

COMENTÁRIOS SOBRE OS RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DE BIÓPSIAS PRATICADAS EM PELE APARENTEMENTE Sã E DESCAMANTE, EM DOENTES DE LEpra

LUIZ MARINO BECHELLI
AUGUSTO BARTOLOMEU DA SILVA E OLIVEIRA
Médicos do A. C. Cocais

Deus margem a que fizéssemos uma série de biópsias em pele aparentemente sã e descamante de doentes de lepra, o resultado de uma biópsia praticada em uma paciente na qual, clinicamente, tínhamos diagnosticado a moléstia como pertencendo ao tipo nervoso tuberculoide. Nessa paciente, achando-nos na impossibilidade de fazer uma biópsia da mácula que apresentava, por ter sede no rosto, praticamo-la em suposta lesão residual, localizada na coxa, caracterizando-se por ligeira atrofia do tegumento, que apresentava também regular descamação. No exame histopatológico, em alguns pontos do corpo papilar foram verificadas células epiteloideas que se agrupam, constituindo estruturas que lembram, até certo ponto, as estruturas nodulares.

Tendo em vista êsse achado, examinamos várias centenas de pacientes, separando os casos em que existia descamação da epiderme nos membros inferiores e também nos superiores; em seguida eram feitas as biópsias, as quais foram sempre praticadas em territórios cutâneos aparentemente livres de lesões lepróticas e afastados das mesmas.

O resultado dos exames clínico e histopatológico é apresentado nas seguintes observações resumidas, em número de dezoito:

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I: Joana A. — 23 anos.

Exame dermatológico:

Data da observação: 19-1-939.

Cabeça: Mácula de limites mais ou menos nítidos, tomando tôda a fronte, face, nariz, orelhas e parte do pescoço, grandemente infiltrada, eritematosa em uns pontos e côr de café com leite em outros, ligeiramente descamante. Sobrancelhas rareadas.

Tronco: Pele atrófica no dorso.

Membros superiores: Pele sêca, atrófica e descamante nos braços, ante-braços e dorso das mãos.

Membros inferiores: Nas nadegas, coxas, joelhos, pernas e pés, a pele é ligeiramente atrofiada, grandemente descamante e sêca. O terço inferior das pernas e dorso dos pés, além de terem os mesmos caracteres descritos acima, acham-se edemaciados.

Gânglios Inguinais e crurais, grandemente enfartados.

Troncos nervosos: Cubitais regularmente espessados, não dolorosos à palpação.

Alterações da sensibilidade: Anestesia térmica, dolorosa e táctil nas extremidades distais dos membros superiores e inferiores.

Mitsuda: Positivo +.

Índice proteico: 0,11.

Classificação: Neural tuberculoide?

Biópsia na porção superior da coxa esquerda, face externa, onde existe ligeira atrofia do tegumento e regular descamação.

Diagnóstico anatomo-patológicos Hiperqueratose e discreta atrofia do epitélio. No córion, principalmente no corpo papilar e em tórno dos folículos, glândulas e vasos, infiltrações inflamatórias crônicas, principalmente constituídas por fibroblastos, células epitelioides e linfócitos. No corpo papilar ha um certo grau de edema e vaso dilatação. Além disso, em alguns pontos, as células epitelioides se agrupam, constituindo estruturas que lembram, até certo ponto, as estruturas nodulares (folículos) observadas nos granulomas tuberculoides. Nas regiões mais profundas, observam-se células histiocitárias vacuolizadas fazendo parte da composição do infiltrado (células de Virchow). Foram encontrados raros bacilos alcool-ácido resistentes. (F. Alaion).

Nova biópsia foi praticada em 25-11-939; o resultado do exame anátomo-patológico, foi o seguinte: no córion pequenas infiltrações leprosas perivasculares e glandulares.

Bacilos + +. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO II: Manuel L., 27 anos, de tipo nervoso, com lesões tuberculoides reacionais.

Data da observação: 3-4-939.

Descarnação pitiriasiforme, quasi que generalizada em todo o membro inferior. Nas nádegas foi praticada a biópsia.

Diagnóstico anátomo-patológico: Infiltração leprosa do córion perivascular e glandular. Nevrite e perinevrite. Em alguns pontos tendência à formação de estruturas nodulares, encontrando-se alguns gigantocitos. Bacilos ++ (Paulo Sousa).

Mitsuda: + (?)

Índice proteico: 0,05 (24-XI-939) (Moacir S. Lima).

Praticamos outra biópsia sete meses após a primeira, observando-se no exame histo-patológico:

No córion infiltração inflamatória crônica formando estruturas nodulares com alguns gigantocitos. Foram encontrados numerosos bacilos alcool-ácida resistentes (Dr. Paulo R. Sousa). (Ver fig. n.º I e 1-a).

OBSERVAÇÃO III: João H. S., 46 anos, de tipo lepromatoso.

Data da observação: 3-4-939.

Descamação ictiosiforme nos braços e antebraços, onde a pele e muito atrófica e alopécica. Biópsia na face posterior do braço esquerdo.

Diagnóstico anátomo-patológico: Em tórno dos vasos muitos dos quais dilatados, das glândulas, folículos pilosos e nervos do córion, vêm-se numerosas infiltrações inflamatórias crônicas constituídas por células histiocitárias, de citoplasma fortemente vacuolizado e numerosos linfóntos. Em alguns

pontos ha tendência à formação de estrutura nodulares. Ao Ziehl Neelsen, numerosos bacilos A. A. R.. (Paulo Sousa).

Mitsuda: negativo.

Índice proteico: 0,25 (Moacir S. Lima).

Repetimos a biópsia depois de 7 meses, na proximidade da primeira.

Diagnóstico histo-patológico: Em tórno dos vasos, muitos dos quais dilatados, das glândulas, foliculos pilosos e nervos do córion, vêm-se numerosas infiltrações inflamatórias crônicas constituídas por células histiocitárias de citoplasma fortemente vacuolizado e numerosos linfocitos (infiltração lepromatosa). Em alguns pontos há tendência à formação de estruturas nodulares constituídas por células epitelioides e fibroblastos. Ao Ziehl-Neelsen numerosos bacilos alcool-acido resistentes. (Paulo Sousa). (Vêr fig. n. II e IIa).

OBSERVAÇÃO IV: Helena M., 51 anos, de tipo Mixto.

Data da observação: 4-4-939.

Descarnação ictiosiforme generalizada ao nível da coxa, cuja pele é um tanto atrófica e alopecica. Biópsia na face externa da coxa, esquerda.

Diagnóstico anátomo-Patológico: No córion, infiltração lepromatosa perivascular e glandular. Bacilos + +. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO V: Bárbara R., 58 anos, de tipo neuromacular simples.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme muito ligeira ocupando áreas de pele extremamente atrófica e alopecica (resíduos de antigas máculas tuberculoides?). Biópsia na face anterior da coxa esquerda.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose, sem outras alterações. Bacilos (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO VI: Maria A. F., 34 anos, de tipo Ns.

Data da observação: 4-4-939.

Descarnação ictiosiforme nas pernas, onde a pele é muito atrófica e alopecica. Biópsia na face intero-externa da perna esquerda.

Diagnóstico anátomo-tatológico: Ligeira hiperqueratose, sem outras alterações. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO VII: Francisco H. G., 68 anos, de tipo Na.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme do terço inferior da perna, sendo a pele muito atrofiada, alopecica e em certos pontos, hiperpigmentada. Biópsia na face posterior da perna direita.

Diagnóstico anátomo-patológico: No córion, pequenas infiltrações inflamatórias crônicas, perivasculars e glandulares. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO VIII: Maria J. A., 50 anos, tipo Na.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação ictiosiforme tomando as duas pernas. E' aparentemente normal a pele das pernas. Biópsia na perna direita.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose. No córion, pequeníssimas infiltrações perivasculars de caráter inflamatório crônico. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO IX: Maria J. R., 38 anos, de tipo mixto.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme na metade inferior de ambas as pernas, sendo a pele ligeiramente eritematosa, não infiltrada (?). Biópsia na perna direita, face posterior, terço inferior.

Diagnóstico anátomo-patológico: Epiderme atrofiada em alguns pontos. No córion ligeira hiperemia com esclerose e hialinização de pequeno grau do tecido conjuntivo. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO X: Maria C. P., 50 anos, de tipo Ns.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme na face ântero-externa da perna E. A pele apresenta-se muito atrofiada e alopecica. Biópsia na face ântero-externa da perna esquerda, têrço inferior.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose do córion. No córion pequena esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XI: Fortunata J., 55 anos, de tipo mixto.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação ictiosiforme no têrço inferior da perna esquerda, face ântero-externa. A pele apresenta-se hiperpigmentada, muito atrófica e com alopecia total. Biópsia nessa região.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose. No córion discreta hiperemia com infiltrações inflamatórias crônicas, sem caráter específico, em situação perivascular e glandular. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XII: Jerônimo A., 66 anos, de tipo Na.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme na metade inferior da perna esquerda sendo muito atrófica a pele, com alopecia parcial. Biópsia na perna esquerda, face posterior, têrço inferior.

Diagnóstico anátomo-patológico: Sem alterações patológicas. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

Observação XIII: Maximiano C., 38 anos, de tipo Nt.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação pitiriasiforme no têrço inferior das pernas. A pele é atrófica, com alopecia parcia. Biópsia na face ântero-externa da perna D.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira atrofia da epiderme. No córion pequenas infiltrações inflamatórias crônicas, inespecíficas, perivasculars e glandulares. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XIV: José N., 46 anos, de tipo Na.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação ictiosiforme intensa em ambas as pernas, sendo a pele extremamente atrófica e alopecica. Biópsia na face ântero-externa da perna esquerda, têrço inferior.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose. No córion pequena esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XV: Manuel V., 49 anos, de tipo Na.

Data da observação: 4-4-939.

Descamação ictiosiforme na face ântero-externa da perna esquerda. A pele um pouco atrófica e alopecica. Biópsia na perna esquerda.

Diagnostico anátomo-patológico: Ligeira atrofia da epiderme. No córion certo grau de esclerose e hialinização do tecido conjuntivo e pequenas infiltrações inflamatórias crônicas perivasculars e glandulares. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XVI: Avelino D. P., 21 anos, de tipo mixto.

Data da observação: 3-4-939.

Descamação pitiriasiforme muito ligeira, tomando quasi todo o membro inferior. Biópsia na face ântero-externa da perna esquerda.

Diagnóstico anátomo-patológico: infiltração lepromatosa do córion, pen-vascular, glandular e folicular. Bacilos +++ (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XVII: Júlia C. S., 21 anos, de tipo Ns.

Data da observação: 3-4-931.

Descamação pitiriasifortne na perna direita, em alguns pontos oferecendo contraste com a pele normal da qual se diferencia porém pelo número de pêlos. Biópsia na face ântero-externa da perna direita, no contôrno da descamação.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose. Pequenas infiltrações inflamatórias crônicas, perivasculares e glandulares no córion. Bacilos negativos. (Paulo Sousa).

OBSERVAÇÃO XVIII: Maximina C., 44 anos, de tipo Ns.

Data da observafito: 3-4-939.

Descamação ictiosiforme nas duas pernas, cuja pele é extremamente atrofica, lisa, brilhante e alopecica. Biópsia na face ântero-externa da perna E.

Diagnóstico anátomo-patológico: Ligeira hiperqueratose. No córion pequena hiperemia e edema. Infiltrações inflamatórias crônicas, perivasculares e glandulares. Bacilos |—|. (Paulo Sousa).

Os resultados histo-patológicos dos exames feitos em pele aparentemente são e descamante podem ser reunidos em três grupos:

1.º — caracterizado pela ausência de infiltrações inflamatórias (em 5 doentes de tipo nervoso e em um de tipo mixto)

2.º — em que se observaram infiltrações inflamatórias crônicas inespecíficas (em seis doentes de tipo nervoso e em um mixto) ; e

3.º — caracterizado pela presença de infiltrações inflamatórias específicas: a) em dois doentes de tipo mixto observou-se infiltração lepromatosa ; b) em um paciente classificado clinicamente como sendo nervoso tuberculoide verificou-se infiltrado tuberculoide atípico, e em um tuberculoide em fase nacional estava presente um infiltrado característico desse estado da moléstia; e c) em um doente lepromatoso observou-se, ao mesmo tempo, uma infiltração de natureza lepromatosa e estrutura até certo ponto nodular.

Além dos achados acima mencionados, em muitos casos existia hiperqueratose.

Comentando os resultados dos nossos exames pela ordem que obedecemos ao agrupá-los, a respeito do primeiro e do segundo grupo podemos dizer que os exames histo-patológicos, não demonstrando um infiltrado inflamatório ou apenas um infiltrado crônico inespecífico, confirmaram o exame dermatológico, no qual nenhuma lesão leprótica individualizada chamara nossa atenção.

No segundo grupo reunimos, já o expuzemos, os casos em que foram observadas as infiltrações crônicas inespecíficas. Explica-se a presença dessas infiltrações em pele aparentemente são porque ela pode reagir como um todo a certos processos crônicos que nela se localizam; assim, no caso de uma infecção localizar-se em certo ponto do tegumento, outras partes também podem reagir, de maneira a surgirem infiltrados inespecíficos, como se deu nos nossos casos.

Merecem menção os achados obtidos por CAPPELLI (3) na cutis são de individuos afetados de tuberculose cutânea. "Em nenhum dos numerosos cortes examinados Ode verificar alterações histológicas seguramente de natureza tuberculosa. Em alguns cortes, em todos

os casos, a cutis poderia definir-se como normal, mas, em muitos outros, nota-se no derma uma insólita riqueza de elementos celulares, de tipo e agrupamentos diversos... Explica-se êsse resultado pelas diversas condições em que o tegumento se encontra diante ao bacilo tuberculoso, cuja ação direta ou com derivados tóxicos, pode exercer-se de maneira contínua".

Os nossos achados corroboram com a afirmação que CAPPELLI (3) fez, dependente de novos estudos e que é a seguinte: "Em dermatoses mais ou menos difusas, quando entra em jôgo uma causa infecciosa ou tóxica agindo por um certo tempo, por via endógena, o tegumento, clinicamente indene, não pode ser sempre considerado íntegro no que diz respeito ao aspecto histológico; pode, com efeito, apresentar leves alterações mais ou menos orientadas à síndrome presente (tuberculose, sífilide), ou uma proliferação celular genérica, devida a uma hiperatividade especial dos que se podem considerar os centros de produção e mobilização celular (zonas papilares perivasculares e perifoliculares). Só com pesquisas histológicas experimentais, poder-se-á decidir se êsses fatos devem ser interpretados como reações locais, atenuadas, à causa morbígena, agindo sobre a cutis de maneira difusa mas não uniforme, ou como fenômenos consensuais, expressão de uma reação difusa, gradual de todo o órgão cutâneo aos estímulos, embora limitados".

Pode perguntar-se também se essas infiltrações correspondem, nos lepromatosos por ex., à involução de um infiltrado específico. Pode dar-se êsse fato, e, entre nós, MAURANO (7) praticando biópsias em pele na qual existiram anteriormente lepromas, de 5 casos em dois observou infiltrações inflamatórias crônicas sem caráter específico e sem bacilos.

Passamos agora a comentar o último grupo dos nossos exames anátomo-patológicos, nos quais foram observadas infiltrações específicas e que subdividiremos em três partes, obedecendo à diferença dos infiltrados:

a) Infiltração lepromatosa: (em dois doentes de tipo mixto) reflete a resposta da pele aos bacilos que para ela foram transportados pela via sanguínea. Essa reação inflamatória é de tal grau que não ocasiona qualquer modificação macroscópica de pele, capaz de torná-la perceptível ao exame clínico. Êsses achados permitem supor, com CAPPELLI, que no tegumento aparentemente são, existe um estado, por assim dizer, potencial, mais ou menos obedecendo ao tipo das lesões existentes em outras regiões.

O mesmo pode dizer-se do:

b) Caso tuberculoide (diagnóstico clínico) com estrutura tuberculoide atípica (1), e do tuberculoide em fase reacional, em que o exame histo-patológico evidenciou um infiltrado característico.

Interessante, no primeiro destes dois casos, foi o resultado de uma segunda biópsia praticada 10 meses após na qual, em vez de uma estrutura tuberculoide atípica, observaram o Prof. Walter Büngeler e o Dr. Paulo R. Sousa uma infiltração leprosa atípica, com número maior de bacilos que no primeiro exame.

Não há dúvida que, considerando-se apenas o local das biópsias, houve peora histológica. Essa peora, observada no prazo de 10 meses, contrasta com a melhora clínica e também bacterioscópica do caso. Ainda mais: o Mitsuda é positivo (+) e o índice proteico é igual a 0,11, dado esse que, segundo Moacir S. Lima, confirma o diagnóstico de lepra tuberculoide, feito clinicamente.

Pretendemos fazer novas biópsias assim como acompanhar a evolução do caso durante o tempo necessário (muitos anos naturalmente), para ver se se trata de uma baixa apenas local da imunidade ou de uma viragem de um caso tuberculoide para o lepromatoso, fato que nunca observamos.

No doente nervoso tuberculoide em fase reacional, observou-se a estrutura típica de tais casos; contudo, releva notar o fato de serem muito numerosos os bacilos encontrados, de modo a poder gerar a confusão com o leproma.

c) Infiltração lepromatosa mais estrutura ate certo ponto nodular, em um doente lepromatoso: Nelson S. Campos, Lauro S. Lima F. Alaion, que estão elaborando uma monografia sobre lepra tuberculoide, afixam-nos serem raros esses casos. Como explicá-los?

Na tuberculose com localizações várias no mesmo doente, pode dar-se o caso que na maioria dessas localizações exista um processo produtivo, benigno, enquanto que em outras sedes, (por ex. próstata, cápsula supra-renal) o processo pode ser de tipo exsudativo, maligno. O inverso também pode verificar-se. Segundo o Prof. Walter Büngeler, idênticos fatos podem ser observados na lepra e, nêsse sentido, está realizando interessante trabalho.

Essas observações esclarecem perfeitamente o nosso achado no doente lepromatoso, podendo-se explicá-lo, portanto, por um estado de hiperergia local.

(1) Mota (4) refere que, em alguns casos, surpreendeu a estrutura tuberculoide nas lesões ictiosiformes das pernas, "onde a pele se mostra seca, escamosa, pigmentada, brilhante e atrofica, fendida em diversos sentidos, de maneira a desenhar figuras geométricas de configuração irregular e variada".

Será que esse estado de hiperergia, por enquanto local, será estendido depois a todo o organismo, de modo a transformar a moléstia do tipo lepromatoso para o tuberculose ?

Esta possibilidade deve ser considerada no nosso caso, de acordo com Jadasshon (1) que diz ser possível a associação de elementos "tuberosos" com "não tuberosos" e a evolução de uma forma para outra. KYRLE e TISSEUIL já observaram essa evolução, (citados por Rabelo Junior, 6).

Nos 7 meses de observação que se seguiram à primeira biópsia, a evolução clínica, os exames bacterioscópicos, o Mitsuda negativo e o índice proteico igual a 0,25, tornam inviável, por enquanto, a hipótese de uma viragem do tipo da moléstia.

Será necessário observar esse caso durante um lapso de tempo muito grande, de vários anos, e praticar novas biópsias e exames, antes de firmar-se qualquer conclusão, agora excessivamente prematura e ousada.

RESUMO

Os AA. reúnem em três grupos os resultados histo-patológicos de exames feitos em pele aparentemente livre de lesões leprosas e descamante: 1.º) caracterizado pela ausência de infiltrados inflamatórios (em 5 doentes de tipo nervoso e em 1 misto) ; 2.º) em que observaram infiltrações inflamatórias crônicas inespecíficas (6 doentes de tipo nervoso e 1 misto) ; 3.º) caracterizados pela presença de infiltrações inflamatórias específicas: em dois doentes de tipo misto observaram infiltração lepromatosa; em um paciente, clinicamente classificado como nervoso tuberculose, e outro como tuberculose em fase reacional, verificaram, respectivamente, um infiltrado tuberculose atípico e focos tuberculoides reacionais; em um doente lepromatoso observaram, ao mesmo tempo, uma infiltração de natureza lepromatosa e estrutura até certo ponto nodular.

Comentando os resultados dos exames, os AA. afirmam que no 1.º grupo, o exame histo-patológico confirmou o exame dermatológico. Explicam os achados do 2.º grupo pelo fato da pele poder reagir, como um todo, a certos processos crônicos que nela se localizam. A presença de infiltração lepromatosa reflete a resposta da pele aparentemente sã aos bacilos que para ela foram transportados

(1) Jadasshon afirma ser possível que se opere a associação de elementos tuberculosos com "não tuberosos" (maculosos ou em relação a todos os órgãos: parvicilares, não especificamente inflamatórios) e tuberculoides". Escreve ainda: " ... seria, de fato, bem possível que a forma tuberculose se apresentasse como uma fase intermediária entre as lesões maculosas e as tuberculosas e, também, entre as tuberosas e as anestésicas pos-tuberosas. Em favor disso falam muitas observações a que já me referi. Esta minha opinião já defendida em 1913, foi apoiada por Klingmüller. Se nós considerarmos a forma tuberculose como expressão de um estado de alergia, então é natural que ela possa manifestar-se sob diferentes condições, atendendo a que constitui uma modificação da espécie de reação, subordinada a fatos gerais ou locais. Essa fase de alergia pode processar-se por ocasião da passagem das máculas precoces ricas em bacilos para as tuberosas e, destas últimas, para as anestésicas ".

pela via sanguínea. Esses achados permitem supor, com Cappelli, que no tegumento aparentemente não existe um estado, por assim dizer, potencial, mais ou menos obedecendo ao tipo das lesões existentes em outras regiões. O mesmo pode dizer-se dos casos tuberculoides.

Sobre a presença de uma infiltração lepromatosa conjuntamente com um infiltrado até certo ponto nodular, na pele aparentemente sã de um doente lepromatoso, os AA. explicam o fato por um estado de hiperergia local. Discutem se o estado de hiperergia, por enquanto local, pode estender-se depois a todo o organismo, de modo a transformar a moléstia do tipo lepromatoso para o nervoso tuberculóide.

SUMMARY

The authors divide in 3 groups the histo-pathologic results of the examinations made in apparently healthy skin of lepers, as follows:

1st. group, characterized by the absence of any inflammatory changes in 5 patients of the neural and 1 of the mixed type).

2nd. group, with unspecific chronic inflammatory changes (6 patients of the neural, 1 of the mixed type).

3rd. group, characterized by the presence of specific inflammatory changes. Lepromatous infiltrations were found in 2 patients of the mixed type. An atypical tuberculoid infiltration and a tuberculoid reactive focus were found respectively in a case clinically classified as a neural tuberculoid and in another looking like a tuberculoid case in the reactive phase. Coexistence of lepromatous infiltration and a more or less nodular structure were observed in a lepromatous patient.

Commenting those findings the authors say that in the 1st. group the histo-pathologic examination confirmed the dermatological. The findings of the 2nd group would be due to the fact that the skin can react as a whole to certain chronic processes that affect it. The presence of the lepromatous infiltrations would result as a reply of the apparently healthy skin, to the bacilli brought through the blood stream.

Such findings lead them to think, as Capelli does, "that in the apparently healthy tegument a certain condition exists, which may be called potential, obeying more or less to the type of the lesions present in other parts of the body". The same can be said of the tuberculoid cases.

The authors explain the coexistence of lepromatous infiltrations together with the somewhat nodular changes at the apparently healthy skin of a lepromatous case, as a state of local hyperergia and discuss whether such hyperergia can be extended later to the whole body, changing the disease from the lepromatous to the tuberculoid neural type.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — DARIER — *Compêndio de demart.*, pág. 226. Salvat. Edit. 1928.
- 2 — PORTUGAL, H. — *Histologie pathologique de la lèpre tuberculóide*. Rev. Bras. de Lepr., dez. 1938, pag. 401.
- 3 — CAPPELLI, J. — *Osservazioni istologiche su aree di cute apparentemente sana di malati affetti da dermatosi varie*. Giorn. Ital. delle malat. veneree e della pelle, 1924, p. 1.159.

- 4 — MOTTA, J. — Lèpre tuberculoide, manifestations cliniques. Rev. Bras. Leprol., dez. 1938, pag. 387.
- 5 — MARNEFFE, H. — Influence du traitement par les éthers éthyliques de chaulmoograsur la desquamation des éléments éruptifs de la lépre. Bull. Soc. Pathol. Exot., 1928, t XXI, pag. 831.
- 6 — RABELO JUNIOR — Uma classificação clínico-epidemiológica das formas de lepra. Rev. Bras. de Leprol., n.º especial, 1936, vol. IV.
- 7 — MAURANO, F. — Lepra cutânea difusa. Rev. Bras. Leprol. n.º especial, 1938, vol. VI. pag. 49.



FIG. 1
Manoel L. Primeira biópsia.
em pele aparentemente sã.

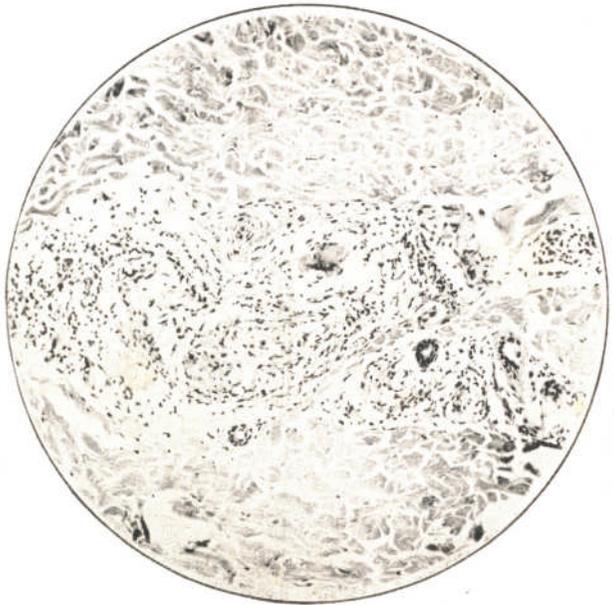


FIG. 1-a
Manoel L. Lâmina 2971 —
Vê-se uma estrutura nodular
com um gigantocito. Nódulo
situado ao lado de um vaso
com células epitelioides e fi-
broblastos no centro e pequeno
número de linfocitos ao redor.
Vê-se um gigantocit,o.



FIG. 2
João H. S. Local da biópsia
em pele atrofiada.

FIG. 2-a
João H. S. Lâmina 2985 —
No centro do campo duas es-
truturas nodulares: no centro
dos nódulos células epiteloide,
e fibroblastos : ao redor lin.
focitos.

