

BOLETIM DA SOCIEDADE PAULISTA DE LEPROLOGIA

64.^a REUNIÃO ORDINARIA — 20 - IV - 1940

SECRETARIO GERAL:

Dr. HUMBERTO CERRUTI

Realizou, em 20 de abril, a 64.^a sessão ordinaria da Sociedade Paulista de Leprologia, presidida pelo Snr. Vice-Presidente Dr. SEBASTIÃO CARLOS ARANTES e secretariada pelos Drs. HUMBERTO CERRUTI e FRANCISCO AMENDOLA. No expediente foi justificada por motivo de força maior, a ausencia do Snr. Presidente.

Ordem dia:

D. HELENA POSSÓLO: — "Recentes aquisições sobre a composição do oleo de chaulmoogra": focaliza a A. o interessante problema da ação terapeutica do oleo de chaulmoogra. Cita trabalhos de varios investigadores, cada qual opinando sobre a atividade medicamentosa desta, ou daquela fração do referido oleo.

Trata de valiosas pesquisas, recentemente realizadas na Alemanha por Buschkies e Wagner Jauregg, relativas aos derivados dos alcoois chaulmugrilico e hidnogrílico e hidnocarpilico, obtidos por redução dos ácidos correspondentes.

Transmite, após, os seus estudos referentes ao isolamento de frações dos ácidos do oleo de chaulmoogra, de baixo ponto de fusão, para, afinal, focalizar e se deter longamente nos trabalhos ha pouco publicados, dos quimicos Howard Irving Cole e Humberto Cardoso, principalmente na parte em que estes cientistas tratam do isolamento de quatro ácidos, novos homologos inferiores da serie chaulmoogrica.

NOTA: — Este trabalho será publicado na integra na Revista Brasileira de Leprologia.

Comentário:

Dr. Sebastião Carlos Arantes: agradecendo a apresentação do trabalho, enaltece o mesmo pelas qualidades científicas, pedindo A. que continue sempre trazendo à Casa o resultado de suas pesquisas.

Drs. HUMBERTO CERRUTI & GODOFREDO ELEJALDE: "Casus pro diagnosis": trata-se de um indivíduo S. S., brasileiro, lavrador, com 34 anos de idade, que, ha cinco anos, apresentou uma dermatose localizada exclusivamente nas pernas, desaparecendo pouco tempo depois. Teve manifestações semelhantes por mais três vezes durante estes ultimos quatro anos. Estas lesões foram sempre semelhantes às atuais, porém com menos intensidade. Ha um ano começou o surto atual que descreveremos em seguida. Nega qualquer antecedente pessoal ou hereditário digno de nota, inclusive convivencia com doentes leprosos e tuberculosos. O exame geral nada mostra digno de nota, sendo que a radiografia do pulmão, não apresenta sinais de lesões tuberculosas. Apresenta gânglios palpáveis, porém pequenos, sem reação evidente, nas axilas e nas regiões inguinais. O exame neurológico praticado por especialista nada revelou digno de nota em relação á motricidade, refletividade, sensibilidade e palpação dos principais troncos nervosos: cubitais e ciáticos popliteos externos. Dermatologicamente apresenta em todo o tegumento, um primeiro tipo de lesões com predominância no rosto, nas partes posteriores e laterais do tronco, nos membros inferiores e superiores, de cor castanha, constituídas pela confluência de pápulas brilhantes com evidente situação peri-folicular A confluência destas pápulas mostra lesões ora hiperqueratósicas com formação de espinhos córneos, ora áreas de descamação superficial, dando á dermatose aspecto pitiriasiforme. Em outros pontos ha áreas de nítida atrofia pigmentar. Assim, estes três aspectos de lesões liquenoide papulosa, hiperatósica pitiriasiforme e atrofia pigmentar, se alternam e se confundem uns com os outros, dando o aspecto geral característico da dermatose. A vitro-pressão, nestas lesões, nada revela de característico. O segundo tipo de lesão é constituído por nódulos localizados nos ante-braços e mãos com disposições simétricas. Ha dois tipos destes nódulos, correspondentes á épocas diversas de evolução, assim alguns mostram ser bastante infiltrados, enquanto que outros dão á palpação sensação fibrosa. Se entre as lesões epidérmicas ha um élo de passagem, assim como ha entre as do tipo nodular, fazemos notar, que entre aquelas e estas este élo não se justifica, porquanto nas zonas onde as lesões liquenóides são mais intensamente desenvolvidas, não se observa a participação dérmica infiltrativa, isto é no

dular. A verificação histológica das lesões: liquenóide papulosa, hiperqueratósica pitiriasiforme e nodular, revelou estrutura evidentemente tuberculoide, atingindo nas duas primeiras até o derma papilar, enquanto que na terceira esta estrutura mostrava-se de permeio áreas de tecido conjuntivo bastante celular. Os córtex destas lesões assim como os respectivos esfregaços praticados no momento da biopsia não revelaram a presença de bacilos álcool-ácido resistentes. Fragmentos destas lesões, após transformados em "poltiglias", foram não só semeadas em meios açucarados de Sabouraud, como também inoculadas, com segunda passagem, em cobaios com reação à tuberculina negativa. Estas verificações foram completamente negativas. O muco nasal foi sempre negativo para bacilos de Hansen, quer retirado diversas vezes por curetagem da mucosa nasal, quer após a medicação iódica. De igual resultado foram as pesquisas feitas no material obtido por punção ganglionar inguinal. As inoculações em cobaios feitas, com segunda passagem, com o escarro, foram negativas. O quadro hematológico, praticado por duas vezes, revelou eosinofilia de 22 e 14,5%, explicável pela presença de óvos de *ankilostoma duodenale* e *tricocephalus trichiurus* nas fezes. O exame de urina nada revelou digno de nota. Sôro-reação para tuberculose com antígeno de Witebski: negativa. Fixação de complemento e sôro floculação para mal de Hansen, praticadas com três antígenos cada uma: completamente negativas. Intra-dermo-reações de Frei, Ito-Reestierna, Montenegro (*leishmania*), Mantoux (diluição 1/1000 e 1/3000): negativas. Intra-dermo-reação de Mitsuda (tipo Hayashi e tipo Muir): aparecimento de pápula no terceiro dia com reação tipicamente positiva a partir do sétimo dia. Exame radiológico das extremidades: nas epifises distais do 1.º, 2.º e 5.º metatarsianos direitos, no 1.º e 5.º metatarsianos esquerdos, em ambos as epifises da 1.ª falange dos grandes dedos, na tuberosidade posterior do calcâneo direito, nos escafoides de ambas as mãos e no semi-lunar da mão esquerda ha fôcos de destruição osteolítica sem manifestação osteoplástica periostal ou enostal, semelhante ao quadro que se encontra na tuberculide óssea ou osteite tuberculosa multiplex cística de Jungling. Durante o periodo da observação o doente além da pouca medicação iódica para a pesquisa de bacilos no muco nasal, tomou uma dose de anti-helmíntico e cerca de 15 injeções de salicilato de bismuto, sem maiores alterações no quadro clínico-dermatológico.

Apresentado o caso clínico, é necessário que justifiquemos esta comunicação, especialmente, no que concerne ao título. Depois de muito ter examinado o caso clínico e depois de ter considerado diversas hipóteses diagnosticas, chegamos à conclusão de não poder fazer um diagnostico definitivo e por isso o apresentamos como "casus pro diagnosis". O interesse dêstes casos clínicos, nos quais a

complexidade do síndrome torna duvidosa a síntese diagnóstica, consiste, principalmente, nas discussões gerais, as quais dão ensejo. Nós, portanto, na discussão deste caso, vamos nos referir especialmente a considerações gerais.

No ponto de vista clínico-morfológico, não temos elementos característicos para fazer um diagnóstico dermatológico; o polimorfismo evolutivo, por si mesmo, constitui uma dificuldade neste ponto de vista. Podemos, unicamente, afirmar que se trata de uma forma liquenóide folicular, e sabemos como esta forma é comum a manifestações diversas de natureza local ou geral, de natureza infecciosa, tóxica, reativa ou secundária.

Quanto aos quadros histológicos, estes têm como caráter comum em todos os pontos examinados, quer cutâneos, quer nodulares, um substrato nitidamente granulomatoso tuberculóide. As diferenças que se observam nos diversos preparados correspondentes a zonas diferentes da pele, referem-se, exclusivamente, ao comportamento da camada córnea superficial e das relações que esta assume com os folículos pilosos. No que concerne às manifestações granulomatosas tuberculóides, verificou-se, de alguns anos para cá, verdadeira revolução. Considerado, a princípio, como elemento suficiente para o diagnóstico da tuberculose, viu-se, sucessivamente, ser este quadro histológico, e o elemento citológico mais característico — a célula gigante de Langhans — comum a muitas manifestações mórbidas, não só de origem infecciosa como também de outras origens (granuloma de corpo estranho, eleidoma, etc.).

De modo que, hoje, nos encontramos nesta situação paradoxal: as mais evidentes manifestações tuberculóides são, justamente, aquelas que não estão ligadas à tuberculose

Os vários exames de laboratório praticados, nada evidenciam no que concerne ao diagnóstico; a única alteração hematológica, evidente, foi a eosinofilia, que encontra explicação na parasitose intestinal.

Sem nos determos sobre dados negativos, achamos interessante limitar a discussão do presente caso, sob dois pontos muito interessantes, porém até certo ponto contraditórios porquanto a sua coexistência constitui mais um elemento de dúvida no diagnóstico. Queremos nos referir a intra-dérmo-reação de Mitsuda positiva e a existência de alterações ósseas descritas radiologicamente. O ponto capital e geral da discussão é este: é considerada suficiente a positividade da reação de Mitsuda, em face de um quadro clínico não característico de lepra, e em face da negatividade absoluta de todos os outros elementos diagnósticos, para se fazer o diagnóstico de mal de Hansen?

Se considerarmos a literatura sôbre a reação de Mitsuda, como também aquela que se refêre a todas as reações, baseadas sôbre a reatividade alérgica da pêle, vemos que nenhuma pode ser considerada como reação nitidamente específica, porquanto a alergia homóloga se acompanha de uma alergia heteróloga ou aspecífica. As intra-dermo-reações de Mitsuda positivas aspecíficas são muito frequentemente referidas. E ainda na literatura, especialmente alemã, encontramos casos de tuberculose, nos quais a uma anergia tuberculínica, corresponde ainda uma persistência de positividade do Mitsuda. E ainda, algumas vezes foi demonstrado que desaparece a positividade da intra-dermo-reação específica, pelo aparecimento de um estado anérgico, enquanto que, a pele ainda reage aos estímulos específicos. Sem nada querer tirar do grande valôr prognostico e diagnostico da intra-dermo-reação de Mitsuda, que, especialmente, na determinação da nosologia das manifestações mórbidas da lepra, trouxe notavel contribuição, acreditamos não poder sôbre este dado, unicamente, basear o diagnostico. Nesta nossa convicção concorrem as contribuições quasi unânimes dos autores europêos, que em meios indenes de lepra, encontraram positividade da intra-dermo-reação de Mitsuda, em percentagens diversas atingindo cerca de 50 a 70%.

O segundo ponto, em que nos vamos deter, é, para nós, o elemento mais interessante do caso clínico; é constituído pelas particulares lesões ósseas.

Estas apresentam, típico, o caracter daquelas manifestações que são conhecidas sob a denominação de osteite quística múltipla. Todos os caracteres de séde e de quadro radiológico confirmam tal afirmação. De grande atualidade são ainda estas manifestações ósseas). Já observadas por diversos AA., foram estudadas em 1920 por Jungling, o qual estabeleceu que estes pequenos fôcos de rarefação de forma arredondada, com bôrdas nítidas, sem depósitos periósticos, localizados nas epífises e nas metáfises das falanges dos metacarpos e metatarsos, devem ser considerados de origem tuberculosa, a ponto dele denominar, a fôrma por êle descrita: "osieite cística múltipla tuberculosa".

Desde 1920 até hoje, numerosísimos são os casos desta fôrma mórbida que encontramos na literatura, e sempre vemos que correspondem a casos de sarcóides, de lupus, lupus eritematoso, eritema indurado de Bazin e, em geral, àquele grande grupo de manifestações cutâneas que são reunidas no capitulo, das tuberculides.

E' suficiente a existência da osteite cística múltipla para se poder diagnosticar o nosso caso coma tuberculide?

Nós achamos que não.

Se observarmos, na literatura, o que se refere a tal síndrome, vemos que do ponto de vista anatomo-patológico, as cavidades ósseas são consequências de formações, constituídas de células epitelioides e fibroblastos, que afastam uma das outras as fibras conjuntivas pré-existentes.

Do ponto de vista clínico estas lesões ósseas correspondem a manifestações cutâneas granulomatosas tuberculóides, assim que, mui justamente os autores falam em tuberculides ósseas.

Comquanto não tenhamos encontrado na literatura precedente manifestações do tipo de osteite quística múltipla produzida pela infecção leprosa, acreditamos que não se deva excluir a possibilidade dela determinar no osso alterações anatomo-patológicas semelhantes às manifestações granulomatosas tuberculóides frequentemente evidenciadas na pele. Estas lesões ósseas pela absorção, à semelhança do que se dá não só nas tuberculides como também em outras entidades nosológicas, deixariam na lepra, uma cavidade cística residual.

Pensamos que seria útil fazer pesquisas sistemáticas neste sentido. Para não nos estender mais sobre estes dois pontos de discussão, que serão objeto de mais minuciosa análise, em trabalho sucessivo, concluímos que ainda não temos em mãos o elemento patognomônico, que cada bom clínico deve possuir antes de fazer um diagnóstico de certeza. Os diagnósticos de presunção para os quais ha elementos favoráveis e desfavoráveis são: a lepra tuberculóide e uma forma de tuberculide liquenóide folicular.

O caso clínico será ulteriormente acompanhado, na esperança de que a sua evolução nos traga elementos mais evidentes para o diagnóstico

Fomos levados a apresentar o caso, não somente porque pensamos que possa constituir interesse para os colegas aqui presentes mas, especialmente, porque esperamos que na discussão sobre o caso clínico, nos sejam dados conselhos e juízos, especialmente, por parte dos mais profundos conhecedores dos problemas de leprologia.

NOTA: - Este trabalho será publicado na íntegra na Revista Brasileira de Leprologia.

Comentários:

Dr. Argemiro Rodrigues de Souza: o trabalho dos colegas esta muito bem documentado e a discussão diagnostica foi por eles muito bem ventilada, ficando entre os dois diagnósticos seguintes: lepra tuberculóide e tuberculide liquenóide. Passemos a fazer algumas considerações sobre estes dois diagnósticos. Quanto ao de lepra tuberculóide, eu acho que pôde ser afastado pela seguinte ra-

zão: a lepra tuberculoide, pelo menos nas extensas lesões que o doente apresenta, dá sempre alterações nitidas da sensibilidade, a qual, como vimos, foi examinada por um perito neurologista, que encontrou unicamente uma hipoestesia. Esta hipoestesia, como os AA, muito bem lembraram, pôde correr por conta da hiperqueratose exuberante das lesões que o doente apresenta. Acho que o unico elemento que pôde fazer pensar em lepra tuberculoide é a intradermo-reação de Mitsuda positiva, porem esta, neste caso, pôde ser uma positividade de grupo. Aliás como os AA, afirmaram, na Europa, e principalmente, na Alemanha foi esta reação estudada, verificando ser o Mitsuda positivo nas tuberculides cutaneas. Quanto às lesões osseas, acho que são muito intensas para serem de lepra tuberculoide, por quanto temos feito no Asilo-Colonia de Pirapitingui, varias radiografias de osso em caso de lepra tuberculoide e nos casos raros em que observamos lesões osseas, elas não se parecem com as apresentadas pelos colegas na sua ótima observação, sendo bem diferentes. De qualquer modo o caso apresentado precisa ser observado, principalmente, no tocante a questão do Mitsuda positivo. Sou mais propenso para o diagnostico de tuberculide, com lesões osseas de caracter tuberculoide e lesões cutaneas liquenoides foliculares com nodulos dermicos, confirmados aliás pela histo-patologia. Quanto ao facto das inoculações serem negativas, não é de extranhar porquanto, nestes casos, como é sabido, elas, em geral, são negativas. Eram estas as considerações que desejava fazer.

Dr. Nelson de Souza Campos: quero inicialmente cumprimentar os colegas pela maravilhosa observação e cuidadosa documentação apresentada. Os dois diagnostico postos em suspenso, para a discussão do caso em apreço, naturalmente serão discutidos baseando-se no que o doente apresenta de positivo: a reação de Mitsuda e as alterações radiologicas dos ossos mais ou menos de carater especifico. Quanto à parte histologica, evidentemente não especifica e as provas de laboratorio, todas elas negativas, foram elementos que nenhuma ajuda apresentaram em favor de qualquer uma das duas hipoteses. Pelo lado clinico, do mesmo modo, a lepra está afastada. Creio que estamos numa reunião em que todos os colegas viram casos de lepra das mais variadas formas e nunca verificamos casos com este aspecto clinico, mórmente com a ausencia de sensibilidade, se bem que se possa, contra a opinião do Dr. Argemiro Rodrigues de Souza, encontrar lesões de lepra tuberculoide isoladas, sem perturbação aparente da sensibilidade. Resta o valor da reação de Mitsuda como prova de diagnostico de lepra, o que, indiscutivelmente, está de todo afastado. A reação de Mitsuda pôde, ter o seu valor quando positivo, estando presente lesões de lepra, de aspecto clinico tuberculoide indiscutivel, e nesse caso para confirmar o diagnostico e firmar um prognostico. As lesões

osseas não apresentam o aspecto de lepra tuberculoide, porquanto pela radiografia dos ossos em doentes de lepra tuberculoide verificados pelo Dr. Argemiro Rodrigues de Souza e Rabello Junior e mesmo por nós, fica afastado o diagnostico de lepra. Não vejo, absolutamente fundamento em nenhum sintoma e em nenhuma prova de laboratorio, para firmar o diagnostico de lepra; resta todavia, com algum fundamento, o diagnostico de um tipo de tuberculide, evidentemente "sui generis", não comum, para o qual o Professor Mario Artom, aqui presente nos dará sua opinião.

Prof. Dr. Mario Artom: eu tive a honra de poder seguir este doente durante algum tempo, pela gentileza dos amigos e colegas Cerruti e Elejalde, e cheguei à conclusão de que é muito difficil fazer um diagnostico. Ao ver o doente pela primeira vez, pensei logo numa tuberculide, entretanto, fiquei bastante perplexo considerando certos dados de laboratorio que o doente apresentava. Em primeiro lugar o caracter histológico das fôrmas profundas que não tenho um aspecto sarcoideo, é, entretanto, tão tuberculoide, quanto não se encontra em nenhuma outra fôrma de tuberculide. Em segundo logar devo considerar a questão do Mitsuda positivo. Eu, como dermatologista europeu, tenho tendencia em diminuir, em geral, a importancia das cuti-reações diagnosticas. Neste particular temos muitas vezes surpresas e ninguem, na Europa, costuma fazer diagnosticos de precisão sómente por uma cuti-reação positiva. Um individuo pode ser anergico em relação a um alergeno especifico e ainda sensível a cuti-reação inespecifica, pois que é conhecido o fato de que mui freqüentemente existe ao lado da allergia especifica uma allergia inespecifica. No doente apresentado, existe um dado que tem notavel importancia: é o das lesões tuberculoides rnuiltiplas osseas. Acredito que na literatura, encontram-se cerca de 600 casos de osteites cisticas multiplas das extremidades, quasi todos publicados por autores europeos que declararam estar estas formas ligadas com a tuberculose e especialmente a tuberculides. Estas pesquisas foram feitas de modo particular na Europa nordica onde sabemos que as manifestações do tipo sarcoide são muito frequentes. Eu concordo com os colegas que precisaria verificar muito no campo da lepra para se ver se não se encontram lesões distroficas osseas do tipo cistico multiplo. Esta forma é encontrada nas mais variadas formas de tuberculides e especialmente quando existem lesões tuberculoides localizadas nas mãos e pés. As pesquisas feitas chegaram a estabelecer que este syndrome osseo corresponde a alterações do tipo tuberculoide, que afastando as lamelas osseas, determinam, como consequencia cicatricial, os aspectos cisticos. Eu acho que tal processo seja possivel tambem nas fôrmas tuberculoides não devidas à toxinas tuberculosas, e seria muito interessante e util estabelecer se tambem a lepra tuberculoide pôde dar tais manifestações.

Póde-se pensar, muitas vezes, que estas apresentações de "casus pro diagnosis" possam constituir diminuição de quem as apresenta. Eu creio, pelo contrario, que quando um caso é estudado como este foi, é muito util a apresentação e a discussão, mesmo sem um diagnostico estabelecido. São pois utilissimas as relações entre leprologos e dermatologistas, pois que a leprologia sendo uma parte importantissima da dermatologia, o leprologo deve continuar a ter grande contacto com os diagnosticos dermatologicos, porquanto veremos quais as dificuldades que se têm no estabelecer-se um caso clinico, que póde se apresentar diariamente, pertença êle à leprologia ou à dermatologia.

Dr. Moacir de Souza Lima: acho que os AA, deveriam fazer no paciente a relação entre albumina e globulina no sôro sanguineo, porquanto na lepra, seja tuberculoide ou seja lepromatosa ha em geral uma inversão. Na tuberculose cutânea esta inversão não se verifica. Talvez esta dosagem de albumina e globulina no sôro sanguineo, possa concorrer para a possibilidade diagnostica.

Dr. Luiz Marino Bechelli: secundando os colegas que me pre-cederam eu só tenho a elogiar a ótima e perfeita documentação do caso. Falo, não como dermatologista, porém apenas como clínico de lepro-sário, que tem visto grande número de doentes de lepra, entre êles dezenas de casos de lepra tuberculóide. Nunca tive entretanto, ocasião de ver caso algum de lepra tuberculóide com aspecto dermatológico semelhante ao que foi apresentado hoje. Apesar de todos os dados lembrados para o diagnostico serem mui justamente orientados, não só clinicamente, como tambem radiológicamente, e em relação aos recursos de laboratório, não se tem entretanto, elementos para fazer diagnóstico de lepra tuberculóide. Quanto à intra-dermo-reação de Mitsuda, já foi evidentemente resaltado que ela não póde por si só justificar o diagnóstico de lepra. No que concerne às lesões ósseas, a minha experiência não se estende a casos de lepra tuberculoide, porquanto tenho tarbalhos a esse respeito somente sôbre lepra lepromatosa: sôbre lepra tuberculoide não tive oportunidade ainda de estudar tais lesões. Entretanto, devo dizer que as lesões ósseas de que o paciente é portador pelo seu aspecto, não se enquadram em nenhum dos casos que tive a oportunidade de vêr em doentes de lepra lepromatosa.

Dr. Sebastião Carlos Arantes: antes de dar a palavra ao Snr. Dr. Humberto Cerruti quero cumprimentar calorosamente não só este como tambem o colega Godofredo Elejalde, pela minuciosa e brilhante observação deste interessantissimo caso, fazendo votos para que tragam a esta Casa, oportunamente, a última palavra sobre o caso.

Dr. Humberto Cerruti: agradecemos sensibilizados pelo modo tão gentil como foi recebida nossa comunicação nesta Casa. Dis-

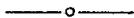
pensamo-nos, de dar qualquer resposta aos comentarios feitos pelos nossos colegas, porquanto, de modo geral, o caso foi discutido sob um mesmo ponto de vista, semelhante ao nosso. O unico comentario que devemos resaltar é o do Snr. Dr. Moacir Souza Lima; efetivamente deixamos de praticar no sôro sanguineo do doente a dosagem de albuminas e globulinas, por uma falha de momento que não nos ocorreu Entretanto, como o doente ainda se acha entre nós, não as deixaremos de fazer. Aproveitamos a oportunidade para pedir ao colega Souza Lima, que tem estudos especializados sobre estas dosagens, o obsequio de faze-las neste caso, pelo que ficaremos imensamente gratos. Esperamos que os colegas aqui presentes nos possam orientar, principalmente no que concerne à continuação do tratamento do doente, porquanto não sendo considerado como um possivel hanseniano, não o podemos encaminhar para o Serviço de Profilaxia da Lepra. Deste modo, apelamos aqui para os presentes que nos orientem numa terapeutica plausivel, afim de que, mais tarde, possamos concluir sobre uma possivel etiologia da molestia.

Dr. Nelson de Souza Campos: achamos que esta terapeutica será sempre melhor orientada por dermatologistas gerais do que por leprologos, de modo que, em vossas mãos, o doente será ótimamente tratado.

Dr. Humberto Cerruti: agradecemos, porem como no caso presente a nossa orientação é muito insegura e na reunião ha, além de leprologos, ótimos dermatologistas, pederíamos que se manifestassem, porquanto queremos dividir a nossa responsabilidade, que aliás não é pequena.

Prof. Dr. Mario Artom: acho que os colegas poderiam continuar com o tratamento bismutico ou, se desejassem um provavel efeito mais rapido, poderiam tentar a medicação aurica pelo "solganal B. oleoso", em doses pequenas no inicio para poder observar a tolerancia do paciente.

Dr. Humberto Cerruti: agradecemos e prometemos continuar com a medicação bismutica, porquanto, em outros surtos, o doente melhorou com a mesma; entretanto, se observarmos que desta vez os resultados não forem satisfatorios, nos orientaremos para o tratamento aurico aconselhado pelo Prof. Dr. Mario Artom.



65.^a REUNIÃO ORDINSARIA — 11 - V - 1940

Realizou-se em 11 de maio a 65.^a sessão ordinaria da Sociedade Paulista de Leprologia, presidida pelo Dr. ENEAS DE CARVA-

LHO AGUIAR e secretariada pelos Drs. HUMBERTO CERRUTI e FRANCISCO AMENDOLA. No expediente o Dr. NELSON DE SOUZA CAMPOS propõe um voto de pesar pelo recente falecimento do Prof. Dr. HENRIQUE P. FIDANZA, pedindo que fossem oficiadas neste sentido à "Asociación Argentina de Dermatología y Sifilología" e à "Facultad de Medicina de Rosario", o que foi aprovado por unanimidade.

Ordem do dia:

Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUSA: "Canicie sindromica com reação leprotica": — trata-se de uma paciente lepromatosa, portadora de bocio, com pequenos sinais de hipertiroidismo, na qual verificára o interessante fenomeno de "canicie anelata ou fasciculata", acompanhando as reações leproticas. A principio, os surtos eruptivos se sucediam cada quatro meses, com sintomatologia aguda, constituída da exacerbação das lesões cutaneas e das dôres, hiperestesia e hipertermia. A canicie acompanhava estas reações formando uma faixa branca, antero-posterior, bem visível, de permeio com cabelos castanhos. As reações, mais tarde, se tornaram menos espaçadas, cada dois meses si tanto, e as faixas brancas surgiam uma após outras, ritimadas com surtos de reação, alternadas, entretanto, de faixas de coloração castanho, correspondentes a periodos em que as reações leproticas cessavam. A largura da faixa de canicie era rigorosamente proporcional à duração da reação. Em seguida o A. depois de mostrar ótima documentação fotografica do caso, tece considerações, procurando explicar o fenomeno pela intervenção da tiroide, cujo disturbio arrasta o das outras glandulas, impedindo a formação de dopaoxidase, condição da elaboração de melanina, pigmento corante dos cabelos.

NOTA: - Este trabalho será publicado na integra na Revista Brasileira de Leprologia.

Comentarios:

Dr. Nelson de Sousa Campos: pergunta ao A. se no caso presente, durante os surtos de reação leprotica, havia manifestação de fundo leprotico, ou de outra natureza, no couro cabeludo.

Dr. Enéas de Carvalho Aguiar: pondera em primeiro lugar que mui provavelmente as lesões do couro cabeludo, não existiriam, ou seriam tão pouco evidentes, porquanto, o Dr. Argemiro Rodrigues de Sousa, as teria notado, pois é sabido quão minucioso é nas suas observações. Em seguida, agradece a ótima comunicação trazida à casa.

Dr. Argemiro Rodrigues de Souza: agradecendo o Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, afirma que efetivamente não haveria a presença de manifestação alguma bem evidente no couro cabeludo, por-

quanto este fato chamar-lhe-ia a atenção, prometendo, entretanto, comunicar à casa por ocasião de nova reação leprotica, com aparecimento da respetiva faixa de canicie, o resultado da observação minuciosa do couro cabeludo.

Prof. Walter Büngeler: — "Interpretação da reação leprotica como fenomeno de superinfecção endogena".

Em primeiro lugar o A. se refere às noções modernas sobre re-infecção e superinfecção na tuberculose. Explica que uma superinfecção, ou melhor, uma nova infecção tuberculosa em individuo portador de tuberculose ativa provoca, na maioria dos casos, somente reativação dos processos preexistentes estacionarios. Esta reativação se apresenta clinica e anatomicamente sob o aspêto de infiltração perifocal. As alterações histologicas são as da inflamação exudativa inespecifica. E' comum a cura completa desta infiltração pela lise do exudato, observando-se, às vezes, a lise do foco preexistente.

O A. compara estas alterações da tuberculose com as alterações observadas na reação expontanea da lepra lepromatosa. As alterações histologicas destas reações são iguais às da infiltração perifocal na tuberculose, tratando-se pois de verdadeira infiltração inespecifica perifocal em torno dos lepromas preexistentes. O A. considera como causa desta infiltração perifocal (reação leprotica) a bacilemia, mas não no sentido classico de que a mesma provoque novas metástases lepromatosas, mas sim, exclusivamente, uma infiltração perifocal nos focos preexistentes. Considera como causa desta bacilemia os processos endangiticos lepromatosos muito comuns nesta forma da molestia, especialmente nos órgãos viscerais.

Comentarios:

Dr. Humberto Cerruti: pergunta qual a possivel explicação, do fato de, em alguns casos, a pesquisa sistematica do bacilo de Hansen, praticada em nodulos de reação leprotica dar resultados negativos, desde as primeiras horas do aparecimento do nodule, até a involução do mesmo; fato este, totalmente oposto, ao que soe acontecer com a grande maioria dos nodulos de reação, nos quaes a pesquisa de bacilos é positiva, perdurando, em regra, até quasi a involução completa dos mesmos.

Dr. Nelson de Souza Campos: do mesmo modo queria que o Prof. Büngeler explicasse o seguinte fato: frequentemente ao examinarmos nos leprosarios, doentes candidatos a alta hospitalar e por conseguinte, com uma serie grande de exames de laboratorio negativos, verificamos a presença de um tipo de reação leprotica cronica, com exames de laboratorio quasi sempre negativos. Os colegas

que trabalham nos hospitais já estão familiarizados com esses casos. Para o lado da pele, o estado clinico desses doentes é satisfatorio, pois nenhuma lesão apresentam que denote atividade da molestia, a não ser esses pequenos nodulos sub-cutaneos reacionais. Essas reações cronicas corresponderiam a fòcos viscerais? Nesse caso, como se explicaria a ausencia de germens nas mesmas?

Prof. Dr. Mario Artom: as leis da superinfecção leptotica expostas tão brilhantemente pelo Prof. Búngeler, não só são comparaveis àquelas que regulam a tuberculose, como também aos fenomenos semelhantes que são encontradiços na lues. O fato de que, no curso de molestias infecciosas, na pele aparentemente sã, existem elementos patologicos que são o ponto inicial de lesões hiperergicas, está hoje em dia, completamente demonstrado. Este fáto é importantissimo, porquanto pode explicar muitissimos fenomenos. As cuti-reações positivas, demonstram que existem alterações gerais cutaneas determinadas pela doença, entre alterações de reatividade e lesões anatomo-patologicas. O ponto de transição entre elas é dificil de se estabelecer.

Dr. Argemiro Rodrigues de Sousa: afirma que nos doentes internados nos leprosarios a sua observação confirma plenamente a comunicação feita pelo Prof. Búngeler, não só no que se refere às infiltrações perifocais e desaparecimento completo dos fòcos, como também à questão de presença de bacilos que, em geral, é encontradiço nestas infiltrações perifocais na grande maioria dos casos.

Prof. Dr. Walter Búngeler: agradece primeiramente os comentarios do Prof. Mario Artom e Dr. Argemiro Rodrigues de Sousa, passando em seguida a responder aos Drs. Humberto Cerruti e Nelson de Souza Campos. Afirma que nos pontos dermicos onde se estabelece uma infiltração perifocal com alterações histologicas do tipo da inflamação exudativa inespecifica ha sempre a existencia de um fòco inativo especifico, às vezes constituido por uma unica celula de Wirchow, mais ou menos cheia de bacilos. Da maior ou menor quantidade de germens existente, depende a possibilidade de serem os bacilos encontrados no nodule, pois nos casos em que eles são inicialmente pouco numerosos, alguns seriam autolizados, outros seriam diluidos no proprio processo inflamatorio exsudativo inespecifico que se estabelece. Nos casos onde ha maior quantidade de germens nos fòcos inativos, mesmo a autolise e a diluição não são suficientes para dar resultados negativos nos esfregaços praticados, principalmente nos primeiros dias da infiltração perifocal.

O snr, presidente, depois de agradecer a todos as comunicações feitas e os respetivos comentarios, dá como encerrada a sessão.