

## **LESÕES LEPROTICAS DA MUCOSA BUCAL: ESTUDO CLÍNICO**

**LUIZ MARINO BEHELLI**

**Clínico do A. C. Cocais**

**ARMANDO BERTI**

**Oto-rino-laringologista do A. C. Cocais**

Já ha varias dezenas de anos as manifestações da lepra na mucosa da boca atraíram a atenção dos leprólogos (LELOIR, 6, e JEANSELME 3). que fixaram o aspecto clínico das mesmas em descrições muito minuciosas e precisas. Ulteriormente, os trabalhos que foram sendo publicados confirmaram as primeiras descrições e, alguns deles, estabeleceram a frequência das lesões lepróticas bucais nos países em que os estudos eram feitos. Apenas em raros pontos divergia a opinião dos AA.: sôbre a existência de perfuração do pálato ide origem leprótica e se o sentido do gôsto estava ou não alterado nos doentes com lesões da lingua.

De modo que ha um ano atrás, quando iniciamos as nossas observações, era conhecido que as lesões lepróticas da mucosa bucal eram mais ou menos da mesma natureza que as do tegumento. Quanto à frequência das mesmas, LEGER (5) afirma que "a mucosa das diversas partes da boca fica excepcionalmente indene"; OKUMURA (7) observou-as em 49,14% dos casos nos lepromatosos, sendo mais comuns nas mulheres que nos homens, e BELOWIDOW (1) em 40% dos casos. No Brasil, nenhum dos trabalhos publicados (SPINOLA e TORRES. 11, e SILVA, 10) estabelece a frequência das manifestações leprosas na bôca. Faremos isso no nosso trabalho e também daremos uma descrição sucinta do aspecto mais comum das lesões no nosso meio; abordaremos alguns pontos controvertidos e forneceremos os resultados dos nossos exames bacterioscôpicos em mucosa bucal aparentemente sã, indagações essas que parecem não ter sido feitas pelos outros AA.

Nos 456 doentes que foram por nós examinados, procuramos observar a presença de lesões lepromatosas nas várias regiões em que se pode subdividir a bôca, isto é, nos lábios, bochechas, gengivas, pálato duro e mole, pilares, úvula e amídalas.

Consoante nossas observações, a frequência geral do comprometimento da mucosa bucal foi de 14,4%; entretanto, esta percentagem carece de valor, pelo fato de que os doentes de forma nervosa, são isentos de lesões lepróticas na boca e, por êste motivo, ela

estará sujeita a variações se considerarmos um número maior ou menor de doentes de forma nervosa. Levando-se em linha de conta, sómente, os doentes de forma lepromatosa e mixta, no nosso meio, a percentagem foi de 19,1%, cifra esta bastante em desacôrdo com os autores acima citados (OKUMURA, LEGER e BELOWIDOW).

Observamos lesões lepromatosas na mucosa dos lábios em 2,09% dos doentes de tipo lepromatoso e mixto, portanto em número pequeno de casos. Nestes observamos infiltração lepromatosa de vários graus, às vêzes tão intensa que chegam a desaparecer as pregas superficiais, transversalmente dispostas nos lábios. Lepromas circunscritos podem ser notados, de tamanho de uma cabeça de alfinete ou mais volumosos, pouco menores de um grão de milho. (Ver fig. 1 e 3). A infiltração da mucosa, que vimos localizar-se sempre na borda livre dos lábios, pode continuar-se com o processo lepromatoso existente na face anterior ou cutânea dos mesmos, às vêzes tão intimamente que não se consegue perceber a separação entre a parte cutânea e a mucosa do lábio. Em alguns casos observam-se exulcerações nos lepromas, que costumam também ser recobertos de crostas. A observação resumida que passamos a referir é a de um paciente que apresentava lesões lepromatosas nos lábios:

#### OBSERVAÇÃO I

Eduardo M., 52 anos, de tipo mixto. A borda livre dos lábios apresenta-se muito distendida, infiltrada. No lábio superior notam-se dois lepromas pouco maiores da cabeça de um alfinete. A infiltração lepromatosa dêste lábio continua-se diretamente com idêntico processo situado no sulco infranasal. O lábio inferior acha-se igualmente infiltrado e, do mesmo modo que o superior, continua-se com a infiltração lepromatosa da parte cutânea do lábio, sendo que em certos pontos, devido ao processo lepromatoso, não se consegue precisar bem o contôrno da mucosa. Exulceração quasi que punctiforme no lábio superior.

No exame das bochechas, das gengivas e do pavimento da bôca não surpreendemos nenhuma lesão nos 456 doentes que observamos. LEGER (5) refere que as bochechas se tumefazem sob a ação dos lepromas e que a superfície interna das mesmas se apresenta com lepromas, fáceis de serem percebidos entre o polegar e o indicador. Tanto nas bochechas como nas gengivas e pavimento da bôca, repetimos, não tivemos ocasião de observar lesões lepróticas. Verificamos apenas, ser comum a retração das gengivas nos doentes, fato para o qual nos havia chamado a atenção o dentista de Santo Angelo, que a observa com grande frequência nos doentes dêsse hospital.

A língua observamô-la ser sede de lesões lepróticas em 1,4% dos doentes lepromatosos e mixtos, enquanto que nos pacientes de tipo

nervoso nenhuma lesão verificamos. A língua pode apresentar-se infiltrada, e nesse caso o diagnóstico se reveste de certa dificuldade, ou recoberta de lepromas, que de relance evidenciam o comprometimento deste órgão. Os lepromas podem dispor-se, simetricamente, de cada lado da linha mediana, na face dorsal, colocando-se um atrás do outro (Ver fig. 2); o volume é variável: desde o tamanho de uma cabeça de alfinete até o de um grão de milho; a superfície é lisa, tendo a mesma coloração que a superfície da língua, sendo ou não recobertos por camada de saburra como aquela.

## OBSERVAÇÃO II

Lázaro A. G., 23 anos, tipo lepromatoso. Data da observação: 18-5-1939. Nos dois terços posteriores da língua percebe-se uma série de lepromas dispostos simetricamente de cada lado da linha mediana e separados uns dos outros por um sulco profundo. A maioria desses lepromas são volumosos, do tamanho de um grão de milho. Têm limites nítidos e a superfície é mais ou menos lisa, não ulcerada. Na parte posterior da língua observam-se lepromas menores, confluentes, do tamanho de uma cabeça de alfinete. Apenas alguns dos lepromas são recobertos por regular camada de saburra, idêntica a que recobre a face dorsal da língua. A coloração é a mesma que a da superfície da língua. Revendo o paciente em 11-11-1939 não notamos modificação digna de menção nas lesões, que conservam mais ou menos o mesmo aspecto. Sentido do gosto ligeiramente diminuído (fig. 2).

Em um doente, encontramos, na língua uma lesão semelhante a uma pápula erosiva sifilítica (Ver fig. 3) ; entretanto, foi logo afastada a possibilidade de ser um processo sifilítico, pela ausência de sinais de secundarismo sifilítico, pelos exames bacterioscópicos positivos e pela ausência completa de sensibilidade ao nível da lesão.

JEANSELME (2) refere que "os dois ramos do V lingual, infiltrados por lepromas, fazem um relêvo considerável". NEMIROWSKY (8) também faz observar este fato, assinalando que durante as reações tegumentares incham-se mais, ulceram-se e produzem dores intensas que impossibilitam aos enfermos a alimentação pela boca.

Em um único caso (Eduardo M.) observamos infiltração dos ramos do V lingual, apresentando-se aumentadas de volume as papilas caliciformes que o constituem. Este paciente achava-se com reação leprótica subaguda. Em mais 2 casos observamos hipertrofia das papilas provavelmente causada pela lepra.

Pesquisando o sentido do gosto nos poucos doentes que apresentavam lesões lepróticas na língua, verificamos que ele estava quase sempre conservado; e quando diminuído, isso sucedia apenas em

---

(\*) Segundo o Prof. WALTER BÜNGELER, os exames anátomo-patológicos revelam, com grande frequência, lesões lepróticas na língua.

relação a certas substâncias. Nossos exames, neste particular, são concordantes, com os de JEANSELEMME e LAURENS (3), e NEMIROVSKY (8) que observaram, respectivamente, estar o gôsto quasi sempre conservado e normal, a-pesar-das intensas alterações lepróticas linguais. LEGER (5) também acha que o gôsto permanece intacto durante muito tempo. Discordando dos nossos achados, mencionamos JOUBERT (4) que verificou estar o gôsto diminuído ou abolido quando essas lesões estão presentes. ROGERS e MUIR asseveram que o sentido do gôsto pode ser parcial ou totalmente perdido quando ha muita fibrose e tecido cicatricial resultante das úlceras curadas na bôca.

Estudamos agora a localização da lepra no pálato duro e mole e na úvula, onde as manifestações lepróticas comumente se apresentam com o mesmo aspecto nas três partes mencionadas e, justamente, como infiltração ou lepromas, ulcerados em maior ou menor extensão e profundidade. Observamos processos lepróticos no pálato duro, móle e na úvula, respectivamente em 11,7%, 5,9% e 3,2% dos casos. Concomitantemente as lesões existem na percentagem 1.1% dos casos. Em contraste com os nossos achados, assim como os de outros AA., WHITAKER (12) escreve que nas Índias são excepcionais essas lesões, pois uma única vez observou lepromas no pálato duro. Em discordância com êste AA., ROGERS e MUIR (9) afirmam que "o pálato pode ser a sede de lesões difusas ou nodulares".

As lesões mais incipientes localizadas no pálato duro e móle traduziam-se por uma modificação da côr da mucosa, que se tornava pálida, ao mesmo tempo que infiltrada, o que se percebia pelo aumento de consistência do tecido em que o processo lepromatoso se localizava. O exame bacterioscópico praticado no material colhido nas regiões afetadas resulta positivo.

Em estádios mais avançados, observamos ser o pálato invadido de lepromas nodulares (Ver fig. 4), como verificamos na observação seguinte:

### OBSERVAÇÃO III

Nair D.. 30 anos, de tipo lepromatoso. Data da observação : 25-4-1939.

Infiltração lepromatosa no pálato duro, disposta na linha mediana, iniciando-se atrás dos incisivos e daqui se dirigindo para o pálato mole, em outro limite é mais larga, de modo a ter no conjunto a forma triangular. Suas bordas são salientes, daí serem nítidos os seus contornos. A sua superfície é irregular, apresentando lepromas conglomerados, de consistência dura e de côr ligeiramente avermelhada, fazendo contraste com as demais partes aparentemente normais, que têm coloração rósea pálida. Os lepromas mais volumosos atingem o tamanho de uma ervilha. Mc) ha zona de reação inflamatória em tórno do processo lepromatoso. ( Ver figura n.º 4).

Revisão em 13-11-1939: a lesão pouco se modificou no seu aspecto; nota-se apenas que um dos lepromas, situado na borda direita, sofreu regressão completa, observando-se em seu lugar ligeira depressão da mucosa, que se apresenta mais esbranquiçada. Exame da sensibilidade: sensibilidade térmica ligeiramente diminuída, embora consiga perceber os tubos de água quente e fria; anestesia dolorosa e hipostesia táctil.

Finalmente, nos casos mais avançados de evolução das lesões que estamos descrevendo, os lepromas, sujeitos a traumatismos contínuos durante a ingestão de alimentos, começam a ulcerar-se. Resulta que, no fim de certo tempo, toda a superfície do processo lepromatoso se apresenta ulcerada e, então nota-se ao exame uma ulceração em faixa que, da parte anterior do palato duro se estende para a posterior, podendo invadir o pálato mole, os pilares e a úvula. Êsse aspecto ulcerativo que logo descreveremos com maiores detalhes, é o que mais frequentemente observamos nos nossos doentes, podendo localizar-se somente no palato duro ou no véu ou apenas na úvula, mas, com certa frequência (1,1% dos casos), mais de uma dessas regiões são tomadas conjuntamente.

A ulceração a que acima acenamos, é muito superficial (exulceração). A superfície da mesma, via de regra, é irregular, apresentando uma série de granulações, ou mesmo pequenos nódulos. A superfície exulcerada é avermelhada e mais vêzes é de cor esbranquiçada em quasi toda sua extensão, de permeio com partes róseas, oferecendo nítido contraste com a côr rósea uniforme da mucosa aparentemente sã que a cerca. Os contornos da exulceração vimos ser, em geral, mais ou menos regulares. As bordas, podem ser planas ou elevadas; no primeiro caso, a exulceração continua-se com a mucosa vizinha, sem delimitação nítida. Em tórno da exulceração nenhum processo inflamatório se notava, a não ser, em certos casos ou em parte do contórno, a presença de um halo eritematoso, muito estreito, mais ou menos de um mm. de largura.

Na observação que segue, descreveremos o aspecto das lesões mais avançadas do palato, em um doente de tipo lepromatoso (Ver fig. 5).

#### OBSERVAÇÃO IV

Lázaro A. G., 23 anos, de tipo lepromatoso. Data da observação: 18-5-1939.

Exulceração tomando o pálato duro, o véu e a úvula. No pálato duro ela se inicia imediatamente atrás dos incisivos e caninos e dos dois primeiros molares. Depois, à medida que avança para a parte posterior do pálato, observa-se o estreitamento da ulceração. Esta novamente se alarga na união do pálato com o véu até os pilares e a úvula. No conjunto tem o aspecto de uma faixa alargada nas extremidades e mais estreita na sua parte média.

A superfície da exulceração é muito irregular, apresentando depressões e pequenos nódulos. A coloração é rósea, sobrepondo-se-lhe, na sua maior parte, uma tonalidade esbranquiçada, que destaca nitidamente a faixa de exulceração

da mucosa aparentemente normal que a limita e que tem uma coloração rósea uniforme. A consistência é aumentada. Os contornos são mais ou menos regulares. A borda, na sua maior extensão, continua-se diretamente, sem formar relêvo, com a mucosa vizinha, sendo muito elevada em parte da borda direita. Não existe supuração (Fig. 5).

Contornando a faixa exulcerada, no véu e na úvula, observa-se um ligeiro halo eritematoso. A úvula encontra-se parcialmente destruída e muito consistente.

Distúrbios subjectivos: quando os alimentos são secos provocam ligeira dôr à deglutição, que é um pouco dificultada. Por êsse motivo, procurou-nos espontâneamente no consultório.

Evolução: 11-11-1939: as lesões conservam mais ou menos o mesmo aspecto anterior.

Em consequência dos processos lepromatosos que nela tem sede, a úvula pode apresentar-se deformada, desviada da sua posição normal (Ver figs. 6 e 7); vimô-la dobrada sôbre si mesma ou soldada ao véu, como se verá nas duas observações que passamos a referir :

#### OBSERVAÇÃO V

Custódio A. L., 43 anos, de tipo clínico mixto. Data da observação: 12-6-1939.

Na porção posterior e mediana do véu mole nota-se uma ulceração de forma aproximadamente triangular, cujo vértice corresponde à linha mediana da abóboda palatina. A base prolonga-se sôbre a úvula e loja amidaliana, alcançando a porção superior dos pilares posteriores.

As bordas são infiltradas, salientes, ligeiramente irregulares, hiperemiadas, em contraste com o interior da lesão que descrevemos e que é esbranquiçada.

A úvula é deformada, como que enrolada sôbre si mesma, devido a aderências que provocaram a sua retração. A sua consistência, assim como a da lesão, é firme, enquanto a mucosa não comprometida é elástica.

A superfície da exulceração é lisa, a não ser no pilar posterior direito, em que apresenta raros nódulos. (Ver figura n.º 6).

Sinais subjectivos: de nada se queixa o paciente, sendo a lesão descrita um achado ocasional de nosso exame.

#### OBSERVAÇÃO VI

Ernesto F., 27 anos, de tipo clínico lepromatoso. Data da observação: 12-1-1939. A úvula mostra-se revirada sôbre si mesma e colada ao véu; sua consistência é dura, a coloração avermelhada. Para o lado do véu e pálato duro percebe-se a existência de infiltração lepromatosa, sendo que no véu mole pequenos lepromas são notados ao exame (Ver figura n.º 7).

Revisão: 13-11-1939: a úvula continua mais ou menos com o mesmo aspecto. No pálato duro e mole a infiltração ulcerou-se e, agora, nota-se uma exulceração de bordas salientes, duras, que a separam da mucosa aparentemente normal circundante. A superfície é irregular, pela presença de granulações; a consistência é aumentada; a coloração é rósea, com zonas esbranquiçadas. Não ha supuração, nem reação inflamatória em tórno da exulceração.

Sinais subjectivos: ligeira dificuldade para ingerir os alimentos.

Fazemos notar, ainda, que a úvula pode ser destruída parcial ou totalmente.

Em 2 pacientes observamos também a perfuração do pálato. Começamos a abordar, com a nossa afirmação, um ponto controvertido. Segundo NEMIROVSKY (8) "um fato que não se observa nunca na lepra é a perfuração do palato ósseo, o que é possível na sífilis". ROGERS e MUIR (9), e JOUSERT (4) negam também a existência de perfuração do palato como consequência da lepra. LEGER (5), pelo contrário, afirma que as ulcerações lepróticas podem ser responsáveis por lesões desse tipo. JEANSELME, seja no trabalho publicado em colaboração com LAURENS (3), seja no seu livro sobre a lepra (2) não faz referências a essas lesões, deixando supor ou que não tenha observado a perfuração do palato, ou ainda que, tendo-a verificado, não considere a lepra como sendo capaz de ocasioná-la.

Como já referimos, dos 456 doentes que examinamos, em 2 surpreendemos a perfuração da abóbada (Ver fig. 8) e a observação dos mesmos é citada nas linhas que se seguem:

#### OBSERVAÇÃO VII

Guerino T., 37 anos, de tipo clínico mixto. Data da observação : 6-6-1939.

*Antecedentes Pessoais e hereditários:* Sem importância.

*Exame clínico:* Sem interesse.

*Exames complementares:* Wassermann e Kahn negativos.

*Anamnese:* Queixa-se o paciente, em virtude das perturbações funcionais consequentes (refluxo dos alimentos e perturbações da voz), de ser portador de uma perfuração no pálato duro. Interrogado minuciosamente, vimos que o doente, não referiu a presença de algum processo anormal anterior no pálato; nada sentia, e só mais tarde quando já constituída a perfuração, dela se apercebeu pelos incômodos que esta lhe causava.

*Exame físico:* O pálato duro apresenta um orifício de contornos regulares e de forma triangular com a base dirigida para a frente. A mucosa e ligeiramente avermelhada nas bordas do orifício. Numerosos lepromas são ainda notados no pálato duro (Fig. 8).

*Revisão:* 12-11-1939: não houve nenhuma modificação.

#### OBSERVAÇÃO VIII

Firmiano A. C., 44 anos, de tipo clínico lepromatoso. Data da observação: 12-6-1939.

Nos seus antecedentes pessoais e hereditários apreendemos, de interesse, que o paciente teve pelo casamento vários filhos todos falecidos com poucos dias de vida e que a esposa teve vários abortos espontâneos.

*Exame clínico:* Nada que fizesse suspeitar a possível presença de um processo sífilítico.

*Exames complementares:* Wassermann —  
Kahn —

*Anamnese:* Refere o paciente que ao internar-se em junho de 1935, no A. Colônia de Pirapitingui, nada apresentava e nem percebia de anormal no pálato, acusando, apenas incômodos para o lado do nariz. Entretanto, em fevereiro de 1936, teve forte reação leprótica que o deixou acamado por espaço de 6 meses; por essa ocasião sentiu muita dor na bôca ao mesmo tempo que notou a presença de uma pequena perfuração no pálato. A atenção do doente, segundo suas próprias palavras, foi logo despertada pelo fato de que o ar inspirado a incomodava quando de passagem pela perfuração (sic). Relata mais, que ao cabo de mais ou menos 2 meses a perfuração progrediu em tamanho até atingir o atual, permanecendo de então para cá estacionária.

*Exame físico:* Ao exame percebe-se, na abóbada palatina, pouco acima do véu, a presença de uma grande perfuração de forma ligeiramente circular, cujo diâmetro ântero-posterior coincide com a linha mediana do pálato; as bordas são lisas, um pouco hiperemiadas, em contraste com as demais partes vizinhas intensamente descoradas. Através a perfuração percebem-se, com grande nitidez, as fossas nasais e parte da porção alta do septo.

*Revisão:* 21-11-1939: tudo permaneceu estacionário.

A leitura das observações mencionadas, mostra que a perfuração do pálato se processou silenciosamente, percebendo o paciente que ela se havia instalado pelas perturbações funcionais que se originavam (refluxo dos alimentos pelo nariz, perturbações da vóz).

Os antecedentes mórbidos eram suspeitos para a sífilis em 1 caso, sendo que ao exame físico não foram evidenciados sinais característicos de sífilis em nenhum dos pacientes. As reações de Wassermann e Kahn foram negativas nos dois doentes.

Com êsses dados podemos discutir a possibilidade da lepra determinar a perfuração do palato.

Não ha dúvida que tem muita razão os AA. que em tais casos atribuem a perfuração a um processo sífilítico concomitante. Isso porque é conhecida a predileção que as gomas sífilíticas têm para a sua localização no palato, sendo que GOUGEROT (13) afirma que, por ordem de frequência, elas atingem o véu do palato, a língua, a pele, etc..

Ora, o diagnóstico de goma sífilítica é condicionado pela presença de dados positivos nos antecedentes sífilíticos do doente e de pessoas de sua família, pela verificação de acidentes secundários (ulcerações mucosas, exostoses, leucoplasias, sinal de Argyll-Robertson, lesões viscerais, etc.), pela reação de Wassermann e pelos resultados de um tratamento de prova.

Nos nossos doentes, como vimos, pode suspeitar-se da existência de sífilis em um caso (Firmiano A. O.), supondo-se que esteja ausente no outro. Mas mesmo no doente que se supõe ser sífilítico nem por isso pode considerar-se a sífilis como causa da perfuração. Nenhum dos doentes refere ter sentido distúrbios dolorosos precedendo a perfuração do pálato, quando e sabido que a goma, no período de amolecimento, de indolor e aflegmásica que era no estádio de formação, torna-se dolorosa e flegmásica.



Acresce ainda que, segundo as estatísticas do "Serviço de Otorinolaringologia" da Santa Casa de São Paulo, no decorrer do ano de 1937 foram observados apenas 5 casos de goma do pálato mole em .... 4.223 consultas. O relatório não fornece detalhes sobre a evolução destes casos, não nos sendo possível saber se houve ou não perfuração do pálato. Mesmo que todos os casos terminassem em perfuração teríamos uma estatística muito baixa de frequência dessa lesão, comparada com a obtida nos nossos doentes (2 casos de perfuração para 456 doentes que examinamos) ; devido a essa diferença e pelos outros dados já citados, atribuímos os nossos casos de perfuração a um processo leprótico ulcerativo que tenha atingido as camadas profundas da mucosa e destruído também a parte óssea do pálato.

Sobre o pálato duro temos ainda a referir que evidenciamos, igualmente, em 3 doentes lesões que denotavam um início de perfuração; estas lesões, insignificantes em alguns pacientes, em outros mostravam-se bastante evoluídas, sem que, entretanto, ainda se tivesse processado a perfuração, a-pesar-da grande perda de substância.

Alguma coisa, ainda, temos a comentar sobre o pálato duro e mole: é a respeito da palidez ou descoramento da mucosa do pálato duro, e sobre certos aspectos que em determinados casos toma o véu, que se apresenta ou de côr salmão, ou congesto com ectasias ou ainda com finas granulações, que são visíveis sob certas incidências da luz.

Os aspectos acima mencionados parece-nos que não devem ser interpretados como indicadores de um comprometimento da mucosa, porque estão presentes não só nos doentes de tipo lepromatoso e mixto, mas também nos de tipo nervoso, nos quais não se observam lesões lepróticas no palato. Em revisões feitas nos pacientes cujo pálato apresentava as características acima mencionadas, em intervalos de tempo variando de 1 a 4 meses, verificamos o seguinte: 1) sobre o descoramento do palato: em um caso, depois de 2 meses, verificou-se que no palato, onde anteriormente existia apenas palidez da mucosa, aparecera ligeira infiltração (exame bacterioscópico confirmando tratar-se realmente de uma infiltração) ; 2) o estado congestivo e a ectasia do véu persistiam em muitos casos e, em outros, a mucosa em vez do aspecto anterior tomara a côr de salmão as granulações permaneciam em certos casos e em outros não eram mais notadas na revisão.

A congestão do véu, como assinalamos, observamô-la quasi que com a mesma frequência, nos doentes dos vários tipos clínicos. A diferença que se pode fazer é que nos de tipo lepromatoso e mixto foram positivos os exames bacterioscópicos praticados em material do véu, enquanto que a pesquisa resultou negativa nos doentes de

tipo nervoso. Mais adiante veremos, porém, que os bacilos podem ser encontrados em mucosa aparentemente normal. Assim sucedendo, pode surgir a dúvida de que a congestão não se prenda a um processo lepromatoso. Clinicamente podem esclarecer-se êsses casos procedendo a novo exame do véu, para ver se existe a congestão nos doentes dos vários tipos examinados. Persistindo a congestão ou evoluindo para uma lesão individualizada, fácil será deduzir que o estado congestivo do véu já marca o início do comprometimento dessa região. Feita a revisão em 25 doentes e em períodos variando entre um e quatro meses, observou-se que a congestão persistiu na mesma em 8 casos, sem acusar evolução; em 17 não mais estava presente. Com estas revisões deveríamos deduzir que a congestão no véu tem valor nulo como aspecto indicativo de uma lesão lepromatosa. Entretanto, não podemos dar opinião mais segura sobre o assunto, por ser muito escasso o tempo que separa o primeiro exame daquele feito na revisão e dessa maneira podendo fazer incidir em erro qualquer dedução que se faça no momento atual.

Os mesmos comentários devem ser feitos para os outros aspectos mencionados, podendo-se apenas afirmar que, nos doentes lepromatosos, é possível que ao estado de palidez do pálato suceda a infiltração dessa região.

O descoloramento da mucosa palatina, também chamou a atenção de JEANSELME e LAURENS (3) que assim se manifestam: "com frequência na lepra, como na tuberculose, a abóbada palatina, ainda que internamente sã e de uma palidez notável. Esta anemia observa-se sobre toda a extensão das mucosas bucal e faringo-laringêia".

Estudamos, ate agora, os característicos das lesões leprônicas nas varias regiões da boca. Abordaremos, nas linhas que se seguem, certos fatos de ordem geral, que podem ser considerados em conjunto, sem distinção das regiões atingidas.

O exame da sensibilidade em 10 casos constituiu surpresa para nós, pois, diferentemente das pesquisas feitas em territórios cutâneos, nas lesões lepróticas da boca muitas vezes a sensibilidade térmica conservava-se normal ou pouco alterada, enquanto que verificamos hipoestesia ou anestesia dolorosa e táctil; ou ainda as sensibilidades térmica e dolorosa encontravam-se pouco alteradas e a táctil já estava mais perturbada. Em outros casos só a sensibilidade térmica estava ausente.

Sobre a presença de lesões bucais durante a reação leprótica, JEANSELME e LAURENS (3) referem que, durante os surtos tegumentares, muito frequentemente, na abóbada palatina, aparecem infiltrações "en nappe" muito superficiais, apenas ulceradas, que correspondem às manchas eritematosas do tegumento externo e das quais diferem apenas pela sede.

Em algumas dezenas de pacientes com R. L. nada encontramos na mucosa bucal. Apenas dois doentes que já apresentavam manifestações lepróticas bucais, acusavam que durante o surto erútilo, tornavam-se dolorosas as lesões existentes. Em uma doente de tipo nervoso tuberculoide em fase reacional observamos a invasão da borda livre dos lábios pela mancha tuberculoide.

Sensação de dor ao nível das lesões sentiam-na também alguns doentes, por ocasião da ingestão de alimentos sólidos.

Distúrbios funcionais estão presentes nos casos de perfuração do pálato, nos quais os alimentos refluem para o nariz durante a alimentação; observamos em um caso, também a rinolalia, isto é, a voz anasalada. Nas lesões do véu mole e dos pilares resulta que essas porções afetadas perdem a sua elasticidade e a capacidade de retração do véu fica diminuída; nem por isso, no entanto, o doente deixa de ter normal a sua função de deglutição dos alimentos e tão pouco notamos modificação acentuada da voz.

A evolução das lesões lepróticas da bôca é muito lenta. Em doentes com lesões ulceradas no palato e úvula, observamos aspecto quasi idêntico em revisões feitas 5-6 meses após. Em um caso que apresentava lepromas no pálato, observamos regressão apenas de um deles. As lesões do pálato têm notável tendência para se ulcerarem e é sob esse aspecto que estamos habituados a vê-las. Também nos lábios os lepromas ulceram-se com certa frequência.

As manifestações lepróticas da bôca, como se terá deduzido várias vezes das nossas descrições, aparecem quasi que exclusivamente nos doentes de tipo lepromatoso e mixto avançados; apenas em um caso de tipo nervoso tuberculoide a borda livre dos lábios estava invadida. Por esse motivo é que nos surpreendeu a afirmação de JOUBERT (4) de que "ao nível da bôca, no início da moléstia, os lepromas são raros, todavia, o leproma desta região pode ser a primeira manifestação da infecção leprosa". Os nossos achados, insistimos, obrigam-nos a discordar e para isso concorre também o exame sistemático da mucosa e da pele procedido nos doentes em fase incipiente da moléstia e nos quais nunca surpreendemos uma lesão leprótica bucal que pudesse ser considerada como primeira manifestação da lepra.

O diagnóstico diferencial das lesões que descrevemos não oferece dificuldades, visto que, as lesões lepróticas da mucosa bucal aparecem, como vimos, sempre em doentes de forma lepromatosa e mixta; além disso, os exames bacterioscôpicos e as perturbações da sensibilidade ao nível das lesões, esclarecem suficientemente os casos duvidosos.

*Exames bacterioscópicos em mucosa aparentemente sã:* Os exames feitos em material retirado da mucosa do pálato duro e mole deram os seguintes resultados :

+ no véu e no palato .....	10 vêzes
negativo no véu e no palato .....	1 vez
+ no véu e negativo no palato .....	1 vez
negativo no véu e + no palato .....	1 vez

Nas bochechas e na língua os exames foram negativos.

Êsses resultados permitem deduzir que nos doentes lepromatosos e mixtos, o palato e o véu, mesmo aparentemente sãos, podem encerrar bacilos. O que se nos afigura importante é saber se os bacilos aí encontrados são reveladores de um processo lepromatoso ainda não diagnosticável clinicamente. E' possível responder afirmativamente a esta suposição, pois embora nos lepromatosos a pesquisa de material em pele aparentemente sã também possa ser positiva, a frequência dêsses exames não é tão elevada como na mucosa do pálato e do véu; além disso, os exames bacterioscópicos negativos de material colhido nas bochechas (isentas de lesões lepróticas) e na língua, falam em favor dessa hipótese. De outro lado, se o achado bacilar no palato duro e mole indicasse a presença de um processo lepromatoso, as lesões nesses territórios deveriam ser muito mais frequentes e nós observamos que essa frequência não é tão levada: no palato duro 11,7% e no véu 5,9% dos casos. Êste último raciocínio nos parece mais acertado, embora o primeiro por nós formulado, também, tenha bases acertadas. Somente praticando-se biópsias em regiões aparentemente sãs com exames bacterioscópicos positivos é que poderíamos esclarecer a questão no momento atual. Na impossibilidade de praticá-las, a última palavra será dada pelo decurso posterior dos casos. Demonstrando a evolução que lesões lepróticas aí estão presentes, será de grande interêsse êsse fato, pois um tratamento local adequado poderá impedir o desenvolvimento das mesmas.

## RESUMO

Os AA. examinaram 456 doentes, fixando em 19,1% a frequência geral das lesões lepróticas bucais nos doentes de tipo lepromatoso e mixto. Observaram lesões lepromatosas nos lábios em 2,09%, na língua em 1,4%, no pálato duro em 11,7%, no pálato mole em 5,9% e na úvula em 3,2% dos doentes lepromatosos e mixtos; as lesões estavam ausentes nas bochechas, gengivas e pavimento da bôca. Em dois pacientes verificaram perfuração do pálato. O sentido do gôsto estava quasi sempre conservado e, quando diminuído, isso sucedia apenas em relação a certas substâncias. A sensibilidade mostrava-se alterada. Segundo os AA., a evolução das lesões lepróticas da boca é muito

lenta. Pesquisando os bacilos de Hansen na mucosa aparentemente livre de lesões lepróticas, observaram-nos com frequência nos esfregaços de material do palato duro e mole; discutem a importância desse achado.

### SUMMARY

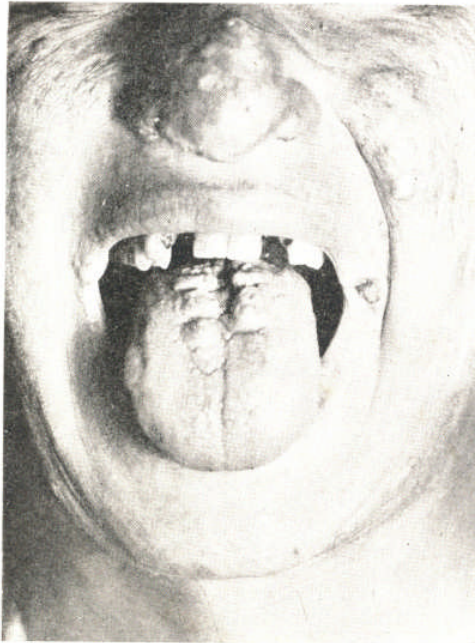
The A.A. examined 456 patients, showing the general frequency of 19,1% leprotic oral lesions at the patients of the lepromatous and mixed types.. They observed lepromatous lesions at the lips, in 2,09%; tongue, 1,4%; hard palate, 11,7%; soft palate, 5,9%, and at the uvula. 3,2%, of the lepromatous and mixed lepers : the lesions were absent in the cheeks, gum and mouth pavement. They noticed palate perforations in 2 patients. The taste was always intact and when diminished, it happened only to certain substances. The sensibility was changed. According to the A.A. the evolution of mouth leprotic lesions is very slow. Searching Hansen's bacillus at the mucosa apparently free of leprotic lesions, they verified frequently bacillus at the scrapes of the material gathered from the hard and soft palate. They discuss the importance of this findings.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 — BELOWIDOW — O comportamento das vias respiratórias superiores e dos órgãos auditivos nos leprosos do Lenprosário de "Krutye Rutschji ". (Leningrado). Zentralblatt, 1931, V. 39, p. 660.
- 2 — JEANSELNIE — La Lèpre — pag. 324. G Doin Editeur. Paris, 1934.
- 3 — JEANSELME e LAURENS — Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx — Lepra-conferenz, 1897. Vol. 1 — Pág. 18 (Livre 217 da 2ª parte). Annales Dermatologie et Syphiligraphie 1898 — t. 9. pag. 187.
- 4 — JOUBERT P. — Contribution à l'étude de la lèpre. Lesions dites otorrinolaryngologiques. Thèse — Paris 1926.
- 5 — LEGER — Bouche. Traité de Médecine et thérapeutique. Maladies exotiques. Lèpre — VI Vol. págs. 61, 62 e 63. J. B. Baillièrre et Fils. Paris 1928.
- 6 — LELOIR — Etudes comparées sur la lèpre (Anatomie pathologique de la lèpre). Compte rendus Societe de Biologie, 1885 — pag. 479.
- 7 — OKUMURA — Statistische untersuchungen über die lepra der mundhöhle. La lepro, 1938 — Vol. IX. Pág. 25. H
- 8 — NENIROVSKY — La lepra em otorrinolaringologia. Revista Médica de Rosário, 1938 — n.º 6, pag. 67.
- 9 — ROGERS e MUIR — A lepra, pg. 224 (Tradução de H. Palermo). Imprensa Especial de Minas Gerais — 1937.
- 10 — SILVA — Tratamento das localizações leprosas nas vias aéreas superiores e na boca. Revista Medica de Minas — 1938. Ano V; N.º 6 — Pág. 9.
- 11 — SPINOLA e TORRES — Manifestações oto-rino-laringológicas da lepra. Separata, Baía 1933 — Cópia n.º 1595.
- 12 — WHITAKER — Leprosy nodules on hard palate — Leprosy in Índia — 1937 — Vol. IX — N.º 4 — Pág. 149.
- 13 — GOUGEROT — Traitement de la syphilis en clientèle. A. Maloine. Edit., Paris, 1914.



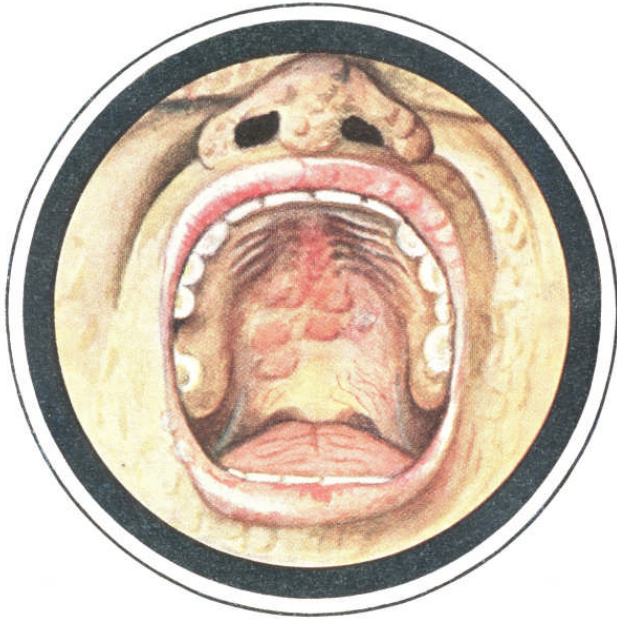
**FIG. 1**



**FIG. 2**



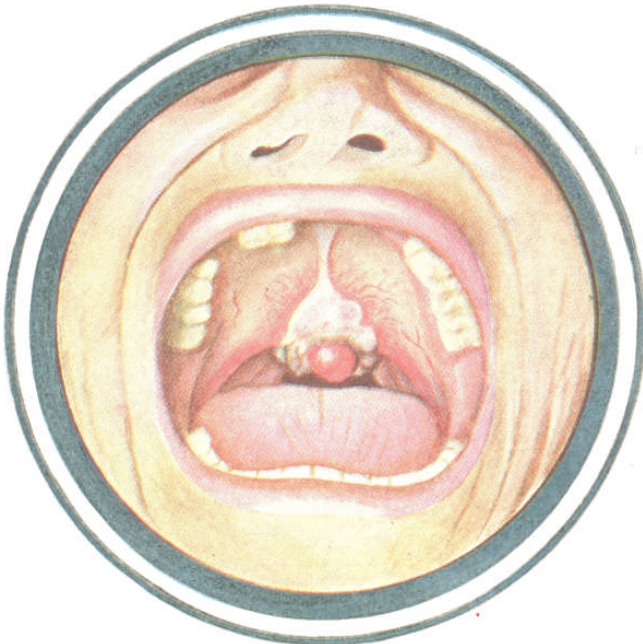
**FIG. 3**



**FIG. 4**

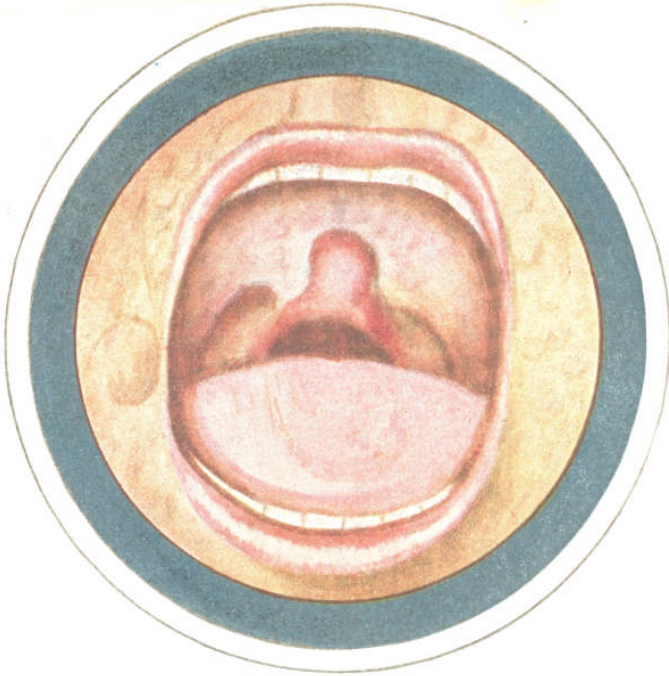


**FIG. 5**

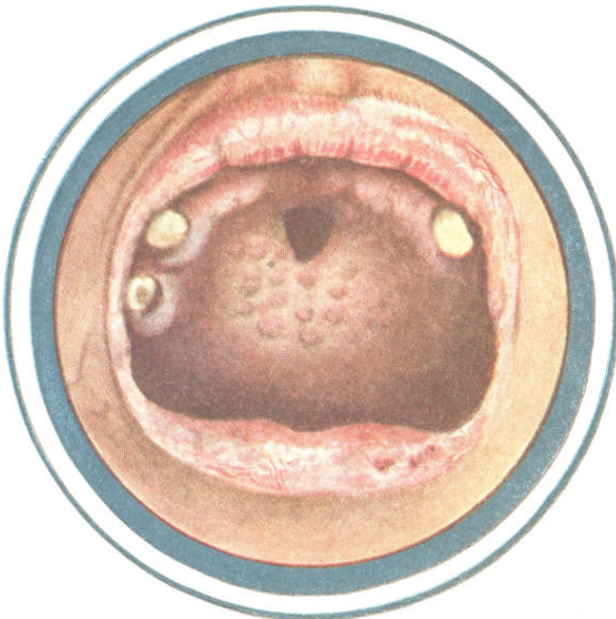


**FIG. 6**





**FIG. 7**



**FIG. 8**