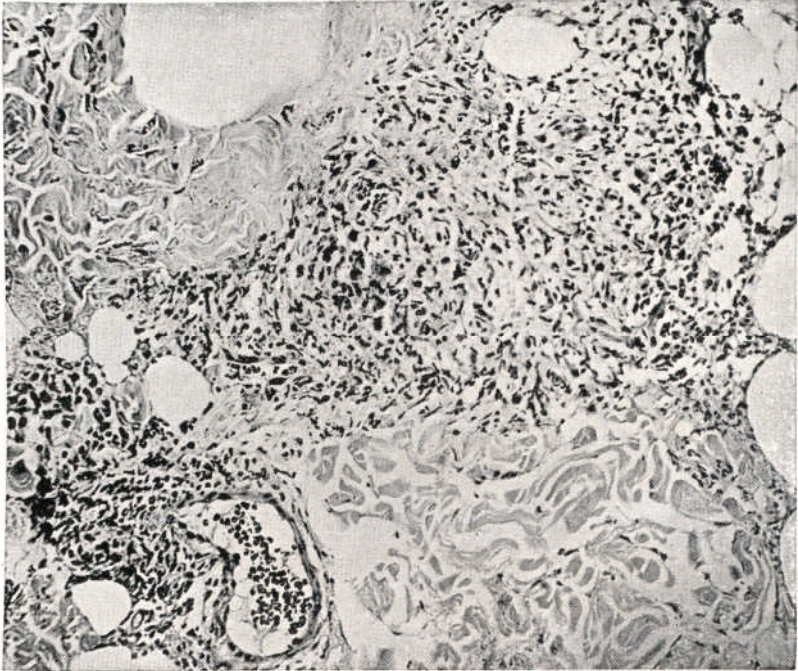
Certas sifilides tubero circinadas e lesões tuberculoïdes de lepra apresentam, ao lado da semelhança clínica, tal similitude histologica, tanto no que diz á natureza da infiltração, quanto ao seu arranjo, composição e disposição, que o diagnóstico diferencial só se nos afigura possivel numa eventualidade: a de encontrar-se alterações nervosas, isto é, nevrite intersticial ou perinevrite dos filetes cutâneos, que, sem dúvida, são sempre de etiologia leprosa.

### **RESUMO**

Os A. A. apresentam casos clinicos com lesões terciarias de sífilis, cujo aspecto simulava a lepra em diferentes formas. Sobretudo certas formas de sífilis tubero-circinadas se assemelhavam de tal forma á lepra tuberculoïde, que somente provas de laboratorio complementares permitiram o diagnóstico diferencial. Estudam as características histopatologicas desses casos chegando á conclusão de que entre o granuloma tuberculoïde da lepra e o da sífilide tubero-circinada, não ha diferenças essenciais, possivel diagnosticar a lepra somente quando presentes lesões dos filetes nervosos.

### **SUMMARY**

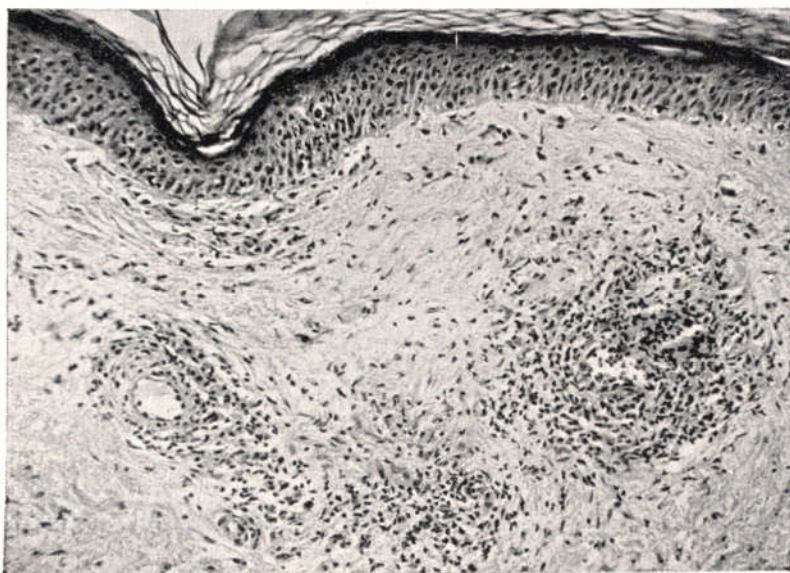
The A. present patients with lesions of terciary syphilis, that simulated the differents forms of leprosy. Chiefly certain forms of tubero-circinates syphilides were so similar to tuberculoïd leprosy that only by laboratory test was the diferencial diagnosis possible. They study the histopathological characteristics of the cases, drawing the conclusion that there is no essencial difference between tuberculoïd granulome and that of the tubero-circinate syphilide. The diagnosis of leprosy only is possible when lesions of the neural branches are present.



1648 — PERCIDA Z. — A figura mostra um nódulo situado nas proximidades do tecido gorduroso sub-cutâneo. Estruturas como essa são frequentemente encontradas em lesões cutâneas de lepra tuberculoide.

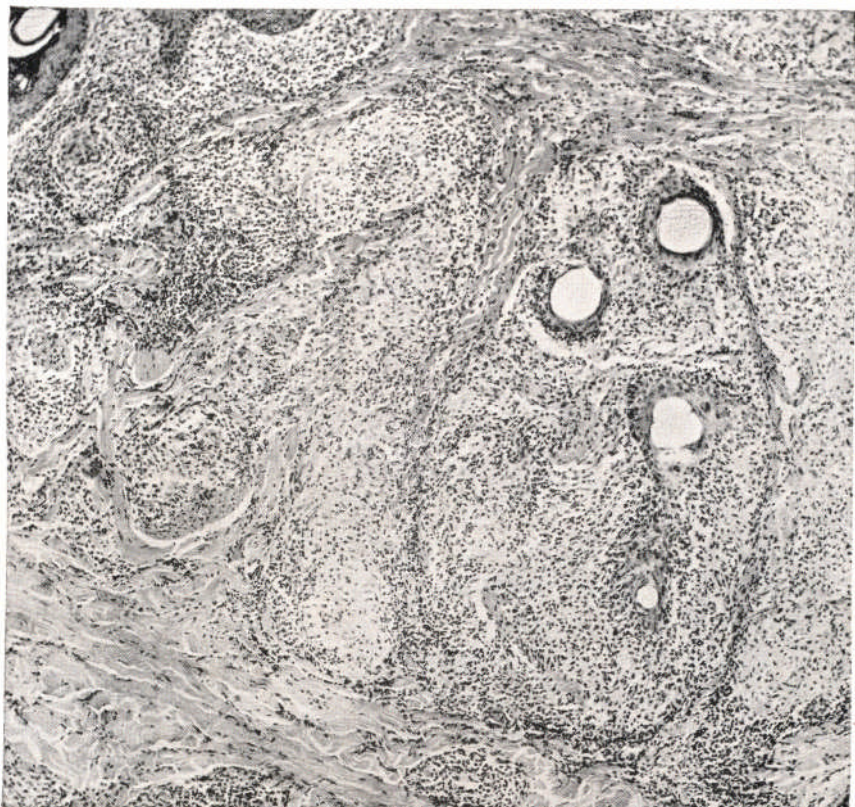
*Descrição:* — infiltração inflamatória de alto grau do córion e do tecido conjuntivo sub-cutâneo, que se compõe em parte de células reticulares, linfócitos pequenos, raros gigantócitos. Há avançada reação conjuntiva. As infiltrações apresentam em alguns cantos estruturas nodulares.

Bacilos: negativos.



2279 — NATALIA S. — Em certas ocasiões o granuloma tuberculoide leproso apresenta poucas estruturas nodulares e forte infiltração linfocitária. A figura ilustra lesões encontradas em sífilide que podem ser confundidas com lesões de natureza leprosa do tipo acima descrito. Nota-se entre os 2 vasos, que apresentam pequena infiltração inflamatória em forma de manguito, a presença de um nódulo de células epitelioides com alguns linfócitos.

*Descrição:* — Ligeira atrofia do epitélio. No córion, em situação perivascular predominante, se vê infiltração inflamatória crônica constituída por numerosos linfócitos, células epitelioides, poucos plasmócitos e leucócitos eosinófilos. Há ligeira hiperemia. Em alguns pontos, nota-se conglomeração dos infiltrados ou maior vacuolização do protoplasma dos histiócitos. Há em certas regiões formação de estruturas nitidamente nodulares, seja em pleno tecido conjuntivo, seja em torno de pequenos vasos sanguíneos, na sua adventícia. Os filetes nervosos que aparecem no corte apresentam aparência normal.



2157 — S. A. de Moraes— Na figura vêm-se estruturas nodulares típicas, bem delimitadas do tecido conjuntivo normal e nas quais as células do centro, mais claras, apresentam pequena vacuolização do citoplasma e coloração nuclear menos intensa. A lepra tuberculóide, principalmente a reacional, apresenta não raras vezes aspectos histológicos em tudo semelhantes ao ilustrado na figura.

*Descrição:* — Na epiderme, ao lado da atrofia que se observa em alguns pontos, nos quais o epitélio se apresenta reduzido a uma única camada de células, nota-se em outras regiões ligeira acantose e hiperqueratose. O córion é sede de alterações graves, estando quase que todo o tecido conjuntivo substituído pelo processo patológico. Nota-se a presença de infiltração inflamatória crônica constituída por conglomeração de nódulos de células epitelióides, de protoplasma mais ou menos vacuolizado, que são marginados por uma barreira linfocitária. Há produção de alguns gigantócitos do tipo Langhans e destruição quase total das fibras elásticas nos pontos em que a infiltração tem sede. Não foram encontradas lesões vasculares, nem nervosas dignas de nota.