

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA HEMATOLOGIA NA LEPRA

LEPRA TUBERCULOIDE REACIONAL FORMULA LEUCOCITARIA E HEMOGRAMA.

ANTENOR S. GANDRA.

A individualização da lepra tuberculoide, por JADASSOHN (1) em 1898, perante o 6.º Congresso Internacional de Lepra, foi a primeira síntese clinica d'essa forma da doença, cujos estudos foram adeantados par numerosos autores, posteriormente.

Coube a WADE (2) em 1935, homologar formalmente e definir mais amplamente as carateristicas da forma clinica, aduzindo farta documentação que a consagrou em definitivo. Atualmente, o conceito da modalidade clinica não oferece mais duvidas e entrou a merecer a atenção dos especialistas.

JADASSOHN, no seu comunicado inicial, assinalou a crença de que se tratava de forma rara e, ainda hoje, muitos autores não a crêm muito frequente, apesar da farta literatura já divulgada.

Entre nós e, ao que parece, segundo varios autores, em toda a America Latina, a incidencia d'essa forma de lepra é bastante acentuada. Assim é que, á medida que se individualisam, mediante estudos mais acurados, novos aspetos da entidade clinica, as estatisticas vão se tornando mais eloquentes e, hoje, se sabe que a lepra tuberculoide existe com frequencia relativamente elevada.

LEPRA TUBERCULOIDE E ALERGIA

Desde os estudos preliminares de JADASSOHN, DARIER, ARNING, GOLIGEROT e KIRLE sobre formações tissulares alergicas da tuberculose, em comparação com identicas estruturas assinalada na sífilis, na esporotricose e na leishmaniose, o conseito da

intervenção incontestada de fenomenos alergicos na forma tuberculoide da lepra se firmou em definitivo.

Segundo a hipótese d'aquelle primeiro Autor, a reação tuberculoide dos tecidos, em todas essas afeções, era função de sua maior ou menor allergia. Seguem-se estudos numerosos de COMEL (3), MARIANI (4), BARGEHR (5), FERRARI (6), JEANSELME (7), NEGRO (8), SOUZA CAMPOS (9), RABELLO JR. (10), FERNANDEZ, J. M. M. (11), BUNGELER, W. e FERNANDEZ, J. M. M. (12), ROTBERG e muitos outros, todos corroborando no conceito que a hipótese de JADASSOHN sugerira e abrangendo, no mesmo grupo, a lepra tuberculoide.

E' esse um dos caratères dominantes da lepra túberculoide, que assinalamos por estar envolvido nas considerações que iremos adiante aduzir, além de outros no menos especificos que a distinguem das outras modalidades clinicas classicas e que aqui não nos cabe descrever, por escaparem á finalidade precípua do presente trabalho.

A lepra tuberculoide é tida como uma expressão da resistencia organica frente ao ataque bacilar. Contrariamente ao que sucede com as formas lepromatosas, a lepra tuberculoide evolde dentro de um quadro de preponderante cronicidade, não havendo, como n'aquella, comprometimento do estado geral do doente, uma vez que o seu organismo teve tempo e capacidade para antepôr barreiras á virulencia bacilar.

Segundo HERXHEIMER, (13) "as longas latencias primarias, até os cinco anos ou mais, conduzem á allergia, como na sifilis e na tuberculose, e d'ai para outras propagações. Na eminente cronicidade devemos considerar uma restituição de imunidade relativa. Conforme isto, pôde ser classificada a marcha da lepra em primeira complexão, generalização, estado anafilatico com transição em relativa imunidade e, assim, marcha cronica".

REAÇÃO TUBERCULOIDE

Como na forma lepratosas, nem sempre a lepra tuperculoide evelúe uniformemente, apesar d'aquella eminente cronicidade, mais demorada e constante nesta ultima entidade clinica. A maioria dos autores, desde que se estuda o mal de Hansen, vinha, do longa data, descrevendo certos tipos de reações eritematosas leprosas, com o aspeto polimorfo ou nodoso, quasi sempre abaciliferos ou escassos de germens, a que vinham rotulando, frequentemente, de lepra tuberosa ou lepra nodular, apesar de acentuarem o seu carater benigno e a sua insignificante repercussão sobre o estado geral dos doentes.

Em um trabalho de TISSEUIL (14), de 1931, esse autor faz referencia a um caso de lepra tuberculoide, sujeito a crises reacionais, com oscilações no quadro hematico e transformação impressionante do aspeto dermatologico, caso esse que documenta fartamente, (6 biopsias e 6 contagens especificas de sangue, em 16 meses), além de gravar uma rica descrição clinica, integrante do que chamamos hoje reação tuberculoide, ou, mais propriamente, lepra tuberculoide reacional, na expressão de NELSON SOUZA CAMPOS.

Alias TISSEUIL, em seu trabalho, já vislumbrou esse estagio definido da lepra tuberculoide e ai vemos, pela primeira vez aplicada, a expressão "reação tuberculoide".

Cabe, ainda, a WADE (15) definir os contornos clinicos d'esse novo estagio evolutivo da lepra tuberculoide, com a denominação por ele, então, consagrada, de reação tuberculoide, cuja apresentação clinica, morfologia microscopica e imunologia, se diferenciam flagrantemente da reação lepromatosa classica.

Seguem-se estudos pormenorizados SCHUJMANN (16), FERNANDEZ (17) e outros, todos em abono das conclusões de WADE.

Das observações de FERNANDEZ, data venha, transcrevemos o quadro sintomatico da reação tuberculoide, assim como a descrição do aspeto microscopico das lesões, em tudo bem diferenciados da reação lepromatosa e tambem da lepra tuberculoide quiescente de que se origina, como intercorrencia evolutiva.

1.º CARATERISTICAS DA REAÇÃO

"Ao passo que, na reação leprosa comum das formas cutaneas e mistas, o processo se inicia, regra geral, sob forma aguda, instalando-se rico cortejo sintomatico em poucos dias, na reação leprosa tuberculoide, as manifestações começam sob forma insidiosa, evoluindo lentamente e se reduzem, em essencia, a dois sintomas capitais: congestão inflamatória das lesões preexistentes e aparição de bacilos ao nivel destas lesões, ao iniciar-se a reação. E' de regra, com efeito, que a reação tuberculoide evolucione sem sintomas ge-raís: não ha temperatura nem quebrantamento geral e, salvo raras excessões, o paciente suporta de pé o curso do processo. No periodo inicial, sem embargo, pódem observar-se dôres nevalgicas e até ligeiras artralguas e, ao nivel das lesões cutaneas, é frequente o doente acusar urna sensação de ardor ou queimadura, porém estes sintomas são passageiros. Contrasta, de toda maneira, a benignidade destas manifestações com a sintomatologia profusa que acompanha frequentemente a reação leprosa, das formas cutaneas.

Na etapa inicial da reação, a sensibilidade pouco se altera: observamos, por outro lado, alterações profusas na fase de regressão, ao nível das lesões residuais.

Os lesões cutaneas da reação são mais pronunciadas no rosto e, as vezes, se localizam exclusivamente aí, sendo sua regressão mais lenta do que a das que se sítillam em outras regiões.

Todas as manifestações dermatologicas da reação tuberculoide são sempre mais infiltradas, mais profundas, mais bem delimitadas e mais persistentes do que as da reação do tipo cutaneo e deixam, como sequela, uma atrofia da epiderme que se não observa n'estas.

Em nenhum dos enfermos de nossa casuistica comprovamos aumento de volume dos ganglios superficiais, durante a reação. No caso da observação n.º 11, o processo se acompanhou, na etapa inicial de uma intensa neurite de ambos os cubitais, com empastamento da zona circundante, nevralgia muito aguda, impotencia funcional de ambas as mãos. Este episodio durou um mês, regredindo, sem deixae sequelas.

Observamos, em algumas reações muito intensas, localizadas no rosto, uma acentuada congestão da mucosa nasal, com obstrução da entrada de ar e sensação de ardôr.

EVOLUÇÃO — No que respeita á evolução clinica da reação, dissemos já que é subaguda e, ás vezes, muito prolongada. Desde seu começo até a regressão total, transcorrem sempre varios meses.

No curso desta evolução, podemos distinguir uma primeira etapa a que chamaremos "*período de começo ou invasão*", no qual o processo se inicia sob forma insidiosa, aparecendo, em primeiro lugar, um eritema no limite externo do bordo das lesões preexistentes. A' medida que progride a reação, este eritema se acentúa e aparece logo uma infiltração. Os bordos das maculas se avolumam, fazem-se congestivos, salientes e adquirem uma coloração vermelha e um aspecto liso, aveludado. Si a reação é muito intensa, a infiltração e o eritema extendem-se até o centro da lesão, abrangendo toda a sua superficie, formando, então, uma verdadeira placa, cujo tamanho pode atingir grandes dimensões. Quando a reação é de moderada intensidade, pode limitar-se á reativação de alguns elementos isolados; porém, si é muito intensa, o processo generaliza-se, afetando a todas as lesões preexistentes e aparecendo, ainda, elementos novos, tambem de tipo eritematoso, que podem ser constituídos de maculas roseoliformes, papulas, nódulos, ou placas. N'esta etapa de começo da reação, a presença de bacilos ao nível do bordo das lesões é a regra, como veremos mais adeante. Instalada, assim, a reação, persistem os sintomas inflamatorios, com toda a sua intensidade, durante periodo de tempo variavel, que constitte a segunda etapa ou "*período de estado*".

Nesta etapa, as lesões adquirem uma coloração vermelho-vinhosa e apresentam uma superfície lisa, brilhante, estando a pele muito tensa, devido a acentuada filtração subjacente; os bordos de todos os elementos ficam bem delimitados e têm marcado relevo em relação á pele sã. Durante este periodo, quando a reação é muito intensa, as lesões podem chegar a se ulcerarem.

Na terceira etapa ou "*periodo de regressão*", a infiltração das lesões começa a ceder, aparecendo em sua superfície uma descamação furfuracea; ás vezes, tal descamação adquire grande intensidade, formando-se verdadeiras escamo-crostras de aspecto psoriasiforme.

A' medida que a reação declina, a desinfiltração dos elementos se acentua, até que chega um momento em que as antigas lesões congestivas se tornam atroficas, formando uma marcada depressão em relação á pele sã circundante.

A epiderme adquire o caracteristico aspecto de "*papel de cigarro*" e atravez d'ela se percebe nitidamente a rede vascular do derma. Durante este processo de regressão, a coloração dos elementos tambem se modifica, adquirindo uma tonalidade marron escura ou recuperando sua cor acobreada. Transcorrido certo tempo, depois da reação, e frequente as maculas residuais readquirirem uma coloração mais clara no centro, tornando sua primitiva configuração anular. Ha, além d'isso, lesões que desaparecem, sem deixar nenhum rastro.

Nos casos de reação recidivante, as zonas da pele que foram assento de lesões anteriores, são respeitadas, no novo surto.

Tambem temos visto sempre respeitadas as minas tratadas com chaulmoogra, pelo metodo de infiltração intradermica."

A essa magistral descrição nada ha a se acrescentar, praticamente.

De nossa parte, temos visto casos em que a primeira etapa da reação, ou "*periodo de invasão*", se faz de maneira mais rapida, quanto ao aspecto dermatologico, efetivando-se o quadro eruptivo agudo em 2 a 3 dias apenas, casos esses em que os sintomas complementares tambem são exagerados: dôres nos nervos, especialmente nos cubitais, formigamento intenso dos membros, além da sensação cutanea de ardor e queimadura, impressão de engorgitamento das extremidades, a ponto de tornar impotentes os membros. São frequentes as lesões nas palmas das mãos e plantas dos pés, casos em que aqueles sintomas subjectivos de ardôr e queimadura são mais acentuados n'esses pontos. As queixas dos doentes, n'estes casos, fazem lembrar o que se dá com a urticaria intensa, quando algumas placas se localizam nas plantas dos pés ou face palmar das mãos, constituindo verdadeiro suplicio para os portadores.

Tivemos, em nosso serviço no Posto da Séde do Serviço de Profilaxia da Lepra, um doente (atúal observação n.º 23, quando

de uma crise reacional) em que surgiram, na etapa de invasão, fenomenos de osteite das extremidades inferiores dos ossos dos ante-braços e pernas, com engorgitamento doloroso d'essas extremidades, simulando artropatia, inexistente a exame mais acurado. A radiografia do seguimento não pode, infelizmente, ser obtida. Sequelas frequentes da reação tuberculoide intensa, verificadas com certa assiduidade, e que é preciso assinalar, são as amiotrofias instaladas quasi que "d'emblée", no penado regressivo, principalmente quando as neurites foram muito intensas.

ANATOMO-PATOLOGIA

Ainda do mesmo trabalho de FERNANDEZ, transcrevemos a esplanção do quadro anatomo-patologico da lepra tuberculoide reacional.

"Durante a etapa aguda da reação, o quadro histopatologico evidencia um intenso processo inflamatorio, com exuberante proliferação dos elementos celulares, em especial epitelioides e linfocitarios, com dilatação dos capilares e tumefação dos endotelios. Apesar de tudo, é possível distinguir sempre a disposição folicular tuberculoide do infiltrado celular. Os foliculos, mais ou menos confluentes, separados apenas por finos tractos de tecido conjuntivo, invadem massivamente o derma e, em alguns casos, até se pode observar uma invasão da basal, quando o processo é muito agudo e acentuado.

Passada a etapa aguda da reação, no periodo de regressão do processo, é dado observar a presença de fibroblastos e, as vezes, zonas de necrose".

Indice de sedimentação baixo (FERNANDEZ), reação ao leprolin positiva e ausencia mais frequente de bacilos, completam o quadro clinico e anatomo-patologico da lepra tuberculoide reacional.

Em torno d'esse quadro tipico poderão surgir, como surgem, com frequencia, algumas variantes, ás quais não faltarão, entretanto, certas carateristicas essenciais, suficientes para uma identificação.

ETIOLOGIA

A etiologia da reação tuberculoide não esta perfeitamente esclarecida.

MENDES & GRIECO (19), estudando a reação leprotica, entendem que o fenomeno se explica, ás vezes, satisfatoriamente pela alergía, conforme o conceito classico de VON PIRQUET.

Acham esses distintos autores, entretanto, que com muito maior frequencia, o episodio só poderá ser interpretado pelo mecanismo

da paralogia, na forma da interpretação que a esta dão MORO & KELLER.

FERNANDEZ faz certas restrições, achando que a reação, na forma tuberculoide, se explicaria melhor como fenomeno alergico, no sentido legitimista. Todavia, sempre que procura interpretar o quadro clinico da lepra tuberculoide e suas variantes, a maioria dos autores, desde os estudos preliminares de JADASSOHN, é favoravel á intervenção da allergia no processo.

VARIAÇÕES FISIOLÓGICAS DO QUADRO HEMÁTICO

O numero global dos leucocitos, assim como tambem dos eritrocitos, tem valor relativo. Os primeiros oscilam, em condições normais, no mesmo individuo, no decurso do dia. Assim é que a digestão pode influir no sentido de ligeiro aumento; o trabalho muscular, a menstruação e a gravidez, na mulher, são fatores de alteração quantitativa dos leucocitos. A distribuição desigual das celulas no organismo (leucocitose de distribuição) é tambem fator de influencia nas contagens globais. Certo é que variações apreciaveis podem se verificar no intervalo de apenas uma hora, em condições higidas. Comtudo, apesar d'essas variações quantitativas globais, a proporção relativa de cada variedade de leucocito mantem-se mais ou menos constante, dentro de um limite pequeno de variações fisiologicas. D'ai o valor dos estudos sobre essas variações quando influenciadas por fator patologico.

QUADRO HEMÁTICO NA LEPROSA

O presente trabalho visa estudar a formula leucocitaria e o hemograma na lepra tuberculoide reacional. Com esse objetivo em foco, não encontramos nenhum trabalho, na literatura que nos foi dado compulsar.

N'ele figura, tambem, mais dois grupos de doentes: um de lepra tuberculoide quiescente e outro de lepromatosos. A inclusão d'esses grupos teve como escopo principal estabelecer cotejo, em pesquisas realizadas sob as mesmas condições técnicas, entre esses estagios da doença, diferenciados por caracteres clinicamente inconfundiveis, embora, no caso da lepra tuberculoide reacional, não se trate de forma clinica propriamente, mas apenas de um estagio transitorio da lepra tuberculoide.

Numerosas são as publicações referentes á hematologia na lepra, de impossivel revista completa em trabalho d'esta natureza. Citaremos apenas alguns trabalhos consultados, guardando, tanto quanto possivel, a ordem cronologica.

Uns estudam apenas a formula leucocitaria: outros, em menor numero, fazem indagações sobre o indice de ARNETH.

CABRAL DE LIMA (20), no estudo de 25 doentes, não encontrou alteração de relevancia, exceto certa tendencia para aumento da celula monocitaria. Não achou frequente a eosinofilia.

Conforme citação de LAMS (21), varios autores encontraram, na lepra, as seguintes taxas de eosinofilos:

| | |
|--------------------------|----------------|
| SICARD & GUILLAIN | 8,48% |
| BETTMANN & NEISSER | de 7,8 a 18,4% |
| JOLLY | 23% |
| GAUCHER & BENSAUDE | 8 a 28% |
| HORDER | 30 a 42% |
| DARIER | 61% |
| MITSUMA (1904) | 64% |

Comentando esses achados, diz o mesmo autor "Esta eosinofilia, na lepra, tem um valor diagnostico indubitavel: certos casos de siringomielia e de lepra parecem-se clinicamente, a ponto de ser muito dificil um diagnostico diferencial entre estas duas afeções. A existencia de uma formula hemoleucocitaria normal, na siringomielia, e da acidofilia na lepra, permitirão, nos casos duvidosos, diferenciar estas duas molestias".

O mesmo autor admite, aliás, que diversos estados fisiologicos produzem modificações acentuadas, mas transitorias, na taxa de eosinofilos do sangue humano: a fome, uma digestão ativa, o esforço muscular, a ingestão de líquidos, a perspiração profusa, uma cianose temporaria, a menstruação, a gravidez, alterações essas de vidas á influencia do sistema nervoso e outras.

Em diversas afeções, notadamente na lepra, BLOCH e AUBERTIN (22) assinalaram a possibilidade de uma fraca reação mieloide, acompanhada de eosinofilia, achado esse que ALEZAIS não confirma em suas pesquisas.

Da observação de 38 doentes, dos quais 16 de forma tuberosa, 20 de forma nervosa e 2 mixtas, ANDRÉ & MARCEL LEGER (24) concluem que a formula leucocitaria não sofre identicas alterações nas formas nervosas e nas tuberosas: nas primeiras, encontram aumento, as vezes consideravel, dos grandes mononucleares: nas segundas, eosinofilia inconstante. A formula dos casos mixtos aproxima-se mais da de forma nervosa. Interessante observação colheu BOURRET (25) mediante a comparação das variações ocorridas na formula leucocitaria de um individuo afetado de lepra nodular, (sic.) em paralelismo com as que ocorriam em individuo são, ambos sob condições de vida sensivelmente iguais.

Inicialmente, fez uma série de nove contagens, diárias, consecutivas, de cada paciente e, em seguida, outra série de 4 contagens, espaçadas de uma semana.

Por esse processo comparativo, pode deduzir que o paciente doente apresentou maiores diferenças nas variações dos elementos contados. Assim, as diferenças extremas encontradas foram: neutrófilos polinucleares, 14,16% no paciente testemunho e 23,70% no doente; linfócitos, 15,22% no testemunho e 23,88% no doente. Considerando as diferenças máximas de um dia para outro, encontrou: uma variação de 8% dos polinucleares neutrófilos no testemunho e outra de 16,13% no leproso; com referência aos linfócitos, a variação foi, respectivamente, de 7,13% e 20,11. Das pesquisas concluiu BOURRET que a fórmula leucocitária está sujeita, nos leprosos, a variações d'uma amplitude anormal, sob influência indeterminada, o que lhe tira todo o valor semiológico.

Para MOSES (26), que examinou o sangue de 34 leprosos, 6 de forma anestésica, 10 de lepra tuberculosa e 18 de forma mixta, "as alterações do sangue leproso são as mesmas, qualquer que seja a modalidade clínica sob que se apresente; a fórmula hemoleucocitária habitual na lepra é a eosinofilia; as modificações mais acentuadas são sempre observadas na lepra de forma tuberculosa".

PRINGAULT (27), operando sobre 3 casos de lepra tuberculosa e 1 de forma nervosa, assinala desvio do índice de ARNETH para a direita.

Do estudo de 70 leprosos, de formas anestésica, tuberculosa ou mixta, BUEN (28) deduz que não existe fórmula leucocitária que permita deslindar o diagnóstico. Achou que certa polinucleose encontrada (mais de 72% em 14 doentes) deveria estar ligada a uma complicação inflamatória qualquer. A eosinofilia não é frequente. O autor verificou-a 23 vezes, das quais 18 contrastadas pelo exame de fezes, revelaram 8 casos de parasitoses intestinais. Apenas um total de 15 doentes, teria eosinofilia atribuível à lepra.

LEGER (29) estudou o quadro hemático de 2 doentes tuberosos, colhendo dados contraditórios, com referência aos obtidos por outros autores e que, em resumo, foram os seguintes: Índice de ARNETH normal, situado mais no "centro esquerdo", segundo sua pitoresca expressão. Nesse particular, não confirmou os achados de PRINGAULT. Também não encontrou o desvio eosinófilo para a esquerda, conforme trabalhos de SABRAZÈS, que menciona (eosinofilia mieloide). Assinalou monocitose elevada (26 e 22,8%). Não achou eosinofilia. Concluiu por opinar que as modificações sanguíneas, na lepra, devem variar segundo a forma da doença, seu maior ou menor tempo de infecção inicial; segundo foi tratada ou não, seja simples forma pura ou complicada de outras infecções. Pode dizer, desde suas experiências, que a lepra é uma doença que

se apresenta com mononucleose e na qual a eosinofilia aparece em certos periodos mal determinados.

As pesquisas de MITSUDA (30), sobre numero elevado de pacientes, conduzem esse autor a conclusões interessantes.

Na lepra maculosa, encontrou uma linfocitose, em média, de 45% dos leucocitos; na lepra nervosa 47% da contagem global e na tuberosa essa proporção mantem-se sempre em torno de 25%. Averiguou tambem que, no momento em que a lepra maculosa se transforma em tuberosa, essa linfocitose desaparece. Interpreta essa linfocitose da lepra nervosa e da maculosa como resultado da resistencia em relação ao bacilo. Baseado em contagens de sangue de 36 doentes de formas nervosa, tuberosa e mixta, LURIDIANA (31) conclue que a formula hemoleucocitaria não oferece elementos que possam ser utilizados para o diagnostico e para a diferenciação dos varios tipos de lepra.

MASSIAS (32) fundamenta suas conclusões sobre o estudo de 12 doentes, dizendo: "Nas lepras tuberosas, extensas, antigas, ulceradas, hiper-eosinofilia, desvio mais para a esquerda, da imagem eosinofila. Nas lepras menos intensas, maculosas, mixtas, a taxa de eosinofilos é de 5 a 6%.

As lesões cutaneas parecem condicionar a eosinofilia. Os monocitos são aumentados, na lepra tuberosa, em proporções variaveis. As celulas mães, medulares, linfoides, monoblasticas, não passam para o sangue".

GASPERINI (33) encontrou, em quatro doentes, eosinofilia variando de 14 a 18%.

SAKURAI (34), entre coreanos leprosos, encontrou diminuição de neutrofilos e aumento de linfocitos, especialmente na lepra maculosa. O aumento relativo de eosinofilos que verificou, foi, por esse autor, atribuido á grande infestação parasitaria dos nativos. Nas suas pesquisas sobre doentes das Ilhas Hawaii, BADGER (35) divide-os em dois grupos distintos: 1.º grupo — 75 doentes sem reação aguda ou subaguda; 2.º grupo 126 doentes em decurso de reação leprosa. No primeiro grupo, não desvendou modificação apreciavel para o lado dos leucocitos. O numero total oscila entre 5 a 9.800; a formula leucocitaria, mantem-se, em media, nos limites normais. Já no segundo grupo, notou forte polinucleose neutrofila (80%) e baixa dos linfocitos (15,8%) com o desaparecimento quasi completo, dos eosinofilos.

PINETTI (36), em 31 casos estudados, achou que o indice de ARNETH se orientava para a direita.

As variações leucocitarias, assinaladas por TISSEUIL, em trabalho já citado, n'um caso de lepra tuberculoide, certamente reacional, mediante colhetas seriadas de sangue, em paralelismo com a

evolução das crises reacionais, vêm prestigiar a opinião de BOURRET, MARCEL e ANDRE' LEGER, quando concluem que as variações do quadro hemoleucocitario na lepra obedecem á evolução da molestia, quando não são influenciadas por fatores indeterminados ou estranhos á doença.

Acompanhando de perto o seu caso que, nem por ser singular, deixa de ter marcada expressão, dada a meticulosidade com que foi estudado, TISSEUIL analisa esfregaços obtidos em fazes reacionais e era periodos de relativa quiescencia, do mesmo doente.

Durante os surtos reacionais, caminham divergentemente a taxa de monocitos e a de linfocitos, aquela em ascendencia e esta em descendencia. A linfopenia é, mesmo, impressionante, pelo seu baixo teor, em concordancia com as crises agudas. A sua tendencia é melhorar com a atenuação do quadro eruptivo. Contrariamente, a monocitose aumenta durante as etapas vivas, para aproximar-se do nivel normal, nas vizinhanças das etapas silenciosas.

A eosinofilia foi encontrada em concomitancia com infestação pelo ancilostoma, mas persistiu apesar de removido este. Manteve-se em equilibrio a taxa de neutrofilos.

ARISUMI (37) encontrou aumento de leucocitos, especialmente na forma nodular ativa avançada, com algum decrescimo dos linfocitos. Poucos eosinofilos, com tendencia para aumento.

Nos ratos leprosos, AFANADOR (38) concluiu que, como no homem, a formula se modifica segundo o estado da doença.

Segundo RABELLO, JR. (39) na lepra tuberculoide, sub cura pelo antileprol, registram-se reações sarcoides, com eosinofilia.

WANSER (40), do exame de 26 casos, separou 11 (40%) com eosinofilia. A remoção dos vermes reduziu a anomalia da formula á normal, o que fe-lo concluir que ainda não poderia admitir uma relação entre eosinofilia e lepra.

Além de ligeira linfocitose, nada mais encontrou de anormal.

Pesquisando sobre 14 enfermos em reação leprosa FERNANDEZ (41), não encontrou qualquer característica na formula.

Em síntese, do exame das conclusões dos autores que pudemos consultar, resulta patente que o quadro hemoleucocitario da lepra não oferece características nitidamente diferenciais entre as varias formas clinicas, para efeito diagnostico. O índice de ARNETH, de per si, tambem não se orienta constantemente para o mesmo sentido. Os unicos achados que aparecem com maior incidencia, são o da eosinofilia, guardada a necessaria relatividade, e as incertas e paradoxais alternativas, para o lado dos monocitos.

Em outro capitulo comentaremos, com mais detalhe, essas ocorrencias, após o exame dos nossos achados.

NOSSAS INVESTIGAÇÕES

1) — *Material e técnica* — Para as contagens globais, empregamos o hematimetro de BURKER que oferece algumas vantagens, tais como tipo de reticulo do porta-objéto e maior diluição, além de permitir realizar duas contagens, sem descarregar a celula, devido ao duplo reticulo da lamina. Esta vantagem aproveitamo-la para, mediante duas contagens do mesmo material, obtermos medias mais aproximativas. O sangue necessario ás contagens, tinha que ser frequentemente transportado dos leprosas até o laboratorio. Para preservação das hematias diluimos, então, o sangue em liquido de MARCANO. O sangue preciso para contagem leucocitaria, foi diluido, sempre, na classica solução de acido acetico a $\frac{1}{2}$ por cento, com algumas gotas de solução de violeta de metila a 1 por cento:

Para coloração dos esfregaços destinados ás contagens especificas, empregamos a coloração panótica (PAPPENHEIM). Contagem de 100 quadrados de $\frac{1}{400}$ para o computo global das hematias e de 125 de $\frac{1}{25}$ para os leucocitos. Para dedução do hemograma e formula leucocitaria foram contados 200 elementos, no minimo.

A seleção dos doentes, para integração dos grupos préviamente determinados, obedeceu ao criterio clinico, coadjuvado pelos exames histo-patologicos, bacterioscopicos e dados que os respectivos prontuarios nos ofereceram. O exame sistematico das fêzes foi feito com o fim de desvendar possivel intercorrencia na modificação do quadro hemoleucocitario. Procuramos, pelos dados anamnésicos, pelo exame clinico dos doentes e dados prontuarios, afastar outras intromissões patogenicas, capazes de alterar o mesmo quadro.

Para os doentes lepromatosos, todos de formas avançadas, dispensamos, no geral, o documento anatomo-patologico, pela evidencia clinica. Certos doentes, alias em numero reduzido, de lepra tuberculoide quiescente, apresentaram exames histopatologicos sem características nitidas. Mas, apesar desse inconveniente, pesadas as circunstancias da demorada observação, do tipo caracteristico das lesões dermatologicas e dos elementos prontuarios, admitimos a primazia do criterio clinico. Acreditamos que a anomalia corresse por conta, talvez, da incidencia da biopsia em zona de pele isenta de estruturas nodulares características. A rotina de um serviço de vulto, como o nosso, oferece-nos episodios identicos, com certa frequencia, reajustados por exames posteriores.

2) — *Os resultados* — Dos exames do sangue de 20 doentes de lepra tuberculoide em fase reacional, 11 de lepra tuberculoide

II Lepra Tuberculoide Reacional

| Nº de controle | Iniciais do doente | Hemograma | | | | | | | | Formula Leucocitaria Absoluta | | | | | Observações | |
|----------------|--------------------|----------------------------------|--------|-------------|---------|-------------|-----------|------------|-----------|----------------------------------|--------|-------|---|-------|-------------|--|
| | | Leucocitos por M.M. ³ | | | | Eosinofilos | Basofilos | Linfocitos | Monocitos | com base em exemplo padrão medio | | | | | | |
| | | 6 a 8000 | MieLoc | NEUTROFILOS | | | | | | GLOBAL 6.000 | | | | | | |
| | | | | Jovens | Baston. | Segm. | Neutrof | Eosin. | Basof. | Linfoc | Monoc. | | | | | |
| | | 58 | 70 | 2.4 | 0.1 | 20.25 | 4.8 | 3840 | 180 | 30 | 380 | 360 | A Formula Leucocitaria Relativa deduz-se do Hemograma | | | |
| 1 | F.V.O | 5.400 | 0 | 0 | 3,5 | 58 | 3 | 0 | 32 | 3 | 3.321 | 162 | 0 | 1.725 | 162 | Hemat: 4.040.000 |
| 3 | S.B. | 4.450 | 0 | 0,5 | 22 | 50 | 3 | 1 | 17 | 6,5 | 3.226 | 133 | 44 | 756 | 289 | Hemat: 4.435.000 1 eosinofilo vacuolado |
| 4 | E.C.B | 5.660 | 0 | 1 | 6,5 | 52 | 5 | 0 | 28 | 7 | 3.367 | 283 | 0 | 1.584 | 396 | Hemat: 4.750.000 Alguns eosinofilos vacuolados Larvas de Strongiloides |
| 5 | N.P. | 6.520 | 0 | 1 | 6 | 45 | 2 | 0 | 39 | 7 | 3.390 | 130 | 0 | 2.542 | 456 | Hemat: 5.455.000 |
| 7 | G.A. | 4.560 | 0 | 1 | 5 | 22 | 8 | 1 | 52 | 10 | 1.276 | 364 | 45 | 3.371 | 456 | Hemat: 4.420.000 Alguns eosinofilos vacuolados Tricocefalios |
| 8 | P.B.O | 8.780 | 0 | 0 | 8 | 43 | 11 | 0,5 | 29 | 8 | 4.477 | 965 | 43 | 2.546 | 702 | Hemat: 4.210.000 Alguns eosinofilos vacuolados Larvas de Strongiloides Parasitos intestinais: negativos |
| 9 | A.C. | 6.660 | 0 | 0 | 13,5 | 44 | 3,5 | 0 | 30 | 8,5 | 3.829 | 233 | 0 | 1.998 | 566 | Hemat: 4.490.000 Ascaris, Tricocefalios, Ancilostoma e Himenolepis |
| 10 | N.S. | 5.880 | 0 | 0 | 12,5 | 53 | 2 | 0,5 | 18 | 13 | 3.851 | 117 | 29 | 1.058 | 764 | Hemat: 4.420.000 Presença de alguns Eosinof. segmentados e Monocitos vacuolados |
| 12 | A.I. | 7.520 | 0 | 1,5 | 12,5 | 51 | 12 | 1,5 | 16 | 5,5 | 4.688 | 902 | 112 | 1.203 | 413 | Hemat: 6.260.000 Alguns eosinofilos com vacuolos Parasitos intestinais: negativos |
| 13 | I.B. | 4.260 | 0 | 0 | 11,5 | 48 | 7 | 1 | 27 | 5,5 | 2.534 | 298 | 42 | 1.150 | 234 | Hemat: 5.650.000 1 linfocito e 1 eosinofilo vacuolados Parasitos intestinais: negativos |
| 15 | L.F. | 6.200 | 0 | 0 | 10,5 | 52 | 2 | 1,5 | 28 | 5,5 | 3.875 | 124 | 93 | 1.736 | 341 | Hemat: 6.620.000 Alguns eosinofilos e monocitos vacuola- |
| 16 | M.C. | 10.200 | 0 | 0 | 9,5 | 52 | 3,5 | 0 | 28 | 6 | 6.273 | 357 | 0 | 2.856 | 612 | Hemat: 4.330.000 |
| 17 | V.C.B | 8.680 | 0 | 0 | 9 | 44 | 13 | 0,5 | 19 | 3,5 | 5.268 | 1.128 | 43 | 1.649 | 303 | Hemat: 4.650.000 Ancilostoma |
| 19 | D.D. | 3.940 | 0 | 0 | 4 | 45 | 8 | 0,5 | 25 | 6,5 | 3.324 | 315 | 19 | 985 | 256 | Hemat: 3.880.000 Parasitos intestinais: negativos |
| 25 | A.S. | 6.560 | 0 | 0,5 | 15 | 47 | 2,5 | 0 | 28 | 6 | 4.100 | 164 | 0 | 1.836 | 393 | Hemat: 5.420.000 |
| 28 | M.A.V | 5.240 | 0 | 0 | 12,5 | 34 | 5,5 | 2 | 37 | 9 | 2.436 | 288 | 104 | 1.938 | 471 | Hemat: 4.370.000 - 6 eosinof.vacuolados Parasitos intestinais: negativos |
| 30 | P.L. | 5.320 | 0 | 0 | 11,5 | 54 | 4,5 | 0,5 | 24 | 2,5 | 3.484 | 239 | 26 | 1.176 | 133 | Hemat: 4.140.000 Parasitos intestinais: negativos |
| 32 | F.L. | 4.440 | 0 | 0,5 | 11,5 | 31 | 10 | 1 | 30 | 13 | 2.042 | 444 | 44 | 1.332 | 577 | Hemat: 4.900.000 - Urticaria frequente Alguns eosinofilos vacuolados Parasitos intestinais: negativos |
| 37 | M.R. | 4.720 | 0 | 0 | 12,5 | 39 | 10,5 | 2 | 29 | 6,5 | 2.430 | 495 | 94 | 1.368 | 306 | Hemat: 4.740.000 Himenolepis |
| 45 | A.C.S | 5.000 | 0 | 0 | 15 | 55 | 2 | 0. | 15 | 13 | 3.500 | 100 | 0 | 750 | 650 | Hemat: 5.380.000 1 eosinofilo vacuolado |

III LEPRO TUBERCULOIDE QUIESCENTE

| Nº de controle | Iniciais do doente | Hemograma | | | | | | | | | | Formula Leucocitaria Absoluta (com base em exemplo padrão medio) | | | | | Observações |
|----------------|--------------------|----------------------------------|-------------|--------|--------------|-------|--------|--------|---------|--------|----------------|---|--------|---------|--------|-----------|---|
| | | Leucocitos por M.M. ³ | Neutrofilos | | | | Eosin. | Basof. | Linfoc. | Monoc. | GLOBAL - 6.000 | | | | | | |
| | | | Mieloc. | Jovens | Baixos | Segm. | | | | | Neutrof. | Eosin. | Basof. | Linfoc. | Monoc. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 6 a 8.000 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | A Formula Leucocitaria Relativa deduz-se do Hemograma |
| 6 | L.F. | 4.560 | 0 | 1,5 | 4,5 61 | 55 | 2 | 1,5 | 29 | 6 | 2.781 | 91 | 28 | 1.312 | 273 | | Hemat: 4.980.000 |
| 11 | A.L.C | 5.320 | 0 | 0,5 | 5 61,5 | 56 | 3,5 | 0 | 32 | 2,5 | 3.271 | 186 | 0 | 1.702 | 133 | | Hemat: 4.350.000 |
| 18 | A.A.C | 5.200 | 0 | 0 | 8 57 | 49 | 9 | 2 | 23 | 7,5 | 2.964 | 468 | 104 | 1.196 | 390 | | Hemat: 4.690.000 Parasit. intest. negativos 1 linfocito vacuolado |
| 20 | A.M.S | 6.960 | 0 | 0 | 11 51 | 40 | 20,5 | 0 | 21 | 7 | 3.549 | 1.426 | 0 | 1.531 | 487 | | Hemat: 5.350.000 Ancilostoma e tricocefalys |
| 21 | M.S. | 4.200 | 0 | 0 | 10,5 87,5 | 57 | 5,5 | 0 | 22 | 4,5 | 2.835 | 231 | 0 | 924 | 189 | | Hemat: 4.850.000 Parasit. intestinais: negativos |
| 23 | A.J. | 4.920 | 0 | 0 | 11,5 69,5 | 65 | 2 | 0 | 24 | 4,5 | 3.419 | 98 | 0 | 1.180 | 221 | | Hemat: 5.110.000 |
| 24 | J.S.V | 10.200 | 0 | 0 | 9 77 | 68 | 0,5 | 1 | 16 | 3,5 | 7.854 | 51 | 102 | 1.632 | 357 | | Hemat: 4.780.000 Mal perfurante plantar. com supuração |
| 26 | F.G. | 4.960 | 0 | 0 | 4,5 59,5 | 55 | 6,5 | 1 | 25 | 8 | 2.951 | 322 | 49 | 1.240 | 396 | | Hemat: 4.470.000 Parasit.int. negat. 2 Eosinof. e 2 Monoc. vacuolados |
| 27 | A.C. | 6.640 | 0 | 0 | 10,5 65,5 | 55 | 7 | 1 | 23 | 2,5 | 4.349 | 464 | 66 | 1.527 | 166 | | Hemat: 4.880.000 1 eosinof. e 3 linfoc. vacuolados Ascaris e tricocefalys |
| 46 | A.P.N | 7.840 | 0 | 0 | 5 71 | 66 | 2,5 | 1 | 23 | 1,5 | 5.566 | 196 | 78 | 1.803 | 107 | | Hemat: 5.050.000 Bronquite asmatica |
| 48 | J.C.R. | 6.160 | 0 | 0 | 3,5 54,5 | 51 | 13,5 | 1,5 | 23 | 6,5 | 3.357 | 831 | 92 | 1.416 | 400 | | Hemat: 5.560.000 Parasitos intestinais: negativos |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

quiescente e de 17 outros lepromatosos, realizados em condições materiais semelhantes, colhemos os resultados adiante constantes de tres quadros sinteticos.

1) — *Eritrocitos* — Evidencia-se, de um modo geral, certa pobreza de eritrocitos que afêta, indistintamente, qualquer das formas estudadas, proporcionalmente.

Levando em conta o padrão normal de 5.000.000 de hematias, para o homem, e de 4.500.000, para a mulher, essa carencia referida atinge, em ordem decrescente, a 58,82%, dos lepromatosos, 45% dos de forma tuberculoide em reação e 27,27%, dos da mesma forma clinica, em etapa quiescente. Nos doentes anemiados, a infestação verminosa, é, respectivamente, de 23,52%, 10% e 0% nos lepromatosos, nas formas tuberculoides reacionais e nas tuberculoides quiescentes.

Considerando a proporção de infestados, com anemia, relativamente reduzida, e excluidas, pelo exame clinico, outras causas aparentes de espoliação vermelha, somos levados a concluir que a lepra é, por si, fator exauriente por excelencia, o que, alias, está de acordo com o seu caracter de doença de interminavel cronicidade, que põe em jogo a defeza do organismo, mobilizada, as vezes, com exito, outras vezes conseguindo equilibrio estavel e, na maioria dos casos, infelizmente, sem resultado favoravel. A contra-prova de que, nos doentes estudados, a verminose não foi motivo preponderante de anemia, no gráu verificado, é que se assinalam, nos quadros anexos, 8 casos (ns. 4, 14, 17, 20, 27, 37, 38 e 41) com infestação, em que o teor de hematias se mantem dentro do normal ou acima d'ele. Por outro lado, a manutenção do numero normal de eritrocitos, na mesma ordem, na proporção de 41,18%, 55% e 72,73%, dos doentes dos tres grupos, põe em relevo a capacidade de refacção de muitos enfermos, que conseguem conservar o seu sangue era estado de riqueza hematica, fâto esse sempre correlato do bom estado geral.

O poder anemiante da lepra não foi debatido, de modo especial, pelos autores que consultámos. Entretanto, as poucas referencias que encontramos, confirmam os achados, do presente trabalho.

2) — *Formula leucocitaria*. — Contrariando, embora, o criterio de distintos hematologistas, mas apoiados em opinião de outros, servimo-nos da formula leucocitaria absoluta, para analise do quadro leucocitario dos nossos doentes.

a) *Nos lepromatosos*, encontramos leucopenia frequente (47% dos casos) com linfocitose assidua (52,94% dos doentes; leucocitose assinalada em, apenas, 17,64% dos doentes; neutrofilia rarissima (23,52%) assim como monocitose que é tambem discrêta (35,29% dos doentes. A eosinofilia aparece em 76,47% dos doentes, por vezes em taxa elevada.

b) Nos de forma tuberculoide, em reação, colhemos os seguintes dados: leucopenia constante, (60% dos casos), havendo rarissimos casos (15%) apenas, com leucocitose; neutrofilia rara (20%); monocitose mais acentuada, atingindo 50% dos casos, sendo discreta entretanto; a linfocitose a apresentada por 70% dos enfermos; eosinofilia constante, mas discreta, em 65% dos observados.

c) Nas formas tuberculoides quiescentes: leucopenia em 50% dos observados; a leucocitose aparece apenas com 9,09 dos observados, sem ser exagerada; linfocitose muito discreta (27,27% dos casos; ligeira monocitose em 18,18% dos observados; neutrofilia, tambem discreta, em 27,27% dos casos; eosinofilia frequente e discreta (54,54% das observações).

Em sintese, esses resultados podem ser abrangidos em um painel, como se segue:

QUADRO N.º 4

| | LEPROMA- TOSOS % | TUBERCULOIDE Reacional % | TUBERCULOIDE Quiescente % |
|-------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Leucocitose: | 17,64 | 15 | 9,09 |
| Leucopenia: | 47 | 60 | 50 |
| Monocitose: | 35,29 | 50 | 18,18 |
| Linfocitose: | 52,29 | 70 | 27,27 |
| Neutrofilia: | 23,52 | 20 | 27,27 |
| Eosinofilia: | 74,47 | 65 | 54,54 |

Essas ocorrencias, na porcentagem de doentes mencionados, verificaram-se em grau muito discreto.

3) — *Hemograma* — Indistintamente, nota-se, nos grupos examinados, um discreto, mas constante, desvio para a esquerda, com predominancia de formas em bastonete, sem reação mieloide, mesmo eosinofila, (eosinofilia mieloide), conforme os achados de MASSIAS.

Expressando esse desvio em numeros percentuais, referentes aos doentes atingidos, verificamos que oferece interessante gradação, sempre, como outros dados anteriormente examinados, mais favoravel as farmas tuberculoides quiescentes: 70,58% de lepromatosos, 90% de lepra tuberculoide reacional e 54,54% da mesma for-

ma em estado de silencio. Dados como este, só poderão, entretanto, ser pesquisados, mediante séries de exames, nos mesmos doentes, no decurso da molestia.

Passando em revista os elementos colhidos, em comparação com os dos outros autores citados, verificamos que, apenas em alguns pontos, as cifras se aproximam. De um modo geral, são tão heterogeneos que impossibilitam um cotejo util. E' preciso notar que as observações dos diferentes pesquisadores foram realizadas, quasi sempre, em condições muito diversas, desde a determinação da forma estudada que, frequentemente, tem uma designação vaga: fôrma nervosa, tuberculosa ou tuberosa, maculosa, nodular etc. Os estudos realizados ainda se resentem das vacilações existentes, em materia de classificação da lepra, não sendo os autores unanimes em concordar numa unica sintematização da doença, o que, aliás, parece ainda prematuro, á vista do estado atual dos conhecimentos sobre o mal.

A tendencia á monocitose, encontrada por CABRAL DE LIMA verificamo-la nas formas lepromatosa e tuberculoide mas, n'esta, sómente em periodo reacional. A reação mieloide, embora fraca, achada por BLOCH e ALIBERTIN não foi assinalada por nós. A monocitose que ANDRE' e MARCEL LEGER verificaram, nas formas tuberosas, figuram, em nossos achados, como uma tendencia dos lepromatosos e tambem dos tuberculoides reacionais, Já não encontradiça nos tuberculoides, em estado de inatividade aparente.

Quanto á monocitose nos lepromatosos, ainda os nossos achados estão de acordo com os de MARCEL LEGER, ainda, que não encontrassemos os indices elevados d'esse autor. A forte neutrofilia divisada por BADGER, em um grupo de doentes em reação leprosa, não foi encontrada por nós, em nenhuma das classes estudadas.

Não verificamos as oscilações divergentes entre monocitos e linfocitos, aqueles em ascendencia e estes em decrescimo, na lepra tuberculoide reacional, conforme observou TISSEUIL.

A monocitose foi, em nossos casos, constante, mas muito discreta e, ao inverso do que poude ver esse autor, assinalámos linfocitose, tambem constante, ainda que discreta.

Um unico achado, evidenciado no presente trabalho, tem sido encontrado, pela maioria dos autores, apesar de haver distintos pesquisadores que ainda não o aceitam como elemento constante das alterações hemoleucocitarias da lepra. Referimo-nos ra eosinofilia, de que trataremos, especialmente, mais adiante.

Difícil se torna a interpretação das variações hemoleucocitarias, da lepra, mediante as observações de pouca profundidade que a literatura nos oferece, atualmente.

Segundo o conceito de SCHILLING (42) "a reação leucocitaria, nos casos infecciosos ou tóxicos, se desenvolve, em essência,

sistematicamente, segundo regras fundamentais, que o autor formúla, para os leucocitos, do seguinte modo: 1.º) as pequenas irritações atúam determinando tão sómente alterações funcionais na formula leucocitaria; as de mediana intensidade, atúam formativamente, por meio dos órgãos hemopoieticos; as intensas atúam tambem sobre o desenvolvimento de cada uma das celulas; as de intensidade maxima, inibem, por ação paralisante sobre as celulas centrais e destruição destas e das da periferia. 2.º) na maioria dos processos infecciosos, respondem á irritação primeiro os neutrofilos, logo os monocitos e, finalmente, os linfocitos; a diversidade das formulas leucocitarias das infecções é devida ao reciproco desvio temporal d'estas tres fazes e á intensidade variavel da reação sobre cada um dos grupos ou á aparição de formes celulares raras".

Examinando-se, atentamente, o quadro esquemático n. 4, verificamos que, desprezadas as variações leucocitose-leucopenia que, de resto, não devem, sem a interferencia de fatores patológicos, alterar a proporção centesimal das diversas celulas leucocitarias, verificamos que o numero de doentes, que apresentam mais variadas alterações, são os das categorias lepromatosas ou tuberculoides reacionais. Os de lepra tuberculoide quiescente figuram em proporção nitidamente inferior

Abstraindo-nos d'essa verificação e considerando, comparativamente, apenas os assentamentos constantes dos quadros 1, 2 e 3, convencemo-nos de que não fornecem elementos capazes de servir a fim diagnostico diferencial entre os tres grupos de doentes, embora seja certo que oferecem algumas diferenças que não são mais do que pequenas gradações, sem um significado apreciavel, para aquela finalidade.

Não são, todavia, despreziveis os informes que aqueles quadros nos fornecem e vamos tentar interpreta-los, embora de maneira sucinta.

Não se póde negar a função toxemica da lepra, que se produz pela impregnação lenta, nas formes prolongadas, arrastantes, ou em jactos periodicos, nas formas agudas ou sujeitas a crises reacionais. Expressão aidente desse caráter da doença, são os fenomenos alergicos, postos em destaque e aceitos pela unanimidade dos autores.

A intoxicação lenta, ou deflagrada por crises agudas, não pode deixar de atuar, por irritação, sobre os órgãos hemocitopoeticos, occasionando variações do quadro hemoleucocitario que expressam a incidencia maior ou menor, neste ou n'aquela sector do sistema.

Essa irritação, a se aceitar a formula de SCHILLING, tem de ser de "intensidade maxima, inibidora, "por ação paralisante, sobre

as células centrais e destruição destas e das da periferia", conduzindo ao que esse autor denomina de desvio degenerativo dos neutrófilos.

Caracterizam esse desvio degenerativo: 1.º) cifra total de leucócitos, em princípio, baixa;

2.º) presença de neutrófilos de núcleo em bastão, normais nos degenerativos, em alta porcentagem frequentemente, *sem formas juvenis* sem mielócitos ou metamielócitos;

3.º) frequência de sinais de degeneração tais como *vacuolização*, edema, irregularidade de núcleo, *granulações anormais*, etc.

A cifra leucocitária dos nossos doentes foi discretamente, mas, em média, sempre baixa

Encontramos um incontestável desvio para a esquerda, no hemograma, que, sem ser prerrogativa de qualquer dos lotes de doentes estudados, apresentou-se na maioria d'eles. Mas esse desvio constante, foi, sempre, representado por formas em bastão, conforme expressam os quadros 1, 2 e 3, raríssimas formas juvenis e nenhum mielócito.

Dos sinais de degeneração, apenas notamos um, cujo valor, isoladamente, não sabemos si merece apreço maior: a *vacuolização* de leucócitos de espécies variadas, especialmente eosinófilos.

Compareceu essa anomalia em 50% dos casos examinados. Deixamos aqui anotada, apenas, a ocorrência.

Dos estudos até hoje realizados sobre hematologia na lepra, podemos concluir que não basta pesquisar sobre grupos de doentes de quaisquer variedades, limitando-nos ao exame de sangue colhido uma única vez, mas tudo indica que seria muito mais ilustrativo fazermos exames em séries, sobre os mesmos doentes, espaçados de acordo com a marcha lenta da doença, de maneira a obtermos verdadeiros índices-gráficos, mediante hemogramas seguidos, em paralelo com as ocorrências clínicas. Ainda que não possamos depositar, no processo, esperanças de obter informes subsidiários para diagnóstico, é de aguardar que o prognóstico encontre dados de certo valor.

Esse procedimento se justifica, com mais fortes razões, na lepra, por se tratar de doença compatível com uma longa vida e que pôde afetar todos os órgãos da economia, máxime os que, eletivamente, constituem direta ou indiretamente o aparelhamento produtor ou regulador da hemoleucocitose, isto é, todo o sistema retículo endotelial, o neuro-vegetativo e as glândulas incretórias.

Sobre a sua ação lesiva, relativamente a estas últimas, já os clínicos especializados vêm desvendando um cortejo de sintomas que constituem verdadeiros síndromes.

EOSINOFILIA

Alteração sanguínea grandemente debatida em leprologia, a eosinofilia merece capítulo especial no presente trabalho. Foi determinada em 65,33 dos nossos observados. E' licito indagarmos até que ponto outros processos extranhos á lepra poderiam ter influido n'essa ocorrência

Segundo NAEGELI (43), são os seguintes as afecções nas quais se encontra aumentado o numero dos eosinofilos. Leucemia mieloide, escarlatina, neuroses, eosinofilia post-infecciosa ou postoxica, depois da esplenectomia, nos tumores malignos, policitemia, blastomicose multipla, febre de feno, molestias cutaneas (psoríases, penfigo, prurigo, dermatite herpetiforme, d. mercurial, urticaria etc.), eczema, asma, helmintíase, anafilaxia e alergia.

Exceção feita d'estas cinco ultimas categorias, todas as outras Foram eliminadas de nossos doentes mediante o exame clinico e revisão dos prontuarios.

O eczema que, conforme opinião de NAEGELI (44) provoca o parecimento de eosinofilos, por quimiotaxia, ocasionada pela destruição do epitelio da pêle, é visto uma unica vez, entre nossos doentes e não apresenta eosinofilia.

A urticaria, comparece em dois casos, ambos com aumento de acidofilos. Tres são os casos de bronquite asmatica, mas nenhum apresenta acidofilia. Dos dois casos com supuração de lepromas (supuração, causa provavel de eosinofilia), sómente um apresenta eosinofilia na porcentagem de 9,5%.

Em resumo, na porcentagem de 65,33% dos doentes observados que apresentam acidofilia, sómente tres casos poderiam ter a anomalia ligada á urticaria ou á supuração. Os restantes 62,33% não dependem d'esses males.

Correrão por conta da helmintíase?

As variedades de vermes intestinais encontradas em nossos doentes limitaram-se ás seguintes especies: *Tricocephalus trichiurus*, *ancylostoma duodenale* (ou *Necator americanus*), *Strongyloides intestinalis*, *Ascaris lumbricoides* e *Hymenolepis nana* (ou diminuta).

Vejamos em que proporção essas parasitoses poderiam influir no grau de eosinofilia dos nossos pacientes.

São em numero de 32 os pacientes que apresentaram ensinofilia no total dos examinados. D'estes, estão infestados apenas 15, isto é, uma porcentagem de 46,87.

Dos parasitos, cuja presença foi determinada pelo exame de Fezes, nem todos determinam acidofilia em grau apreciavel.

De um excelente trabalho, de revisão do assunto, da autoria de PESSOA & MEIRA (45) obtivemos dados pessoais dos autores e referencias bibliograficas, que nos auxiliam a ajuizar do grau de

comprometimento da formula leucocitaria, atribuível aos parasitos citados. Desse magnifico manancial, extraímos apenas os dados mais eloquentes, á vista da impossibilidade de transcrevermos os exaustivos informes aí contidos.

Em 27 casos de parasitismo pelo *T. trichiurus* BOYCOTT (46) não registrou eosinofilia.

Em 1927, MORVAN, VOIZARD & BAIZE (47) examinando elementos de tropa Malgache, em numero de 701, encontraram os seguintes resultados:

| | | |
|-----------------|---|-----------------------------|
| Parasitados | } | c/eosinofilia: 283, ou 76%. |
| | | s/eosinofilia: 89, ou 24%. |
| Não Parasitados | } | c/eosinofilia: 112, ou 34%. |
| | | s/eosinofilia: 217, ou 66%. |

Concluem os citados autores que, por esses dados, os portadores apresentam eosinifia em 3/4 dos casos. Os mesmos autores determinaram as porcentagens de 34 e 36% nos casos de associação ascaris-tricocephalus.

Dentre os nossos observados, com eosinofilia, apenas um apresenta essa associação.

Tambem do trabalho de PESSOA & MEIRA, transcrevemos a seguinte tabela de valores, para a porcentagem de oxifilos, por ancylostomose, conforme conclusões dos autores que vêm citados em seguida:

| | | | |
|-------------------------------|--------|---|-------|
| MÜLLER-RIEDER | 8,20% | — | 9,7% |
| LEFAS | 7,00% | — | 12,0% |
| KAUTZKEY-BEY (crianças) | 5,00% | — | 13,0% |
| ZAPPERT | 17,00% | — | 27,9% |
| BOYCOTT | 8,00% | — | 18,0% |
| BLOCH | 33,10% | — | 40,1% |
| STOCKMAN | 12,00% | — | 43,0% |
| BÜCKLERS | 10,00% | — | 56,6% |
| LEICHTENSTERN | 62,00% | — | 72,0% |
| BRUNS, LIEFMANN & MACKEL ... | 8,15% | — | 20,0% |

PESSOA & MEIRA, em pesquisas proprias, determinaram que existem casos de helmintíase, sem alteração da formula leucocitaria. A proposito, publicam um quadro, segundo o qual, d'entre 15 individuos parasitados, 6 apresentavam taxa acidofila normal, incluindo varios com infestação multipla.

Corroborá esse achado o doente n.º 9 de nossa casuística que, apesar de multi-infestado, não apresentou eosinofilia, ainda que a

parasitose lhe determinasse alteração sanguínea, representada por certo grau de anemia (4.490.000 — Masculino). A ancylostomose aparece, como infestante, isoladamente, apenas em 2 dos nossos casos e mais 2 vezes associada a outras parasitoses. Ponderadas essas circunstâncias e em face das conclusões dos autores acima citado, cremos que essa helmintíase não poderia ter tomado parte muito destacada na eosinofilia de nossos observados.

PESSOA & MEIRA atribuem á ascaridíose moderada ação oxifila, que não ultrapassa de 12%.

Examinando portadores no Rio de Janeiro, EZEQUIEL DIAS (48) encontrou porcentagens muito elevadas de eosinófilos, apesar de, na maior parte das vezes, a taxa não ultrapassar de 12%.

Essa helmintíase ocorreu, apenas, em um dos nossos observados, com discretíssima eosinofilia.

Outra espécie de parasito, que aparece em nossos doentes com eosinofilia, e o *hymenolepis* (*nana* ou diminuta), afetando a 3 indivíduos.

Por BUCKLES (49) foi observada a taxa eosinofilia de 7% n'essa parasitose (*hym. nana*). PESSOA & CORREA (50), em 12 casos de *hymenolepíasis*, observaram variações da taxa acidofila entre 7 e 13%.

Determinamos ainda a presença de *Strongiloides* em 4 dos indivíduos examinados, com discreta elevação da quota de eosinófilos. Não encontramos referências a possibilidade de alteração leucocitária imputável a essa parasitose, nos trabalhos que pudemos compulsar. De tudo podemos concluir, com segurança, que a helmintíase não teve influencia decisiva na presença anormal de eosinófilos em nossos doentes.

Resta examinarmos, apenas, a questão da anafilaxia ou da alergia, como fatores de alteração eosinofila no quadro leucocitário da lepra.

Conforme argumentação expendida no início do presente trabalho, estribada em farta literatura, a alergia intervém, incontestavelmente, na evolução da lepra. Não parece, entretanto, existirem indícios que nos habilitem a julgarmos, com segurança, até que ponto, essa intervenção afeta o decurso da doença; que relação tem ela com as varias formas da lepra e suas fazes intercorrentes e, principalmente, o que é de maior interesse, que significado prognóstico nos pode oferecer.

A participação da alergia na lepra, em tão alto grau, induz-nos a admitir que, sendo a eosinofilia uma das suas manifestações mais assíduas e comparecendo esta, com tanta frequência, nos leprosos, ela apenas traduz, de maneira concreta, aquela participação.

Sob este aspecto, é possível que, melhor estudada, venha a constituir elemento subsidiário para a determinação mais precisa das di-

versas fazes alergicas ou, quiçá, para colaborar em julgamentos prognosticos.

O estudo da eosinofilia, pelo mecanismo de allergia, envolve questões amplas dos sistemas neuro-vegetativo e incretorio que este trabalho não comporta, em absoluto. Limiear-nos-emos, assim, a transcrever algumas opiniões autorizadas sobre o assunto, para podermos concluir que a eosinofilia, na lepra, deve ser um sintoma de allergia, variavel com as oscilações que esta oferece, no decurso da molestia, e, portanto, digna de melhores atenções, para que do seu estudo possamos auferir algum proveito científico.

SCHLECHT & SCHWENKER (51) dizem que a reação dos eosinofilos, como atualmente se admite de um modo geral, domina nos processos anafilaticos e alergicos que, quasi sempre, revelam uma quimiotaxia eosinofila, quasi especifica nos tecidos.

Para SCHLECHT (52), "as alterações sanguineas do choque anafilatico experimental consistem em forte *leucopenia* inicial, com diminuição dos trombocitos, seguida de consideravel *monocitose* e *eosinofilia*. A sede da anafilaxia e da allergia é em determinadas *celulas dos tecidos*, especialmente no *S.R.E.* e nos *diversos órgãos de choque*, variaveis segundo a especie animal. O sintoma sanguineo mais importante e mais caracteristico de todos os estados e quadros morbidos dependentes da allergia é, segundo as minhas pesquisas, a *eosinofilia*, no sangue e local, nos órgãos e nos tecidos de choque".

E' ainda do mesmo autor (53), o seguinte conceito: "considero os sintomas vagotonicos, que nunca faltam na allergia, não como a causa da eosinofilia, mas ambos como manifestações paralelas".

EPPINGER & HESS (54) descreveram a eosinofilia como uma manifestação vagotonica.

Não participa da mesma opinião NAEGELI (55) para quem, nos estados vagotonicos, quasi sempre não ha aumento de celulas acidofilas.

Este mesmo autor (56), em um caso de anafilaxia, encontrou a proporção, de 68% de eosinofilos,

Mais uma vez SCHLECHT (57) se manifesta sobre os eosinofilos, com o seguinte comentado: "os leucocitos eosinofilos tem uma função determinada na desagregação das proteínas extranhas, em, todos os estados em relação com a anafilaxia e a allergia".

Séria ociosa a menção de todos os trabalhos concordes em filiar a eosinofilia a questão da allergia, o que, no estudo da lepra, assume, a nosso ver, papel de importancia não desprezível.

CONCLUSÕES

Finda a analise dos dados que conseguimos obter e após as considerações expendidas, em cotejo com opiniões dos varios auto-

res que nos foi dado consultar, animamo-nos a emitir as seguintes conclusões:

A lepra tuberculoide reacional ou quiescente, assim como a lepromatosa, não oferece quadro hemo-leucocitario tão característico que faculte utilidade diagnostica para a lepra, em si.

As variações hemoleucocitarias da lepra ocorrem no decurso da propria molestia, qualquer que seja a sua forma clinica, oscilando dentro de um certo limite, mas sempre com alguma logica de variação, adequada aos varios estagios das molestias de carater infeccioso cronico. Essas variações, acompanhadas com frequencia, poderão oferecer dados para uso do prognostico. Ainda, mediante exames seriados, é possivel corroborar no diagnostico diferencial entre as formas clinicas, desde que demos apreço ao sentido constante, ainda que discreto, das variações verificadas. Cremos que nos é permitido concluir, em abono dos autores que a definiram, que, á vista do que pudemos verificar, a feição clinica, anatomo-patologica e hemo-leucocitaria da lepra tuberculoide reacional, confirma o conceito de que ela constitue um estagio especial da lepra tuberculoide, em paralelo com a reação leprosa, nas formas lepromatosas.

A anemia é frequente na lepra, afetando, mais acentuadamente, os doentes em crises reacionais ou de formas graves.

A eosinofilia é sintoma assiduo na lepra, em qualquer das suas formas, e pôde ser um comprovante de valor da interferencia dos fenomenos alergicos.

A leucopenia comparece com maior frequencia do que a leucocitose, em qualquer dos estagios estudados.

O hemograma acusa um discreto, mas constante, desvio para a esquerda, indistintamente, em qualquer dos grupos estudados, sem atingir á reação mioeloides.

CASUISTICA.

1) — F.V.B.O. — Idade — 30 anos. — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 14.572. Doente ha quatro anos. Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional pouco intensa. Ficha anat. ptologica n. 20.140 de 10-10-1938. "Lepra tuberculoide com forte edema colateral e infiltração linfocitaria. Bacilos, negativos".

Reação ao leprolin, não fez.

Não está menstruada. Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.

Parasitos intestinais: negativos.

Temperatura axilar: 36,5.

Reflexo oculo-cardiaco: não pesquisado.

Esfregaço do muco nasal: sempre negativo.

Esfregaço de escarificação cutanea: sempre negativo.

Hematias: 4.040.000 — Leucocitos: 5.400.

Laminas: 80 — 81 — 82.

2) — J.B.B. — Idade: 45 anos. Sanatorio Padre Bento. Ficha epidemiologica n. 11.596. Tempo de doença: 4 anos. Forma clinica atual: lepromatosa. Fichas anatomo-patologicas: 2.806, de 16-6-1939, "infiltração lepromat. do corion, perivascular, predominantemente no corpo papilar. Bacilos ++" — 2.808 de 16-6-1938; "infiltração lepromatosa do corion, perivascular e periglandular. Bacilos +++".

Reação ao leprolin + em 7/11/36.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Parasitos intestinais: negativos.

Temperatura axilar: 36,50.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Esfregaço do muco nasal: negativo.

Esfregaço de escarificação cutanea: ++

Hematias: 4.990.000 — Leucocitos: 4.900.

Laminas: 94 — 95 — 96.

3) — S.B. — Idade: 40 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 7276.

Tempo de doença: 8 anos.

Forma clinica atual: Lepra tuberculoide reacional (intensidade mediana).

Ficha anatomo-patologica n. 2162 de 24-10-1938, "lepra tuberculoide com forte reação linfocitaria. Bacilos negativos.

Reação ao leprolin: não fez.

Mo está menstruada. Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes em focos supurativos.

Parasitos intestinais: negativos.

Temperatura axilar: 36,3.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Esfregaço de muco nasal: um positivo em 1937. atualmente negativo.

Esfregaço de escarificação cutanea: alternativas de negativos e positivos, espaçados na série mensal. Atualmente, positiv (+).

Hematias: 4.435.000. — Leucocitos: 4.450.

Laminas: 90 — 91 — 92 — 93.

4) — E.C.B. — Idade: 27 anos. — Sanatorio Padre Bento. Ficha epidemiologica n. 13.910.

Doente ha 2 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional, discreta.

Ficha anat. potologica n. 2935 de 29-7-1939 — "pequenas infiltrações inflamatorias cronicas do corion, com tendencia á formação de estruturas nodulares. Bacilos negativos".

Reação ao leprolim não fez.

Temperatura axilar: 36,6.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos.

Esfregaços de lesão cutanea: negativos.

Ausencia de molestia alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: positivo.

Parasitos intestinais: strongyloides.

Hematias: 4.750.000. — Leucocitos: 5.660.
Laminas: 88 — 100 — 101 — 102.

5) — N.P. — Idade: 19 anos. Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 9068.
Doente ha 6 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional
Ficha anatomo-patologica n. 2.999, de 16-8-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide com reação linfocitaria e edema colateral. Bacilos, negativos".
Reação ao leprolin: não fez.
Temperatura axilar: 36,6.
Esfregaços de muco nasal: negativos.
Esfregaços de lesão cutanea: negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 5.455.000 — Leucocitos: 6.520.
Laminas: 103 104 — 105.

6) — L.P. — Idade: 59 anos — Posto da Sede.
Ficha epidemiologica n. 13.348.
Doente ha 3 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.
Ficha anatomo-patologica n. 1389 de 6-11-1937: "lepra tuberculoide de tipo sarcoide de Boeck. Bacilos negativos."
Reação ao leprolin: não fez.
Temperatura axilar: 36,6.
Esfregaços de muco-nasal: negativos.
Esfregaços de lesão cutanea: negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Não é mais menstruada.
Reflexo oculo-cardiaco: positivo.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 4.980.000. — Leucocitos: 4.560.
Laminas: 97 — 98 — 99 — 113.

7) — G.A. — Idade: 10 anos — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 7.263.
Doente ha 6 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional em inicio de declinio.
Ficha anatomo-patologica n. 2.046: "infiltração leprosa do corion que apresenta estrutura tuberculoide em alguns pontos. Bacilos, negativos".
Reação ao leprolin: ++.
Temperatura axilar: 36,4.
Esfregaços de muco nasal: negativos.
Esfregaços de lesão cutanea: negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: trichocephalus.
Hamatias: 4.420.000. — Leucocitos: 4.560.
Laminas: 1\$9 — 110 — 111 — 112.
 — — +

8) — P.B.O. — Idade: 13 anos. — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 15.286.
Doente ha 1 ano e meio.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional em inicio de declinio.
Fichas anatomo-patologicas n. 30 e 31 S.P.B. de 9-6.4939: "granuloma de estrutura tuberculoide".
Reação ao leprolin: não fez.
Temperatura axilar: 36,8 — Está levemente resfriado.
Esfregaços de muco: negativos.
Esfregaços de lesão: negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 4.210.000. — Leucocitos: 8.780.
Laminas: 106 — 107 — 108.

9) — A.O. — Idade: 31 anos — Posto da Sêde.
Ficha epidemiologica n. 7.521. — Doente ha 6 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa.
Ficha anatomo-pathologica n. 3.146 de 16-9-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide, com forte hiperemia e focos de necrose fibrinoide. Bacilos negativos.
Reação ao leprolin: — Temperatura axilar: 36,4.
Esfregaços de muco nasal: negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: no periodo dos dois ultimos anos acusou raros bacilos em Julho de 1939.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: positivo.
Parasitos intestinais: trichocephalus, ascaris, ankylostoma e hymenolepis.
Hematias: 4.490.000 — Leucocitos: 6.660.
Laminas: A.B.C.

10) — N.S. — Idade: 72 anos .— Posto da Sêde.
Ficha epidemiologica n. 16.158. — Doente ha 4 mezes (1)
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional em declinio.
Ficha anatomo-patologica n. 3.137 de 16-9-1939: "lepra tuberculoide reacional. Bacilos negativos".
Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 37,3.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 4.420.000 — Leucocitos: 5.880.

Laminas: 118 — 119.

11) — A.L.C. — Idade: 40 anos. Posto da Sêde.

Ficha epidemiologica n. 13.840. Doente ha dois anos e meio.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 3.316 de 3-11-1939: "hiperemia do corion e infiltrações inflamatórias crônicas sem caráter específico, em situação perivascular e glandular. Bacilos: negativos.

Reação ao leprolin: ++. — Temperatura axilar: 36,2.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 4.350.000. — Leucocitos: 5.320.

Laminas: 115 — 116 e uma sem numeração.

12) — A.I. — Idade: 27 anos. Posto da Sêde.

Ficha epidemiologica n.º 15.701. — Doente ha 10 mezes.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa.

Ficha anatomo-patologica n. 3.220 de 19-10-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide. Bacilos negativos".

Reação ao leprolin: não compareceu para leitura.

Temperatura axilar: 36,5.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaco: negativo.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 6.260.000 — Leucocitos: 7.520.

Laminas: D.E.F.

13) — I.B. — Idade: 43 anos. Asilo Colonia Sto, Angelo.

Ficha epidemiologica n. 6.699. — Doente ha 6 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional.

Ficha anatomo-patologica n. 3355 de 4-12-1939: "no corion vaso-dilatação, principalmente do corpo pupilar. Granuloma de estrutura tuberculoide com reação linfocitaria. Bacilos negativos."

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,3.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea; sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaca: positivo.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 5.680.000 — Leucocitos: 4.260.

Laminas: 126 — 127.

14) — E.G. — Idade: 47 anos — Asilo Colonia St. Angelo.
Ficha epidemiologica n. 15.101. — Doente ha 2 anos.
Forma clinica atual: lepromatosa.
Ficha anatomo-patologica n.º 3368 de 4-12-1939: "Leproma". Bacilos: ++++."
Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,4.
Esfregaço de muco nasal: negativo. — Esfregaço de lesão cutanea. negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Hematias: 5.060.000 — Leucocitos: 8.820.
Laminas: 128 — 129 — 130 — 131.

15) — L.F. — Idade: 46 anos — Asilo Colonia St. Angelo.
Ficha epidemiologica n. 10.527. — Doente ha 10 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa.
Ficha anatomo-patologica n. 3114 de 2-10-1939: "Granuloma de estrutura tuberculoide com produção de gigantocitos. Bacilos negativos".
Reação ao leprolin: não fez.
Esfregaço de muco nasal: negativos — Esfregaços de lesão cutanea: negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitas intestinais: negativos.
Hematias: 5.620.000 — Leucocitos: 6.200.
Laminas: 133 — 134.

16) — M.C. — Idade: 29 anos. Asilo Colonia St. Angelo.
Ficha epidemiologica n. 14.533. — Doente ha 4 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional.
Ficha anatomo-patologica n. 2965 de 4-8-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide, com hiperemia, edema, certo grau de vacuolização dos elementos componentes e reação linfocitaria, grau medio. Bacilos: ++".
Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,6.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas ou focos supurativos. — Não está menstruada.
Reflexo oculo-cardiaco: positivo.
Parasitas intestinais: negativos.
Hematias: 4.330.000 — Leucocitos: 10.200.
Laminas: 135 — 136 — 137.

17) — V.C.B. — Idade: 36 anos, Posto da Sêde.
Ficha epidemiologica n. 16.152. — Doente ha 3 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional.
Ficha anatomo-patologica n. 3139, de 12-9-1939: "Granuloma de estrutura tuberculoide. Bacilos, negativos.
Reação ao leprolin: negativa. — Temperatura axilar: 36,6.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos. Não está menstruado.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: ankylostoma.

Hematias: 4.650.000 — Leucocitos: 8.680.

Laminas: 139 — 140 — 142.

18) — A.A.C. — Idade: 55 anos. Posta da Séde.

Ficha epidemiologica n. 16.223 — Doente ha 4 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 3335 de 4-12-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide, com pequena reação linfocitaria. Bacilos: negativos.

Reação ao leprolin: +. — Temperatura axilar: 36,6.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 4690.000 — Leucocitos: 5.200.

Laminas: 141 — 144 — 145.

19) — L.D. — Idade: 44 anos. Asilo-Colonia St. Angelo. Ficha epidemiologica n. 13.311 — Doente ha 3 anos.

Fôrma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa (desinfiltração parcial).

Fichas anatomo-patologicas Ns. 2.190 e 2.290, respectivamente, "cortes corados pelo Z. Nielsen revelaram numerosos bacilos alc.ac.resistentes. O achado fala em favor de lepra tuberculoide em reação (14-11-1938)" e "infiltração leprosa de alto grau do corion, com formação de numerosos nodulos e gigantocitos — Lepra tuberculoide (1-12-1938).

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,5.

Esfregaços de muco nasal: negativos.— Esfregaços de lesão cutanea: negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. — Não esta menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 3.880.000. — Leucocitos: 3.940.

Laminas: 146 — 147 — 148.

20) — A. M. S. — Idade: 23 anos. Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n.º 16.243 — Doente ha 10 mezes.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n.º 3.330 de 4-12-1939: "no corion, esclerose e hialinização de grau moderado do tecido conjuntivo. Pequenos infiltrações inflamatórias crônicas inespecificas peri-vasculares e glandulares. Em alguns pontos estruturas nodulares. Bacilos: negativos".

Reação ao leprolin: +. — Temperatura axilar: 36,5.

Esfregaços de muco-nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos. — Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: trichocephalus e ankylostomo.
Hematias: 5.350.000 — Leucocitos: 6.960.
Laminas: 161 — 162.

21) — M.S. — Idade: 49 anos. Posto da Sêde.
Ficha epidemiologica n. 15.657. — Doente ha um ano.
Formula clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.
Ficha anatomo-patologica n. 3298, de 4-12-1939: "No corion, esclerose e hialinização do tecido conjuntivo e pequenas infiltrações inflamatórias crônicas inespecíficas em situação pervascular e glandular. Bacilos: negativos".
Reação ao leprolin: não compareceu para leitura. — Temperatura axillar: 36,6.
Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos. — Esfregaços de muco nasal: sempre negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 4.850.000 — Leucocitos: 4.200.
Laminas: 163 — 164 — 166.

22) — J.F.M. — Idade: 58 anos — Posto da Sede.
Ficha epidemiologica n. 9.604. — Doente ha 2 anos.
Forma clinica atual: lepromatosa.
Ficha anatomo-patologica n. 34200 de 5-12-1939: "no corion, infiltração lepromatosa com edema colateral do infiltrado e reação linfocitaria. — Bacilos: +++".
Reação ao leprolin: não compareceu para leitura. — Temperatura axillar: 36,4.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.
Sofre de asma. — Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 4.180.000. — Leucocitos: 5.480.
Laminas: 149 — 150.

23) — A.J. — Idade: 46 anos — Posto da Sede.
Ficha epidemiologica n. 13.795. Doente ha 3 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.
Ficha anatomo-patologica n. 2173 de 14-11-1938: "intensa infiltração leprosa difusa do corpo papilar e do corion de estrutura tipicamente tuberculoide. Bacilos: negativos".
Reação ao leprolin: negativa. — Temperatura axillar: 36,4.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 5.110.000 — Leucocitos: 4.920.
Laminas: 153 — 154 — 155.

24) — J.S.V. — Idade: 50 anos — Posto da Sede.

Ficha epidemiologica n. 14.527 — Doente ha 11 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 2250, de 29-11-1938: "infiltração leprosa de estrutura tuberculoide no corion e corpo papilar, com intensa reação linfocitaria. Bacilos: negativos".

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,5.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, ou doenças agudas recentes. Sofreu ha poucos mezes de mal perfurante plantar. Operado, curou-se.

Reflexo oculo-cardiaco: positivo.

Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 4.780.000 — Leucocitos: 10.200.

Laminas: 156 — 157 — 158 — 159.

25) — A.S. — Idade: 60 anos. Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n. 15.099 — Doente ha um ano e meio.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional em franco declinio.

Ficha anatomo-patologica n. 2308 de 9-12-1938: "lepra tuberculoide com intensa reação fibrinoide recente do tecido conjuntivo. Bacilos negativos".

Reação ao leprolin: +++ — Temperatura axilar: 36,7 (ligeiro resfriado).

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 5.420.000 — Leucocitos: 6.560.

Laminas: 168 — 169.

26) — F.G. — Idade: 30 anos. Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n. 15.628. — Doente ha 10 mezes.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 3.333 de 4-12-1939: "no corion moderada esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Infiltração linfocitaria perivascular e glandular. Em alguns pontos estruturas nodulares com forte reação linfocitaria. Bacilos: negativos."

Reação ao leprolin: +. — Temperatura axilar: 36,5.

Esfregaços do muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.

Urticaria pelo frio. Ausencia de doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos Intestinais: negativos.

Hematias: 4.470.000 — Leucocitos: 4.960.

Laminas: 170 — 171 — 172.

27) — A.C. — Idade: 39 anos. Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n.º 15.557. — Doente ha um ano e meio(?)

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 3312 de 3-11-1939: "Ligeira hiperqueratose com atrofia de pequeno grau da epiderme. No corion pequenas infiltrações inflamatorias cronicas inespecificas, peri-vasculares e glandulares, certo grau de hiperemia e esderose e hialinização do tecido conjuntivo. Bacilos: negativos".

Reação ao leprolin: ++. — Temperatura axilar: 36,3.

Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregagos de lesão cutanea: sempre negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: positivo.

Parasitos intestinais: ascaris e trichocephalus.

Hemacias: 4.880.000 — Leucocitos: 6.640.

Laminas: 173 — 174.

28) — M.A.V. — Idade: 54 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 6.185. Doente ha 8 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa.

Ficha anatomo-patologica n. 3.451 de 7-12-1939: "no corion, hiperemia e moderada esderose do tecido conjuntivo. Estrutura nodular, mostrando vacuolização dos elementos celulares e moderado edema colateral. Foram encontrados numerosos bacilos alcool-acido-resistentes. O quadro, em geral, lembra o da lepra tuberculoide reacional".

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,3.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: negativos.

Hemacia: 4.370.000. — Leucocitos:

Laminas: 176 — 177.

29) — M.Z. — Idade: 17 anos. Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 11.899. Doente ha um ano.

Forma clinica atual: lepromatosa.

Ficha anatomo-patologica n. 3452 de 7-12-1939: "Infiltrações leprosas extensas situadas predominantemente no corion papilar e em torno dos foliculos e glandulas. Bacilos raros".

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 37,2.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. — Não está menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: positivo.

Parasitos intestinais: negativos.

Hemacias: 4.290.000 — Leucocitos: 8.920.

Laminas: 178— 179.

30) — P.L. — Idade: 36 anos — Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n. 8.062 Doente ha 8 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional.

Ficha anatomo-patologica n. 3.400, de 7-12-1939: "no corion, Infiltrações inflamatorias cronicas sem carater especifico, mostrando em alguns pontos, tendencia á formação de estruturas nodulares. Rarissimos bacilos".

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,5.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. Esfregaços de lesão cutânea: sempre negativos.

Ausência de molestias alérgicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Reflexo oculo-cardíaco: normal.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 4.140.000 — Leucócitos: 5.320.

Laminas: 180 — 181.

31) — N.T. — Idade: 59 anos — Sanatório Padre Bento.

Ficha epidemiológica n. 15.408. — Doente ha 23 anos.

Forma clínica atual: lepromatosa.

Ficha anatomo-patológica n. 2924 de 26-7-1939: "infiltrações lepromatosas do corion perivasculares, glandulares e foliculares. Nevrite e perinevrite. Bacilos: ++.

Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,4.

Esfregaços de muco nasal: negativos. — Esfregaços de lesão cutânea: alternativos de negativos e positivos.

Ausência de molestias alérgicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Reflexo oculo-cardíaco: normal.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 4.640.000 — Leucócitos: 6.680.

Laminas: 183 — 184.

32) — F.L. — Idade: 43 anos — Sanatório Padre Bento

Ficha epidemiológica n. 7.880. — Doente ha 7 anos.

Forma clínica atual: lepra tuberculóide reacional intensa.

Ficha anatomo-patológica n. 2857 de 7-7-1939: "granuloma de estrutura tuberculóide. Bacilos, raríssimos".

Reação ao leprolin: +. — Temperatura axilar: 36,3.

Esfregaços de muco nasal: negativos. Esfregaços de lesão cutânea: negativos.

Sofre de frequentes crises de urticária; não teve doenças agudas recentemente; não apresenta focos supurativos.

Reflexo oculo-cardíaco: normal.

Parasitas intestinais: negativos.

Hematias: 4.900.000 — Leucócitos: 4.440.

Laminas: 182 — 186 — 214 — 216.

33) — A.G. — Idade: 33 anos. Sanatório Padre Bento.

Ficha epidemiológica n. 1.303. — Doente ha 24 anos.

Forma clínica atual: lepromatosa.

Esfregaços de muco e lesão: positivos.

Ausência de molestias alérgicas, Supuração de lepromas.

Parasitas intestinais: strongyloides.

Hematias: 4.040.000 — Leucócitos: 6.680.

Laminas: 187 e 189.

35) — J.V.G. — Idade: 19 anos — Sanatório Padre Bento.

Ficha epidemiológica n. 7.936. — Doente ha 8 anos.

Forma clinica atual: lepromatosa.
Esfregaços de muco e lesão: positivos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Parasitas intestinais: negativos.
Hemacias: 4.590.000. — Leucocitos: 6.680,
Laminas: 195 — 196.

36) — B.E.L. — Idade: 29 anos — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 5.248. — Doente ha 8 anos.
Forma clinica atual: lepromatosa.
Esfregaços de muco e lesão cutanea: positivos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.
Parasitas intestinais: strongyloides.
Hemacias: 3350.000 — Leucocitos: 9.160.
Laminas: 197 — 198.

37) — M.R. — Idade: 38 anos. — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 15.999 — Doente ha 6 meses.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional.
Ficha anatomo-patologica n. 3412 de 4-12-1939: "no corion, infiltrações inflamatorias cronicas sem caráter especifico em situação perivascular e glandular, com formação de algumas estruturas nodulares. Bacilos negativos".
Reação ao leprolin: não fez. — Temperatura axilar: 36,2.
Esfregaços de muco nasal: negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: alguns positivos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. — Não esta menstruada.
Reflexo oculo-cardiaco: normal.
Parasitas intestinais: hymenolepis.
Hemacias: 4.740.000 — Leucocitos: 4.720.
Laminas: 199 — 200 — 201 — 202.

38) — G.R. — Idade: 13 anos — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 2789. — Doente ha 10 anos, mais ou menos.
Forma clinica atual: lepromatosa.
Reação ao leprolin: negativa. — Esfregaços de muco e lesão cutanea: positivos.
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. — Não esta menstruada.
Parasitas intestinais: hymenolepis nana.
Hemacias: 5.250.000 — Leucocitos: 7.600.
Laminas: 203 — 205.

39) — G.C. — Idade: 44 anos — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiologica n. 2798. — Doente ha 13 anos.
Forma clinica atual: lepromatosa.
Ficha anatomo-patologica n. 2355 de 19-12-1938: "intensa infiltração leprosa no corion e corpo papilar. As infiltrações apresentam, em parte,

estruturas nodulares, sem mostrarem, entretanto, o quadro tipico da lepra tuberculoide. Bacilos raros".

Reação ao leprolin: negativa.

Esfregaços de muco e lesão cutanea: positivos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Parasitos intestinais: strongyloides.

Hematias: 3.950.000 — Leucocitos: 5.480.

Laminas: 207 — 208.

40) — P.M. — Idade: 19 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 7.923. Doente ha 6 anos mais ou menos.

Forma clinica atual: lepromatosa.

Reação ao leprolinna primeira e negativa em tres outras posteriores.

Esfregaços de muco e lesão: positivos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas, recentes ou focos supurativos.

Parasitos intestinais: negativos.

Hematias: 5.040.000 — Leucocitos: 7.800.

Laminas: 210 — 211 — 212.

41) — S.A. — Idade: 18 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica — n.º 7.655. — Doente ha 8 anos.

Forma clinica atual: lepromatosa.

Reação ao leprolin: negativa.

Esfregaços de muco e lesão: positivos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Parasitos intestinais: ankylostoma, hymenolepis e strongyloides.

Hematias: 5.220.000. — Leucocitos: 5.200.

Laminas: 213 — 215.

42) — B.M.P. — Idade: 35 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 10.180. — Doente ha 5 anos.

Forma clinica atual: lepromatosa.

Esfregaços de muco e lesão. +++.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Parasitos Intestinais: negativos.

Hematias: 5.110.000. — Leucocitos: 4.520.

Laminas: 218 — 219 — 220.

43) — E.P. — Idade: 24 anos — Sanatorio Padre Bento.

Ficha epidemiologica n. 7.050. — Doente ha 13 anos.

Forma clinica atual: lepromatosa.

Sofre de eczema cronico das mãos.

Esfregaços de muco e lesão: ++.

Hematias: 4.730.000. — Leucocitos: 8.400.

Lamina: 222 — 223 — 224.

44) — H.F. — Idade: 41 anos — Sanatorio Padre Bento.
Ficha epidemiológica n. 4.864. — Doente ha nove anos.
Formula clinica atual: lepromatosa.
Esfregaços de muco e lesão: ++
Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 4.860.000. — Leucocitos: 5.200.
Laminas: 225 — 226.

45) — A.G.S. — Idade: 21 anos — Posto do Bom Retiro.
Ficha epidemiologica n. 11.487. Doente ha 8 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide reacional intensa.
Ficha anatomo-patologica n. 3189 de 25-9-1939: "granuloma de estrutura tuberculoide, com pequena vacuolização dos elementos histiocitarios e hiperamia de grau medio. Bacilos, negativos".
Reação ao leprolin: não fez — Temperatura axilar: 36,2.
Esfregaços de muco nasal: — Esfregaços de lesão cutanea: — Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou fôcos supurativos.
Reflexo oculo-cardiaco: positivo.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 5.380.000. — Leucocitos: 5.000.
Laminas: 227 — 228.

46) — A.P.N. — Idade: 41 anos — Posto da Sede.
Ficha epidemiologica n. 12096. — Doente ha 3 anos.
Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.
Ficha anatomo-patologica n. 3296 de 4-12-1939: "no corion, esclerose e hialinização de grau moderado do tecido conjuntivo. Infiltrações inflamatrias cronicas inespecificas constituídas principalmente por linfocitos, em situação perivascular e glandular. Em alguns pontos estruturas nodulares, motrando tambem forte reação Infocitaria. Bacilos: negativos."
Reação ao leprolin: + — Temperatura axilar: 36,5.
Esfregaços de muco nasal: sempre negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: sempre negativos.
Sofre de bronquite asmatica.
Reflexo oculo cardiaco: normal.
Parasitos intestinais: negativos.
Hematias: 5.050.000 — Leucocitos: 7.840.
Laminas 229 — 230.

47) — S.S. — Idade: 58 anos — Posto da Sede.
Ficha epidemiologica n. 16.568. — Doente ha 3 anos.
Forma clnica atual: Lepromatosa.
Ficha anatomo-patologica n. 3415 de 5-12-1939: "no corion, infiltrações lepromatosas com celulas vacuolizadas contendo bacilos e mostrando reação linfocitaria do mais alto grau."
Reação ao leprolin: não fez.
Temperatura axilar: 36,2.

Esfregaços de muco nasal: negativos. — Esfregaços de lesão cutanea: positivos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos. — Nao é mais menstruada.

Reflexo oculo-cardiaco: normal.

Parasitos intestinais: trichocephalus.

Hemantias: 3.790.000. — Leucotitos: 5.080.

Laminas: 256 — 259 — 260.

48) — Idade: 34 anos — Posto da Séde.

Ficha epidemiologica n. 15.407 — Doente ha 4 anos.

Forma clinica atual: lepra tuberculoide quiescente.

Ficha anatomo-patologica n. 2.566 de 27-2-1939: "Lepra tuberculoide com forte reaçao linfocitaria. Bacilos negativos".

Reação ao leprolin: +

Temperatura axilar: 36,4.

Esfregaços de muco nasal: negativos.

Ausencia de molestias alergicas, doenças agudas recentes ou focos supurativos.

Parasitos intestinais: negativos.

Hemantias: 5.560.000. — Leucocitos: 6.160.

Laminas: 249 — 254 — 255.

BIBLIOGRAFIA

- 1) JADASSOHN, W.: — 6.º Congr. Int. de Lepra. 1898 — Deut. Dermat. Gesellschaft. — Pag. 508.
- 2) WADE, H. W.: — Tuberculoid changes in Leprosy. Int. Journal of Leprosy — 1934 — Vol. 2. N.º 1. — Pag. 7.
- 3) COMEL, E.: — Des relations existantes entre les manifestations cliniques e histopathologiques de l'allergie dans certaines maladies infectieuses chroniques. — Rev. Med. de la Suisse Romande. — 1925. — An.º 45. — N.º 5. — Pag. 257.
- 4) MARIANI, G.: — Osservazioni sopra una forma speciale di allergia cutanea nella lebbra. Patologica, 1924 — Vol. 16 — N.º 380. — Pag. 471.
- 5) BARGEHR, P.: — De l'allergie lepreuse artificielle et de l'immunisation active contre la lépre. Bull. de l'Inst. Pasteur, Paris, 1927. — Vol. 25. — Pag. 375. — Resumo.
- 6) FERRARI, A. V.: — Reazione allergiche ed reazione farmacodinamiche nella lebbra. — Arch. Ital. de Dermat. Sifiligr. ed Venereologia. — 1929. — Vol. IV. — Pag., 305.
- 7) JEANSELME, E.: — Immunité et allergie. La lépre. Paris 1934. — Pag. 191.
- 8) NEGRO, E.: — Contribución al estudio de la alergia en la lepra. — Trabajos del Sanatório Nacional de Fontilles (Hespanha) 1934. Pag. 179.
- 9) SOUZA CAMPOS, N.: — Resultados do "Leprolin test" nos preventórios de filhos de leprosos. Rev. Bras. de Leprol. Vol. VI. — N.º 1. Pag.: 31. 1938.

- 10) RABELLO JR.: — Etiologie generale et pathogénie de la lépre tuberculoide. Rev. Bras. de Leprologia. 1938. Vol. 6. N. 3. Pag. 291.
- 11) FERNANDEZ, J. M. M.: — Estudio comparativo de la Reación de Mitsuda con las Reacciones Tuberculínicas. Rev. Arg. de Dermatosisifilogia. Buenos Aires, 1939. Tomo. 23.
- 12) BUNGELER, W. & FERNANDEZ, J. M. M. — Estudo clinico e histopatológico das reações alérgicas na lepra. Trabalho lido em Sessão da Sociedade Paulista de Leprologia.
- 13) HERXHEIMER, G.: — A lepra e seus paralelos com a tuberculose. Zentralblatt f. Haut u. Geschlechtskr. Berlin, 1934. Vol. 11. Pag. 230.
- 14) TISSEUIL, J.: — Stade tuberculoide intermédiaire dans l'évolution d'un cas de lépre. Bull. de la Soc. de Path. Exot. Paris, 1931. Pag. 453.
- 15) WADE, H. W.: — Tuberculoid changes in Leprosy. Lepra Reaction in Tuberculoid Leprosy. Int. Jour. of Leprosy. 1934. Vol. 2. N.º 3. Pag: 279.
- 16) SCHUJMAN, S.: — Reacción leprosa tuberculoide. Separata. Buenos Aires, 1935.
- 17) FERNANDEZ, J. M. M.: — La reacción leprosa Tuberculoide. Revista Médica de Rosario. 1938. N.º 2. Pag. 105.
- 18) FERNANDEZ, J. M. M.: — Loc. cit. em 17.
- 19) MENDES, E. & GRIECO, V.: — Interpretação da Reação Leprótica: Suas relações com a paralergia. Revista Brasileira de Leprologia, 1936. Numero Especial. Vol. 4. Pag. 1.
- 20) LIMA, CABRAL DE.: — Sur la formule hémoleucocytaire de la lépre. Arch. f. Schiffs und Tropen-Hygiene. Leipzig, 1907. Vol. 11. Pag. 468. Resumo.
- 21) LAMS.: — La valeur de la eosinophilie au point de vue diagnostic en dermatologie. — Revue de Medicine. Ano. 27. Pag. 445. Paris, 1907.
- 22) Citados por M. ALEZAIS.: — Eosinophilie myéloide dans la lépre. — Compt Rend. de la Soc. de Biologie. Paris, 1906. Tomo. 60. Pag. 595.
- 23) ALEZAIS, M.: — idem, idem.
- 24) LEGER, Andre et Marcel.: — Contribution a l'hématologie de la lepre. Paris, 1908. Bull. de la Soc. de Path. Exot, T. I. Pag. 489.
- 25) BOURRET.: — Sur la valeur séméiologique de la formule leucocytaire dans la lépre. Bull, de la Sos. de Path. Exotique. Tomo 2. 1909. Pag. 22.
- 26) MOSES, A.: — Hematologia da lepra. Revista Médica de São Paulo. Tomo, 13. N.º 9. Pag. 352. 1910.
- 27) PRINGAULT, E.: — Contribution a l'étude hematologigue de la lépre. Paris, 1912. Compt Rend de la Soc. de Biologie. Tomo. 73. Pag. 586.
- 28) BUEN, S.: — La morfologia de la sangre en la lepra. Bull, de l'Inst. Pasteur de Paris. Paris, 1917. Tomo. 15. Pag. 354. Resumo.
- 29) LEGER, M.: — Documents hématologiques relatifs a deux cas de lepra tubéreuse. Compt Rend. de la Soc. de Biologie. Paris, 1921. Tomo 84. Pag. 216.
- 30) MITSUDA, K.: — Leucocytose dans les lépres maculo-nerveuses. IIIª Conference Internationale de la lépre. 1924. Pag. 228.
- 31) LURIDANA, P.: — Studio ematologico nella lepra. 1926. II Dermatosisifilografó. 1926. Ano. 1. N.º 7. Pag. 318.

- 32) MASSIAS, Charles.: — Formule h mo-leucocytaire de la l pre:  osinophilie dans la l pre a lesions tegumentaires predominantes. Compt. Rend. de la Soc. de Biologie. Paris, 1930. Tomo, 104. Pag. 547.
- 33) GASPERINI, C. G.: — Sulla eosinofilia e sul pH del plasma del sangue di soggetti lebbrosi con lesioni nodulari. Zentralblatt f. Haut. u. Geschlechtskr. 1931. Vol. 36. Pag. 804. Resumo.
- 34) SAKURAI, S.: — Sobre o quadro leucocitario nos leprosos da Corea. Dermatologische Wochenschrift, 1931. N.   20. Pag. 752.
- 35) BADGER, L. E.: — A study of the white blood cells and their relation to clinical progress. Public Health Reports, Washington, 1931. Vol. 46. Pag. 2782.
- 36) PINETTI, P.: — Lo studio del sangue nella lepra. (Gruppi sanguigni — formula emoleucocitaria). Zentralblatt. f. Haut. u. Geschlechtskr. 1932. Vol. 41. Pag. 377.
- 37) ARISUMI, S.: — On the blood picture of lepers. Int. Jour. of Leprosy. 1935. Vol. 3. N.   3. Pag. 385. Resumo.
- 38) AFANADOR, A.: — Evolution de la formule leucocytaire chez le rat l preux. Bull. de la Soc. de Path. Exot Paris, 1935. Vol. 28. Pag. 67.
- 39) RABELLO JR.: — Sarcoide de Boeck Leprogenico — Rev. Bras. de Leprologia. 1936. Vol. 4. N.   2. Pag. 123.
- 40) WANSER, A.: — A eosinophilia na lepra. Arch. f. Schiffs. u. Trop. Hyg. 1936. Vol. 40. Pag. 505. Resumo.
- 41) FERNANDEZ, J. M. M.: — El cuadro clinico de la reacci n leprosa. La Semana Medica, Buenos Aires, 1937. N.   2. Pag. 1392.
- 42) SCHILLING, V.: — El cuadro hematico y au valor en la clinica. Tradu o da 8.   Edic o alem  por Ignacio Bofil, 1931. Pag. 148.
- 43) NAEGELL O.: — Tratado de hematologia clinica. Trad. de J. R Carballo. Editorial Labor. 1934. Pags. 177, 179.
- 44) Loc. cit.: — Pag. 183.
- 45) PESS A, S. B. & MEIRA, J. A.: — Eosinofilia sanguinea. Edi o Laboratorios de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S o Paulo. 1935.
- 46) BOYOTT.: — Cit. por PESS A e MEIRA. A eosinofilia sanguinea.
- 47) MORVAN, VOIZARD & BAIZE.: — Cit. por PESS A e MEIRA. A eosinofilia sanguinea.
- 48) DIAS, E.: — Cit. por PESS A e MEIRA. A eosinofilia sanguinea.
- 49) BUCKLES.: — Cit. por PESS A e MEIRA. A eosinofilia sanguinea.
- 50) PESSOA & CORREA: — Cit. por PESSOA e MEIRA. A eosinofilia sanguinea.
- 51) SCHLECHT & SCHWENKER.: — Cit. por SCHILLING, loc. cit. pag. 151-152.
- 52) SCHLECHT, H.: — Doen as do sangue. Tradu o do Dr. Raul MARGARIDO. Cia. Melhoramentos de S o Paulo.
- 53) SCHLECHT, H.: — Loc. cit. pag. 181.
- 54) EPPINGER & HESS.: — Cit. por PESS A e MEIRA. Loc. cit. Pag. 26.
- 55) NAEGELLI, O.: — Loc. cit. Pag. 178.
- 56) NAEGELLI, O.: — Loc. cit. Pag. 176.
- 57) SCHLECHT, H.: — Loc. cit. Pag. 62.

D. J. M. Cabello Campos



Gabinete de Radiologia
(RAIOS-X DIAGNOSTICO)

Rua Marconi, 94-2.º Andar - Telephone, 4-0655

"EDIFICIO PASTEUR"

(Travessa da Rua Barão de Itapetininga)

THERAPEUTICA DA LEPRO

GYMNOSAN —

Solução de chaulmoograto de ethyla em oleo iodado.
Ampolas de 1 cc. - Injecções intramusculares 2 a 3
vezes por semana.

HANSEINA —

Oleo de chaulmoogra injectavel, associado a cam-
phoras, essencias vegetaes e acido phenico.
Ampolas de 5 c.c. - 2 injecções intramusculares por
semana.

SUPPOSITARIOS DE HANSEINA —

Para administração do oleo de chaulmoogra por via
rectal.
1-2 suppositorios por dia.

Laboratorio Paulista de Biologia.
Rua São Luiz, 161 — S. PAULO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

MUGÓLIO

O **MUGÓLIO** é um producto balsâmico obtido pela destillação das folhas, agulhas e ramículos do Pinus Pumillo, que cresce conífero que vegeta nas rochas das altas montanhas dos Alpes Dolomíticos, em altitude superior a 2.000 metros.

As propriedades therapeuticas do **MUGÓLIO** baseam-se em suas acções balsâmica, antiputrida e antiscarbal.

O **MUGÓLIO** encontra, pois, indicação em todas as affecções das vias respiratorias, agudas e chronicas. Com o seu uso, desaparecem a febre e os suores nocturnos; restabelece-se o sono e o appetite; observa-se notavel melhora na taxa hemoglobínica e no quadro hematico de onde, como consequencia, o augmento de peso e a acceleração da cura.

Mugólio injectavel

sob 3 fórmulas:

- * **MUGÓLIO SIMPLES** - I, II e III grãos
- * **MUGÓLIO COM CHOLESTERINA E CINNAMATO BENZYLIICO** - I e II grãos
- * **MUGÓLIO LECITHINADO** - I e II grãos

- * **OTO-RINO MUGÓLIO** - Solução a 5 e 10 0/0 em oleo de vasellina
- * **RINO-MUGÓLIO** - Pomada para o nariz, com 3 0/0 de ephedrina
- * **POÇÃO DE MUGÓLIO** - Solução a 3 0/0 em vehiculo xaroposo.