

# ESCROFULATO DE LEPRA - ESTUDO CLINICO

**ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA**

Medico do A. C. Pirapitingui.

Ninguem mais pode negar que a tuberculose pulmonar que se dissemina onde os meios coletivos são enfraquecidos por endemias ou deficiente alimentação, tambem faz numerosas vitimas nos meios leprocomiais, podendo-se sem receio de errar, asseverar que é a peste branca a maior responsavel por essa letalidade. Dois fatores, a nosso ver, concorrem para essa alta incidencia morbigenica: em primeiro lugar a facilidade de contagio intra-hospitalar perfeitamente compreensível, por se tratar de um meio coletivo e em segundo lugar, devido ao potencial baixo da resistencia, oposto por um organismo combalido pela leprose que não raras vezes ainda caminha *pari passu* ao lado de outras molestias satelites tropicais. Os estudos anatomo-patologicos veem confirmar o empirismo clinico, não sem antes terem passado por uma fase antitetica de interpretação, cuja duração fôra efemera. Assim é que em 1874, Danielssen e Boeck em um trabalho memoravel descreveram como lepromas típicas lesões tuberculosas de órgãos abdominais e principalmente das membranas serosas.

No decorrer de varios anos alguns investigadores, influenciados pela grande autoridade no assunto que era Danielssen, cometeram o mesmo erro de interpretação. Hoje em dia a tuberculose pulmonar é achado banal de autopsia. Kobayaschi em 60 autopsias encontrou a tuberculose pulmonar em mais de metade dos casos. Em favor dos achados de Kobayaschi vem Tajiri com os mesmos dados percentuais. Kensuke Mitsuda em 150 autopsias revela a tuberculose pulmonar em mais de 50% dos casos. Em nosso hospital em cerca de 18 autopsias por nós realizadas foram encontradas lesões tuberculosas nos pulmões em 11 casos portanto mais de 50% dos obitos. Passando dos fatos anatômicos aos da-

dos clínicos vamos encontrar entre os hansenianos índice alto de impregnação tuberculosa dos pulmões a qual os nossos colegas estão habituados a revelar. Os venezuelanos Baldó e Ruiz realizaram um estudo minucioso sobre a tuberculose em meio leproso (Revista de la Policlínica Caracas, 1939 n.º 44 pag. 2953) . Assim é que estes autores praticando a radiografia pulmonar de 586 leprosos de toda a idade, sexo e enfermidade obtiveram os seguintes resultados:

	<b>Total</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Indivíduos normais</b> .....	280	47,8%
<b>Normais infectados</b> .....	53	9 %
<b>Indivíduos com imagens pulmonares patológicas</b> .....	124	21,2%
<b>Indivíduos com imagens trabeculares e reticuladas</b> .....	129	22 %

O total de 124 com imagens pulmonares patológicas representa quasi a quarta parte dos examinados em apreço e dizem já bem do alto grau de incidencia tuberculosa nos meios leprosos.

Comtudo não se tem bem esmiuçado e focalizado o assunto das adenites tuberculosas as quais têm sido encontradas com uma certa frequencia entre os hansenianos, a exigir desde logo medidas profilaticas acauteladoras da saude dos internados. O ataque tuberculoso ao ganglio, como veremos em nossas observações se evidencia por uma tumefação ganglionar, cervical, axilar, inguinal ou poplitéa, torpida, silenciosa com tendencia sempre á supuração, á cicatrização viciosa expontanea, á formação de gomas, á teno-sinovites, etc., etc. realizando o quadro clinico do escrofuloderma. Nem as formas alergicas de lepra (lepra tuberculoide) escapam ao virus tuberculoso que tanto podem atacar os ganglios como os pulmões.

Constam de nossas observações 4 casos desta natureza sendo dois com tuberculose ganglionar e dois outros com tuberculose pulmonar; estes dois ultimos foram autopsiados e cuidadosamente examinados . A biopsia cutanea de todos eles havia revelado estrutura tipicamente tuberculoide.

Não obstante, referencias na literatura têm sido assinaladas sobre o caráter bacilar destas adenites. Já Jeanselme dizia que se deve suspeitar a ação de uma tuberculose associada toda vez que em um leproso os ganglios se tumefazem e supuram.

McCoy registra o resultado do exame de 10 casos de ganglios tuberculosos observados entre 650 leprosos na Colonia de Molokai. Os ganglios axilares foram atingidos em 7, os inguinais e crurais em 3, os cervicais e epitrocleanos mais raramente. Em 9 dos pacientes não houve prova da tuberculose em outros pontos do organismo. Todos eram adultos. Presentemente Parks e Krumwiede em seu estudo sobre a tuberculose ganglionar encontraram que so-

mente 25 de um total de 119 de infectados tinham 16 anos de idade ou mais. Além disso 8 apenas dos 119, tinham os ganglios axilares e inguinais lesados. Culturas de bacilos da tuberculose foram obtidas em 2 casos assim como inoculações positivas. Em um caso de ganglios cervicais observado por Rogers e Muir, havia um abscesso do qual, por aspiração, foram encontrados bacilos acido resistentes em grande numero, grupado sem feixes característicos do bacilo de Hansen. Este pus foi injetado intravenosa e subcutaneamente em 4 macacos. Todos eles morreram depois de poucos meses e encontraram-se á autopsia sinais de tuberculose miliar. Dos órgãos de dois macacos foram obtidos culturas em meio de ovos, as quais foram julgadas como sendo o bacilo da tuberculose humana.

Na literatura nacional vamos encontrar dois trabalhos sobre tuberculose ganglionar em leprosos (2 observações); um, dos Drs. Luiz Marino Becchelli e Dirceu de Araujo intitulado: "Associação lepra — tuberculose num caso de tumor ganglionar gigante da região crural direita" publicado no volume V, numero especial, 1937 da Revista Brasileira de Leprologia; a outra observação, muito interessante dos Drs. Nelson de Sousa Campos e A. Rothberg em que estes autores constataram um abscesso epitrocleano tuberculoso cuja inoculação em cobaia resultára positiva. (Vol. VI, numero especial, 1938, Revista Brasileira de Leprologia).

---

Os primeiros estudos sobre as tuberculosas externas iniciaram com as discussões sobre a bacilose dos ganglios linfaticos, constituindo as adenites cronicas cervicais parte dominante do dominio da escrofula; estas adenites recebiam as denominações de ganglios strumosos ou de "escrofula ganglionar". A anatomia patologica, as inoculações e a bacteriologia estabeleceram que estas lesões deveriam entrar no quadro da tuberculose.

Graças aos trabalhos de Bayle, Laennec e Lebert não se punha mais em duvida a existencia de uma forma de adenite tuberculosa evoluindo em individuos atingidos de tuberculose pulmonar. Comtudo, as adenites espontaneas continuavam a provocar discussões entre os autores da epoca. A principio a demonstração anatomopatologica foi realizada sobretudo pelas pesquisas de Schuppel e de Thaon em 1871; estes dois autores demonstraram a identidade das alterações histologicas nos ganglios dos tuberculosos viscerais e nos ganglios ditos escrofulosos. Koch em 1882 que acabava de descobrir o bacilo da tuberculose encontra este germen 2 vezes sobre 3 nas celulas gigantes dos ganglios escrofulosos. Cornil e Babés confirmaram estes achados examinando ganglios linfaticos hipertrofiados e observados em creanças. Finalmente em 1868, Vil-

lemin proclama que as escrofulas não eram senão tuberculosas locais pois havia conseguido tuberculosas generalizadas pela inoculação experimental dos produtos destas lesões. Todavia é importante salientar que habitualmente a tuberculose das cobaias assim inoculadas evolue com uma particular lentidão o que levou Arloing a afirmar que os bacilos destas adenites possuem uma virulência atenuada. De fato no ganglio tuberculoso os bacilos são raros e é difícil de obter com seus produtos belas culturas de tuberculose como sucede com os produtos viscerais.

*Sintomas — Diagnostico* — A tuberculose ganglionar apresenta os seguintes tipos: adenite monoganglionar, forma rara, limitada a um ganglio solitario; adenite poliganglionar atingindo varios ganglios de um mesmo grupo ou grupos vizinhos o que é mais frequente. Nestes os ganglios podem guardar sua independencia formando as adenites em cachos ou cadeias ou ainda se tornarem aderentes, indistintos reunidos por uma ganga de periadenite; é a massa ganglionar das poliadenites supuradas massiças que estamos habituados a encontrar entre os doentes de lepra. Os ganglios na fase de crueza são duros, de uma resistencia elastica, rolam sob o dedo, não aderem á pele. Podem permanecer neste estado durante meses, evoluir para a esclerose, e se curar ou ao contrario se Gaseificar. Dão-se então um aumento de volume e uma mudança de consistencia, manifestando-se destarte um ponto depressivel na superficie. Este ponto nem sempre aparece o que não infirma a existencia de fôcos de caseose ou de verdadeiras cavernas no seio dos ganglios. Formado o abcesso frio ganglionar este caminha para a superficie cuja estrutura fibrosa é atravessada derramando-se nos tecidos circumvizinhos e dando lugar a formação do adeno-flegmão tuberculoso caracterizado por coleções purulentas intra e extra ganglionares. Este adeno-flegmão se extendendo no sentido da menor resistencia acaba por se abrir na pele. Estas supurações ás veses tomam um carater rapido auxiliadas que são na maioria das veses pela infecção estafilo-estreptococica. A' abertura do abcesso sucedem-se fistulas, de supuração tenaz, de contornos irregulares, de bordos delgados e avermelhados ou violaceos. Como os focos caseosos podem ser multiplos daí um numero mais ou menos consideravel de ulcerações sem grande profundidade entre as quais a pele é violacea si são muito proximas.

Facilmente se compreende a formação a partir deste ponto de toda a sintomatologia do classico escrofuloderma: fistulas interminaveis, pontes fibrosas, ás veses gomas, manifestações outras á distancia, impetiginação dos pequenos orificios, cicatrizes viciosas etc., etc. Todos estes sintomas vel-os-emos descritos em nossas observações.

Não podemos deixar de tecer umas considerações em torno da questão das vias de penetração do bacilo de Koch para a formação destas adenites. A infecção pode se processar por 3 maneiras diferentes: 1.<sup>a</sup>: infecção secundaria dos ganglios devida a uma lesão tuberculosa visceral, ossea ou cutanea; é assim que se observa na mastite tuberculosa o ataque ao ganglio axilar, na tuberculose pulmonar o ataque aos ganglios tracho-brônquicos e destes para os supra-claviculares, no tumor branco do joelho a adenite inguinocrural; na ulceração tuberculosa da boca, amigdalas ou faringe o ataque aos ganglios cervicais. 2.<sup>a</sup>: tuberculização de ganglios previamente inflamados; uma carie dentaria, um eczema, um coriza podem crear condições favoraveis nos ganglios á manifestação tuberculosa.

Emfim o terceiro grupo constituindo pela infecção primitiva do ganglio pela bacilose. Ora, este ataque primitivo ao ganglio pode ser interpretado de duas maneiras :ou indiretamente pelas vias respiratorias, conjuntivas, digestivas ou genitais, abrindo passagem atraves das mucosas sem solução de continuidade; ou então á favor de lesões epiteliais em territorios tributarios destes mesmos ganglios, abrindo porta de entrada aos bacilos. (Experiencia de Cornet com cães). As amigdalas hipertrofiadas, os tumores adenoides do faringe e a carie dentaria desempenham um papel importante de porta de entrada para o bacilo. Este, depositado na mucosa ou determina uma lesão ou fica á espera dela. Strauss assinalou mesmo a presença de bacilos sobre a mucosa nasal sã e desde então facilmente admissivel a inoculação direta e o ataque regional linfatico. Em nossas observações vamos verificar que as adenites tuberculosas formam tambem dois grupos:

Adenites tuberculosas	Primitivas	com lesões lepromatosas
	Secundarias	sem lesões lepromatosas a lesões viscerais tuberculosas

Nos casos tuberculoides, torna-se impossivel dizer anatomopatologicamente si ha lesões associadas tuberculoides e tuberculosas pois que elas se superpoem destacando-se-as tão somente pela inoculação, Os ensaios de inoculação de lepra tuberculoides têm sempre fracassado e os raros que foram positivados carecem de confirmação. Nós mesmos temos tentado inutilmente a inoculação

em cobaias de lesões leprosas tuberculoides. Não obstante terem encontrado (Rabello Junior) estrutura sarcoide nos ganglios dos casos tuberculoides não nos foi possível identificar esta lesão do ataque ganglionar tuberculoso nos dois doentes que nos vieram às mãos. Convem frisar aliás que Rabello Junior conseguiu uma inoculação positiva de um sarcoide de Boeck.

As lesões anatomicas constatadas nos ganglios pertencem a 5 grupos principais: 1.º ganglios simplesmente hipertrofiados com induração. 2.º ganglios hipertrofiados com amolecimento. 4.º ganglios caseosos que podem chegar ao amolecimento humido e á formação de um verdadeiro abscesso frio ganglionar 5º ganglios fibrosados, isto é, cujo envoltorio e trama experimentaram a transformação fibrosa.

Em uma massa ganglionar grande em a qual cirurgicamente não se pode retirar o ganglio maior e sim o menor este já pode histologicamente apresentar o folículo de Koster e inoculação em cobaia positiva. (Vide observações L.C. e M.M.). Ordinariamente sobre o córte de ganglios hipertrofiados descobrem-se em pleno tecido ou granulações pequenas de coloração cinza ou então granulações amarelas mais volumosas cuja séde inicial é no tecido reticular dos folículos. Estas granulações confluem em nodulos que se tornam caseosos e se amolecem; formam focos multiplos ou um aglomerado que posteriormente se transforma em caverna. A massa caseosa humida e purulenta encerrada dentro da membrana fibrosa periferica torna-se um verdadeiro abscesso frio e como tal acaba por romper o envoltorio periferico e se derramar no tecido celular circumvisinho constituindo-se finalmente o abscesso infra e extra-ganglionar. A hiperplasia ativa do tecido conjuntivo tende a edificar uma barreira em torno da lesão tuberculosa. E a esclerose se processa como meio habitual de cura da tuberculose. São encontradiços depositos calcareos em torno da lesão tuberculosa. O tecido ganglionar é seguramente aquele que se defende melhor contra a bacilose.

Os recursos de laboratorio aí compreendendo biopsias e inoculações em animais receptiveis são outros tantos meios de que dispomos para identificar com real valor si uma hipertrofia ganglionar é ou não de natureza tuberculosa. Assim é que nem sempre, objetivamente podemos firmar o diagnostico de tuberculose ganglionar sem esses valiosos recursos que são a biopsia e a inoculação, soberanos na despistagem da bacilose. Varias outras molestias dos ganglios podem simular perfeição a bacilose ganglionar a ponto de confusão facil. A linfogranulomatose maligna ou moléstia de Hodgkin ataca tambem os ganglios e na maioria das vezes os cervicais daí se generalizando aos inguinais, axilares ou retroperito-

neais. Porém a biopsia decide o diagnostico com achado das celulas grandes de Sternberg-Paltauf, 5 a 10 vezes maiores que um polinuclear, de protoplasma abundante, bastante homogêneo; contêm um ou varios nucleos redondos ou lobulados; assemelham-se ou a megacariocitos ou então a celulas endoteliais macrofagas.

Em uma região como a nossa, temos de pensar tambem em uma blastomicose ganglionar cuja porta de entrada é quasi sempre bucal e amigdaliana. Nesta parasitose produzida pelo "lutziomyces histosporocellularis" as adenites assumem aspectos muito semelhantes aos da tuberculose ganglionar. O exame direto do pus e a biopsia para a pesquisa de parasitas resolvem sempre a questão diagnostica.

A linfopatia venerea ou molestia de Durand, Nicolas-Favre tem de entrar nas cogitações diagnosticas eis que não ataca somente os ganglios inguino-cruais porem tambem os cervicais o que já tem sido assinalado por alguns dermatologistas. (Ramos e Silva no Rio). A reação de Frei afastará qualquer duvida.

No adulto ainda as adenites cronicas podem ser confundidas com adenopatia sifilitica. Procurar o protosifiloma, realizar um exame e uma palpação cuidadosos que a confusão não é possivel.

Como se sabe já dos brilhantes estudos de Ricord e posteriormente de Milian, existem as formas hibridas de sifilis ganglionares nos tuberculosos que por seu empastamento periadenitico, por seu amolecimento, por suas ulcerações estabelecem incertezas. E' o chamado "scrofulate de verole" de Ricord. Nestas lesões ao par do tratamento especifico torna-se necessario tonificar o organismo isto é tratar ao mesmo tempo das duas molestias. Milian não obteve somente inoculações positivas com os materiais ganglionares mas tambem com as por ele denominadas "sifilides sifilitico-bacilares", das quaes até destaca uma forma pustulosa. A lues como que desperta o virus que dormita em um organismo em equilibrio instavel á mercê de invasões morbigenicas. O mesmo quadro se observa na leprôse não obstante algumas variantes no que diz respeito a primitividade da infecção. Trata-se então da associação lepra — tuberculose ganglionar ou adotando-se por analogia a expressão de Ricord: "escrofulato de lepra".

#### OBSERVAÇÕES

Observação n.º 1 — L.B., 23 anos, brasileiro, pardo, natural de Botucatu', internado em 31/12/1937. Pae falecido de hidropisia. Mãe sadia. Tem 9 irmãos todos sadios. Diz ter convivido com doentes de lepra. Nega antecedentes de tuberculose na familia.

Historia — Doente ha cerca de 8 anos; o primeiro sinal foi o aparecimento de anestesia nos cotovelos, pernas e dorso das mãos. Pouco tempo depois notou queda das sobrancelhas e tuberculos surgiram nas

orelha e mento. Tinha epistaxes frequentes e obstrução nasal. Surto eruptivos febris dolorosos mais ou menos frequentes.

**Exame objetivo.** — Alopecia superciliar com infiltração das arcadas. Nariz levemente achatado. Orelhas infiltradas, com alguns tuberculos. Hipertrofia mamilar. Maculas eritemato pigmentadas no tronco e nadegas. Infiltrações difusas nas coxas. Nas pernas tuberculos, nodulos e infiltrações pigmentadas. Mal perfurante plantar direito. Anestesia ter-mica nos ante-braços e terço inferior das pernas. Não ha nevrites tronculares. Forma clinica: lepromatosa. Exames bacterioscopicos positivos.

**Escrofulato de lepra** — O que chama logo a atenção é o grande numero de ganglios engorgitados cervicais, alguns dos quais já entraram em supuração fóra do Hospital. Após a internação, estes ganglios assumiram aspecto nitidamente escrofuloso, com fistulisação permanente, fechamento temporario, e cicatrização viciosa, proprios da supuração cronica tuberculosa. Alguns ganglios atingiram o volume de uma laranja para se abrirem e deixarem escoar torpidamente um pus amarelo sanioso, irritando a epiderme circumvisinha e produzindo o classico quadro do escrofuloderma. Ultimamente os ganglios axilares esquerdos tambem foram atingidos porem não chegaram a se abrir. O mesmo modo os inguinais e inguino-cruais que não obstante o tratamento atingiram o amolecimento e supuração consecutiva. O seu estado geral começou neste momento a se ressentir ao passo que as lesões leprosas obtiveram uma melhora accentuada. Na região poplitea esquerda surgiu um tumor do tamanho de uma tangerina o qual cresceu, flutuou, fistulizou e se reparou. No pé do mesmo lado novo tumor de natureza fungosa (tuberculose fungosa e teno-sinovite bacilar). Deste tumor foi feita biopsia. Lamina n.º 1893 — Resultado: Extensa tuberculose com Gaseificação central. Inoculação em cobaia do dus ganglionar em 28/8/1937. Autopsia em 8/10/1937. Tuberculose ganglionar e esplenica. Obito em 10/5/1939.

Autopsia em 1Q/5/1939 — Foram revelados somente: adherencias pleu-raes no pulmão direito e calculose renal direita.

\* \* \*

Observação n.º 2 — A.E.R., 24 anos, preto, brasileiro, natural de Minas, internado em 16/12/1938. Paes vivos, sadios. 4 irmãos todos gosando saude. Não ha antecedentes de tuberculose na familia. Sarampo em creança. Cancros venereos e gonorréa.

Historia — Conta que está doente ha cerca de ano e meio. Estava cumprindo pena na Penitenciaria quando lhe apareceu uma mancha es-branquiçada na região mamaria esquerda. Examinado por um especialista foi considerado doente e removido para o A.C.P. onde se internou. Ai com o tratamento instituido sofreu uma reativação intensa caracterizada por manchas acromicas elevadas articulariformes que invadiram a face, frente e membros assim como o tronco . Conta ainda que pouco tempo antes (2 meses antes) de lhe ter aparecido a primeira mancha leprosa notou que um pequeno tumor se manifestava no pescoço, do lado direito. Este foi aumentando de volume chegando a supurar, fato que se deu no leprocomio. (Adenite tuberculosa).

**Exame objetivo** — Maculas acromicas de limites bem nitidos, bordos regulares, superficie infiltrada, localisadas na frente, regiões malares, faces e mento. Outras manchas mais extensas e escamosas nos braços e antebraços. Placas acromicas, infiltradas nas nadegas, de nuance discretamente eritematosa, limites bem nitidos, anesteticas ao calor e ao tato. Leve amiotrofia hipotenar e interessea direita. Maculas acromicas em



regressão nas coxas e pernas. Não apresenta espessamento dos troncos nervosos.

**Escrofulato de lepra** — Tumor aderente profundamente, formado pela aglomeração de varios ganglios, das dimensões de uma tangerina localizado na região retromaxilar abaixo da loja parotidea direita, Ao nivel dele cicatriz linear quasi queuloide de operação biopsica em 10/10/939. Após, esta biopsia na qual foi retirado pelo cirurgião do Hospital um ganglio com nitida tuberculose caseosa, o doente decaiu muito, perdendo peso progressivamente ao mesmo tempo que se instalava uma febre vespertina seguida de tosse rebelde. Um fragmento de ganglio foi triturado e Inoculado em cobaia em 10/10/1939. Autopsia da cobaia em 18/1/1940. Resultado: tuberculose generalizada. Exame histo-patologico. Lamina n.º 3350. Resultado: Tuberculose caseosa do ganglio. (Dr. P. S.), Exame radiologico — Lado direito: infiltração do apice e de todo o resto do campo pulmonar. No lobo medio e inferior vemos pequenas cavernas. Lado esquerdo: profusa infiltração tuberculosa do apice á base, numerosas cavernas de tamanho regular, disseminadas por todo o campo e uma enorme dois dedos abaixo do apice. (Chapa n.º 596) .

Provas imuno-biologicas: Reação de Mitsuda: |—|

Reação de Mantoux: +

**Observação** — Trata-se de um caso de lepra tuberculoide confirmado por exame histo-patologico.

\* \* \*

**Observação n.º 3** — M.T.C., 23 anos, branco, casado, brasileiro, natural de Capão Bonito, internado em 20/7/1937. Pai falecido, ignora causa. Mãe viva, sadia. Desconhece antecedentes de tuberculose na familia. Nos antecedentes pessoas acusa febre tifoide, disenteria amebiana e coqueluche. Gripes. Tabagista moderado. Não é estilista.

**Historia** — Relata que esta doente ha cerca de 10 anos; o primeiro sinal foi o aparecimento de manchas nas pernas as quais eram amortecidas. Mais tarde outras manchas surgiram-lhe no rosto e membros. Começou logo a sofrer reação leprotica composta de nodulos mui dolorosos nos membros, dores articulares, febre alta e astenia. Após tres anos de lepra apareceu-lhe o primeiro tumor ganglionar cervical o qual depois de atingir o tamanho de uma noz, supurou e continua aberto até hoje. Outros tumores surgiram nas axilas e virilhas do mesmo lado, tendo a mesma duração e formando cicatrizes viciosas (Adenite tuberculosa escrofuloderma).

**Exame objetivo** — Nodulos nas arcadas superciliares, nariz e mento. Orelhas infiltradas, alopecia do terço externo das sobrancelhas. Tuberculos no labio superior. Tuberculos e nodulos nos antebraços e punhos, alguns em franca fusão. Nodulos ulcero-crostosos nas nadeegas, coxas e pernas. Amiotrofia hipotenar. Cubitais espessados. Anestesia termica nos cotovelos, bordos cubitais, joelhos e pés. Forma clinica: lepromatosa. Exames bacterioscopicos positivos tanto de pele como de muco nasal.

**Focos tuberculosos** — Tres ilhotas escrofulodermicas na região cervical esquerda e' infra clavicular; a superior é eliptica, elevada e de superficie crostosa; as inferiores são bem vermelhas e apresentam incrustação somente na periferia. Entre a ilhota superior e as inferiores, extensa cicatriz fibrosa, marmorada de teleangectasias venosas de dimensões 12x6 centimetros, viciosa, impedindo os movimentos laterais da cabeça. Duas outras cicatrizes na axila esquerda de dimensões 2x4 cms. Adenite crural esquerda. Tres outras cicatrizes: superior, media e inferior nas regiões inguino abdominal, inguino crural e crural todas do lado esquerdo. Ino-

colação em cobaia do escrofuloderma cervical em 27/10/937. Sacrificio da cobaia em 21/1/938 — Tuberculose generalizada.

**Exame radiológico** — Lado direito: empastamento hilar; 3 bronquios perihilares hipertrofiados — Notavel acentuação das imagens bronquicas, principalmente no lado inferior. Lado esquerdo: empastamento hilar, varios ganglios peri-hilares. (Chapa n.º 576).

Reação de Mitsuda — |—| — Reação de Mantoux — +

**Observação n.º 4** — S.S., 17 anos, parda, solteira, procedente de Mairink. Internada em 4/5/1938. Pai vivo, sadio. Mãe falecida, ignora musa. Não tem irmãos. Nascida a termo de parto normal. Coqueluche. Varicela. Amigdalites. Gripe. Menarca aos 14 anos. Menstruações irregulares.

Historia clinica — Esta doente ha seguramente 10 anos. O primeiro sinal foi o aparecimento de uns tuberculos no Joelho direito. Pouco tempo depois a doença atacou o rosto e orelhas deformando-os. As sobranceiras com o correr do tempo miram completamente. Sofria muito de reação leprotica depois de Internada. Tinha epistaxis de vez em quando. Depois de sua internação notou que um pequeno tumor fazia saliencia na virilha direita e aumentava aos poucos de volume; este tumor supurou poucos dias depois e permaneceu aberto até a presente data. Ao mesmo tempo que isto se passava, do lado esquerdo outro tumor se formava e seguia a mesma evolução. Não sofre tosse ou expetoração sanguinolenta.

**Exame objetivo** — Fades leonino. Estado geral bom. Lepromas na frente, orelhas, faces e mento. Nariz em sela e tuberculos no lobulo. Tuberculos nos labios, orelhas e mento. Infiltração lepromatosa pigmentada em toda a extensão dos braços, antebraços e punhos. Nodulos hipodermicos sub-agudos ou cronicos. Tuberculos miliares nos antebraços. Amiotrofia hipotenar. Afilamento dos dedos. Lepromas extensos nas nadegas, tuberculos e infiltrações violaceas nas coxas e pernas. Paraqueratose nas pernas. Artelhos um pouco deformados. Anestesia termica nos cotovelos, antebraços, pernas e pés. Forma clinica: lepromatosa. M. N. ++ L.C. ++.

Na axila direita nota-se um tumor hipodermico, bastante movel, de consistencia dura, das dimensões de um limão sem sinais de supuração. Outro ganglio engorgitado na axila direita, silencioso, bem menor, movel, duro, sem sinais de flutuação. Nas regiões inguino-crurais notam-se engorgitamento da pleiade ganglionar com aderencias profundas e varios pontos flutuantes fistulizados. Cicatrizes irregulares na superficie ao lado de orificios em franca supuração. Diagnostico: adenite tuberculosa axilar e inguino-cural bilateral, a primeira fechada, a segunda fistulizada.

Exame radiologico — Radiografia dos campos pulmonares em antero-posterior. Lado direito: grande empastamento hilar; varios ganglios aumentados de volume, alguns calcificados. Pronunciada infiltração do lobo inferior. Lado esquerdo: Todo o campo de transparencia normal. (Chapa n.º 608). Inoculação em cobaia em 20/10/1939.

Autopsia em 20/1/1940 — Tuberculose generalizada.

**Provas imuno-biologicas** — Intradermo reação de Mantoux +

(a 1 por 10.000)

Intradermo reação de Mitsuda |—|

**Observação n.º 5** — M.G.M., 33 anos, branca, casada, natural de Piracicaba, internada em 7/8/939. Pai vivo, sadio. Mãe falecida de síncope cardíaca. Não tinha lepra. 8 Irmãos, todos gosando saúde. Nascida a termo de parto normal. Marcha aos 12 meses. Sarampo. Coqueluche. Parotidite, Gripe. Casada aos 17 anos, teve 7 filhos. Nega aborto. Não ha antecedentes de tuberculose na família.

**Historia** — Refere que está doente ha cerca de 3 anos; o primeiro sinal foi o aparecimento de umas manchas de côr parda nas coxas e rosto. Estas lesões ao fim de certo tempo desapareceram tendo sido tratadas como sifilíticas. Todavia pouco tempo depois outras manchas violaceas surgiram no rosto ao mesmo tempo que suas sobrancelhas caíam. Epistaxis frequentes. Antes de se internar já tinha muita tosse e, um pouco de febre vespertina. No Hospital nasceu um pequeno tumor sub-maxilar direito que foi aumentando paulatinamente até adquirir o volume de uma laranja. Sente dôres articulares. Hiperestesia cutanea nos pés.

**Exame objetivo** — Estado geral bom. Mucosas um pouco descoradas. Facies leonino, Lesões de reação leprotica na frente e regiões malares. Orelhas infiltradas. No tronco, membros superiores e inferiores maculas eritemato pigmentadas de superficie escamosa guardando entre si areas de pele normal. Amlotrofia hipotenar bilateral. Dedos edemaciados em forma de cenoura. Macula eritemato pigmentada bem circunscrita no abdomen. Tuberculos nas nadegas. Pequena ulceração na perna esquerda. Cubitais espessados e dolorosos. Anestesia termica nos pés, cotovelos e mãos. Forma clinica: Lepromatosa. M.N. + L.C. ++.

Na região sub-maxilar direita nota-se um tumor do tamanho de uma laranja, de superficie irregular, movei sobre os planos profundos com um ponto violaceo e flutuante, em, vesperas de fistulisação e outros mais duros proximos a este. Este tumor não a molesta muito. Desta adenite foi retirado por punção, regular quantidade de puz que foi inoculado em cobaia em 19/1/940. Autopsia em 26/4/940. Tuberculose generalisada.

**Exame clinico e radiologico dos pulmões** — Submacissês no pulmão esquerdo e estertores crepitantes na base.

Aos Raios X em antero-posterior: apice normal, empastamento hilar, imagens bronquicas muito acentuadas no lobo inferior. No lado esquerdo, infiltração tuberculosa do apice e de todo o campo de tipo granulomatoso. 4 pequenas cavernas na região peri-hilar. (Chapa n. 567).

Pela historia clinica adquiriu a tuberculose depois das primeiras manifestações de lepra.

**Provas immuno-biologicas.** — Reação Mitsuda — |—|

Reação Mantoux (1 por 10.000) — |—|

\* \* \*

**Observação n.º 6** — Q.E.C., 51 anos, branco, brasileiro, casado, natural de Campo Largo, internado em 5/2/1938. Pais falecidos ignorando a causa. Duas irmãs sadias. Não ha antecedentes de tuberculose na família. Nos antecedentes pessoais acusa sarampo coqueluche, penumonia, disenteria amebiana. Nega antecedentes venereos lueticos. Fuma regularmente. Não era etilista.

**Historia.** — Está doente desde 1929. O primeiro sintoma foi o aparecimento de uma mancha na perna esquerda de coloração violacea. Após um tratamento andino surgiram-lhe outras manchas no torax e membros. Logo depois foi surpreendido com a primeira reação leprotica composta de nódulos imensos, dolorosos nos membros superiores e inferiores,

acompanhados de febre, delirio e prostração. A doença progrediu sempre e nodulos e tuberculos apareceram nos punhos e antebraços. Perdeu a força muscular da mão esquerda. E' muito atacado de reação leprotica. Quando se internou tinha um tumor do tamanho de uma noz o qual supurou e levou cerca de 6 meses para fechar (Adenite tuberculosa).

**Exame objetivo** — Estado geral bom. Facies suspeito. Queratose senil. Alopecia do terço externo das sobrancelhas. Lepromas violaceos nas faces. Nodulos de reação leprotica nos braços, antebraços e regiões mamarias. Tuberculos nos hombros, antebraços e mãos. Nodulos nos punhos. Amiotrofia hipotenar e interossea. Discreta amiotrofia do antebraço esquerdo. Tuberculos nos hipocondrios, nadegas, coxas, pernas e pés. Maculas eritemato pigmentadas nas nadegas, coxas e pernas. Cubital direito espessado. Anestesia termica nos antebraços, mãos, joelhos, pernas e pés.

**Escrofulato de lepra** — No Hospital sofreu supuração de um tumor que apresentava no lado esquerdo ao se internar; era do tamanho de uma noz, e supurou durante 6 meses, findos os quais cicatrizou. Nota-se o sinal atrás do relevo muscular do sterno-deido-mastoideo esquerdo. Pouco tempo depois percebeu que um tumor se formava do lado direito; este cresceu, tornou-se irregular, flutuou e veio a furo, deixando escorrer um puz amarelado durante mais de um ano terminando por se fechar. Deste tumor foi retirado material para inoculação em 18/4/1939. Sacrificio da cobaia em 19/7/1939 — Tuberculose caseosa ganglionar generalisada.

Atualmente notam-se as duas cicatrizes cervicais, uma de cada lado sendo que a esquerda é maior linear e coberta de extensas crostas (escrofulato).

Exame radiologico dos pulmões — Pulmão direito: discreta infiltração tuberculosa difusa dos lobos inferior e superior sendo que neste ultimo é nitidamente do tipo granulomatoso. Pulmão esquerdo: Transparencia normal de todo o campo pulmonar. (Chapa n. 577).

**Provas immuno-biologicas:** — Reação de Mitsuda — |——|

Reação de Mantoux — ++

\* \* \*

**Observação n.º 7** — O.P., 30 anos, branco, casado, brasileiro, natural de Jundiá, internado em Julho de 1932. Mãe viva, leprosa. Pai goza saude. 2 irmãos internados no A.C.P. e 5 outros que gosara saude. Tem antecedentes de Tb na familia; uma sua prima faleceu de tuberculose pulmonar. Sofreu sarampo, coqueluche, pneumonia (quando já internado). Nega antecedentes venereo-lueticos. Puma regularmente. Não bebe.

**Historia** — Conta que está doente ha cerca de 16 anos; sua lepra começou com o aparecimento de zonas amortecidas no joelho direito e no cotovelo do mesmo lado. Pouco tempo depois tuberculos fizeram aparição no cotovelo direito, orelhas e frente. Manchas cor de café com leite no tronco, numerosas. Dai em diante começou a ser atacado por surtos eruptivos febris e muito dolorosos, obrigando-o a aramar-se. No Hospital mesmo tem sofrido estas reações com uma certa frequencia. Ulcerações grandes ou pequenas, mas numerosas cobriram-lhe os pés e as mãos, assim como as pernas. Estado geral pré-caquetico.

**Exame objetivo** — Lepromas na frente e no pescoço. Alopecia superciliar total. Queratite e irite bilaterais. Nariz e orelhas mutilados. Ulceração extensa na face esquerda. Na região sub-maxilar esquerda nota-se um ganglio do tamanho de um ovo de pomba, duro porem com uma ulceração superficial elitica, de fundo sanioso de onde foi retirado pus

para inoculação em cobaia. No cotovelo direito, ao nível do ganglio epitrocleano mostra-se uma cicatriz linear, irregular de fistulização antiga a qual também fornecem material para inoculação. Lepromas extensos, numerosos de permeio com papulas eruptivas no tronco, nadeegas e coxas.

Úlceras grandes, extensas nas pernas e pés. Exulcerações troficas nas mãos e dedos. Mão esquerda em "coup de vent". Amiotrofia interossea e hipotenar. Forma de lepra: Lepromatosa. Exames bacterioscopicos positivos. Não apresenta troncos nervosos espessados.

Inoculação em cobaia de puz do ganglio sub-maxiliar esquerdo e do epitrocleano direito em 26/1/1938. Autopsia em 21/5/1938 — Tuberculose generalizada.

**Exame radiológico** — (Em antero-posterior). Lado direito: pronunciada infiltração tuberculosa no apice e no lobo inferior, muito menos acentuada no lobo medio. Lado esquerdo: infiltração tuberculosa do ápice e do lobo inferior, onde se veem 3 cavernas pouco para fora da região hilar. (Chapa n. 567).

**Provas immuno-biologicas:** — Reação de Mitsuda —|—|

Reação de Mantoux — +

\* \* \*

**Observação n.º 8** — C.N., 32 anos, branca, viuva, internada em 26 de Dezembro de 1931. Pais vivos internados no A.C. Cocais, 5 irmãos também leprosos, internados naquele Hospital. Nos antecedentes pessoais registra, sarampo, coqueluche, gripe, varicela. Casada aos 19 anos não teve filhos nem abortos. Não fuma nem bebe. Desconhece antecedentes de tuberculose na familia.

**Historia** — Está doente ha cerca de 12 anos. O primeiro sintoma foi o aparecimento de dares articulares nas mãos as quaes se inchavam. Após estes accidentes surgiram tuberculos nas mãos de tamanhos exiguos. Pouca tempo depois novos outros tuberculos se mostraram nos braços e antebraços. Mais tarde o rosto foi atingido assim como as pernas e pés. Nunca sofreu surtos eruptivos ou febris. A doença progrediu produzindo-lhe ulcerações nos membros inferiores e perda da voz com o ataque á laringe. Ha precisamente 2 anos notou que na axila esquerda se formava um tumor que a principio do tamanho de uma avelã foi aos poucos aumentando acompanhado de febre e dor aguda. Em 10 cuias o mesmo supurou e veio a furo por 3 pontos diferentes de onde se escoava pouca quantidade de pus. As 3 fistulas permaneceram abertas durante uns 6 meses findos os quais se cicatrizaram. Em uma revisão que lhe foi feita, foi inoculado o material purulento retirado das fistulas. (11/11/1938).

**Estado atual:** — Alopecia superciliar e ciliar. Orelhas cobertas de tuberculos, cicatrizes nas faces, lepromas nas arcadas superciliares, nariz deformado e tuberoso, labios infiltrados. Tuberculos e nodulos numerosos, alguns ulcerados nas mãos, antebraços e braços. Maculas eritemato pigmentadas no tronco. Nodulos em fusão nas mãos, antebraços e braços. Maculas eritemato pigmentadas no tronco. Nódulo sem fusão nas pernas e pés. Amiotrofia hipotenar. Laringite leprosa. Forma lepromatosa. M.N. +++ L.C. +++ Na axila esquerda notam-se tres cicatrizes lineares de um tumor que tivera em novembro de 1938, muito semelhantes a lesões curadas de escrofuloderma. A palpação percebeem-se 2 pequenos ganglios do tamanho de um ovo de pomba. A inoculação foi feita no periodo supurativo, em cobaia a qual fora sacrificada em 25/3/1939. Foi constatada uma tuberculose ganglionar retroperitoneal em franca caseose.

**Exame radiológico dos pulmões** — (Em antero-posterior) campos pulmonares de transparência normal. Discreto empastamento da região hilar direita. (Chapa n. 574)

Provas imuno-biologicas — Reação de Mantoux++

Reação de Mitsuda — |——|

\* \* \*

**Observação n.º 9** — L.C.. 29 anos, branca, solteira, natural de Socorro, internada em 5/11/1933. Pais vivos, sadios - 4 irmãos todos gozando ótima saúde. Desconhece antecedentes de tuberculose na família. Nos antecedentes morbidos registra surtos de erisipela na perna. Sempre gozou relativa saúde até ser atingida de lepra. Não fuma nem é etilista. Conviveu durante mais de 3 anos no Hospital com uma internada que falecera de tuberculose pulmonar.

**Historia** — Conta que está doente há cerca de 10 anos; o primeiro sintoma a se manifestar foi o aparecimento de manchas eritematosas nos antebraços nas quais não tinha sensibilidade. Pouco tempo depois tuberculos apareceram nos pés e pernas; foi então que resolveu internar-se. No hospital com o tratamento instituído, começou a sofrer de reação leprotica, tipo eritema nodoso o que a obrigava a suspender temporariamente a medicação específica. Nunca sofreu epistaxis ou dores articulares e nervosas.

**Exame objetivo** — Estado geral bom. Fades suspeito. Alopecia superciliar. Faces infiltradas. Infiltrações violáceas e eritematosas nos antebraços. Maculas eritemato pigmentadas em ambas as mamas e na região periumbelical. Infiltrações violáceas e reliquat de reação leprotica em ambas as coxas. Dermatoescierose nas pernas. Pequena ulceração na perna direita. Pés edemados. Anestesia termica nos cotovelos, antebraços, joelhos, pernas e pés. Forma clinica — Lepromatosa. Exames bacterioscopicos positivos.

**Escrofulato de lepra** — Enfartamento ganglionar do tamanho de uma laranja na região cervical direita, formado pela aglomeração de varios ganglios tornando o tumor bosselado, irregular e aderente em profundidade. Cicatriz linear de biopsia no sentido antero-posterior. Não há sinal de flutuação - Biopsia realizada pelo drurgião do Hospital em 10/10/1939. Resultado histo-patologico: tuberculose caseosa. Inoculação em cobaia em 10/10/1939. Autopsia em 28/12/1939 — Tuberculose caseosa ganglionar. Não apresenta outros enfartamentos ganglionares.

**Exame radiológico dos pulmões** — Radiografia dos campos pulmonares em antero-posterior, pequenos ganglios calcificados na região peri-hilar. (Chapa n. 618)

Provas imuno-biologicas: — Reação de Mitsuda — |——|

Reação de Mantoux ++++

\* \* \*

**Observação n.º 10** — P.O.N., 39 anos, branco, casado, natural de Itapetininga, lavrador, internado em 23/4/1939. Afirma não ter antecedentes de tuberculose na família. Um seu tio falecera leproso assim como alguns parentes por parte da esposa. Sofreu sarampo e pneumonia em creança. Impaludismo. Fuma. Bebia moderadamente.

**Historia** — Relata que está doente há seguramente 12 anos. O primeiro sinal foi o aparecimento de um "caroço" do tamanho de um grão de milho no antebraço esquerdo. Pouco tempo depois outros surgiram nas pernas

e no rosto. Notava um amolecimento nas mãos, cotovelos e pés. A doença progrediu, derrubando-lhe as sobancelhas e produzindo-lhe ulcerações nas pernas e pés. Os tuberculos das orelhas se fundiram mutilando-as. O nariz sofreu igualmente mutilações. Ha uns 4 anos, mais ou menos apareceu-lhe no pescoço um tumor do tamanho de uma tangerina o qual se amoleceu, esvasiou pus durante um certo tempo e se cicatrizou. Enquanto esta formação tumoral supurava outros tumores menores surgiram no mesmo lado ou no lado oposto tendo alguns deles supurado. Ultimamente os ganglios inguinais tambem cresceram, inflamaram, supuraram e fistulisaram. Ao exame clinico atual notam-se ainda fistulisações cervicais e inguino-crurais.

**Exame objetivo** — Estado geral pré-caquetico. Facies característico. Infiltração da fronte e mento. Alopecia superciliar. Orelhas e nariz mutilados. Ulcerações nas faces e nos labios. Infiltração difusa no tronco com residuos de reação leprotica. Atrofia cutanea e muscular dos braços. Ulcerações nos cotovelos. Tuberculos e ulcerações nos antebraços. Amiotrofias e ulcerações das mãos. Dedos; deformações, ulcerados e em garra. Numerosas ulcerações nos membros inferiores. Troncos cubitais espessados e dolorosos. Anestesia termo dolorosa nos membros superiores e inferiores.

**Sistema ganglionar** — Ganglios submaxilares e cervicais engorgitados alguns dos quaes fistulizados outros com cicatriz irregular denotando supuração antiga. Ganglios inguinais igualmente engorgitados e fistulizados. Foi colhido material destes e dos cervicais para inoculação em cobaia cujo resultado foi positivo.

**Exame radiologico** — Prejudicado por ter falecido repentinamente.

**Exame clinico** — Sinais evidentes de tuberculose cavernosa (Dr. A. M.) Inoculação em cobaia em 26/4/1939. Autopsia em 31/7/1939. Resultado: Tuberculose generalizada.

Falecimento em 24/8/1939. Causa mortis: Tuberculose pulmonar.

Não puderam ser realizadas as provas imuno biologicas e a autopsia.

\* \* \*

**Observação n.º 11** — C. M., 54 anos, branco, brasileiro, natural de Campinas, internado em 23/1/1934. Nega antecedentes de lepra ou tuberculose na familia. Algumas molestias peculiares á infancia, como sarampo e varicela. Nunca sofreu contagio venereo. Tabagista e etilista moderados.

**Historia** — Diz estar doente ha 4 anos. Recorda-se de que o começo se dera com uma coceira muito intensa a qual foi tratada como escabiose. No decurso desta lhe apareceram manchas avermelhadas no rosto e nas nadegas, assim como um tuberculo na orelha esquerda. Epistaxis abundantes e frequentes. Sentia amorticimentos nas mãos e pés.

**Exame objetivo** — Facies suspeito. Estado geral bom. Infiltração eritematosa nas faces, mento e orelha esquerda. Alopecia superciliar. Mamilos infiltrados. Infiltrações eritemato violaceas no tronco. Placas eritematosas bem salientes nas nadegas, nos braços e antebraços, infiltrações lepromatosas e maculas eritemato pigmentadas. Tuberculos nos punhos e bordos cubitais. Mãos succulentas com tuberculos conglomerados. Infiltrações violaceas e eritemato pigmentadas nas coxas e pernas. Tuberculos nos joelhos. Nodulos hipodermicos peri-maleolares. Edema das pernas e pés. Anestesia termica nos membros superiores e inferiores. Exames bacterioscopicos positivos (pele e mucosa nasal). Os ganglios inguino-crurais se acham hipertrofiados e os do lado direito supuraram e fistulisaram. Forma clinica: Lepromatosa.

Tendo fugido poucos dias após sua internação foi-nos impossível continuar sua observação e submetel-o a varias provas para determinar a natureza das adenites de que era portador. Após quasi 5 anos de refugio procurou o Hospital em 16/5/1939 mas já em estado precario com insuficiencia cardio-renal adiantada e reação leptotica concomitante. Anemia acentuada (secundaria por verminóse). O que chama muito a nossa atenção é o tamanho das adenites inguino-cruais que assumiram as dimensões de uma laranja, se mostram fistulizadas em varios pontos e pelos orificios das quais escorre um pus abundante e cremoso. Este pus foi inoculado em cobaia em 18/5/1939. Autopsiada em 17/8/1939. Ao exame macroscopico: tuberculose generalisada.

**Exame radiologico dos pulmões** — Não foi feito por ter falecido pouco dias após sua reinternação. Contudo o exame clinico não revelou sinais de tuberculose pulmonar. Causa mortis: insuficiencia cardíaca.

Não foram igualmente realizadas as provas imuno-biologicas.

\* \* \*

**Observação n.º 12** — C.A., 38 anos, branca, brasileira, internada em 18 de Janeiro de 1932. Tem antecedentes de lepra na familia havendo uma sua irmã falecido em um Asilo-Colonia. Afirma desconhecer casos de tuberculose na familia. Sofreu sarampo e impaludismo. Teve 3 abortos.

**Historia** — Está doente ha 16 anos. Os primeiros sinais da molestia caracterisaram-se pelo aparecimento de manchas nas pernas ao nivel das quais não percebia a sensibilidade á dor. Logo depois notou um amortecimento no antebraço esquerdo e perna direita. Sentia formigamento nos pés. Poucos anos depois do inicio destes sintomas sobreveio-lhe o primeiro surto agudo composto de manchas eritemato violaceas e de nodulos acompanhados de febre alta, prostração, guardando o leito por muitos dias. Este acidente passou recuperando o vigor em breves dias, para ceder lugar pouco depois a surtos eruptivos subintrantes levando-a em pouco tempo a um estado de sub-caquexia.

**Exames objetivo** — Facies suspeito. Estado geral mau. Infiltração difusa na frente e sobrancelhas. No hipocondrio direito notam-se infiltrações eritemato violaceas bem discretas. Reliquat de R.L. na face posterior dos braços. Nodulo sub-dermico do tamanho de um grão de milho localizado no punho direito. Maculas eritemato pigmentadas de pequenas dimensões, limites difusos no bordo interno dos braços e dos antebraços. Amiotrofia hipotenar e interossea bilateral. Infiltrações eritemato violaceas difusas nas coxas. Pele seca e atrofica em sua face anterior. Anestesia termica nos membros superiores e Inferiores. Forma clinica: Lepromatósa. Muco nasal 346 + Lesão cutanea 437 +. A molestia evoluiu sempre para peor com fases curtas de melhoria e longas de reação leptotica (R.L.). Repercussão grande sobre o estado geral. Assim prosseguiu até agosto de 1937 quando lhe surgiu um tumor na axila esquerda seguido logo depois de outro na direita. Estas adenites assumiram as dimensões de um ovo de galinha, permaneceram duras durante um certo tempo, amoleceram e se abriram. Após supuração longa terminaram por cicatrizar mantendo hoje aquela coloração violacea característica ao redor de uma cicatriz linear, elevada e irregular, propria do escrofuloderma. Pouco tempo decorreu para aparecer novas adenites em ambas as dobras inguino-cruais que sofreram igual evolução porem mantiveram-se fistulizadas até o seu passamento. Estas eram poliadenopatias com dois ou tres orificios de supuração cronica, irregulares proprias da tuberculose ganglionar. Inoculação em cobaia em 23/12/1938. Autopsia da cobaia em 24/3/1939. Resultado: tuberculose generalisada.



**Exame radiológico.** — (Em antero-posterior). Infiltração tuberculosa de ambos os apices assim como de todo o resto do campo pulmonar de ambos os lados; grande abundancia de ganglios hipertrofiados e pequenas cavernas. Pronunciado empastamento pilar. (Chapa n. 488).

Provas imuno-biologicas: — Reação de Mitsuda — |——|

Reação de Mantoux — +

\* \* \*

**Observação n.º 13** — M.N., 17 anos, branca, brasileira, solteira, natural do Paraná, internada em março de 1938. Pais vivos leprosos e 2 irmãos idem, internados no A.C.P. Um tio do lado paterno faleceu de tuberculose pulmonar. Sofreu algumas doenças peculiares á infancia como: sarampo, coqueluche, varicela. Gripe. Amigdalites frequentes. Menarca aos 12 anos. Menstruações regulares, 4 dias, ás yeses dismenorreicas. Appendicectomia.

**Historia** — Está doente ha cerca de 3 anos: o primeiro sinal de lepra foi o aparecimento de manchas anestésicas nas nadegas. Pouco tempo depois surgiram tuberculos miliares nas pernas. Tinha epistaxis frequentes, que atualmente cessaram. No Hospital sofreu infiltrações intradermicas nos tuherculos e manchas tendo obtido grandes melhoras.

**Exame objetivo** — Infiltrações violáceas, discromias e infiltrações discretas pigmentadas nas coxas e pernas. Nestas em seu terço inferior notam-se infiltrações profundas, hipodermicas. Estas lesões foram mascaradas pela terapeutica intradermica. Anestesia termica no terço inferior das pernas e pés. Não apresenta espessamento dos cubitais ou dos ciaticos.

**Escrofulato de lepra cervical** — Na face lateral direita do pescoço nota-se um rosario de ganglios enfiados acompanhando o esterno-cleido-mastoideu, alguns menores outros maiores porem não ultrapassando o tamanho de uma avelã. Na região parotidea, em prosseguimento a cadela ganglionar enfiada, nota-se um tumor duro, movel, das dimensões de um ovo de galinha; dois outros ganglios salientam-se nas regiões sub-maxilar e supra-hioidea. Cicatriz queuloide na fossa supra clavicular (biopsia de um ganglio); outra cicatriz queuloide bastante exuberante na região apendicular (incisão operatoria). Estes queloides fazem confirmar a teoria tuberculosa da formação dos mesmos.

Biopsia de um ganglio do pescoço em 19/4/1939 — Exame anatomopatologico — Diagnostico: Em torno de uma extensa area de caseificação nota-se uma area de proliferação conjuntiva com fibroblastos dispostos perpendicularmente a ela. Em outro ponto ha outra formação semelhante, porem menor. Restos de tecido linfoide do órgão. Diagnostico: tuberculose caseosa.

Inoculação em cobaia em 19/4/1939. Sacrificio em 18/7/1939 — Tuberculose generalizada.

**Radiografia dos pulmões** — Campos pulmonares de transparencia normal do apite á base em ambos os lados. (Chapa n. 575) .

**Provas imuno-biologicas:** — Reação de Mitsuda — |——|

Reação de Mantoux — +

\* \* \*

**Observação n.º 14** — B.F.S., 34 anos, preto, brasileiro, solteiro, natural de Campinas, operario internado em 1/8/1938. Não acusa antecedentes de lepra ou tuberculose na família. Na infancia foi vitima de sa-

rampo coqueluche, furunculose. Depois de adulto, gripe e pneumonia di-reita. Fuma e bebe moderadamente.

**Historia** — Diz o paciente que; ha seguramente um ano apareceu uma mancha na perna esquerda insensivel á qual não deu grande importancia. Ha 8 meses nodulos e tuberculos fizeram sua aparição nos braços e pernas motivo pelo qual procurou o Serviço de Lepra que providenciou sua internação o que se deu em 1/8/1938. Raras epistaxes. Nunca sofreu surtos eruptivos.

Exame objetivo — Facies caracteristico. Estado geral bom. Extensas placas de infiltração na fronte onde vemos tambem numerosos tuberculos de exiguas dimensões. Idem nas regiões malares e zigomaticas. Tuberculos no lobulo da orelha esquerda. Nos membros superiores principalmente na face posterior dos braços e antebraços numerosos tuberculos de dimensões e grau de evolução variaveis assim como placas de infiltração. Discreta amiotrofia hipotenar e tenar. Nas adegas, coxas, pernas e pés, tuberculos disseminados, dimensões variadas e infiltrações violaceas e pigmentadas. Hiperqueratose plantar e dorsal de ambas os pés. Cubitais espessados e dolorosos á palpitação. Alterações da sensibilidade nas mãos e pés, e faces de extensão dos antebraços e das pernas. Fôrma clinica: Lepromatósa. Exames bacterioscopicos todos positivos. +++ . Sistema ganglionar: nota-se um pequeno tumor fistulizado na região cervical direita em correspondencia com a cadeia ganglionar, porem retro-parotidea. E' das dimensões de um ovo de galinha si tanto, irregular, ligado aos tecidos visinhos por lesões de periadenite; observam-se a coloração violacea característica peri-orifical e a supuração cronica. Os ganglios inguinocrurais se acham bem enfiados porem não denotam sinais de amolecimento central ou superficial. A' palpitação revelam-se pequenos tumores de consistencia dura mas de tamanhos diferentes, ligados uns aos outros e pouco moveis. Inoculação em cobaia em 13/1/1939. Autopsia em 23/3/1939. Resultado: Tuberculose ganglionar, pulmonar e esplenica. Cancro de inoculação.

**Exame radiologico** — Radiografia em antero-posterior: campos pulmonares de transparencia normal.

**Provas imuno-biologicas** —

Intradermo reação de Mantoux — ++

Intradermo reação de Mitsuda — |—| (48 horas).

\* \* \*

**Observação n.ª 15** — J.C.C., 25 anos, pardo, brasileiro, natural de Itararé, internado em 27/9/1937. Nega parentesco ou convivencia com leprosos. Algumas molestias peculiares á infancia como sarampo, coqueluche e varicela. Pais falecidos, ignora causa.

**Historia** — Diz estar doente ha cerca de 1 ano tendo se iniciado sua molestia por manchas no corpo, de coloração esbranquiçada ou rosea. Não tinha sensibilidade nos ante braços nem epistaxes ou dores reumatoides. Conta ainda que em 1930, quando operario da E.F. Sorocabana, lhe apareceu um pequeno tumor na região supra-hioidéa esquerda: este tumor aumentou de volume assumindo o tamanho de um limão. Consultou um clinico da localidade que lhe disse ser cachumba. Não obstante todos os tratamentos o mesmo persistia sem comtudo molesta-lo ou impedil-o de trabalhar. Assim decorreu até 1936 quando lhe apareceu a primeira mancha de lepra na coxa direita. Após 6 meses de permanencia no Hospital o tumor do pescoço supurou, o pus se esvasiou aos poucos, formando uma grande ulceração. Nesta ocasião foi visto por nós que resolvemos fazer

uma biopsia e em seguida inoculação em cobaia a qual tuberculizou o animal. Apresentava uma vasta cratera de bordos violáceos e irregulares, talhados a pique, fundo em declive, recoberto de pus. No fim de 8 mesa após a biopsia, a supuração cessou e processou-se a cicatrização.

**Exame objetivo** — Em 28/9/1937 — Grande numero de maculas discromicas, de contornos irregulares, bordos difusos, dimensões variaveis isolados ou confluentes ocupando o tronco, membros superiores e inferiores mórmente nas nadegas e coxas. Anestesia termica nas manchas e nos membros superiores e inferiores. Forma clinica: Inflamatoria simples. Exames bacterioscopicos negativos. Em 4/8/1939 sofreu uma reativação clinica de aspeto tuberculoide, caracterisada por: manchas ou placas eritematosas, infiltradas, limites bem nítidos, urticariformes localisadas nas faces, tronco, nadegas e coxas. Neste segmento foi retirado um fragmento de pele para exame histologico o qual revelou estrutura tuberculoide. O exame clinico dos pulmões nada revelou de suspeito. Este surto tuberculoide em pouco tempo regrediu restando discretas discromias nas faces e coxas. Sinais de infiltração tuberculoide das lesões se notam entretanto na região cervical e nas coxas. O tumor cervical lá está ainda a despertar a curiosidade clinica. E' uma formação irregular que da região supra-hioidéa se estende á região mastoideana onde se termina. A parte mais globulosa é a infra-mandibular. A' palpação nota-se que o mesmo é constituído de pequenos ganglios conglomerados sub-maxilares, retro-auriculares e alguns cervicais. Não ha flutuação. Os ganglios epitrodeanos são infartados não se palpm os axilares nem os inguinaes. Reação de Mitsuds nas 24 horas +. Biopsia do tumor cervical em 24 de outubro de 1938. Resultado: Densa infiltração do ganglio linfatico por tuberculos e celulas epitelioides com numerosos gigantocitos e caseificação central. Diagnostico: Tuberculose produtiva. (ass. Dr. P. 54.

\* \* \*

**Observação n.º 16** — J.R., 28 anos, branco, brasileiro, solteiro, natural de Angatuba, internado em 13/2/1936. Pais falecidos, ignora causa. 6 irmãos sadios. Não ha antecedentes de tuberculose na familia. Algumas doenças peculiares á infancia. Impaludismo durante 4 anos na adolescencia. Nega antecedentes venereo-lueticos. Fuma e bebe com temperança.

**História** — Refere que está doente ha cerca de 8 anos; o primeiro sintoma foi o aparecimento de umas maculas acromicas nos braços e pernas. Pouco tempo depois surgiram tuberculos no rosto e orelhas. As sobrançelas caíram e o nariz se deformou. Nega epistaxes. Surtos eruptivos agudos e febris. Ha cerca de dois meses notou que um pequeno tumor se formava no pescoço, lado esquerdo; este aumentou progressivamente de dimensões e sentia algumas dóres. Os tecidos circumvisinhos se inflamaram e englobaram a neo-formação assumindo tudo as dimensões de uma laranja. Logo uma flutuação se. formou mais ou menos no centro do tumor a qual terminou por vasar. Sentia febre vespertina.

**Exame objetivo** — Estado geral um pouco atingido. Palidez das mucosas. Infiltração lepromatosa das orelhas, frente, supercilios, faces e mento. Nariz em sela. Tuberculos nas mãos. Lepromas violáceos e pigmentados nos braços e antebraços. Amiotrofia interossea. Lepromas pigmentados nas coxas e pernas onde se notam tambem infiltrações violáceas difusas. Lepromas pigmentados conglomerados formando extensas "nappes" no tronco, faces anterior e posterior. Maculas residuais de reação leptotica nas pernas. Anestesia termica nos cotovelos, pernas e pés. Forma clinica: lepromatosa. M.N. + L.C. ++.

Na região cervical esquerda observa-se um tumor do tamanho de uma laranja, de superfície irregular formando reintrancias e saliencias; estas são bem vermelhas e em numero de duas mostram flutuação intensa. Uma outra inferior se fistulizou. O tumor abrange quasi toda a face esquerda do pescoço fazendo aderenda com o ramo do maxilar, loja parotidiana e sterno-cleido-mastoideo. No lado direito da região cervical outro tumor profundamente situado duro, movei sem sinais inflamatorios do tamanho de uma tangerina. Diagnostico: Escrofulato de lepra. Inoculação em cobaia em 16/3/1940. Autopsia do animal em 26/4/1940. Tuberculose generalisada.

**Exame radiologico** — Campos pulmonares de transparencia normal.

**Provas imuno-biologicas:** —

Intradermo — reação de Mantoux — |—|

Intradermo — reação de Mitsuda — |—|

\* \* \*

**Observação n.º 17** — J.P.A., 49 anos, branco, viuvo, internado em 12/7/1938. Pais falecidos, ignora causa. 2 irmãos gozando saude. Sofreu sarampo, coqueluche, pneumonia, gripe. Gonorréa. Nega antecedentes de tuberculose na familia.

**Historia** — Doente ha 7 anos. O primeiro sintoma foi o aparecimento de um tuberculo na orelha esquerda. Pouco tempo depois novos tuberculos surgiram nos antebraços e nos joelhos. Em 1936 sofreu o primeiro surto de reação leprotica deixando como resíduo um tumor em cada virilha. Estes tumores cresceram de volume, se liquefizeram e fistulizaram por varios pontos. A doença progrediu com a multiplicação gradativa de lesões ora maculosa ora tuberculiformes disseminadas pelos membros superiores e inferiores. Numerosos lepromas atacaram o rosto e orelhas.

**Escrofulato de lepra** — Na face lateral direita do pescoço nota-se um tumor do tamanho de um ovo de galinha, aderente em profundidade, pouco movei loralisado na parte media do esterno-cleido-mastoideo. Sobre este tumor uma cicatriz violacea com encrustação central. Logo abaixo desta uma outra quasi quelofde, linear, de supuração antiga. Na face lateral esquerda do pescoço nova cicatriz linear de 3 cms. de comprimento com os mesmos caracteres das anteriores. Na fossa supra-clavicular uma cratera ulcerativa, das dimensões de uma moeda de 200 réis, fundo granuloso, circundada de uma orla violacea. Nodulo profundo infra-hioideo sem sinais inflamatorios. Nas regiões inguino-crurais mostram-se formações tumorais mais ou menos das dimensões de uma laranja, irregulares, com flutuação e fistulisação em alguns pontos de sua superficie que se torna violacea nas cicatrizes. Não sente dores nas mesmas.

Inoculação do pus do tumor, crural em cobaia em 8 de outubro de 1939 Autopsia em 10/1/1940 — Tuberculose miliar generalisada.

**Exame radiológico** — Campos pulmonares de transparencia normal.

**Provas Imuno-biologicas:** —

Intradermo reação de Mitsuda — |—|

Intradermo reação de Mantoux — +

\* \* \*

**Observação n.º 18** — J.T., 45 anos, branco, casado, internado em 1932. Uma sua tia falecera de lepra. Sarampo, coqueluche, pneumonia em fevereiro de 1939. Varicela. Gonorrhea. Nega cancros venereos. Não ha antecedentes de tuberculose na familia. Fumava regularmente. Etilista intemperante.

**Historia** — Doente ha 32 anos. O primeiro sinal foi o aparcimento de uma mancha eritematosa no abdomen seguida logo depits de outra na perna esquerda. A doença progrediu atacando todo o tegumento externo e as mãos que foram perdendo a sua natural motilidade. Tuberculos numerosos surgiram posteriormente nos pés e nos punhos. Sofreu muito de reação leprotica tipo eritema nodoso que o obrigava a acamar-se por meses. Ha cerca de 4 meses notou que um tumor se formava no pescoço, do lado esquerdo logo abaixo da orelha. Este tumor aumentou de volume e se infiltrou para deante e para atrás. Ha 2 meses outro se formava logo abaixo deste, na fossa supra-clavicular. Ultimamente nova formação, identica a primeira se produziu do lado direito ao nível da parte media do sterno-cleido mastoideo.

Trata-se de um doente, forma lepromatosa, pré-caquetico que apresenta no tegumento externo as seguintes lesões: mutilações do nariz. Nodulos ulcerados nas faces. Lepromas na fronte. Alopecia superciliar e ciliar. Epifora. Infiltrações violaceas das orelhas. Maculas eritemato pigmentadas no tronco e membros. Infiltrados extensos, hipodermicos nos antebraços e coxas. Amfotrofia das mãos e antebraços. Descamação generalizada. Exames bacterioscopicos positivos.

**Escrofulato de lepra** — Na face lateral direita do pescoço, em sua parte media observa-se um tumor do tamanho de uma tangerina, movel, regular, sem sinais de flutuação ou inflamação secundaria. Do outro lado, outro tumor maior, composto de varios ganglios engorgitados das cadelas submaxilar, retro-auricular e sterno-cleido-mastoideana. Este atinge o volume de uma laranja, notando-se uma flutuação retro-auricular. Abaixo deste nova adenite, das dimensões de uma noz fistulizada. Inoculação em cobaia em 7/2/1940. Autopsia em 30/4/1940 — Tuberculose ganglionar.

**Exame radiologico** — Chapa n.º 625 — Radiografia em antero-posterior dos campos pulmonares. Em ambos os campos vemos: infiltração tuberculosa dos apices, grande empastamento das regiões hilares ;numerosos ganglios hilares e peri-hilares hlpetroflados.

Intradermo — reacção de Mantoux — +

Intradermo — reacção de Mitsuda — |—|

\* \* \*

Como vimos das nossas observações que são em numero de 18, algumas adenites tuberculosas são estritamente primitivas sem participação de lesões dos orgãos internos (10) ao passo que outras são secundarias (8) isto é mostrando sinais de impregnação bacilar nos pulmões, pleura, intestinos etc. O sistema vascular, preferentemente o linfatico é assento frequente de lesões originadas por micro-organismos das quais em primeira plana as ocasionadas pela bacteria tuberculogena. E' ela, dada sua abunadnte difusão na natureza uma das primeiras que invadem o organismo humano determinando processos inflamatorios das mucosas, forma mais comum de penetração seja pelo aparelho digestivo, seja pelo respiratorio, os quais podem ser o ponto de partida para avançar pelos linfaticos até os ganglios. Em nutras ocasiões em vez de serem as mucosas o ponto de entrada é uma solução de continuidade da pele, acidental ou patologica. Em doentes de lepra estas condições se acham preen-

chidas ao maxima por alterações secundarias das lesões evolutivas e ainda talvez por inoculação pela terapeutica intradermica (planchas).

Assim como a tuberculose ganglionar secundaria a processos viscerais foi admitida ha muito tempo, pelo contrario a primitiva levou anos para se individualisar, sendo necessario que Villemin em 1868 demonstrasse pela inoculação que se provocavam tuberculosas generalizadas com os produtos procedentes destas ganglios.

Tres anos após, Schuppel e Thaon deram a pova anatomopatologica e em 1882 Roberto Koch deu a prova bacteriologica.

De todos os casos observados por nós 8 possuíam lesões pulmonares evidentes tanto pela radiologia como pelo exame anatomopatologico, os demais ou sejam 10 eram manifestações ganglionares puras e primitivas. Do conjunto das observações devem ser destacados dois casos particularmente interessantes não somente por serem ineditos como também por se prestarem a considerações de ordem doutrinaria no terreno bacteriologico ou immuno-biologico: são dois doentes portadores de lepra tuberculoides e de tuberculose ganglionar, A.E.R. e J.C.C. O primeiro deu internação no Hospital já com uma adenite tuberculosa em amolecimento a qual se abriu e fistulisou; depois da biopsia realisada na qual foi retirado um ganglio do tamanho de um ovo de galinha o doente começou a piorar e uma radiografia realisada na ocasião revelou processos de tuberculose cavernosa nos pulmões como tivemos ocasião de descrever. O segundo caso nada revelou nos campos pulmonares assim como não se notaram manifestações em outros órgãos (ossea, articular, serosa), sendo portanto uma adenite tuberculosa primitiva. Neste, a adenite, a julgar pela anamnese, se formou antes dos primeiros sinais de lepra que de inflamatória simples passaram depois a tuberculoides como se pôde muito bem constatar pela evolução clinica e exame histo-patologico.

A terapeutica empregada foi sempre a conservadora devido aos resultados desastrosos obtidos em um caso em o qual foi feita a extirpação de um "ganglio pater" cervical. O choque operatorio acelerou a evolução da bacilose pulmonar já existente e o exito letal não se fez esperar .

Todavia Trelat dizia: "um foco de tuberculose acessivel ao bisturi deve ser removido todas as veses que esse foco for mais importante que as lesões viscerais". Porem, parece que entre os hansenianos os fatos se passam de maneira diferente autorisando-nos a essa terapeutica clinica, tão conservadoras quanto possivel, de modo a colocar o doente em condições melhores de resistir e combater a agressão dupla, lepra — tuberculose. Um tratamento clinico que nos tem dado resultados animadores é o crisoterapico. Não despreza-

mos também os tónicos gerais em os quais figuram as diversas variedades de vitaminas: caroteno e vitaminas A e D. Quanto ao tratamento da lepra deve ser dirigido com certos cuidados, doses pequenas de chaulmoogra, vigiando o seu poder de eliminação pelo fígado, órgão de transcendental importância, para uma guerra sem tréguas aos seus dois inimigos comuns.

O tratamento anti-sifilítico instituído em vários casos, nenhuma influência teve sobre a marcha dos escrofulatos.

\* \* \*

## **LEPRA TUBERCULOIDE — TUBERCULOSE PULMONAR**

Já fizemos menção no início de nosso trabalho a dois casos de lepra tuberculoide com tuberculose pulmonar cuja evolução clínica acompanhamos desde o momento de sua internação até à mesa de autópsia, onde encerrámos os estudos.

Aliás não somos os únicos a verificar casos desta natureza; assim é que o Dr. Luiz Marino Becchelli do Asilo-Colônia Cocais constatara um caso em idênticas condições porém não fez referências em seu trabalho à uma eventual autópsia e não entra em maiores detalhes.

A estes nossos casos convém acrescentar um terceiro, o de A. E. R., que possui também escrofulato de lepra e cuja observação já relatámos anteriormente. Da literatura estrangeira nada se pôde extrair, não obstante buscas pacientes.

\* \* \*

**Observação n.º 19** — L.S., 49 anos, masculino, branco, natural do Ceará, marinheiro, internado em 4/6/1935. Não tem antecedentes de lepra ou tuberculose na família. Varicela, cancro venéreo e gonorréa. Pais falecidos de causa ignorada. Conta que esta doente ha cerca de 2 anos; começou sua doença por uma mancha na face interna do tornozelo direito á qual não ligou importância. Pouco tempo depois novas manchas avermelhadas surgiram nas faces, mento, orelhas e membros superiores.

A doença progrediu enchendo de lesões as nadegas, tronco e membros inferiores. Sentia dores reumáticas. Nunca sofreu epistaxes ou reação leptótica.

**Exame objetivo** — Estado geral bom. Nas faces nota-se grande numero de lesões infiltradas, salientes, eritematosas, descamativas, tamanhos diversos algumas circinadas de centro deprimido. Na face direita lesão em forma de sigma. Algumas lesões proximas dos olhos invadem as mucosas, (sinal da invasão das cavidades). No tronco, placas eritematosas infiltradas, limites bem nitidos, contornos regulares, dimensões variadas muito numerosas. Nos membros superiores mostram-se lesões maiores com descamação psoriasiforme ao lado de outras placas numulares menores.

As maiores formam desenhos geograficos. Lesão em "cocard" no cotovelo esquerdo. Manchas mais descamativas nos antebraços. Infiltração tuberculoide difusa nos punhos e mãos. Maculas circinadas, serpiginosas, psoriasiformes, nas coxas e joelhos. Placas erfitemato violaceas nas pernas. Lesões circinadas no escroto e penis. Anestesia termica e tactil ao nivel das lesões. Troncos cubitais espessados. Fôrma clinica: Tuberculoide. Exames bacterioscopicos todos negativos. Biopsia n. 486 — Lepra tuberculoide. Obito em 29/2/1936. Autopsia em 29/2/1936. —

### **DIAGNOSTICOS ANATOMO-PATOLOGICOS**

Tuberculose pulmonar  
Pleuriz sero-fibrinoso  
Aderencias pleuraes  
Pericardite  
Adenopatia traqueo-bronqueica  
Adenopatia mesenterica  
Arteriosclerose  
Degeneração gordurosa do ligado

### **DIAGNOSTICOS HISTO-PATOLOGICOS (Dr. H. Cerrutti)**

Nevrite leprosa com areas de calcificação  
Tuberculose miliar ganglionar  
Tuberculose miliar dos pulmões  
Tuberculose miliar do figado, baço e pancreas  
Tuberculose renal  
Sistema nervoso central sem alterações

**Observação n.º 20** — A.N.C., 40 anos, masculino, branco, espanhol, casado, pedreiro procedente de São Paulo do Hospital de Tuberculosos, internado em 18/10/1939. Não sabe onde nem como adquiriu a lepra. Pais falecidos ignora causa. Não eram leprosos. Não sabe de antecedentes de tuberculose na familia. Puma moderadamente. Dos antecedentes pessoais acusa sarampo, coqueluche, verminose, febre tifoide; blenorragia e cancro duro. Ha cerca de 2 anos constatou que estava sofrendo dos pulmões.

**Historia clinica** — Refere que estando internado no Hospital de Tuberculosos notou o aparecimento de uma mancha esbranquiçada na coxa direita logo acima do joelho. Este fato se deu ha seguramente ano e meio. Em pouco tempo o tronco, membros superiores e inferiores ficaram tomados de manchas cuja coloração variava do vermelho ao vermelho pigmentado. Não sofria epistaxes. Nunca teve surtos eruptivos.



**Exame objetivo** — Vemos na frente, ao lado esquerdo, manchas confluentes, eritemato violáceas, bem infiltradas. Duas manchas semelhantes numulares, quasi simetricamente dispostas no labio superior invadindo a mucosa (sinal da invasão das cavidades). No abdomen exhibe-se uma mancha acromica, paraumbelical, de bordos eritematosos e infiltrados quasi micro-papulosos. Nos braços e antebraços, maculas eritematosas do tamanho de uma moeda de 400 réis, aspeto granuloso, principalmente na face interna dos antebraços e posterior dos braços. Maculas anulares e eritematosas simples nas coxas e pernas. Cubitais espessados. Anestesia termica e dolorosa ao nivel de algumas manchas. Diagnostico clinico: Lepra tuberculoide. Exames bacterioscopicos todos negativos. Biopsia n.º 3407. Diagnostico: Lepra Tuberculoide. (Dr. W. Bungeler). O exame clinico revelava já, lesões acentuadas em ambos os pulmões. Não foram realizados exames radiologicos. Obito em 30/11/1939. Autopsia realizada por nós na mesma data. Ambos os pulmões estavam tomados pelo processo tuberculoso apresentando diminuição da crepitação e aumento da consistenda. Ao corte evidenciaram-se uma pneumonia tuberculosa esquerda cujo órgão pesava 1.200 gramas e uma tuberculose cavernosa direita, alem de degeneração gordurosa do figado, splenomegalia e adenopatia traqueo-bronquica. Inoculação em cobaia em 30/11/1939 de material pulmonar. Autopsia da cobaia em 7/2/1940. Resultado: Tuberculose generalisada. Esta inoculação foi realizada para se afastar duvidas sobre a natureza do processo granulomatoso pulmonar. Foi retirado de um dos pulmões um fragmento para exame histo-patologico que foi realizado pelo Instituto Conde Lara. Exame n.º 3486 — Tuberculose pulmonar. Em um ponto formação de pequena caverna com numerosos bacilos de Koch na parede.

\* \* \*

**Observação n.º 21** — Referente ao doente A.E.R., quer figura no capitulo primeiro, portador lambem de uma adenite tuberculosa. Depois da biopsia do ganglio cervical que revelara uma tuberculose caseosa com inoculação em cobaia positiva, o paciente entrou em um periodo de franca decadencia fisica devido a tuberculose pulmonar associada. Tosse, febre vespertina, anorexia, adinamia de evolução rapida para a caquexia. Para o lado do tegumento externo notava-se o esmaecimento lento, regressivo de todas as lesões deixando atras de si somente maculas acromicas dcatridais. Revela notar ao demais, que ha cerca de 1 ano com lesões de tuberculose ativa sofrera uma reativação nitidamente tuberculoide de todo os elementos, lesionais.

Obito em 20/2/1940.

Diagnosticos macroscopicos:  
Aderencias pleurais fibrosas á esquerda  
Tuberculose cavernosa do apice direito  
Tuberculose miliar do lobo medio direito  
Tuberculose cavernosa avançada dos lobos superior e medio do pulmão esquerdo  
Tuberculose miliar do baço  
Tuberculose do figado  
Tuberculose mesenterica

Peso das vísceras: — Pulmão direito: 540,0  
Pulmão esquerdo: 810,0

<b>Coração:</b>	<b>222,0</b>
<b>Baço:</b>	<b>145,0</b>
<b>Fígado:</b>	<b>1.250,0</b>

Causa mortis: Tuberculose generalizada.

Foram retirados fragmentos de todos estes órgãos para exame histológico cujo resultado foi o seguinte: (3717). Pulmões: tuberculose caseosa. Em preparados corados pelo Ziehl-Neelsen foram encontrados bacilos álcool-acido resistentes em grande quantidade. Fígado: numerosas áreas de caseificação tuberculosa. Baço: numerosas áreas de caseificação tuberculosa. Ganglio: tuberculose caseosa quasi total do órgão. Nervo cubital: fibras nervosas dissociadas por moderado edema. Discreta fibrose e pequenos focos de infiltração linfocitaria. (3717). (ass. Dr. Paulo Sousa).

\* \* \*

### **BINÔMIO LEPRO — TUBERCULOSE.**

As relações lepra tuberculose parecem possuir mais um entrosamento reciproco do que uma simples intercorrencia morbida á guiza de observações detalhadas apoiadas em constatações empíricas e no moderno conceito da immuno-biologia hodierna. A uma primeira analyse a infecção tuberculosa entre os leprosos afigura-se-nos como uma natural manifestação morbida dependente de uma queda do potencial de defesa organica por sideração do sistema reticulo-endotelial; não obstante, pequenos fatos observados e revelados pela clinica diuturna mudam um pouco o conceito primitivo e nos animam a cogitações mais profundas. Aliás, os leprologos antigos já haviam notado que a tuberculose nos doentes de lepra significava mais do que uma simples intercorrencia morbida. Assim é que Danielsen após acurados estudos realizados na Noruega chegou á avançada conclusão de que a lepra pode transformar-se em tuberculose ou vice-versa por uma simples modificação de bacilos. Não deixamos todavia de reconhecer que as ideas emitidas por Danielsen formaram um extenso hiato neste capitulo obscuro da patologia humana.

O primeiro fato que nos induziu a fazer pesquisas clinicas sobre a possivel influencia reciproca das duas molestias foi a constante melhora das lesões cutaneas nos doentes atingidos de tuberculose quer ganglionar externa, quer pulmonar. Leloir, Wade e Muir acham que uma tuberculose visceral ativa faz regredir as manifestações cutaneas de lepra, e Muir pensa da mesma maneira pregando comtudo que esta involução é devida mais a uma perda da capacidade de reação dos tecidos. Entre nós Rabello Junior foi quem mais se ocupou desta questão e explica muito bem o fato da melhora das lesões cutaneas na tuberculose por um aumento da allergia especifica para o antigeno leproso.

O segundo fato é a reconhecida e grande frequência da tuberculose entre os leprosos orçando em mais de 50% como causa mortis, encontrando mesmo Danielsen a frequência de 2 para 3 autopsias. (Nós em 18 autopsias encontramos 11 tuberculosos).

— — — — —

O terceiro fato que reputamos de suma importancia, é o da vacinação anti-leprosa pela B. C. G. realizada na Argentina pelo nosso particular amigo Dr. J. M. Fernandes. Este autor praticou em 123 creanças de Rosario em as quais as intradermo-reações de Mitsuda e Mantoux eram negativas, a vacinação pelo B .C.G. obtendo cerca de 91,86% de Mitsudas positivos. E' um elemento a mais a favor da teoria da cosensibilização de grupo.

Reger tambem milita em favor desta asserção quando acha que a tuberculização de uma população pode provocar um certo grau de resistencia á infecção leprosa.

Estas tres ordens de fatos bastam para justificar os pontos de vista de Danielsen, Wade, Rogers, Muir e ultimamente Rabello Junior.

Abrahão Rothberg fez em um estudo muito bem documentado no Hospital S. Luiz de Gonzaga em Jaçanã a reação á lepromina entre tuberculosos pulmonares e chega ás seguintes e interessantes conclusões: "Os debilitamentos por má nutrição ou molestias varias são acusados de diminuir a resistencia especifica contra a lepra e facilitar assim a disseminação da infecção. As elevadas porcentagens de reações leprominicas positivas nos casos de tuberculose pulmonar mostram porem á saciedade que esse julgamento não pode ser generalisado. De acordo com os nossos conhecimentos atuais sobre o valor da prova da lepromina teriamos que admitir que esses tuberculosos Mitsuda-positivos estão imunes á lepra podendo contrair quando muito as chamadas formas de resistencia como lepra tuberculoide, sarcoide etc."

Estes fatos todos bastam para justificar os pontos de vista de Danielsen, Wade, Rogers, Muir e ultimamente Rabello Junior; a medida que os anos correm aquisições novas e subsidios preciosos vão aparecendo para confirmar o que antes era simples suposição indutiva.

O conjunto destes subsidios scientificos, não obstante, nunca foram relacionados diretamente com o tempo de molestia, como dominio primitivo ou secundario da mesma, com a idade da infecção e diversos outros fatores conjugados. Devemos dar principalmente grande valor ao "dominio primitivo ou secundario" de um dos elementos do binomio.

Rabello Junior foi quem com muito criterio chamou a atenção para este fato da discrepancia nas manifestações morbidas do bi-

nomio, tratando de explical-o pelo primitivismo da molestia adquirida o que para nós se torna de uma importancia transcendental.

Si o individuo adquirir tuberculose em primeiro lugar, seu organismo estará apto a se defender da infecção leprosa ou quando muito a ter uma lepra tuberculoide e os argumentos invocados em favor desta teoria são não só clinicos como immuno-biologicos: 1.º Alta porcentagem de Mitsuda positivos entre os tuberculosos por um aumento da allergia especifica ao antigeno leproso. 2.º A vacinação pelo B. C. G. de creanças sãs com anergia leprominica, torna-as allergicas ao antigeno de Mitsuda isto é de Mitsuda negativas, transformam-se em Mitsuda positivas (Experiencia do Dr. José Maria Fernandes em Rosario). 3.º Os raros casos de lepra tuberculoide com manifestações ativas de tuberculose evolutiva ganglionar externa ou pulmonar. A nossa casuistica atinge até hoje a 4 casos os quais foram descritos anteriormente: 2 com tuberculose pulmonar e lepra tuberculoide e 2 com escrofulato sendo um deles associado com manifestações pulmonares. (Observações ns. 17, 18. 19 e 15).

Por outro lado si os direitos de antiguidade pertencem á lepra, ficará o organismo sujeito a infecção tuberculosa a qual caminhará diretamente proporcional ao grau de impregnação bacilar o que equivale dizer que a tuberculose faz maiores vitimas entre os lepromatosos, quanto maior é o numero de bacilos maior a frequencia da tuberculose. O argumento que milita em torno desta teoria é o relativo á intradermo-reação á tuberculina cuja alta porcentagem de positividade entre os leprosos supera a dos individuos normais. (Abrahão Rothberg e Olavo Silva Sousa). O leproso tuberculoide, paucibacilar, pelo contrario, raramente adquire tuberculose, (4 casos nossos e 1 de Luiz Marino Bechelli).

Em resumo, a tuberculose primitivamente instalada crêa uma estrutura humoral refrataria á lepra, ao passo que a lepra primitivamente instalada favorece e atrae a infecção tuberculosa creando no organismo uma rede anergica de defesa contra o antigeno tuberculoso: a tuberculose repele a lepra, a lepra atrae a tuberculose.

\* \* \*

## RESUMO

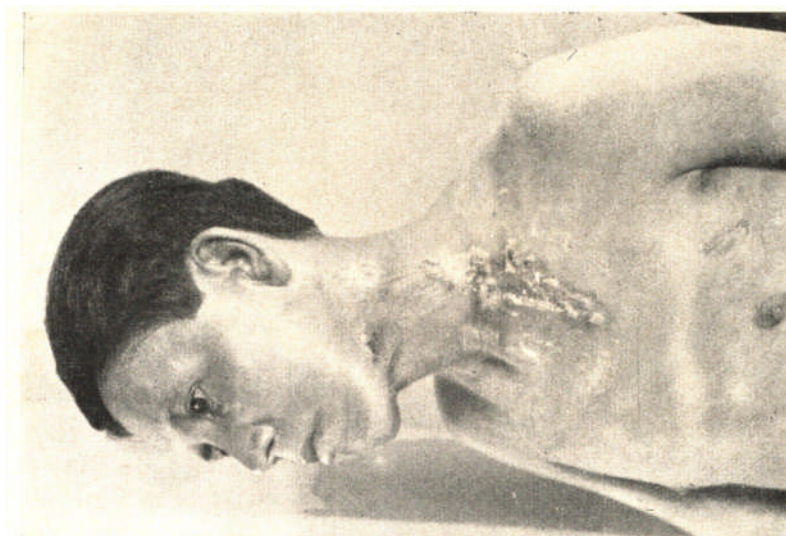
O autor observa 18 casos de lepra lepromatosa, tuberculoide e incaracteristica com manifestações ganglionares e cutaneas de tuberculose as quais, usando a expressão de Ricord denomina de escrofulato de lepra. Todos eles foram confirmados por inoculações em cobaias e exames necroscopicos ou histopatologicos. Dos 18 casos, 8 possuiam tambem lesões pulmonares concomitantes, os demais constituíam adenites tuberculosas primitivas. Chama a atenção para o perigo que as adenites abertas oferecem nos meios noso-

comiais ao lado de manifestações pulmonares tuberculosas tão frequentes e responsáveis por mais de 50% dos casos de mortalidade entre os leprosos: faz resaltar a importância de pavilhões de isolamento como solução proveitosa do problema. Refere-se ainda a tres casos de lepra tuberculoide com tuberculose pulmonar, fazendo o estudo clinico e anatomo-patologico completo dos mesmos. For fim tece considerações em torno do binomio lepra-tuberculose achando que a questão da primitividade da infecção é que influe sobre o aparecimento do outro elemento do binomio: a tuberculose repele a lepra, esta atrae a tuberculose na razão direta da impregnação bacilar.

## BIBLIOGRAFIA

- A. Rotberg** — A reação da lepromina na tuberculose. Revista Brasileira de Leprologia. N.º Especial 1937 — pag. 287.
- A. Rotberg** — Considerações sobre a vacinação anti-variolica e as reações tuberculínicas na lepra. Numero Especial da Revista Brasileira de Leprologia — 1937 — pag. 293.
- Bory, Luiz** — Dans l'ombre de la tuberculeuse ou de la lepre? Clin. et Path. Comp. 1939 — Liv. 1568.
- Baldó, J. I. e Ruiz, R. F.** — Investigation de la tuberculosis en medio leproso. Rev. de la Policl. Caracas. 1939. N.º 44. pag. 2953.
- Fernandes, J. M. M.** — Estudio comparativo de la reaccion de Mitsuda con las reacciones tuberculínicas. Rev. Argentina Dermatosisifilologica — Buenos Ayres, 1939. Tomo XXIII — 3.ª parte. Pag. 425.
- Gonçalves, Benjamin — Associação sífilis — tuberculínicas. Rev. Argentina Dermatosisifilologica — Buenos Ayres, 1939. Tomo XXIII — 3.ª parte. Pag. 425.
- Gonçalves, Benjamin** — Associação sífilis — tuberculose com representação cutanea. An. Bras. Dermatologia. Ano VIII, n.º 1, 2, e 3 — 1933.
- Huizenga, L. S.** — Leprosy and Tuberculosis compared. The leper Quaterly Shangay. 1939. Vol. 13 — n.º 3.
- Luiz Marino Bechelli** — L'influence de la tuberculeuse pulmonaire sur l'évolution des lesions cutanées lepreuses. Rev. Bras. Leprol. N.º especial — 1937.
- Luiz Marino Bechelli — Godoy Araujo** — Associação lepra — tuberculose num caso de tumor ganglionar gigante da região crural direita. N.º Especial da Rev. Bras. Lep. 1937 — pag. 303.
- Lie, H. P.** — Tuberculosis and Leprosy. Acta Dermato-Venereologica — 1927. pag. 21.
- Lowe** — Leprosy and tuberculosis. Original pag. 134. Leprosy in India. 1939, Vol. XI.
- Muir, E.** — Leprosy and tuberculosis. Leprosy Review — 1937 — Vol. VIII.
- Milian** — Nouvelle Pratique Dermatologique. Syphilis.
- Nelson Souza Campos — Abrahão Rothberg** — Casos clinicos. N.º Especial da Rev. Bras. Leprol. — 1938 — pag. 137.
- Rogers — Muir** — Leprosy.
- Rabello Junior** — Novas observações sobre a infecção tuberculosa na lepra. Rev. Bras. Leprol. Vol. V — n.º 4 — pag. 465.
- Wayson** — Leprosy with Tuberculosis in Hawaii. Public Health Reports, 1934 — Vol. 49 — Vol. 41.
- Rothberg, Abrahão** — Estudos sobre as reações tuberculínicas na lepra. Rev. Bras. Leprol. set. 1938 — pag. 245.





# SYPHILIS

# Rhodarsin

## O arsenobenzol da actualidade

O mais moderno, mais espirillicida e mais toleravel dos arsenobenzóes. Satisfaz integralmente ás exigencias de "standardização" da Commissão de Hygiene da Liga das Nações.

### DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

### EMBALLAGENS:

Caixa de I e 10 ampolas de cada dose  
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70), para um tratamento completo.  
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO



# **Casa Lohner S/A**

SAO PAULO  
RUA SAO BENTO, 216

RIO DE JANEIRO  
AV. RIO BRANCO, 133

Representante exclusiva da

**Siemens - Reiniger - Werke A/G**  
BERLIM

A mais completa organização em nosso paiz para bem servir os snrs. medicos, dentistas, chemicos, analyistas e os estabelecimentos de ensino.

APPARELHOS DE RAIOS X,

electro- e heliotherapia,

equipamentos completos para hospitaes,

consultorios e gabinetes dentarios,

apparelhamento para laboratorios de

pesquiza e o estudo de physica e

chimica.

FILIAES EM PORTO ALEGRE, CURITYBA e RECIFE.