

ESTUDO CLÍNICO DA LEPRIDE ERITEMATO- HIPOCRÔMICA

ARY PINTO LIPPELT

Médico Estagiário

No estudo do vasto capítulo — patologia da lepra, a-pesar-do muito que se tem feito os resultados e conclusões obtidos até agora, deixam ainda muitos pontos vulneráveis, passíveis de critica, porque calcados no terreno incerto das hipóteses. Não deixamos de reconhecer que a hipótese é principio direto de qualquer estudo. Sem suposição primitiva, o investigador não se orientaria para es-tabelecer experiências e observações.

Jadassohn salienta a impossibilidade de investigações animais sistemáticas como impecilho às experimentações que, se viáveis fossem trariam contribuição valiosa para esclarecimento dos pontos obscuros. As deduções são baseadas apenas em da dos clínicos anatomo-patológicos. Estes mesmo, nem sempre dão resultado satisfatório.

Muito do que está consignado é baseado na analogia que oferece a patologia da lepra com a da tuberculose e a da sífilis.

Por isso, não é de extranhar que algumas das opiniões emitidas pelos leprólogos, não se ajustem pelo mesmo diapasão, ainda que se levasse em conta prováveis diferenças no evoluir desta entidade nosológica, consequentes á suposta influências de clima, raça região etc.

* * *

Nos congressos internacionais realizados até o presente, muito foi o que se discutiu e pouco resultou de estabelecido em alicerces capazes de resistir á ação demolidora da observação honesta e sistemática.

Entre os diversos assuntos surgidos á tona, um deles, de capital interesse, está ainda sujeito a carater provisório — classificação, Inúmeras têm sido as classificações apresentadas baseadas em caracteres topográficos, estruturais, evolutivos, etc. O grande número prova a precariedade de todas. Fundam-se muitas em critérios irrisórios e insustentáveis.

Recentemente foi proposta e aceita entre nós (S. Paulo) classificação, também a título provisório, porém com qualificativos mais razoáveis, permitindo enquadrar em forma elástica (incaráterística) lesões difíceis de coordenação diagnóstica em dado momento.

Outro ponto tanto ou quanto confuso é o da nomenclatura das lesões que a lepra em suas manifestações caprichosas, dando quatro clínicos polimorfos, oferece para o lado da pele.

Compulsando a vasta bibliografia sobre lepra é comum encontrarmos várias denominações a certa e determinada lesão.

Talvez seja essa, dentre outras das razões que seria obstáculo traga à classificação das formas. Existe também alguma confusão entre forma, variedade, tipo etc.

Todavia, embora múltiplos os aspectos apresentados, duas formas aparecem bem definidas, por características clínicas morfológicas e anatomo-patológicas, perfeitamente evidenciadas: forma lepromatosa e forma tuberculóide, assestando-se em vários (?) sistemas do organismo.

As formas definidas, além do conjunto de elementos necessários para tanto, devem apresentar caráter de estabilidade, condição essencialmente lógica para evidenciação de espécie.

* * *

LEPRIDES

As leprides não catalogadas nessas formas opostas, porque situadas entre ambas tem sido até então rotuladas em outras, esdríxulas, absurdas, porque não satisfazem nem a título precário — maculo-anestésica, neuro-macular, trofo-anestésica.

Da máculo-anestésica ao que parece em vias de extinção pouco o que se tem usado e abusado. É rótulo que peca pela denominação, pois, deveria subentender apenas leprides maculosas que apresentassem perturbação da sensibilidade. E o enquadramento aí de infiltrações fulvas pre-lepromatosas, que nem ao menos são lesões maculosas? Como nem todas as lesões maculosas patognomônicas da lepra apresentam características disestésicas, isso bastaria para impugnar tal forma.

Enquadra ainda lepride que se caracteriza por instabilidade marcada, lepride essa que é objeto de nosso estudo.

Não pretendemos aqui criar nova forma. Tal intenção foge ao nosso escopo. A lepride eritemato-hipocrômica está dentro da forma "incaráterística", ou inflamatória simples.

Limitar-nos-emos em seguir sua evolução caprichosa quando progressiva, porque tem caráter transitório, caminhando quasi que indiferentemente para qualquer das formas em oposição.

As leprides apresentam polimorfismo pela multiplicidade de aspecto e cor.

Importa saber, qualquer que seja sua aparência clínica, que pertence à mesma entidade nosológica com unidade etiológica, embora presente ela decurso variável e se manifeste por formas em princípios tão diversos.

Jadassohn explicaria esses fenômenos, abstração feita de todos os fatores accidentais possíveis — infecções mistas, alterações de meio etc. ao seguinte:

- 1.º diferença de germens;
- 2.º do modo de infecção;
- 3.º predisposição do individuo.

Mas, sem dúvida, os vários aspectos clínicos das leprides representam etapas evolutivas diversas do bacilo leproso patogênico, sobre terreno em estado de receptividade pois, estas formas clínicas diferentes não provem sendo da única causa mórbida. Serão portanto devidos aos graus diversos da virulência do bacilo e, da resistência ou da adaptação do terreno (?).

Jadassohn diz: "A lepra anestésica, comporta-se de modo geral, de início, ou muito cedo, como a lues terciária, mas assemelha-se também h. lues secundária, por isso que as "leptides" maculosas mostram maior tendência para a cura espontânea da que "lepromas" tuberosos".

No começo amíude, talvez sempre, reação aguda em virtude dos anticorpos não específicos pré-tormados, bacilos mais ou menos escassos, orientação na diretriz da "proporção tuberosa". Em virtude da formação mais rápida e mais intensa de anticorpos orientação para a forma maculo-anestésica, com pequeno número de bacilos.

Na forma tuberosa a formação de anticorpos é estimulada mais cedo ou mais tarde, até se estabelecer a transição para as formas paucibacilares.

Na maculo-anestésica ha as vezes esgotamento da formação anticorpos (como nas tuberculoses graves) e por isso transição para a forma tuberosa.

A natureza dos anticorpos que entram em ação na lepra não está ainda esclarecida.

A diversidade das manifestações mórbidas é explicada não somente pela virulência do bacilo, como também pela reação do organismo e pela variabilidade local e no tempo, de sua capacidade de adaptação aos germens invasores e, sobretudo pela diversidade da capacidade de adaptação do invasor.

CLASSIFICAÇÃO DAS LEPRIDES

A classificação das leprides (Lauro de Sousa Lima) baseia-se no estudo da atividade real ou potencial, inatividade e nos caracteres clínicos e bacterioscòpicos apresentados.

Por atividade de lesões compreendem-se necessários os sinais de

a) progressão

1 — clínicos: còr, eritema, infiltração

2 — bacteriológicos: presença de bacilos

b) regressão

1 — sinais clínicos: diminuição ou desaparecimento do eritema e infiltração

2 — bacterioscòpicos: ausência de bacilos.

O processo geral da evolução progressiva ou regressiva das leprides é variável de individuo para outro e. no mesmo individuo de lesão para outra.

A evolução regressiva dessas lesões processa-se geralmente pela parte central, propagando-se para a periferia de modo continuo ou interrompido muita vez por fases variáveis de quiescência.

A evolução progressiva processa-se pela acentuação do eritema ou da infiltração e presença de bacilos.

Carateriza-se a terminação do processo regressivo pelo desaparecimento da lepride voltando a pele ao seu aspecto normal ou quasi normal, persistindo os distúrbios da sensibilidade quando antes localizados ao nível das lesões. (Modo raro de terminação).

Fixação da lepride sob forma de acromia ou hipocromia residual, sem tendência ao desaparecimento permanecendo como verdadeira cicatriz. Transformação em cicatriz — modo mais frequente e garantido.

CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA E ASPECTO CLINICOS DAS LEPRIDES

As leprides são classificadas objetivamente, tendo-se por base a combinação de seus dois elementos morfológicos, característicos: côm e infiltração, o que permite estabelecer de modo racional cinco tipos de leprides:

1.º LEPRIDES ACROMICAS PRIMÁRIAS

São lesões acrômicas ou hipocrômicas, de limites nem sempre bastante precisos, ent pele normalmente pigmentada, não apresentando eriterna nem infiltração. E' frequentemente encontrada como manifestação inicial da lepra. Pode apresentar-se sob vários aspectos morfológicos, dependentes do estágio de atividade em que observada. Aparecem então os elementos cuja ausência carateriza seu aspéto ou forma inicial. Nem sempre é facil de ser diagnosticada. Confunde-se ás vezes com certas discromias cutâneas, (novo pigmentar por exemplo). A anestesia. comumente encontrada coexistente e a prova da histamina resolvem as dificuldades diagnosticas.

2.º LEPRIDES ERITEMATOSAS SIMPLES

Caraterizam-se pela presença de eritema, não se evidenciando clinicamente infiltração.

Pode ser resultado da atividade e consequente evolução progressiva da lepride acrômica primária. Apresenta limites nitidos na maioria das vezes e extensão vartavel. Quando, sofre processo regressivo desaparece completamente ou deixa apenas atrofia cutânea residual equivalente a. cicatriz.

3.º LEPRIDES TUBERCULÓIDES

São caraterizadas por presença de eritema e infiltração em grau variável. Variado tambem seu polimorfismo em tamanhos diversos São primárias típicas ou atípicas, e secundárias, resultado de transformação de lepride eritêmato-hipocrômica. Assestam-se em qualquer parte do tegumento. Têm aspecto regressivo todo especial.

4.º LEPRIDES ERITÊMATO-HIPOCRÓMICAS

Caracterizadas pela presença de eritema e hipocromia em grau variável. Constituem geralmente fase de transição.

5.º LEPRIDES RESIDUAIS

Resultantes da evolução regressiva das leprides ativas. Não apresentam eritema nem infiltração.

* * *

Vistos que foram ligeiros comentários necessários para melhor compreensão do nosso estudo, descreveremos do modo mais minucioso possível a lesão que particularmente nos interessa e veremos a seguir as transformações que soe apresentar.

LEPRIDE ERITÊMATO-HIPOCRÔMICA

A lepride eritêmato-hipocrômica é lesão que constitui sem dúvida alguma estado transitório. Sua instabilidade é bastante pronunciada. Sofrendo evolução regressiva pelo progressivo desmrarecimento do eritema, fixa-se em acromia residual. Mais rara sua terminação em ligeira hiperchromia. Pode desaparecer totalmente ou deixar como seqüela atrofia cutânea residual, verdadeira cicatriz. Como lesão ativa, evolue progressivamente e transforma-se em lepride tuberculeride ou lepromatiza-se. Asseta-se em quasi todo o tegumento, tendo, porém, regiões ligeiramente preferenciais. Suas dimensões são bastante variáveis — vai desde o tamanho lenticular, numular, até o de áreas de 10 a 15 centímetros de diâmetro.

Sua característica morfológica é mostrar hipocromia e eritema em grau variável. Dependendo de seu estágio de atividade, qual quer das características pode desaparecer ou acentuar-se. Neste último caso, combina-se com outro elemento indispensável infiltração. Seus bordos raramente são bem definidos. São melhor percebidos em peles escuras. Em geral invadem a pele circunvizinha, aparentemente normal, não se podendo estabelecer linha limítrofe.

Ainda na dependência de seu grau de atividade encontramos essas lesões circundadas por halo linear hipocrennico ou acrômico. E' quando se manifesta sua tendencia regressiva para a acromia residual ou para a macula atrófica. Nessa fase, seus bordos antes mal dclineados tornam-se delimitados.

Seu centro é plano; acentua-se gradativamente o eritema. Instala-se infiltração palpavel. Delineam-se com nitidez seus bordos, que salientam-se e infiltram-se tornando-se circinados. Eis sua evolução para lepride tuberculóide.

A lepride tem acentuado seu eritema. Aparece processo infiltrativo fdo centro para a periferia. A leão toma aspecto difuso. Sua coloração torna-se fulva, ha processo de "expansão em gota de óleo". Eis sua progressão para lesão lepromatosa. Poderá também deixar no centro ilhota de pele aparentemente normal, com idêntica pigmentação que o resto do tegumento, circundada por faixa fulva infiltrada de limites externos imprecisos.

ASPECTO CLINICO

Clinicamente mostra-se a lepride eritêmato-hipocrômica como lesão "incarcerística", situada entre as duas tormas bem definidas e diametralmente opostas — a lepromatosa e a tuberculóide. Nunca tivemos oportunidade de observa-la isoladamente. Seu aspecto ao olhar rápido, recebendo luz direta lembra o vitiligo. Apreciamo-la melhor a. luz obliqua.

Como diagnóstico diferencial podemos recorrer á prova bastante difundida atualmente, que se reveste de grande valor diagnostico, é a

HISTAMINA-TEST

Introduzida na propedêutica da lepra por Pierim, é prova cutânea de facil manejo e elemento valioso para elucidação de lesões maculares na lepra. Sendo a lepride eritêmato-hipocrômica lesão maculosa, fizemos como curiosidade a prova da histamina.

Como é sabido a pele normal reage do seguinte modo: 20 a 30 segundos após a picada da pele com deposição de gota de histamina, aparece no local da picada eritema circunscrito. Eritema reflexo secundário ou halo eritematoso reticulado (Nelson de Sousa Campos), mais ou menos 1 minuto depois da picada e, finalmente papula lenticular edematosa 2 a 3 minutos após no mesmo local.

Na lepride eritêmato-hipocrômica e eritema circunscrito e o halo eritematoso secundário reticulado não se manifestam, do que resulta negativa a prova da histamina, com posttividade para a lepra.

Ainda de alto valor diagnóstico é a perturbação da sensibilidade, aliás quando presente. Nem sempre esse sinal por vezes do precioso é encontrado.

Frizemos aqui em pequeno parêntesis que isto em nada altera as caraterísticas clinico-morfológicas da lepride eritêmato-hipocrômica.

E' frequente observar-se completa ausência ou rarefação de pelos nessas lesões e certo grau de untuosidade.

* * *

Assesta-se em regiões eletivas sem contudo nítida preferência para determinadas faces. Damos abaixo as regiões em que foram encontradas, examdnando 100 doentes de ambos os sexos entre adultos e crianças, o que para verificação do que dissemos julgamos ser bastante:

face	34	vezes
orelha	2	"
pESCOÇO	2	"
tronco anterior	31	"
tronco posterior	52	"
braço anterior	17	"
braço posterior	52	"
mão	4	"
perna anterior	5	"
perna posterior	16	"
nadegas	75	"

coxa anterior	30	”
coxa posterior	50	”
pé	1	vez

Consideramos como face posterior do braço coxa e pernas a face posterior propriamente dita e mais a metade das faces externas e internas desses membros. O restante face anterior.

Dos doentes examinados, 27 eram adultos e 73 crianças. A proporção entre eles de regiões atingidas é a mesma. Como se pode ver, ha apenas ligeira predominância na localização das lesões em faces posteriores.

MATERIAL DE ESTUDO

Nosso material de estudo consta de pacientes de ambos os sexos entre adultos e crianças internados no Sanatório Padre Bento, dependência do Serviço de Profilaxia da Lepra de São Paulo, cujo total perfaz 120 doentes assim discriminados:

Sexo masculino	71	56,94%
Sexo feminino	49	43,06%

Adultos	51	42,36%
Crianças	69	57,64%

Adultos

Sexo masculino	30
Sexo feminino	21

Crianças

Sexo masculino	41
Sexo feminino	28

Como se vê houve maior incidência nas crianças.

Em sexo predomina o masculino.

No Pavilhão Infantil do Sanatório Padre Bento, o que impressiona o observador de inicio é o grande número de crianças portadoras de formas "incharacteristicas" tendo lesões cujo diagnóstico no estado atual é sempre difícil.

Dessas, grande número apresenta lepride eritêmato-hipocrômicas.

E' óbvio acrescentar que acompanhando-se a evolução dos casos, quando as lesões se aproximam do estado em que vão fixar-se, já o diagnóstico não oferece dificuldade.

Ha ,mistér fazer comentários em separado quando surpreendemos estas lesões no adulto e na criança. Naqueles, maior numero de vezes, progredem para a forma lepromatosa. Nestes com mais frequência para a forma tuberculoide

Isto, contddo, não tem caráter genérico. Nos nossos observados os fatos passaram-se assim.

Rabelo Jr. em sua comunicação "Observações sobre a lepra em São Paulo", faz interessante apanhado sobre patologia da lepra infantil. Em resumo, diz que tinha como objeto de sua excursão, estu-

do da lepra infantil, em colaboração com Lauro de Sousa Lima e J. M. Fernandez.

Examinando mais ou menos 250 casos de lepra em crianças até 14 anos de idade, teve sua atenção despertada particularmente para a grande massa de formas "incharacterísticas" casos todos de difícil diagnóstico sob o aspecto atual. Salienta a monotonia dos quadros clínicos: zonas de eritema difuso, leprides eritemato-hipocrômicas ou hipocromia com eritema larvado. Localizações eletivas todas posteriores: faces posteriores dos braços, coxas, regiões lombares e glúteas.

Transcrevemos aqui um perdogo de sua interessante comunicação:

"Se bem que já conhecendo perfeitamente estas formas no adulto. nunca tinhamos pensado que pudessem ocorrer de maneira tão comum na criança. Acreditamos mesmo que a nossa observação realizada sobretudo em adultos, se resenha da falta de todo esse material infantil, lacuna essa extremamente importante porque, por tudo que vimos do cotejo no grupo adulto-infantil, ficou-nos a impressão de que já agora, na criança estávamos como que apanhando ela flagrantes diversas fases evolutivas de forma de lepra que no adulto já vêm observação ou em fase de estado, ou já na fase involutiva portanto desprovida de caracteres primários importantes, como por exemplo o achado eventual de bacilos ainda que raros e, a propria morfologia clínica.

Uma das conclusões que já se pode tirar deste primeiro contato com estas formas infantis é justamente a necessidade de situa-las no tempo, isto é, submetê-las à observação de longo curso única critério seguro de dirimir dúvidas quanto as reais afinidades desta forma incharacteristica e as duas formas extremas bem caracterizadas".

* * *

Compulsando a bibliografia, achamos trabalho de Cockrane e Rajagopalan, publicado no "International Journal of Leprosy", Vol. 6 n° 3 Julho-Setembro de 1938, em que observam crianças portadoras de leprides eritemato-hipocrômicas — sendo as seguintes as suas conclusões:

- 1.° Sempre ocorre em crianças, praticamente até a idade de 14 anos.
- 2.° São lesões múltiplas hipopigmentadas, com eritema discreto.
- 3.° Sua periferia não é nítida, confundindo-se com a pele normal. O centro é mais definido que o bordo.
- 4.° São vistas melhor com a luz oblíqua do que com a luz direta.
- 5.° Não mostram perturbação da sensibilidade.
- 6.° Não ha espessamento de nervos ou anestesia das extremidades.
- 7.° Não são encontrados bacilos pelos métodos usuais.
- 8.° O leprolin-test é sempre negativo.
- 9.° A historia de contato com formas abertas (frequentemente C2 ou C3) praticamente foram obtidas invariavelmente.
- 10.° As fotografias coloridas mostram a lesão claramente, as outras são insatisfatórias quanto á nitidez.

As lesões habitualmente ocorrem em crianças até 14 anos de idade, porque depois da puberdade provavelmente apresentam de-

envolvimento definitivo para a forma cutânea ou neural da lepra. Consideram essas leprides como precursoras da lepra cutânea e indicadoras de infecção maciça.

Num grupo de 16 casos, 12 têm a história de contato íntimo e prolongado com formas abertas. Nos outros casos as informações não puderam ser obtidas.

Estudo minucioso foi feito da histologia nestas lesões e pensam que essas leprides nas crianças são as mais graves.

Acreditam ser praticamente idêntica à lepra juvenil de Muir. Dois pontos são notados:

- 1.º a larga proporção de crianças abaixo de 14 anos.
- 2.º a preponderância do sexo masculino sobre o feminino.

Como já dissemos linhas atrás compulsando a bibliografia sobre lepra, encontramos essas observações de Cockrane e Rajagopalan. Fizemos questão de juntar aqui suas conclusões porque foram as únicas encontradas que se relacionam com o nosso estudo. Outra razão ainda é mostrar que entre nós os casos observados não apresentam as mesmas características que as desses autores. Por isto as nossas conclusões terão que divergir fatalmente.

Façamos rápido confronto para objetivarmos o que afirmamos:

1.º Não encontramos esse tipo de lesões somente em crianças. O número de casos que apresentamos não é grande mas, não é número desprezível.

2.º Conferem com nossas observações. A lepride eritemato-hipocrômica é sempre múltipla. Jamais tivemos oportunidade de encontrar lesão única. Como, indiscutivelmente, nosso número de casos não é pequeno, acreditamos poder dar caráter de generalidade a este ponto.

3.º e 4.º Concordamos. Alias é característica morfológica desta lepride: seu centro é mais nítido que a periferia. Esta se confunde com a pele aparentemente normal. Vista à luz direta a lesão é tanto ou quanto apagada. Desenha-se com mais nitidez a luz oblíqua.

5.º Encontramos tanto em crianças como em adultos lesões com perturbação da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, contudo foi na minoria dos pacientes observados. Essa disestesia em nada influe, quanta á evolução dos casos.

6.º Encontramos em alguns casos, troncos nervosos espessados. Não sabemos porque razão haveria de ser poupado o sistema nervoso nesses casos, se em qualquer forma de lepra a alteração nervosa pode corresponder a manifestação cutânea. Ha formas também "incarcéricas" de comprometimento do nervo.

Encontramos cubitais e auriculares posteriores lesados.

7.º Achamos bacilos algumas vezes. De modo geral são lesões pobres em bacilos.

8.º Entre nós o leprolin-test foi negativo e positivo em casos que tiveram até evolução paradoxal.

9.º Nos poucos casos em que pudemos aceitar como responsável determinado foco, este traduzia sempre forma aberta, isto é lepromatosa.

10.º Absolutamente de acôrdo. Não consegnimos fotografias sem o artifício do colorido, que mostrassem a leap tal qual ela se apresenta.

Pelo que ficou visto, o que foi por nós observado nos internados do Sanatório Padre Bento, difere em alguns pontos das conclusões, de aockrane. Constatamos maior tendência na criança, quando ha evolução progressiva, transformação para a forma tuberculóide, sendo levada em consideração a resposta do organismo á intra-dermo-reação de Mitsuda. A sensível labilidade da resistência especifica das crianças não deverá trazer surpresa se obtivermos resultados diversos dos esperados.

Assim, tivemos entre as nossas 69 crianças, que reagiram positivamente em grau diverso, 3 que apresentaram respostas duvidosas e 13 que responderam negativamente.

Verdade é que não se dispõe ainda de processo que torne possivel a obtenção de método para estandartização do antígeno. Mas, o que importa é que no substancial os investigadores de diversos paizes anresentam resulta dos semelhantes.

O que se tem observado é que na quasi totalidade das formas lepromatosas a reação é negativa.

Nas formas tuberculóides 90% mais ou menos de positividade.

Na classificação que aceitamos presentemente, em caráter provisório, admitimos para a forma "incaerateristica" 50% de Mitsuda negativos e outro tanto de positivos.

A lepride eritêmato-hipocrômica esta sob esse rótulo.

Somos dos que acreditamos na reação de Mitsuda coma de valor prognóstico.

Frizamos apenas que os prognósticos deverão ser feitos com reserva. Consulte-se o quadro demonstrativo que daremos mais adiante

Não é desprovido de consideração e importancia o local escolhido para a intra-dermo-reação. Gil de Castro Cerqueira em trabalho de colaboração, recentemente publicado, nos mostra que determinado paciente node reagir de modos diversos ao Mitsuda, bastando para tanto que seja feita em locais diversos.

* * *

Bem, isto posto, tornemos como exemplo casos clinicos, para salientar a reserva prognóstica com que devemos nos munir.

São dois doentes do mesmo sexo, quasi da mesma idade, não importando a diferença porque estão ambos no mesmo período de vida. São crianças.

Na história da doença encontramos como responsavel pela infecção caso aberto, isto e, doente lepromatoso. Tempo igual de exposição ao contagio.

Duração da moléstia idêntica. Idêntico ainda o único sinal prodrórnicico — epistaxis raras e pequenas. Lesões múltiplas em localizações homólogas.

A intra-dermo-reação de Mitsuda foi feita ao mesmo tempo, em zonas correspondentes, longe das lesões, sendo usada a mesma técnica.

Ambos na terceira semana apresentaram resposta medianamente positiva.

As lesões apresentam clinicamente o mesmo aspecto — são leprides eritêmato-hipocrômicas.

Biópsias praticadas revelam alteração inespecífica, isto é, incaracterística, o que impossibilita o enquadramento das lesões em forma definida.

Bacterioscopia negativa. Não foram encontrados bacilos nos cortes histológicos, nem nas escarificações das lesões nem no muco nasal.

Pois bem, decorrido pequeno lapso de tempo os doentes apresentaram modificações clinico-bacteriológicas, diversas.

Um deles evoluiu para a forma tuberculoide, outro para a forma lepromatosa.

Diagnóstico clínico em ambos confirmados pelos recursos habituais de laboratório.

Acrescente-se que ambos os pacientes foram submetidos as mesmas condições de vida, mesmo tratamento mesmas doses de medicamento.

Qualquer deles não apresentou concomitância de outra entidade mórbida que pudesse talvez modificar o terreno influido na evolução. Consideremos ainda o fator raça, côr e tipo — absolutamente os mesmos. Identico ainda o ambiente.

Pelo exposto, depreende-se que apenas a lepra, de evolução caprichosa, oferece no estudo de sua patologia, surpresas, interessantes luz da ciência e, francamente desagradáveis sob o ponto de vista pratico ou sentimental.

E assim, outros casos, Mitsuda negativos que regrediram. progrediram para tuberculóide e mais raramente lepromatizaram-se.

Vendo quadros como estes, consideremos que se tivermos de nos basear na resposta à intradermo-reação de Mitsuda na criança principalmente, para tentarmos prognósticos, ha que faze-los com certa reserva, preparando-nos para ver sem admiração e surpresa, ruir por terra o vaticinio rodeado por dados e conclusões aparentemente mais seguros.

* * *

Reissner diz: "Sempre, quando se encontram bacilos em máculas eritematosas, nelas se desenvolverão mais tarde, tuberculos".

Blascko: "Que as maculas da lepra são ricas em bacilos quando recentes ou quando devem transformar-se em lepra tuberosa".

— Ambos são citados Jadassohn.

Evidentemente ha algum exagero ou falta de observação. A não ser que tenham tomado sob a designação da macula as infiltrações fulvas pré-leprornatosas.

E' de Muir a seguinte observação: "Muita confusão tem resultado da classificação usual da lepra ern nodular (ou tuberosa) e máculo-anestésica por isto que estes termos nunca foram claramente definidos.

Encontramos doentes portadores de lesões bacilíferas que evoluíram para lepride tuberculéade. Outros nas mesmas condições que sofreram processo involutivo.

Acompanhamos ainda casos em que o achado de bacilos é mais ou menos frequente e as lesões sempre eritêmato-hipocrômicas continuam enquadradas na forma "incaracterística". São doentes com

lesões em atividade, que só o tempo poderá mostrar que evolução terão.

BACTERIOLOGIA

Conforme se pode depreender do quadro geral dos nossos observados, pequena porcentagem de doentes mostra lesões bacilíferas.

A lepride eritemato-hipocrômica é na sua quasi totalidade pobre em bacilos.

Mesmo nas numerosas biópsias praticadas enquanto ela se apresenta em seu aspecto ou fase incaraterística, são raros os achados bacilares e, ainda assim em pequeno número.

Tais achados em absoluto falam a favor de transformação para determinada forma.

No Sanatório Padre Bento, é usado sistema interessante; para se julgar do grau de impregnação de bacilos de que esta tomado um doente.

Chama-se esse processo "Colheita geral". Consiste em colher material por escarificação em 156 pontos diferentes no tegumento. No adulto é praticada quasi que sistematicamente.

E' Obvio anotar que doente lepromatoso com lesões generalizadas, dispensa essa colheita.

Faz-se naqueles que apresentam formas incaraterísticas e em pacientes que mostram poucas lesões, não importando a forma.

Assim muita escarificação é feita em pele aparentemente normal que comumente mostra-se rica em bacilos. Dos casos por nós observados raros foram os que mostraram positividade em pele clinicamente sã.

Biopsias feitas em regiões distantes das lesões tem mostrado estrutura lepromatosa. Veja-se para isso estudos sobre a "lepra cutânea difusa" ou lepra inaparente, estudada entre nós por Flavio Maurano.

Não são de estranhar tais achados, visto como o tegumento cutâneo é sistema anatomo-fisiologicamente definido, reagindo como todo infecção.

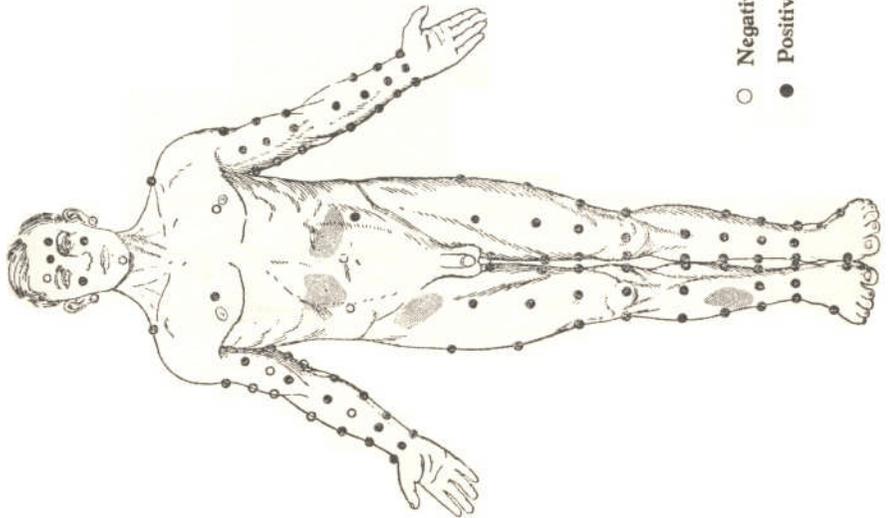
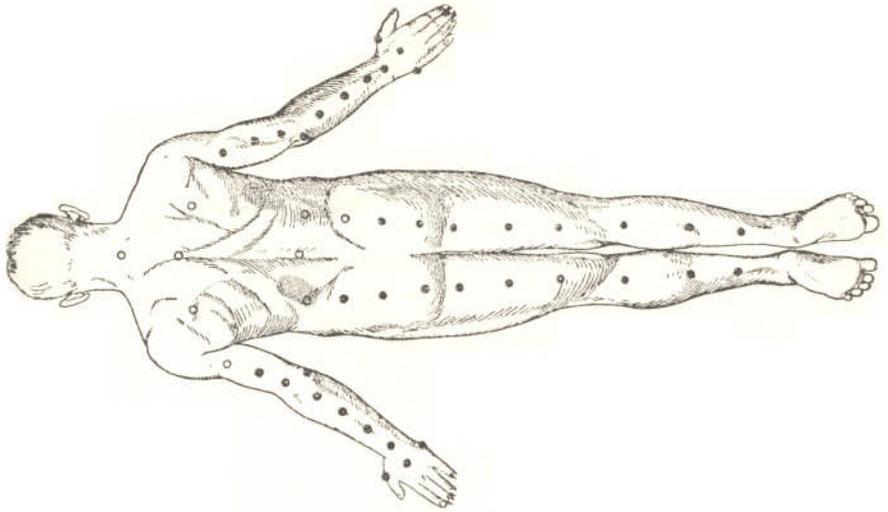
Não temos praticado bligpsias em internados com leprides eritemato-hipocreimicas, nas areas distantes das lesões. Tal idea não nos ocorreu antes. Mas, não faltará oportunidade, visto que grande número ainda se acha em observação sob qualquer das formas — incaraterística clinica e histologicamente; tuberculóide clinica e histologicamente, lepromatosos e critemato-hipocreunica ativa evoluindo para...?

No quadro geral, alguma vez na coluna de bacteriologia é encontrado o sinal indicador de lesão positiva juntamente com o sinal indicador de lesão negativa. Isto quer dizer que os resultados foram alternadamente negativos e positivos.

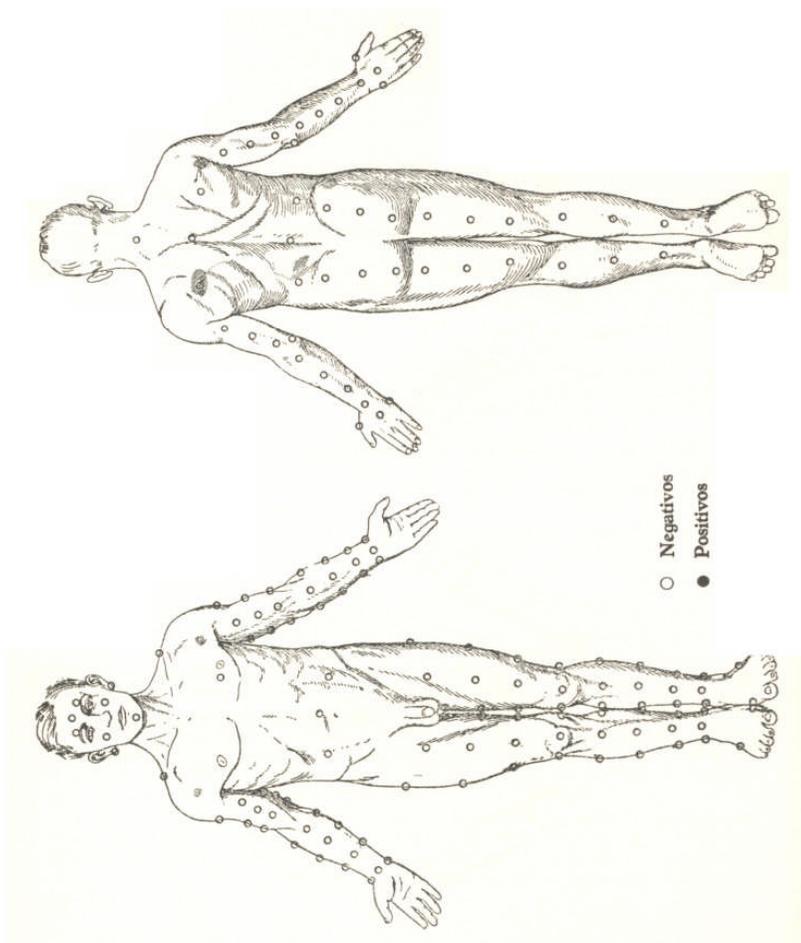
Naturalmente os resultados do quadro, no que diz respeito aos que tiveram evolução para forma lepromatosa, compreendem exames feitos durante o período em que a lepride em estudo não, se mostrou com as caraterísticas clinicas necessárias ao diagnóstico de lesão lepromatosa

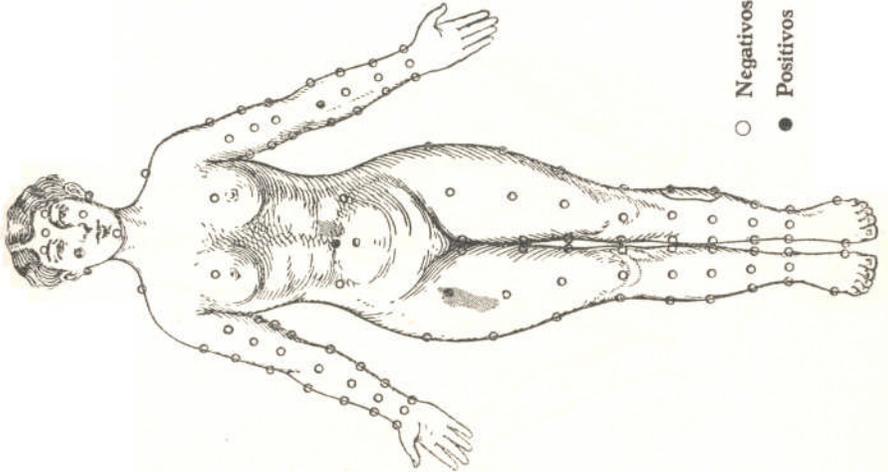
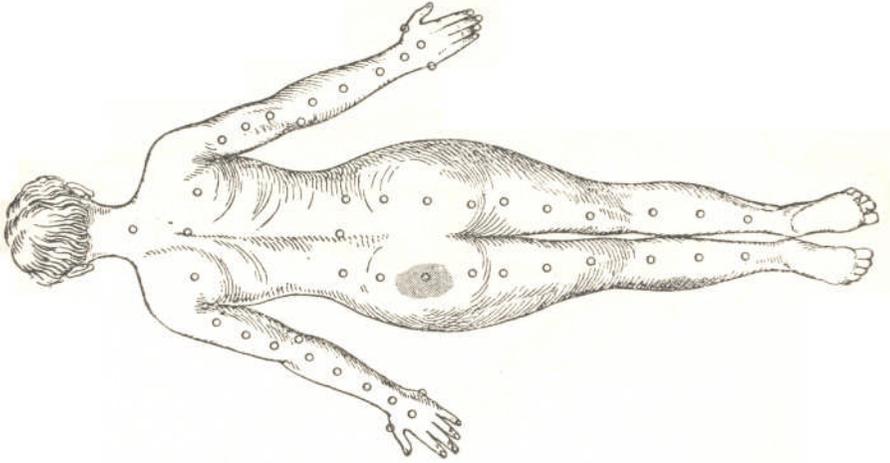
* * *

Damos a seguir alguns quadros de colheita geral de alguns dos nossos observados, acompanhados de resumo de snas respectivas observações.

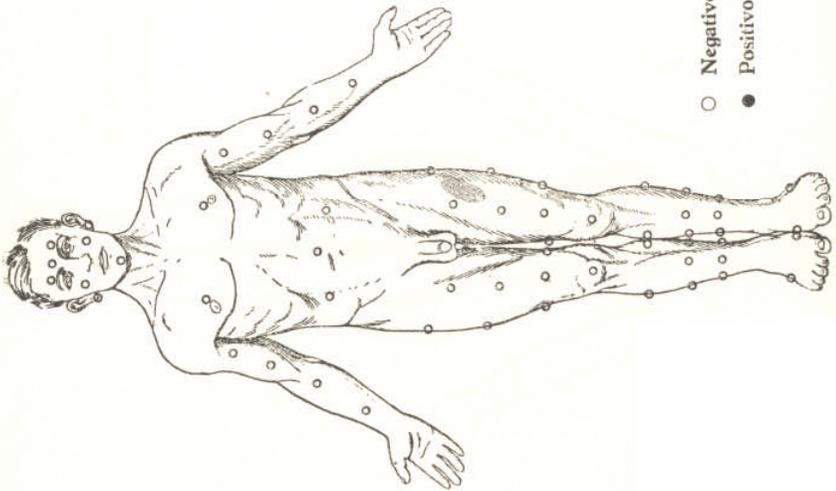
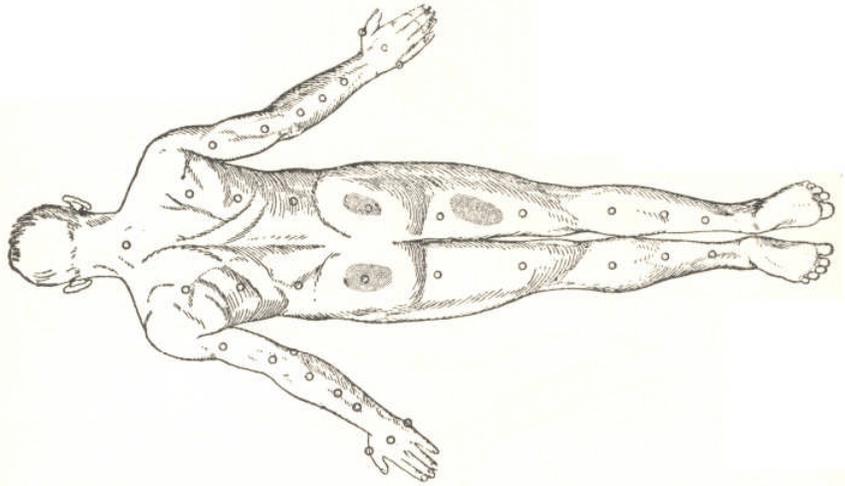


○ Negativos
● Positivos

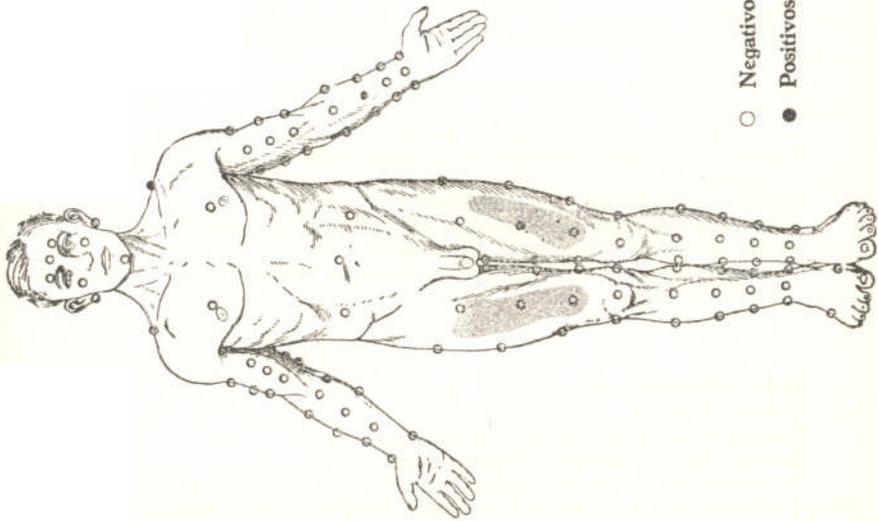
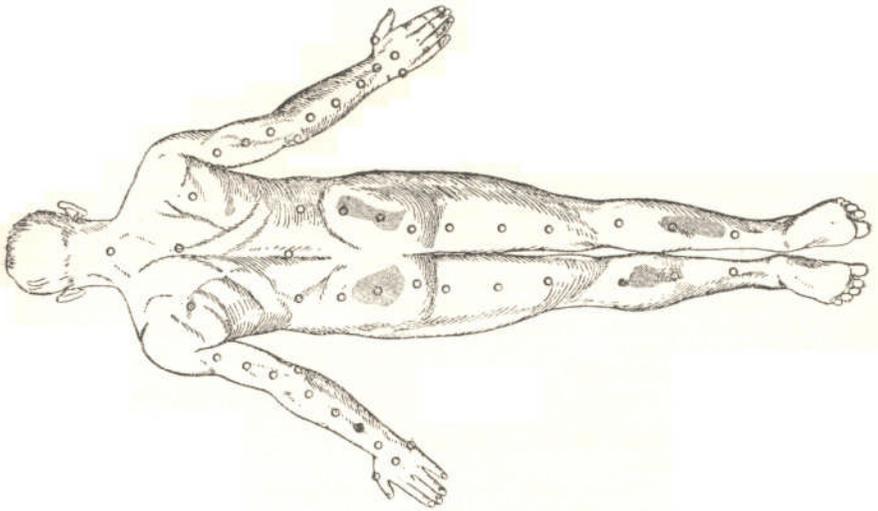




○ Negativos
● Positivos



○ Negativos
● Positivos



OBSERVAÇÕES:

A .M M. Masculino. Branco. 29 anos.

Mitsuda negativo.

Lesões: leprides eritemato-hipocrômicas.

Bacteriologia: As escarificações procedidas nas lesões deram resultado alternadamente positivos e negativos, com predominância negativa.

Como se pode ver pelo anexo, o resultado da colheita geral foi na grande maioria positiva.

E' de interesse notar que foi em pele aparentemente normal.

As lesões sofreram evolução regressiva relativamente rápida.

Examinado em 1-12-939, as lesões mostravam ligeira hipocromia, bordos apenas perceptíveis a luz oblíqua. **Nada mais** no resto do tegumento.

Re-examinado em 7-12-939, mostravam as lesões o mesmo aspecto. Do pescoço para baixo, respeitando áreas restritas de pele normal, surto eruptivo de lesões fulvas infiltradas, em franca lepromização.

A biópsia feita após a colheita geral revela:

Atrofia da epiderme. Hialinização do córion e numerosas infiltrações inflamatórias inespecíficas.

Em observação.

R .N N. Masculino. Branco. 21 anos.

Mitsuda negativo.

Sorologia: R. Wassermann ++ R. Kahn negativa.

Lesões: leprides eritemato-hipocrennicas.

Bacteriologia: Muco nasal e lesões alternativamente negativos e positivos.

Biópsias.

18-8-938 Ganglio inguinal esquerdo. Ganglio hiperplástico por proliferação reticular e endotelial.

Em alguns pontos, pequenas acumulações de células, vacuolizadas, ricas em bacilos acido-alcool-resistentes.

17-10-938 Coxa direita. Ligeira atrofia da pele.

Pequenas infiltrações linfocitárias perivasculares e perifoliculares sem caráter específico.

Negativo para bacilos a. a. resistentes.

16-8-939 Nervo cubital esquerdo. Fibras nervosas degeneradas e dissociadas por intensa infiltração leoromatosa. Bacilos +++++.

Examinado em 7-12:939. Lesões em evolução regressiva. Não se nota entema, nem infiltração.

Em observação.

M. L. Feminino. Branca. 30 anos.

Mitsuda negativo.

Sorologia: R. Wassermann e Kahn negativas.

Lesões: leprides eritemato-hipocrômicas.

Bacteriologia: As escarificações procedidas nas lesões foram durante certo tempo alternadamente negativas e positivas, predominando a negatividade. Evolução progressiva para a forma tuberculóide.

Depois, evolução regressiva para hipocromia residual com pele ligeiramente atrófica.

A negatividade manteve-se sem interrupções.

Alta hospitalar.

L.T. Branco. Masculino. 22 anos.

Mitsuda positiva +.

Sorologia: R. Wassermann e Kahn negativas.

Bacteriologia: Muco e lesões negativos.

Lesões: leprides eritérnato-hipocócicas.

Evolução progressiva para a forma tuberculóide.

Ainda esta em observação.

Assim como esta observação deveriam ser todas as outras que apresentassem Mitsuda positivos e bacteriologia negativas.

Mas, parece-nos que observando os nossos casos nas conclusões, não possamos fixar regra.

I.M. Masculino. Branco. 16 anos.

Mitsuda negativo.

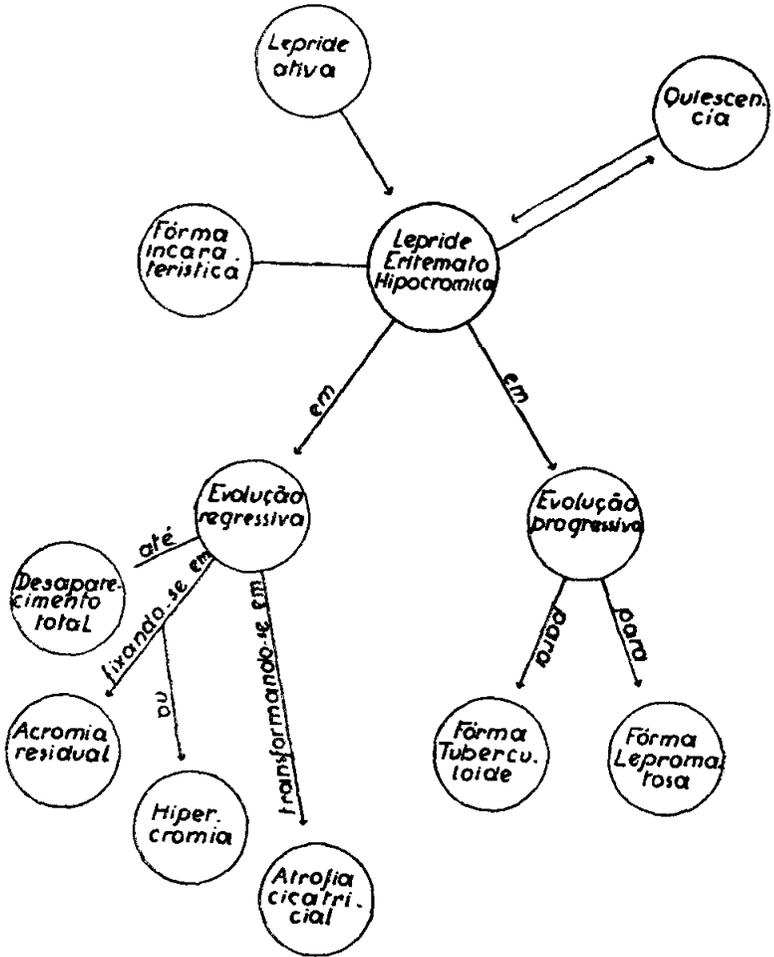
Sorologia: R. Wassermann e Kahn negativas.

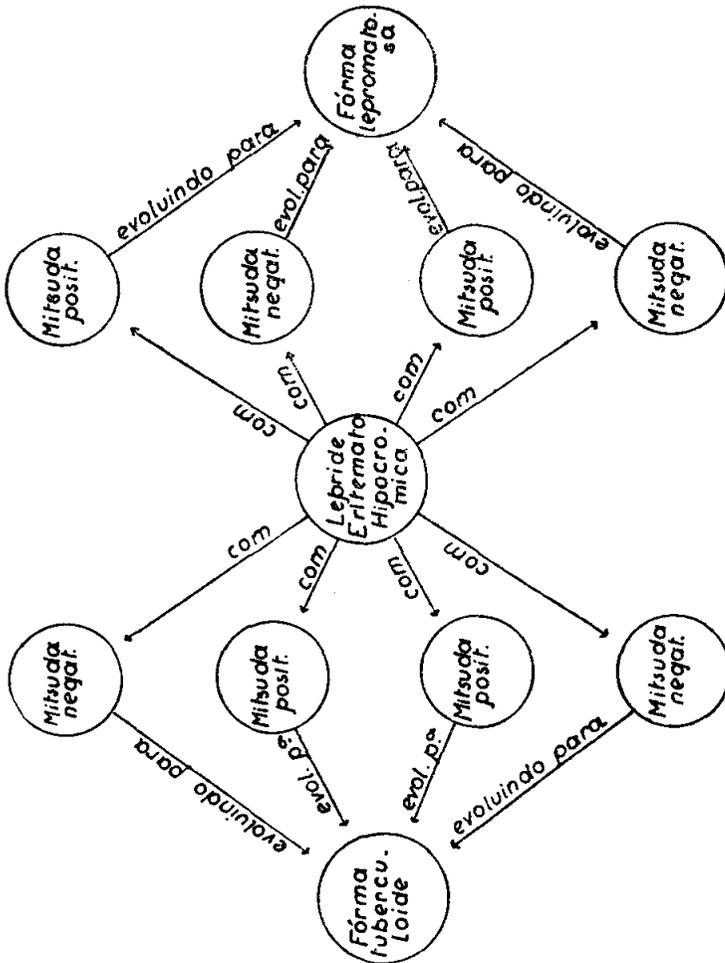
Bacteriologia: Apenas por ocasião da colheita geral algumas lesões mostraram-se positivas.

A maioria das lesões sofreu processo regressivo desaparecendo quasi de todo.

As lesões das nádegas transformaram-se eia lepromatosas. Está em observação.

Esquema demonstrativo das diversas fases evolutivas que a lepride eritemato-hipocromica pode apresentar.





Esquema mostrando as variantes possíveis das respostas à intra-dermo-reação de Mitsuda em casos nas mesmas condições, segundo evolução diversa.

QUADRO GERAL

IDADE	SEXO	MITSUDA	MUCO	LESAO	R.W.	R.K.	ALTA	T	LI	OBS.
37	Fem.	÷÷	—	—	÷	—	alta	T		
9	Mas.	÷÷÷÷	÷	—	—	—	alta	T		
15	Mas.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
50	Fem.	÷÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
30	Fem.	÷	—	÷÷÷	÷	—	alta	T		
15	Fem.	÷÷÷	—	÷	—	—	alta	T		
30	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
18	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
20	Mas.	÷	÷÷	÷	—	—	alta	T		
11	Fem.	—	—	—	—	—	alta	T		
38	Fem.	÷ —	—	—	—	—	alta	T		
28	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
74	Fem.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
25	Mas.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
10	Mas.	÷÷÷÷	—	—	÷÷÷÷	—	alta	T		
26	Fem.	÷	—	—	—	—	alta	T		
22	Fem.	÷	—	—	—	—	alta	T		
6	Fem.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
16	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
12	Mas.	÷	÷	—	—	—	alta	T		
13	Mas.	÷÷÷÷	—	—	÷	÷	alta	T		
34	Fem.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
26	Mas.	÷	—	—	—	—	alta	T		
35	Mas.	÷÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
23	Fem.	÷÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
40	Mas.	÷	—	—	—	—	alta	T		
25	Fem.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
45	Fem.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
45	Fem.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
9	Mas.	—	—	—	—	—	alta	T		
40	Mas.	÷÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
28	Fem.	÷ —	—	—	—	—	alta	T		
39	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T		
2	Fem.	÷÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
10	Mas.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T		
13	Mas.	÷ —	—	—	—	—	alta	T		

IDADE	SEXO	MITSUUDA	MUCO	LESAO	R.W.	R.K.	ALTA	T	L	I	OB.S.
8	Fem.	÷ ÷ ÷	—	—	—	—	alta	T			
67	Mas.	÷ ÷	—	—	—	÷ ÷ ÷ ÷	alta	T			
50	Fem.	÷ ÷ ÷	—	—	÷ ÷ ÷ ÷	÷ ÷ ÷ ÷	alta	T			
35	Fem.	—	—	—	—	—	alta	T			
26	Mas.	—	—	—	—	—				I	obs.
48	Fem.	÷ —	—	—	—	—	alta	T			
27	Fem.	—	—	—	—	—				I	obs.
23	Mas.	—	—	÷ —	—	—			L		obs.
32	Fem.	÷	—	—	—	—				I	obs.
34	Fem.	÷	—	—	÷	÷	alta		L		
28	Fem.	÷	—	—	÷	÷				I	obs.
22	Mas.	—	—	÷ —	÷ —	—			L		obs.
24	Mas.	—	—	÷	÷ ÷ ÷	—				I	obs.
22	Mas.	÷	—	—	—	÷				I	obs.
38	Mas.	÷ —	—	—	—	—				I	obs.
30	Mas.	—	—	—	—	—				I	obs.
39	Fem.	÷	—	—	—	—	alta			I	
16	Mas.	—	—	—	—	—			L		obs.
29	Mas.	—	—	—	—	—			L		obs.
27	Mas.	÷	—	÷ —	—	—			L		obs.
28	Mas.	÷	—	—	—	—				I	obs.
52	Mas.	—	—	÷ —	—	—			L		obs.
21	Mas.	÷	—	—	—	—	alta			I	
14	Fem.	÷ ÷	—	÷ —	—	—				I	obs.
10	Mas.	÷ ÷ ÷ ÷	—	—	—	—				I	obs.
13	Mas.	÷	—	—	—	—				I	obs.
13	Mas.	÷ ÷	—	—	—	—	alta			I	
11	Mas.	÷ ÷	—	—	—	—			T		obs.
13	Mas.	÷	—	—	—	—			T		obs.
14	Fem.	÷	—	—	—	—			T		obs.
14	Fem.	—	—	—	—	—			L		obs.
11	Fem.	÷	—	—	—	—				I	obs.
8	Fem.	÷	—	—	÷	—				I	obs.
11	Fem.	÷ ÷	—	—	—	—				I	obs.
4	Mas.	÷	—	—	—	—				I	obs.
4	Mas.	—	—	—	—	—			T		obs.
5	Mas.	÷	—	—	—	—			T		obs.
9	Mas.	÷	—	—	—	—			T		obs.
8	Mas.	÷	—	—	—	—			L		obs.
8	Mas.	—	—	—	—	—			T		obs.
12	Mas.	—	—	—	—	—	alta			I	
10	Fem.	÷	—	—	—	—				I	obs.

IDADE	SEXO	MITSUUDA	MUCO	LESAO	R.W.	R.K.	ALTA	T	L	I	OBS.
6	Fem.	—	—	—					L		obs.
8	Fem.	—	—	—					L		obs.
15	Fem.	÷	÷	—	—	—	alta		I		
7	Mas.	÷÷÷÷	—	—	—	—			L		obs.
6	Mas.	—	—	—	—	÷÷	alta		I		
8	Mas.	÷	—	—	—	—			I		obs.
13	Mas.	÷	—	—	—	—			I		obs.
10	Mas.	÷	—	—	—	—			I		obs.
8	Mas.	÷	—	—	—	—			I		obs.
8	Mas.	÷	—	—	÷÷÷	—		T	I		obs.
15	Mas.	÷÷	—	—	—	—		T			obs.
12	Mas.	÷÷	—	—	÷	÷÷		T			obs.
11	Mas.	÷ —	—	—	—	—			I		obs.
12	Mas.	÷÷	—	—	—	—			I		obs.
6	Mas.	—	—	—	—	—		T			obs.
4	Mas.	—	—	—	—	—			I		obs.
8	Mas.	÷ —	—	—	—	—			I		obs.
7	Fem.	—	—	—	—	—			L		obs.
8	Fem.	÷÷	—	—	—	—		T			obs.
8	Fem.	—	—	—	—	—		T			obs.
11	Fem.	—	÷	÷	÷÷÷÷	÷÷÷÷			I		obs.
10	Fem.	—	—	—	—	—			I		obs.
9	Mas.	—	—	—	—	—		T			obs.
6	Mas.	÷	—	—	—	—		T			obs.
8	Mas.	÷÷÷	—	—	—	—	alta		I		
11	Mas.	÷	—	—	—	—		T			obs.
10	Mas.	÷	—	—	÷÷	÷		T			obs.
15	Fem.	—	—	—	—	—			L		obs.
12	Fem.	÷÷÷	—	—	÷	—	alta		I		
14	Fem.	÷	—	—	—	—			I		obs.
14	Fem.	÷	—	—	÷	÷		T			obs.
7	Mas.	÷÷	—	—	—	—	alta	T			
14	Mas.	÷	—	—	—	—	alta	T			
12	Fem.	÷÷÷	—	—	—	—	alta	T			
11	Fem.	÷÷	—	—	—	—	alta	T			
10	Mas.	÷÷	—	—	—	—			I		obs.
13	Fem.	÷÷	—	—	—	—			I		obs.
15	Mas.	÷÷÷	—	—	—	—		T			obs.
5	Mas.	÷	—	—	—	—		T			obs.
8	Fem.	÷	—	—	÷	÷			L		obs.
20	Mas.	—	—	—	—	—	alta	T			
38	Mas.	—	—	÷ —	—	—			I		obs.

PACIENTES HOMENS QUE TIVERAM ALTA

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatoso	0	0	0
Tuberculóide	12	1	0
Incaraterística	2	0	0

PACIENTES MULHERES QUE TIVERAM ALTA

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	1	0	0
Tuberculóide	15	0	1
Incaraterística	0	0	1

CRIANÇAS DO SEXO MASCULINO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	0	0	0
Tuberculóide	8	1	1
Incaraterística	2	2	0

CRIANÇAS DO SEXO FEMININO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	0	0	0
Tuberculóide	6	1	0
Incaraterística	2	0	0

PACIENTES HOMENS EM OBSERVAÇÃO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatoso	1	7	0
Tuberculóide	0	0	0
Incaraterística	2	4	1

PACIENTES MULHERES EM OBSERVAÇÃO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	0	0	0
Tuberculóide	0	0	0
Incaraterística	2	1	0

CRIANÇAS DO SEXO MASCULINO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	2	0	0
Tuberculóide	12	4	0
Incaraterística	6	1	2

CRIANÇAS DO SEXO FEMININO

<i>Mitsuda</i>	<i>Positivo</i>	<i>Negativo</i>	<i>Duvidoso</i>
Lepromatosa	1	5	0
Tuberculóide	3	1	0
Incaraterística	7	2	0

PORCENTAGEM POR FORMA DE LEPRA EM ADULTOS E CRIANÇA

Adultos :

Forma lepromatosa	7,49%
Forma tuberculóide	24,15%
Forma incaraterística	10,82%

Crianças :

Forma lepromatosa	6,66%
Forma tuberculóide	30,82%
Forma incaraterística	19,82%

Dando o balanço em nossos quadros demonstrativos, resta ainda boa soma de pacientes em observação. Dos adultos que apresentam lesões eritemato-hipocrênica ativas parece-nos que progredirão na sua maioria para a forma lepromatosa. Devemos dizer que estes pacientes acham-se em contato com "casos abertos".

Das crianças em observação, parece-nos que a maioria se transformara em forma tuberculóide. Estas, isoladas no Pavilhão Infantil do Sanatório Padre Bento, praticamente não têm contato com "formas abertas".

Com alguma reserva, podemos concluir que este tipo de lesão, enquadrado na forma "incaraterística", em ambiente não infectante é em geral benigno.

Consignamos aqui, apenas a título de curiosidade, que dos nossos observados, somente um era de cor preta, adulto. Vide fotografias adiante.

* * *

No nosso trabalho fizemos cálculos da porcentagem dos casos com o fito exclusivo de torna-lo melhor dividido. Não queremos em absoluta dar a esses dados valor estatístico. Pensamos que para tanto seria necessário maior número de observações e não houvessem fatores por ventura capazes de modificar a evolução regressiva ou progressiva da lepride em estudo.

* * *

Desses doentes, dois deles, adultos, após terem se transformado em lepromatosos, sofreram reação leprótica (eritema nodoso).

Entre as crianças, 12 delas tiveram reação tuberculóide.

* * *

Assinalamos outra vez que o nosso material de estudo constdo apenas de hansenianos isolados no Sanatorio Padre Bento. dependencia do Serviço de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo.

OBSERVAÇÕES

J. U. 15 anos. Sexo masculino. Branco.
Mitsuda positivo.
R. de Wassermann e Kahn, negativas.
Lesões: leprides eritemato hipocromicas.
Muco e lesões negativos.

Neste caso as leprides eritêmato-hipocrômicas representam fase de transição de simples leprides acrômicas primárias para lesões tuberculóides.

A primeira biópsia feita em uma das lesões da nádega direita, no momento eritêmato-hipocrômica, sem infiltração, parecendo em estado de quiescência, nos apresenta: epitélio normal, com as papilas bem conservadas. No córion sub-papilar infiltrações perivasculares, tendo estes na maioria orientação paralela ao epitélio, com tumefação de suas células endoteliais, e em alguns deles nítidos focos de degeneração fibrináide, sem reação linfocitária. Mais profundamente, encontram-se focos peri-glandulares, peri-foliculares e até um peri-muscular, alguns apresentando já o aspecto de estruturas nodulares com halo linfocitário. Outros ainda em estados diversos de degeneração

Parece assim que esta lesão eritêmato-hipocrômica, não estava bem desenvolvida, isto é não tinha atingido seu completo desenvolvimento.

Posteriormente nova biópsia foi praticada na mesma lesão, durante fase em que ela se apresentava nitidamente infiltrada, parecendo transformar-se clinicamente em lesão tuberculóide.

Aqui, de modo geral o quadro é mais ou menos semelhante. As infiltrações do derma sub-papilar apresentam-se idênticas as anteriores, porem, no derma papilar elas são muito mais numerosas, mais abundantes, providas algumas de vários gigantocitos e a reação linfocitária é já em alguns pontos mais intensa. Assim os dois cortes parecem diferenciar-se por a) aparecimento de células gigantes, b) reação linfocitária mais acentuada e c) o aparecimento de células epitelióides típicas.

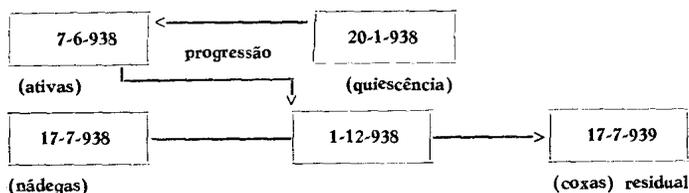
E' evidente que clinicamente as lesões mostram aspecto bem diverso: primeiramente parecendo quiescente. Posteriormente em plena atividade, talvez em reação.

Este paciente continúa em observação. Todas as lesões que apresentava transformaram-se em leprides tuberculóides típicas. Atualmente está em fase de evolução regressiva.

As fotografias que seguem mostram as fases diversas da transformação que apresentou.

I.F.N. Sexo masculino. Branco. 7 anos.
Mitsuda positivo.
R. de Wassermann e Kahn negativas.
Muco e lesão negativos.
Lesões: leprides eritêmato-hipocrômicas.

Neste paciente as lesões eritêmato-hipocrômicas apresentam-se como lesões iniciais tendendo à evolução progressiva, tanto que 5 meses mais tarde, apresentam surto de atividade, com acentuação evidente do eritema, retornando à fase de inatividade 6 meses após ou melhor à quiescência, subsistindo ainda eritema larvado. 6 meses depois verifica-se que ha ainda lesões ativas (nádegas), em que na eritêmato hipocromia predomina o eritema e, lesões em regressão (coxas) nas quais, na eritêmato-hipocromia predomina a hipocromia. Este ciclo evolutivo irregular poderia ser assim esquematizado:



Biopsiada a lesão da nádega direita ainda no período de eritêmato hipocromia quiescente, não se encontram grandes alterações: pequenas infiltrações inespecíficas ao lado dos vasos da camada papilar, mais outros infiltrados peri-folicular e peri-glandular.

Negativa a pesquisa de bacilos.

Outra biópsia 5 meses mais tarde, na mesma lesão da nádega direita, apresenta quadro completamente diverso: como principal diferença grande abundância de bacilos. Os infiltrados são mais numerosos na camada papilar, mais intensos. No derma encontram-se infiltrados peri-foliculares e peri-glandulares muito abundantes; ha evidente vacuolização das células. Mas, nota-se infiltrado ao lado de um folículo piloso com disposição nodular (degeneração fibrináide) típica das formas alérgicas.

Este paciente continua em observação. Esta em franca evolução regressiva.

L.N. Masculino. Branco. 7 anos.
Mitsuda positivo.
R. Wassermann fortemente positiva.
Muco e lesão negativos.
Lesões: leprides eritêmato-hipocrômicas.

Neste paciente, as lesões eritêmato-hipocromicas, no momento do exame, representavam estágio de evolução regressiva, provindas de lesões eritematosas infiltradas, que caminhavam para a hipocromia residual. Clinicamente é evidente o desaparecimento mais rápido da infiltração que do eritema.

A primeira lesão biopsiada, na nádega direita, lesão eritematosa infiltrada, de aspecto urticariano, foi em momento de verdadeiro surto de reativação, ou de R. L. tipo Herzheimer. O corte mostra apenas leve infiltração peri-vascular inespecífica no córion papilar, o que não corresponde ao aspecto clínico da lesão e, foco único de degeneração fibrinóide no derma sub-papilar, indicando tratar-se de fato de estado alérgico (reação tuberculóide)

Segunda biópsia praticada em lesão idêntica, na nádega esquerda, em ocasião de novo surto, apresenta forte infiltração da camada papilar, estando o epitélio que a recobre achatado pelo desaparecimento total das papilas, de acordo com o aspecto clínico da lesão. Os infiltrados apresentavam vacuolização das células em torno dos vasos, que estão dilatados, e alguns pequenos focos de degeneração fibrinóide. No córion sub-papilar a infiltração é mais intensa, mais numerosa e maior, já com aspecto de estruturas granulares, ao redor dos vasos glândulas e folículos pilosos, notando-se também a vacuolização das células. A reação linfocitária não é evidente ao redor das estruturas nodulares o que nos faz presumir tratar-se de fato de estado alérgico e não estado de atividade progressiva das lesões.

Este paciente continua em observação. A lesão da nádega, que foi biopsiada, mostra apenas certo grau de atinfia.

As demais lesões todas com o mesmo aspecto, em franca evolução regressiva. Apenas uma acima do mamilo esquerdo lembra ainda lesão tuberculóide.

BIBLIOGRAFIA

LELOIR — Traité pratique e théorique de la lépre.

SAUTON — La lépre.

MUIR — Leprosy.

L. SOUSA LIMA — Classificação das leprides.

N. SOUSA CAMPOS — Resultado do "leprolin-test nos preventórios de filhos de leproso.

N. SOUSA MACPOS — Valor da histamina no diagnóstico da lepra máculo-anestésica.

L. SOUSA LIMA e N. SOUSA CAMPOS — Clinical aspects and evolution of early manifestations of leprosy.

J. M. FERNANDEZ — Estudio comparativo de la Reacion de Mitsuda con las reaciones tuberculínicas.

FLAVIO MAURANO — Lepra cutânea difusa.

RABELO JR. — Observações recentes sobre a lepra em São Paulo.

JADASSOHN — Patologia geral da lepra (tradução de Raul Margarido).



Fotografias do paciente J.P.S. Na foto de cima aparece cicatriz de biópsia, na fase eritêmato hipocrômica. A de baixo tirada 25 dias após





Ainda o mesmo paciente. Em cima as leprides eritemato hipocrômicas em fase de atividade. A de baixo 25 dias mais tarde, em franca transformação tuberculóide





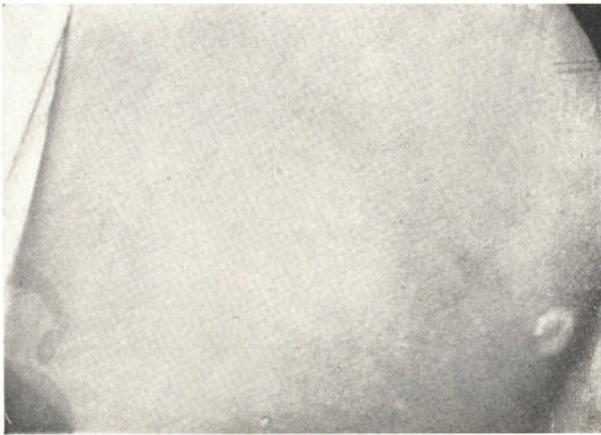
Fotografia do mesmo paciente J.P.S. tirada no intervalo em que foram tiradas as outras — Aqui mostra a lepride em fase evolutiva, com suas bordas salientes, infiltrados, em franca transformação para lepride tuberculóide. — Este paciente atualmente está em alta hospitalar. — Suas lesões apagaram-se quasi de todo. Resta como sequela, atrofia cutânea e ligeira hipocromia, melhor perceptível à luz oblíqua.



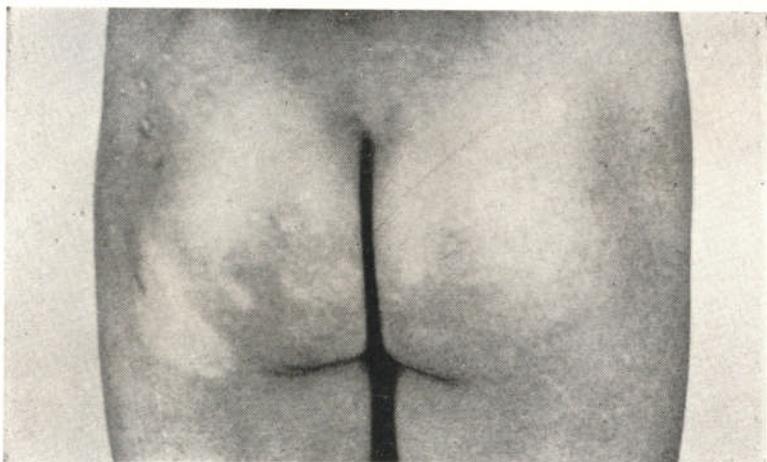
Fotografia do paciente J. F. N.. Lesão lepromatosa, antes eritemato-hipocrômica. Esta lesão está agora desaparecida completamente.



Eritêmato-hipocrômica em transformação para lesão lepromatosa.



Leprides eritêmato hipocrômicas típicas.



Leprides eritêmato-hipocrômicas típicas.
Transformaram-se em leprides tuberculóides.





Leprides eritemato-hipocrômicas típicas.



Leprides eritemato-hipocrômicas em transformação para leprides tuberculóides.