

ESTUDO CLINICO DAS CLASSIFICAÇÕES DA LEPRA

DR. RUBENS CUNHA NOBREGA

Médico da Inspeção Regional
da CASA BRANCA.

INTRODUÇÃO

“CLASSIFICAR: — Reunir em classes e grupos respectivos segundo um sistema ou método de classificação.

O trabalho da classificação consiste em distribuir por grupos comuns os seres que se parecem uns com os outros.

A classificação artificial consiste em classificar os objetos segundo um só caráter, tirado não de entre os mais importantes, mas de entre os mais visíveis. Dêste genero são as classificações botânicas de Tournefort e de Linneu. O dicionario é o seu tipo mais perfeito.

A classificação natural em vez de ordenar apenas os conhecimentos adquiridos, esforça-se por reproduzir o sistema da natureza. E' tanto melhor quanto mais se aproxima dêle. Nêste sentido, apoia-se sobre o maior numero possivel de caractêres, a cada um dos quais, se esforça por atribuir o seu valor real. Um problema essencial é distinguir os caractêres dominantes e os caracteres subordinados. A classificação natural trabalha, por-

tanto, para oferecer-nos um quadro das leis de coexistência e de subordinação que unem, entre si, os caractéres dos diferentes seres.

Não há classificação perfeita, porque o nosso conhecimento da natureza é muito incompleto e porque a propria natureza parece, por vezes, caprichosa."

A lepra, molestia cuja origem remota perde-se na historia, anatematizando com estigmas marcantes o homem, sua vitima predileta, quasi unica, foi durante muito tempo relegada a um plano de afastamento, motivado por crenças esdrúxulas que impunham ao doente um isolamento forçado.

E', por assim dizer, recente o que se tem escrito de proveito. Naturalmente, passando a lepra a ser objeto de cogitações e estudos é que se pôde conhecer, com pormenores, os resultados da presença do *M. leprae* no organismo humano.

Surgiu, então, a necessidade de grupar, por seus caractéres diferenciais, as lesões dos quadros polimorfos que a lepra apresenta.

Começando com DANIELSEN e BOECK até a época atual, muitas foram as classificações apresentadas, baseadas em critérios diversos. Como resultado natural, varias delas foram postas de lado, porque não satisfaziam o fim desejado.

O escopo de nosso trabalho é focalizar as classificações que resistiram, por tempo apreciavel, à destruição motivada pela observação e aquisição de novos conhecimentos.

Dentre elas salientaremos a de Leloir, a de Manilha e a do Cairo.

Em particular a classificação Sul Americana, proposta pela Revista Paulista de Leprologia, atualmente motivo de comentarios tão divergentes que vale a pena os rememorar e comentar à medida que formos desenvolvendo o nosso tema.

Ao mesmo tempo procuraremos traçar paralelos entre as duas ultimas classificações, salientando as vantagens e desvantagens existentes.

Para tanto tentaremos classificar 1.400 doentes, todos observados e na sua maioria internados no Asilo Colonia Cocais, elemento esse que constitue o material para nosso estudo. Cuidaremos mais adiante de juntar algumas observações, para salientar com o devido realce o alcance pratico das mesmas.

Tocaremos de leve o conceito prognóstico da lepra. Chegando a este ponto abriremos um parêntesis para focalizar de perto a questão da lepra tuberculoide, não só sob o ponto de vista do jogar que ocupa na classificação, como forma fundamental, mas também no que diz respeito a sua "benignidade", já bastante acentuada entre

nós, considerando-se as suas sequelas sob o ponto de vista social.

Para efeito de melhor exposição, dividiremos nosso trabalho em capítulos, procurando dêste modo destacar o que mais interessa afim de tomar, com algum proveito, as nossas conclusões.

CAPITULO I

Critério das classificações mais conhecidas. Danielsen-Boeck, Hansen, Leloir, Manila, Cairo, Sul-Americana.

Desprezando-se as classificações históricas, já nos primeiros estudos sobre as formas da lepra, o critério dualista predomina, persistindo até nossos dias. Deixando de lado os estudos de ROBINSON (1819), FUCHS (1831), que, pôde dizer-se, foram os primeiros em citar as diferenças entre as duas formas tuberosa e anestésica, passaremos a analisar o trabalho de DANIELSEN-BOECK (1848).

Êstes autores, ainda sob critério dualista, distinguem a lepra "tuberosa" e a lepra "anestésica", caracterizando os sintomas mais importantes dessas formas, isto é, em uma a erupção da pele, em outra a anestesia, resultante da afecção dos nervos.

DANIELSEN-BOECK consideram também a forma mixta, resultante da combinação das formas tuberosa e anestésica.

A diferença entre essas formas fundamentais, deixa de existir se considerarmos que frequentemente a forma tuberosa se complica com a anestésica, como também a forma anestésica se complica, às vezes, com elementos tuberosos.

HANSEN, comentando a classificação de DANIELSEN-BOECK, escreve: —

“Como reconheceram Danielsen e Boeck, as erupções na pele existem em ambas as formas, e visto que, elas diferem tanto clinicamente, e, como também de algum modo, na formação anatomica, talvez fosse mais estritamente correto indicar as duas formas por lepra tuberosa (tuberculosa) e lepra maculosa ou laevis. Porém, em primeiro lugar, é de vantagem contestavel alterar uma nomenclatura universalmente aceita, e, em segundo, acontece, frequentemente, ver-se o paciente pela primeira vez, depois do desaparecimento da erupção macular só com anestesia, de modo que a designação de lepra anestésica descreve exatamente o caso. Mas, para dar à erupção cutanea da forma anestésica seu lugar apropriado na nomenclatura, indicaremos as duas formas da molestia por lepra Tuberosa (tuberculosa) e lepra maculo-anestésica. E, assim, esperamos ter feito justiça tanto aos fundadores do estudo científico da lepra, como aos aspectos clinicos da molestia”.

Vemos, pois, que Hansen, com maior visão, adotando o critério

clínico morfológico, distingue duas formas: — a forma tuberosa como afecção da pele e do nervo, com síndrome eruptivo tuberoso, e forma máculo-anestésica como afecção da pele e do nervo, com síndrome eruptivo tuberoso, e forma máculo-anestésica como afecção da pele e do nervo, com síndrome eruptivo maculoso. HANSEN, pois, ressaltou o valor das lesões maculosas, o que não foi feito por Danielsen-Boeck nem Leloir.

Anteriormente à classificação de HANSEN, LELOIR (1886), adotando critério anátomo-topográfico distinguiu duas grandes formas de lepra: — “lepra sistematizada tegumentar” e “lepra sistematizada nervosa ou anestésica”, segundo o *Mycobacterium Leprae* se fixava na pele ou nos nervos periféricos. Na pratica esses tipos clínicos se combinam ou se sucedem num mesmo individuo, donde a forma mixta enquadrando os doentes que apresentam simultaneamente sintomas da lepra nervosa e cutanea.

Ao tratarmos particularmente da classificação de LELOIR, faremos as criticas que julgarmos necessarias.

HANSEN não admitiu a existencia da forma mixta, pois que todos os casos com lesão tuberosa aparecem ligados a neurites com anestésias, e acabam por transformar-se em lepra anestésica, bastando para isso que o paciente viva o tempo suficiente. Argumenta ainda dizendo ser as lesões cutâneas da forma maculo-anestésica de origem bacilar, como as lesões cutâneas da forma tuberosa; e que a transformação de uma forma para outra mostra a unidade das mesmas.

Considerando ainda o critério das classificações mais conhecidas, faremos ligeiras referencias às classificações de Manila, Cairo e Sul Americana, para, em seguida, por meio de capitulos especiais, analisarmos, em separado, a cada uma delas.

A classificação de Manila, ainda dualista, considerou dois tipos fundamentais de acordo com critério topográfico idêntico ao de LELOIR, distinguindo assim as formas cutânea e nervosa.

Na classificação do Cairo, notamos critérios mixto, topográfico de um lado, histopatológico de outro, tendo como resultantes as formas lepromatosa e nervosa.

Finalmente na classificação Sul Americana prevalece o critério anátomo-patológico, ao qual correspondem aspéto clinicas particulares e, acessoriamente, a imunologia e bacteriologia.

Passaremos a analisar as diversas classificações, ajuntando comentarios à margem, para que nas conclusões tenhamos facilitada a tarefa.

O próximo capitulo, se bem que pequeno, é reservado à classificação de LELOIR. Distinguimo-la, porque fixou formas topográficas que encontram ainda defensores em nosso meio.

CAPITULO II

Classificação de Leloir — Critica.

Henri LELOIR, professor da Faculdade de Medicina de Lille, (França), após sua designação para observar a lepra na Noruega, que naquele tempo apresentava farto material, em 1886 publicou os resultados de seus estudos em alentado tratado pratico e teorico da lepra. Observador sagaz, assinalou com minuciosidade tudo o que lhe foi dado ver. Seu livro é substanciosamente precioso. Nossos conhecimentos atuais mostram que Leloir, já naquela época, pouco deixou escapar. O que se acrescentar, ou modificar na sua esplendida obra, em nada poderá empaná-la.

Na definição de lepra, corroborando BESNIER e DOYON, julga vantajoso suprimir de vez as varias denominações dadas para designar a mesma entidade mórbida. Propõe a adoção definitiva do termo lepra.

Como o nosso objetivo é tecer comentarios à margem das classificações, é logico não podermos deixar de enfeixar em nosso trabalho, classificação que tem sido a norteadora de tantas outras.

LELOIR distinguiu de inicio duas grandes formas: — “Lepra sistematizada tegumentar” e “lepra sistematizada nervosa”. Na primeira forma, o germe patogênico limitaria a agressão ao tegumento tutano. No tocante a segunda, sua justificação é a seguinte: "Lepra nervorum (VIRCHOW, CARTER, NEISSER); lepra trofoneurotica ou sistematizada nervosa (H. LELOIR). Essas denominações apresentam a vantagem de indicar a localização, a característica maior desta variedade de lepra, do sistema nervoso periferico e as perturbações tróficas que são a sua consequencia (paralisias e atrofiás, ulcerações, mutilações, calosidades e males perfurantes). Assim, nesta variedade de lepra, o exantema, seja Ele maculoso ou penfigoide, não constitue senão fenômeno secundario se bem que importante. O caracteristico desta forma de lepra é o conjunto de lesões (trófoneuroticas) consecutivas às lesões do sistema nervoso periférico (lepra sistematizada nervosa)".

A denominação de lepra tuberosa ou sistematizada tegumentar nos mostra em seguida que ela é a característica mais importante desta variedade, máu grado os fenômenos secundarios (maculas, anestesia, etc.) que a precedem ou acompanham.

"Sendo a sistematização dificilmente completa, resulta que as formas precedentes, raramente existem em estado puro; pelo menos durante toda a duração de sua evolução. Suas localizações, suas lesões e portanto seus sintomas, concordam no mais das vezes, ao fim de espaço de tempo mais ou menos longo. Esta é a for-

ma que corresponde à chamada — forma mixta, cuja existencia basta para mostrar a unidade da lepra.

Vemos pois, que a justificação da forma mixta nada mais é do que a extensão do processo da, pele ao nervo ou deste àquela.

A alteração produzida pelo agente patogenico sendo a mesma, quer na pele, quer no nervo não poderá ter significado de "forma", mas sim de localização.

Foi o critério anátomo-topográfico a base fundamental da classificação.

Debaixo desse ponto de vista teríamos então mais duas formas: lepra ocular e lepra visceral; e não, apenas, as duas grandes formas de lepra: — lepra sistematizada nervosa e sistematizada tegumentar, segundo o *Mycrobacterium leprae* toma como habitat o nervo periférico ou a pele.

LELOIR procurou dar ao termo forma, atributos de ordem anátomo-topográfico.

Quer sob o ponto de vista clínico ou prognóstico, epidemiológico ou terapêutico, a classificação acima, é pouco clara.

Assim o diagnostico de lepra cutanea cabe a doentes portadores de lesões diversas como máculas, nódulos lepróticos, lesões das mucosas, etc.; o mesmo acontece a doentes classificados no tipo nervoso, onde encontraremos doentes com lesões nervosas residuais, nos quais a molestia desapareceu, classificados junto a doentes com lesões nervosas, nos quais, porém, a lepra está em evolução.

No que diz respeito ao prognostico a confusão é a mesma; pois não podemos fazer a mesma conjectura em todos os casos de lepra, cutanea ou nervosa, dependendo esta do estado mais avançado das lesões. Na classificação classica, não ha nenhuma distinção entre os diversos doentes; todos são agrupados debaixo da mesma denominação de lepra cutanea, lepra nervosa e lepra mixta.

Pelas mesmas razões, a classificação não serve de guia para assentar as bases terapêuticas e epidemiológicas de um determinado caso.

CAPITULO III

Classificação de Manila — Critica.

Em Janeiro de 1931, reuniu-se em Manila um grupo de leprólogos afim de estabelecer normas sob bases técnicas que orientassem, daí por deante, os estudiosos do mal de Hansen.

Já na Conferencia de Bangkok, levantaram a questão abordando pontos de importancia indiscutivel tais como uniformidade na

terminologia, na documentação e técnica dos exames, definição das lesões, sinais de atividade e classificação das formas de lepra.

A classificação até então aceita era a que admitia três tipos de lepra; máculo-anestésica, cutânea e mixta, classificação essa que tornou por demais confuso o enquadramento das formas da lepra.

Resultou das exposições de Manila muita coisa de interessante — definição das lesões, terminologia.

Salientaram com o devido realce a necessidade premente de se estabelecer uma classificação uniforme, diante da diversidade de ideias até então reinantes.

Foram então propostas as razões justificativas dos tipos fundamentais. Pensando apoiar-se em dados exclusivamente clínicos, o que daria à classificação caráter eminentemente clínico, foi exposto o seguinte: —

“A lepra é doença geral do organismo. Não existe tipo onde a lesão seja limitada a um só tecido e nem sempre é possível com os métodos correntes, evidenciar os bacilos. Todos os casos diagnosticáveis, são a um critério casos mixtos. Por conseguinte, toda classificação deve ser ainda baseada nos sinais clínicos predominantes. A conferência é de opinião que os casos de lepra devem ser classificados em dois tipos principais, que seriam denominados: — tipo nervoso e tipo cutâneo.”

Interpretando o que acima foi explanado, concluiremos que a rigor todos os casos serão forçosamente mixtos, podendo predominar o tipo cutâneo sobre o nervoso ou este sobre aquele. Isto, porém, sem dúvida alguma é baseado em sistemas atingidos pela agressividade do bacilo patogênico. Logo, uma viscera atingida (fígado por exemplo) comportaria a criação de um terceiro tipo — o visceral.

Não nos parece despropositado este comentário, visto que naquela ocasião já haviam sido assinaladas indubitáveis alterações viscerais produzidas pelo bacilo leproso; demais lembremo-nos de que, logo ao iniciarem a descrição dos tipos, afirmaram ser a lepra "uma doença geral do organismo."

Resalta disso ser a classificação baseada em razões de ordem topográfica.

Poderíamos ainda interpretar os casos mixtos, como o comprometimento ao mesmo tempo de mais de um tecido. Isto poderia muito bem ser admitido se bem que frente a determinados casos, não poderíamos clinicamente, evidenciar mais que um tecido lesado. Nêstes casos, mesmo os recursos atuais de laboratório não trariam luz suficiente para aclarar a questão.

Mas as razões apresentadas tornam a classificação apenas topográfica: —

“A clínica e a histologia, mostram que o bacilo da lepra possui uma afinidade especial pelos nervos periféricos.

Clinicamente, muitos casos, por necessidade da pratica, podem ser considerados como essencialmente nervosos.

Apresentam frequentemente lesões visíveis da pele (em regra hipopigmentadas) bem como as lesões típicas, onde o exame bacteriológico pelos metodos usuais são constantemente negativos, podendo-se entretanto encontrar bacilos na mucosa nasal, ainda que a sua evolução clinica seja diferente das lesões leproticas da pele. Fazendo-se abstração da maneira pela qual o bacilo penetra no organismo, do mecanismo de produção das lesões cutaneas, da possivel presença de bacilos em outros tecidos, tais como os gânglios linfaticos, é racional e util admitir um tipo nervoso de lepra. Mas, deve-se convir que os casos nervosos podem tornar-se cutaneos pelo desenvolvimento ulterior de lesões leproticas nos tecidos superficiais.”

Essas razões, essa defesa de um tipo nervoso, foi calcada em criterio mais de comodidade que de criterio científico. O rigor científico não permite deduzir que é “racional e util admitir um tipo nervoso de lepra.”

Logo adiante encontramos: —

“Por outro lado um tipo de lepra, puramente tutano não existe. Etc....”

Deduz-se, portanto, que os doentes de lepra apresentam invariavelmente alterações cutâneas e nervosas principalmente. Encontramos pois, dentro do tipo nervoso grande margem de variações, originando confusões na sua unidade como tipo fundamental. E, qual seria o criterio em que nos apoiariamos para fazer prognosticós? Não seria possível, pelo que ficou consignado, socorreremo-nos senão da bacteriologia.

A-pesar-de confusa a exposição das razões, propuzeram como principais: —

“Nervosa (N) -- todos os casas com evidente invasão dos nervos, atual ou anterior, quer dizer, alterações da sensibilidade com ou sem alterações da pigmentação e da circulação, perturbações troficas ou paralisias, com suas conseqüências — atrofiás, retrações, úlceras, não acompanhadas de alterações leproticas da pele.

Cutaneas (C) — Todos os casos com lesões leproticas da pele. Estes casos, podem ou não, manifestar a qualquer momento sintomas de invasão dos nervos.”

Como sub-tipos, adotaram criterio arítmico indicando o grau de gravidade.

Teríamos assim, por exemplo, um caso cujas manifestações fossem as seguintes: —

- 2 areas limitadas com perturbações disestesicas e discromicas.
- 1 mão com atrofia dos interosseos dorsais.

- 1 camptodactilia.
- 2 maculas leproticas (hoje alteração lepromatosa).
- 2 areas de infiltração.
- 6 nodulos pequenos.

Bem, ao par dessa discriminação numerica, acrescentariamos onde falta, a localização, isto é, as regiões onde se assestam, para tornar mais completa a observação. Teriamos assim, sob o ponto de vista nervoso um caso N1; sob o ponto de vista cutâneo um caso C1; ajuntando teriamos C1N1.

Clinicamente seria benigno nas duas manifestações.

Perguntamos agora: Quem, em sã consciencia, mesmo tendo participado do Congresso de Manila, onde teórica e comodamente tornaram benignas as manifestações cutâneas, ousaria dizer que C1N1 = Prognosis vergens ad bonum?

Frizemos aqui que emprestamos a significação de cutânea a alteração *lepromatosa*, o que corresponde à realidade.

O Congresso de Manila: —

A) — subordinou o estudo clínico da lepra a um criterio de localização anatomico predominante, pensando adotar um criterio clínico. Adotando êsse criterio topográfico, distinguiu duas formas da molestia: — cutânea e nervosa.

Ora, todos os casos de lepra, com excepção dos chamados "nervosos puros", são cutâneos, não se justificando pois a denominação cutânea para dizer de uma forma especial de lepra.

A denominação "nervosa" também não se justifica, quer sob o ponto de vista clínico ou terapêutico, prognóstico ou epidemiológico. Ao tratarmos da classificação de Leloir, já fizemos comentarios a êsse criterio de divisão extritamente topográfico, dizendo que debaixo da denominação "forma nervosa", encontramos doentes com lesões residuais, nos quais a molestia desaparece, classificados junto a doentes com lesões nervosas, porém, nos quais a moléstia está em evolução.

Vejamos o que diz Rabelo Jr.: —

"A lepra cutanea pôde ser na verdade extremamente maligna e pulular de bacilo (forma lepromatosa), ou acentuadamente benigna, quasi sem bacilos (forma tuberculoide). A lepra "nervosa" igualmente não resiste as criticas que lhe fazemos de confundir com um mesmo nome coisas radicalmente diferentes como: lesões tróficas devidas a um processo lepromatoso rico em bacilos, e lesões tróficas devidas a urna neurite tuberculoide, sem bacilos. Melhor será falar em "manifestações ou síndromes nervosas da lepra", manifestações sensitivas e troficas clinicamente semelhantes, mas biologicamente diferentes":

B) — não considerou a forma Tuberculoide, quando ela já tinha

sido objeto de estudos de varios AA, e, apresentava caractéres peculiares que permitiam evidencia-la como forma;

C) — adotou em sentido tão ampla a definição da palavra "leprotica" (designada para substituir o termo lepromatoso) incluindo, até as leprides granulomatosas;

D) — graduou por expressões numericas a severidade dos casos, donde variações pessoais e consequente instabilidade, onde a fixidez é elemento imprescindivel; além disso, êsse juízo, para dizer da gravidade ou benignidade, não traz informes precisos, pois que a marcha de qualquer molestia não depende apenas do numero de lesões existentes, mas sim de um conjunto de fatores aos quais estão subordinados o *numero, a localização, a extensão e a natureza das lesões.*

Ao se falar de um caso *lepromatoso*, já tiramos conclusões de ordem bacteriológica, imunológica e prognostica do caso, importando pouco o numero de lepromas existentes.

Creemos não ser necessario nos alongar mais em comentarios a tão infeliz classificação.

Cuidamos apenas por alto daqueles que logo sentiram os resultados desastrosos de tal classificação e apressaram a apresentar emendas, como se pudesse sustentar edificio construido em alicerces por demais vulneraveis.

Assim, Lie opina que o símbolo N déve ser restringido aos casos sem maculas — denominando-os de "lepra nervosa pura", empregando a denominação "neuro macular" em vez de "nervosa" quando houvesse lesões cutaneas. Por outro lado, LIE achando que o termo Cutaneo "C" não é satisfatorio, propõe a sua substituição por "T". Considera ainda os casos tuberculoides do tipo maculo-anestesico indicando-os pelo simbolo N Mt.

GERMOND considerando o termo Cutaneo, empregaria "C" como símbolo de todos os casos que teem lesões cutaneas de qualquer especie; não ha duvida que êsse criterio seria altamente confuso.

DUBOIS e DUPONT afirmam que se a classificação fosse necessario depender de um criterio unico, empregariam o bacteriologico.

WADE propõe uma revisão à classificação de Manila. A divisão primaria em tipo e a sub-classificação são mantidas mas elaboram-se especificações.

Não obstante, é no que diz respeito à lepra Tuberculoides que WADE chama particularmente a atenção, considerando-a como variedade do tipo nervoso e distinguindo diferentes grãos clinicos: — "major", "minor", "papulosa" e simples.

A inclusão da lepra tuberculoide no quadro geral da classificação, não deixa de ser de importancia, mas, as modificações propostas à classificação de Manila, não são de molde a satisfazerem, e, assim, chegamos ao Congresso do Cairo, cuja classificação passamos agora a analisar no capitulo seguinte.

CAPITULO IV

Classificação do Cairo — Critica.

Em Março de 1938, após experimentação com a classificação de Manila, que não resistiu às criticas, foi proposta pelo Congresso do Cairo, outra que agora passamos a analisar.

Primeiramente dois tipos fundamentais foram admitidos: — o nervoso e o lepromatoso.

"Tipo Neural (nervoso) (N). — Todos os casos da forma benigna de lepra, com disturbios de natureza polineuritica (isto é, alterações da sensibilidade periferica, disturbios troficos, atrofias e paralisias e suas sequelas), ou com maculas de natureza não lepromatosa, isto é, leprides habitualmente com disturbios sensitivos localizados, ou ambos. Estes casos evidenciam resistencia relativa à infecção, são de prognóstico bom em relação à vida, se bem que pode ocorrer mutilação, e comumente reagem positivamente à lepromina. As lesões cutaneas são tipicamente, ainda que não invariavelmente, negativas para bacilos, se bem que a mucosa nasal sela algumas vezes positiva. Muitas dela são de natureza histológica tuberculoide".

"Tipo Lepromatoso (o antigo cutaneo) (L). — Todos os casos da forma maligna da lepra relativamente não resistentes e de mau prognóstico, habitualmente negativos à lepromina, apresentando lesões lepromatosas da pele e de outros órgãos, especialmente dos troncos nervosos. O exame bacteriológico usualmente revela abundantes bacilos. Podem ou não estar presentes os disturbios de natureza polineuritica; acham-se habitualmente ausentes nos estados precoces e presentes nos estados mais tardios dos casos provenientes secundariamente da forma neural".

Vemos pois, na distinção das formas fundamentais, critério diverso, ambiguo na sua dualidade; o primeiro grupo apoia-se em criterio topográfico, enquanto que o lepromatoso é baseado em critério anatomopatológico.

A denominação lepromatosa, sem duvida alguma é muito mais expressiva que a de cutanea da classificação de Manila, pois engloba todos os casos cutaneos de Manila, afastando os que estruturalmente não o são, tais como os tuberculoides.

A classificação do Cairo, porém, conserva a denominação nervosa, enfeixando todos os inconvenientes já assinalados por incluir debaixo da mesma denominação casos completamente diversos sob

o ponto de vista clínico, terapeutico, epidemiológico e prognostico. Inutil seria repisarmos nêsse ponto, já suficientemente debatido ao tratarmos das classificações de LELOIR e MANILA.

Na classificação do Cairo ainda foi lembrada a prova da lepromin se bem que a nosso vêr não lhe emprestassem o devido valor, já na ocasião posto em evidencia por grande numero de experimentadores.

A classificação Sul Americana, dando à intradermo-reação de Mitsuda valor como elemento subsidiario, mostra não ter descuidado das questões que dizem respeito aos fenómenos immuno-biológicos.

Da analyse que acabamos de fazer ressalta o inconveniente mais sério da Classificação de Cairo: — distinguir como forma fundamental, baseado num critério topográfico, a forma NERVOSA.

*
* *

Os tipos fundamentais da Classificação do Cairo comportam sub-tipos de acordo com: —

- 1) — Grau de adiantamento da molestia.
- 2) — Natureza das lesões apresentadas.

O gráu de adiantamento da molestia, é avaliado por expressões numéricas; critério identico ao da classificação de Manila, com a mesma inefficiencia decorrentes a variações pessoais e outros inconvenientes.

Na subdivisão em tipos de acordo com a natureza das lesões apresentadas, a classificação do Cairo não considera na forma lepromatosa nenhuma variedade suficientemente distinta que necessite de uma classificação formal.

No tipo neural distingue a Classificação do Cairo os seguintes sub-tipos: —

Anestesico ou nervoso puro.
Macular.

O sub-tipo macular comporta por sua vez a divisão em: —

macular simples.
macular tuberculoide.

No sub-tipo anestesico ou nervoso puro são incluídos os casos apresentando unica e exclusivamente manifestações decorrentes do comprometimento dos nervos.

E' indubitavel que os casos considerados nervosos puros pelo Cairo, isto é, aqueles com disturbios de natureza polineuritica, são semelhantes em sua sintomatologia clínica, pois apresentam as mes-

mas manifestações. Essencialmente pratico, esse ponto de vista foge, porém, à realidade científica, pois tais manifestações clinicas semelhantes têm origem em processos de natureza diversa perfeitamente demonstráveis pela anatomopatologia.

Assim, por exemplo, entre os nervosos puros do Cairo estão incluídos aqueles com distúrbios de natureza polineurítica, mas cujo processo localizado no nervo era de natureza tuberculóide.

Na definição do tipo neural, são incluídos pois os casos maculares simples, representados por lesões acrómicas, eritemato-hipocrômicas. Lembremos que casos assim, são de involução incerta, e apresentam em sua maioria estrutura incomparável, podendo evoluir para determinadas formas. Ao tratarmos da correspondência entre as classificações do Cairo e Sul Americana. analisaremos com pormenores o assunto.

Ainda na variedade macular estão incluídos os casos tuberculóides. Ora, não ha duvida ser a lepra tuberculóide portadora de caracteres peculiares que permite considera-la como forma individuada e não subtipo da forma nervosa. Ao tratarmos da posição da lepra tuberculóide no quadro geral da classificação de lepra, daremos as razões pelas quais deve ser a mesma considerada como forma fundamental.

Considera ainda os casos "mixtos", com ressalvas, não conceituando-os como tipo de lepra, pretendendo com essa denominação classificar casos no tempo, isto é, com criterio evolutivo.

"contudo casos do tipo lepromatoso apresentam usualmente, mais cedo ou mais tarde, graus variáveis de comprometimento polineurítico. Para precisar tais casos "mixtos" ou "compostos", podem ser designados por LN".

Com o mesmo juizo temos a denominação de "neurais" secundarios, reservada aos casos "mixtos" nos quais os elementos lepromatosos desapareceram, deixando apenas as manifestações polineuríticas como lembrança.

*

* *

Estudo superficial da classificação do Cairo pôde nos levar a conclusões erroneas pelo fato de, com facilidade permitir o enquadramento nela, de todos os casos de lepra. Não ha duvida que tal classificação oferece grande coeficiente de comodidade, mas é indubitavel que o ponto de vista pratico do uma classificação não deve prevalecer ao científico, e hoje sabemos que cientificamente a classificação do Cairo muito deixa a desejar.

CAPITULO V

Classificação Sul Americana. Critério para a divisão das formas fundamentais, em relação às duas outras. — Critica. Dificuldade para a classificação dos casos nervosos simples do Cairo.

A Revista Brasileira de Leprologia em seu N.º 2, de Junho de 1939, publicou o resumo de uma nova classificação de lepra, que passou a ser chamada Sul Americana, por estar de acordo com a maioria dos leprólogos do nosso continente. O critério adotado na distinção das formas fundamentais, difere daquele escolhido pelas classificações de Manila e Cairo.

Já vimos e comentámos o critério topográfico da classificação de Manila orientado de acordo com a preferência da infecção, ora pelo tegumento cutâneo, ora pelo sistema nervoso periférico. Já falámos dos inconvenientes em se considerar os tipos nervoso e cutâneo como formas fundamentais, quando na verdade são expressões de um mesmo processo — tuberculoide, lepromatoso ou incaracterístico.

Seria inútil repisar os inconvenientes decorrentes do critério polimorfo, histopatológico e topográfico da classificação do Cairo.

Na classificação Sul Americana, prevaleceu, na distribuição das formas fundamentais, o critério anátomo-patológico ao qual corresponde aspécto clínico particular, e acessoriamente a imunobiologia e a bacteriologia.

Desde os trabalhos de WIRCHOW, UNNA e outros, já se distinguem dois tipos de lesões cutâneas na lepra: — o tuberoso (lepromatoso) e o inflamatório simples; o primeiro caracterizado por infiltração nodular, com células vacuolizadas ao exame histológico e bacilos abundantes à bacterioscopia; o inflamatório simples com infiltração linfocitaria conjuntival mais ou menos acentuada e numero variável de bacilos.

Foi em 1898 que JADASSOHN, pela primeira vez, mostrou no processo leprótico a estrutura de um folículo tuberculoso. A partir dessa observação inicial de JADASSOHN, grande numero de AA. confirmou o achado.

JEANSELME, distingue três tipos de lesões leproticas, que nada mais representam senão as estruturas lepromatosa, tuberculoide e incaracterística.

Já no Congresso do Cairo, diversos leprólogos sul americanos, propuzeram o estudo de uma classificação baseada em critério anátomo-patológico. Nasceu daí a idéia proposta pela Revista Brasi-

leira de Leprologia, endossada por leprólogos brasileiros e outros do nosso continente, em se distinguir as fôrmas de lepra segundo critério anatomopatológico, considerando numa classificação primaria, três fôrmas fundamentais, lepromatosa, tuberculoide e incaracterística, correspondendo respectivamente às estruturas lepromatosa, tuberculoide e incaracterística.

Êsses tipos fundamentais, nitidamente separados pelo critério estrutural, distinguem-se ainda por razões de ordem clínica, bacterioscópica e imuno-biológica.

Assim, colocados em pontos diametralmente opostos, estão as formas lepromatosa e tuberculoide, apresentando os seus aspectos clínicos peculiares suficientes para diagnóstico, podendo, não obstante, apresentar fôrmas frustas, para o diagnóstico das quais somos obrigados a lançar mão da histopatologia; é preciso, porém, frizar que, na sua maioria, os casos são perfeitamente diagnosticáveis pelos seus aspectos clínicos.

Na forma lepromatosa são incluídos os casos com lepromas, infiltração lepromatosa, lesões maculares lepromatosas, caracterizadas principalmente pela cor fulva, manifestações para o lado dos nervos decorrentes a nevrites de natureza lepromatosa.

Nas manifestações cutâneas da lepra lepromatosa, o que chama a atenção é a questão relativa aos limites reais das lesões, ultrapassando os limites objetivos, e atingindo a pele circumvizinha.

Na lepra tuberculoide, são incluídos todos os casos de lesões tuberculoides primárias e secundárias, suas fôrmas reacionais, assim como as suas manifestações para o lado dos nervos. Nas lesões cutâneas tuberculoides observamos que os limites reais e objetivos se sobrepoem.

Finalmente temos a forma incaracterística com lesões acrómica, eritemato-hipocrômica e eritematosa plana, cujos limites podem ou não ser nitidos e cuja estrutura histológica é inespecífica. Ainda são incluídas nessa forma as neurites tronculares e as zonas de anestesia com fenômenos tróficos e amiotróficos.

Em correspondência aos caracteres estruturais e clínicos, a classificação Sul Americana, joga com a imuno-biologia e a bacterioscopia.

Na forma lepromatosa a bacterioscopia é quasi sempre positiva (95 a 100%) e a reação de Mitsuda quasi sempre negativa. O prognóstico dessa forma é reservado.

Na forma tuberculoide, com exceção da forma reacional, a bacterioscopia é quasi sempre negativa (95 a 98%), e quando positiva o é sempre transitoriamente. A reação de Mitsuda quasi sempre é positiva (90%), e o prognóstico é benigno geralmente.

Nas formas transicionais, a estrutura histológica é incharacteristica, a imunoalergia é instavel, e a bacteriologia variável, assim como o prognostico.

Cada uma das formas fundamentais é dividida em sub-tipos segundo o critério de localização, critério êsse, fundamental nas outras classificações.

Em resumo, nós temos na classificação Sul Americana, os seguintes tipos e sub-tipos:

FORMAS FUNDAMENTAIS	}	LEPROMATOSA: Correspondendo à estrutura lepromatosa.
		INCARACTERISTICA: Lesões com estrutura de infl. cronica incharacteristica.
		TUBERCULOIDE: Correspondendo aos diversos tipos de estrutura tuberculoide.

E' forçoso admitir, todavia, como expressão evolutiva terminal, ligadas a condições imuno-biologicas favoraveis à existencia de uma fórma residual de leara.

Sub-tipos: —

Fórma LEPROMATOSA	 	cutânea nervosa completa
Fórma INFLAMATORIA SIMPLES ou INCARACTERISTICA	 	cutânea nervosa cutâneo nervosa
Fórma TUBERCULOIDE	 	cutânea nervosa cutâneo nervosa

Uma vez proposta a discussão da classificação Sul Americana, grande numero de leprólogos manifestou-es a respeito. Alguns, tais como ARGEMIRO RODRIGUES, ORESTES DINIZ, FERREIRA DA ROSA e outros, estão de acordo com a orientação da classificação, e aceitam-na sem comentarios.

Para outros, a classificação é aceita debaixo de certas restrições: assim JOAQUIM MOTA, HILDEBRANDO PORTUGAL, SCHUJMAN, A. NEGRÃO, comentam a forma incharacteristica, particularmente no que diz respeito à bacterioscopia, achando ser muito elevada a percentagem de 50% de positividade. SCHUJMAN, tece ainda outras considerações, das quais trataremos lógo mais.

PEDRO BALIÑA e GUILHERME BASSOMBRIO, também aceitam, em principio, a classificação.

AURELIANO DE MOURA, está de acordo, mas propõe a criação de símbolos, de utilidade, principalmente na confecção de fichas.

HILDEBRANDO PORTUGAL, além de comentar a forma encaracterística, diz não estar muito convencido da autonomia da forma tuberculoide.

AGENOR NEGRÃO propõe a denominação de distrófica à forma encaracterística, e de lepromatosa neuro-cutânea à lepromatosa completa. Basta lembrarmos a evidencia de fenômenos distróficos nas formas lepromatosa e tuberculoide, para acharmos sem razão a proposta do A.. Ainda no que diz respeito à denominação de lepromatosa neuro-cutânea, crêmos melhor ser a conservação da denominação lepromatosa completa, incluindo assim o comprometimento visceral.

NICOLAS V. GRECO, acha que por ser a comprovação histológica apenas posterior ao exame clínico, deve uma classificação de lepra basear-se na sintomatologia dos doentes; a histopatologia, as reações biológicas devem ser empregadas como elementos complementares da clínica. Estudando a estatística apresentada pela Revista, comenta que apenas 22% dos casos dizem respeito às formas tuberculoide e lepromatosa, com quadro histopatológico característico, e que os restantes, 78%, ficam sob dependência do diagnóstico clínico. O A., porém, esquece que em muitos casos a forma clínica intermediaria (incaracterística) apresenta caracteres histopatológicos e clínicos estaveis.

Finalmente apresenta o A. uma classificação "clínica da lepra", bastante complicada e de aplicação muito difícil.

LUIZ BATISTA propõe que se considere dentro da forma lepromatosa, os seguintes sub-tipos: —

SUB-TIPOS	cutâneo, nervoso cutâneo-nervoso visceral completo.
------------------	--

Assim procede o A. por julgar difícil a classificação de um caso cutâneo com comprometimento visceral; ora, a denominação lepromatosa completa, resolve o caso.

A nosso ver, a classificação Sul Americana, embora não seja a ideal, é, no momento, a que mais satisfaz.

Uma classificação qualquer que seja não deve ser baseada em critério unico, clínico, anátomotopográfico ou outro, principalmente em se tratando de molestia como a lepra em que a multiplicidade dos quadros e enorme e conseqüente dificuldade em classifica-los.

Assim sendo, a classificação deve ter por base, conjunto de critérios que se correspondam entre si. A classificação Sul Americana foi realizada debaixo desses moldes, tendo base anátomo-patológica à qual corresponde um quadro clínico particular ao lado de fatores de ordem imuno-biológica e bacteriológica.

Devemos ressaltar que a classificação não é apenas anátomo-patológica, pois que aos termos lepromatoso e tuberculoide correspondem também síndromes clínicas particulares.

A classificação evolutiva na lepra não é possível, a exemplo do que se passa na sífilis e na tuberculose. Na lepra um individuo pode apresentar para o lado da pele numero variavel de elementos, com aspecto frequentemente polimorfo ou monomorfo. Porém, os elementos histológicos que fundamentam a diferenciação da alteração são sempre identicos. Na sífilis e na tuberculose, aos diversos períodos correspondem quadros clínicos particulares, fases com elementos subsidiarios proprios.

Na lepra existe apenas uma sistematização evolutiva em relação direta a uma determinada lesão. O quadro clínico somente sofre alteração numerica de elementos, que interpretamos como regressão ou peóra. Um mesmo individuo pode apresentar lesão em atividade máxima ao lado de outra silenciosa.

Somos, pois, partidarios da classificação Sul Americana, e estamos de acôrdo com SCHUJMAN quando diz ter essa classificação as seguintes de:

- a) — suprimir definitivamente a classificação topográfica da lepra;
- b) — ressaltar as duas formas opostas de lepra — lepromatosa de um lado e tuberculoide de outro.

RABELO Jr., acertadamente diz à sistematização anatomica de LELOIR, deve opor-se a sistematização histológica.

Já criticámos o critério topográfico da classificação de Manila, assim como já falámos do erro da classificação do Cairo em ter mantido a forma nervosa.

Não se justifica a existência de forma "nervosa" ou "cutânea" de lepra. Já na Conferência do Cairo, foi abandonado o tipo cutâneo, pois com excepção dos chamados "nervosos puros" todos os casos de lepra são cutâneos.

A denominação nervosa, para falar de uma fôrma especial de lepra, também, não tem a sua razão de ser. Assim se manifesta a Revista Brasileira de Leprologia, em seu N.º III de Setembro de 1939, justificando o desaparecimento da fôrma nervosa como fôrma fundamental.

"As alterações do nervo pelo processo leproso, está hoje sobejamente provado pela anatomo-patologia, que se processam ou por alterações de natureza lepromatosa, tuberculoide, ou por uma inflamação sem característico especial, tal qual se observa na pele. Assim, embora a molestia se exteriorize por sintomas nervosos isolados: anidrose, anestésias, amiotrofias, etc., a natureza da lesão que os determinou, está sempre dentro dos tipos fundamentais, lepromatoso, tuberculoide ou incaracterístico; e quando os sintomas nervosos se acham associados a manifestações cutâneas da molestia, as lesões do nervos, são sempre da mesma natureza que as da pele. A forma nervosa de assim ideia topografica da molestia e não um carater essencial ou fundamental."

Estamos de acordo com a Revista Brasileira de Leprologia, embora reconheçamos a dificuldade em classificar os casos chamados "nervosos puros" no Cairo, cuja classificação definitiva só pode ser feita pela biopsia do nervo, sem a qual, todos esses casos, são por força de expressão, colocados entre os incaracterísticos nervosos. Voltaremos, logo mais, a tratar desse assunto.

Nesse particular, RAMOS e SILVA, estudando a classificação atual, propoz uma classificação clinica: —

"Na forma neural inclue os casos cuja dominante clinica é o ataque aos nervos periféricos com seus sintomas (dores lancinantes da neurite aguda) e suas consequências (atrofias e mutilações). Do ponto de vista clinico esta forma e tão nitidamente caracterizada que se torna difficil conceber a sua supressão, embora os motivos científicos que levaram a escola paulista a esse extremo. Que importa ao clinico que a mão em garra ou a mutilação sejam em um caso a consecuencia de um leproma no trajeto do nervo e em outro de um granuloma de estrutura tuberculoide com a mesma localização? A forma da doença é a mesma, a sintomatologia identica, as consequências iguais."

Não pode negar-se que clinicamente as manifestações sensitivas e distróficas são semelhantes. Não é contudo razoavel confundir em uma mesma denominação processos radicalmente diferentes. De um lado o processo lepromatoso extremamente bacilifero. Doutra uma neurite tuberculoide com marcante pobreza bacilar.

Sob o ponto de vista pratico seria cômodo, sem duvida. Porém, manifestações clinicas semelhantes não bastam para justificar uma forma que se sobrepõe, no caso, a raizes histologicamente diversas.

São indiscutíveis as vantagens das denominações lepromatosa e tuberculoide, considerando a natureza do processo leprótico, que pode tanto atingir o nervo como a pele, ou ambos.

Devemos não nos esquecer que casos lepromatosos e tuberculoides se colocam em pontos diametralmente opostos no terreno da profilaxia; eminentemente contagiosos os primeiros, de contagiosidade talvez nula os ultimos.

Assinala ainda SCHUJMAN que a classificação Sul Americana tem a vantagem de ressaltar as duas fôrmas opostas da lepra — tuberculoide e lepromatosa.

Ao tratarmos da fôrma tuberculoide diremos das razões pelas quais deve a mesma ser considerada como fôrma fundamental, razões de ordem estrutural, clínica, epidemiológica, etc.

Continuando a sua análise à nova classificação SCHUJMAN, inicia a critica à mesma, dizendo que o inconveniente mais serio decorre do fato de ser a classificação essencialmente, fundamentalmente, anátomo-patológica, donde uma serie de inconvenientes exigindo conhecimentos anátomo-patológicos e histo-patológicos, além de necessitar de material especial para os exames, material êsse não existente nos dispensarios e inspetorias regionais.

Concordamos com a Revista Brasileira de Leprologia, quando respondendo à critica de SCHUJMAN, escreve: —

“Examinaremos êste argumento do ponto de vista científico e do ponto de vista pratico. Não podemos sujeitar os fatos tais como existem, tais como se apresentam, a maior ou menor facilidade que tenhamos em aprecia-los. Não nos parece que tenhamos que renunciar a uma classificação que se baseia na realidade dos fatos, porque haja alguém ou determinados serviços que não estejam em condições de aprecia-los, seja porque lhes faltem conhecimentos suficientes para entende-los, seja porque careçam de meios materiais para verifica-los. Com tal argumento poderíamos chegar, na nossa especialidade, a recusar fatos baseados na bacterioscopia ou na imunobiologia, porque os regionais poderão não dispor de laboratorio ou de material necessario à Reação de Mitsuda, e qualquer conceito baseado desses resultados estaria fora de seu alcance.”

Somos tambem do parecer que a maioria dos casos de lepra, são pela nova classificação, diagnosticaveis clinicamente, principalmente em se tratando de casos lepromatosos e tuberculoides cujos caractéres clínicos, já bastante conhecidos, nos fornecem dados suficientes, comprovados, quando se deseja, pela anátomo-patologia.

Mesmo os casos incaracteristicos, uma vez melhor conhecidos, deixariam de apresentar dificuldades na sua classificação, pois é indubitavel que eles apresentam caracteres particulares que os diferenciam dos lepromatosos e tuberculoides.

Quer nos parecer que a dificuldade está apenas nos casos incaracteristicos, pelo fato da existência de casos clinicamente incaracteristicos, cuja anátomo-patologia demonstra tratar-se de casos lepromatosos ou tuberculoides. E' preciso, porém que seja assinalado que tais casos constituem a minoria e não são suficientes para constituir serio impecilho à nova classificação.

Prosseguindo em suas críticas, SCHUJMAN faz alusão ao fato da histologia ser pouco concludente por se encontrar estrutura semelhante entre a reação tuberculoide e as lesões lepromatosas, po-

rém, ainda nêsse ponto, SCHUJMAN não está com a razão, pois tais casos são perfeitamente distintos embora possam ser "semelhantes."

Prossegue ainda o A. para dizer que entre uma lesão lepromatosa inicial e uma lesão tuberculoide em regressão ha escassissima ou nenhuma diferença histológica.

Vejamus como responde a Revista Brasileira de Leprologia: —

"Entre uma lesão lepromatosa inicial e uma lesão tuberculoide em regressão, ha diferenças fundamentais. Naquela há presença de celulas de Wirchow, sem as quais não seriam lepromatosas, e daí a presença de bacilos e, nesta, estrutura nodulares, ou apenas esboços ou resquícius de formação nodulares e ausencia sistematica de bacilos. Poderão coincidir a estrutura de uma futura lesão lepromatosa, quando em sua fase inicial, ainda incaracterística, e a de uma lesão tuberculoide completamente regredida, residual, também já na fase incaracterística. Fora disso não ha possibilidade alguma de que os dois quadros se assemelhem."

Para terminar a primeira parte de seus comentarios SCHUJMAN diz: — "a clinica é muitas vezes desorientadora, e tão pouco o caráter histológico é decisivo", inconvenientes esses, comenta a Revista Brasileira, "resultam da deficiencia atual de nossos conhecimentos, sem destruir a realidade dos fatos".

Propõe, então, SCHUJMAN uma classificação baseada nos caracteres imunobiológicos, avaliados pela reação de Mitsuda; assim teríamos: —

Mitsuda positivo = fôrmas alérgicas

Mitsuda negativo = fôrmas anérgicas

Uma classificação baseada exclusivamente na reação de Mitsuda, seria impraticável, já pelo fato de casos tuberculoides nem sempre apresentarem positiva essa reação, já por se tornarem inclassificaveis os casos de reação duvidosa, além de não estarem bastante clara as questões relativas à imunobiologia.

Finalmente SCHUJMAN passa a analisar a fôrma incaracterística, dizendo que, em nada nos orienta os seus caracteres clínicos, histológicos, bacteriológicos e imunobiológicos.

Estamos, em parte, de acôrdo com SCHUJMAN, mas queremos crer que a fôrma incaracterística até onde pese os nossos conhecimentos atuais, deve persistir.

Passaremos agora a analisar essa forma, ao mesmo tempo que faremos os comentarios julgados necessarios.

Embora constitua a forma incaracterística o ponto nevrálgico da atual classificação Sul Americana, possui ela caracteres clínicos, estruturais, etc., que permitem e justificam considera-la como forma fundamental ao lado das formas Tuberculoide e Lepromatosa.

Os caracteres clínicos nos permitem distinguir perfeitamente as lesões incaracterísticas, aliás, bem caracterizadas sob o ponto de vista clínico afetando uma das três variedades de lesões: — acrômicas, eritemato-hipocrômicas e eritematosas planas. Não obstante a possível transformação dessas lesões em outras tuberculoídes ou lepromatosas, a maioria delas não sofre alterações, permanecendo com o mesmo aspecto durante longo período de tempo, algumas regredindo depois, até o completo desaparecimento. As lesões incaracterísticas, podem ainda representar o resultado final de regressão das formas tuberculoíde e lepromatosa, constituindo lesões residuais.

Parece na verdade que a descrição clínica não fornece dados claros para a distinção da forma incaracterística, pois que encontramos máculas eritematosas morfológicamente incaracterísticas nas formas lepromatosas iniciais assim como, encontramos lesões eritemato-hipocrômicas nas formas tuberculoídes, sobretudo nas formas em regressão.

Porém, em sua maioria, as lesões incaracterísticas permanecem com o seu aspecto peculiar durante muito tempo, e, desde que os conhecimentos, sobre essa forma, sejam mais aprofundados, as confusões clínicas possíveis com os casos lepromatosos iniciais e tuberculoídes, serão afastados.

LAURO DE SOUZA LIMA e F. L. ALAYON num total de 255 casos morfológicamente incaracterísticos observaram a percentagem de 53% de casos que permaneceram sem sofrer alterações; dos casos restantes, 74 sofreram transformações progressivas no sentido tuberculoíde ou lepromatosos e 35 transformações regressivas. Foi ainda observado que essas transformações se operavam em período de tempo variável, mas nunca superior a quatro anos.

Como sabemos, a classificação Sul Americana tem base essencialmente anátomo-patológica. Pois bem, estudando a histopatologia das lesões incaracterísticas, vamos verificar mais uma justificativa na individualização dessa forma.

Verificamos que não obstante as mutações possíveis da forma incaracterística, não obstante a existência de lesões morfológicamente incaracterísticas, cuja estrutura corresponde a um quadro tuberculoíde franco ou em evolução, não obstante essa discordância entre o aspecto clínico e a histo-patologia, apesar dessa variedade de aspectos estruturais, a maioria das lesões, morfológicamente incaracterísticas, apresentam o quadro estrutural de uma inflamação crônica inespecífica.

LAURO DE SOUZA LIMA e F. L. ALAYON estudando a forma incaracterística, escrevem: —

“A permanência de estruturas inespecíficas, tanto nos casos iniciais como residuais, e a existência delas, por tempo longo nos casos cujas lesões se transformaram, justificam, do ponto de vista estrutural, como os caracteres clínicos já o fizeram, a individuação da forma incaracterística, entre as formas fundamentais da lepra”.

Passamos a analisar o caráter imuno-biológico da forma incaracterística. A imuno-biologia avaliada pela reação de Mitsuda vem trazer para a forma incaracterística, resultados que se repartem entre positivos e negativos. Em relação aos resultados da reação de Mitsuda, LAURO DE SOUZA LIMA e F. L. ALAYON assim se manifestam: —

“Ha alguns fatos gerais em relação aos resultados dessa reação, que deixamos desde já consignados: — em primeiro lugar está a nenhuma significação do resultado negativo da reação nos casos incaracterísticos. Esta afirmação documenta-se: a) no fato comprovado da mutação do resultado negativo em positivo; b) no de haver casos com resultados negativos permanentes, e apesar disso, transformarem-se em tuberculoides. Em segundo lugar, o grande valor do resultado fortemente positivo; que: a) acompanhou sempre a evolução favorável dos casos, seja pela transformação tuberculoides, seja pela regressão total das manifestações; b) nunca foram encontrados em pacientes cujas lesões se transformaram nas de forma lepromatosa. Finalmente a presença ou ausência de bacilos nas lesões incaracterísticas, parece não exercer influencia no resultado da reação”.

*

* *

Uma das características principais das lesões incaracterísticas é a evolução, onde, vamos encontrar elementos que permitem a sua diferenciação das lesões lepromatosas e tuberculoides. Vamos verificar que as lesões incaracterísticas, isto é, lesões acrômicas, eritemato-hipocrômicas e eritematosas planas, são fazes de um mesmo processo demonstrando a unidades dessas lesões, e, que elas são perfeitamente individuadas justificando a criação de uma forma especial: a INCARACTERÍSTICA.

Sabemos que as lesões da lepra, sob o ponto de vista de sua evolução, podem ser: — ativas, quiecentes e residuais. As primeiras são caracterizadas pela presença de sinais de progressão (eritema e infiltração) acompanhados ou não de bacilos nas lesões, ou de regressão (desaparecimento do eritema e infiltração). Lesões quiecentes são as que estão em atividade latente, e, residuais a expressão da atividade regressiva, onde toda a atividade desapareceu.

Assim, as lesões acrômicas da forma Incaracterística, representam residuos de lesões tuberculoides, ou são lesões em atividade latente representando as primeiras manifestações objetivas da molestia, ficando nesse caso, algum tempo sem sofrer alterações, para

entrar, em seguida em atividade progressiva, evoluindo para uma das formas polares.

Nas lesões eritemato-hipocrômicas, existe um sinal de atividade que é o eritema. Essas lesões podem permanecer em estado de atividade latente por muito tempo para, em determinado momento, sofrer a atividade progressiva no sentido das formas polares ou a regressiva, caminhando para as lesões acrômicas.

Nas lesões eritematosas planas o eritêma é mais acentuado; são ativas, real ou potencialmente, transformando-se em lesões tuberculoide ou lepromatosas, ou regredindo para lesões eritemato-hipocrômicas. Ainda podem representar o residuo da lepra tuberculoide reacional.

Vemos pois que os caractéres evolutivos das lesões incaracterísticas as diferenciam das lesões das outras formas, e, que essa evolução tanto pode dar-se no sentido tuberculoide como lepromatoso, não nos sendo possível, pelos caractéres clínicos, prever o sentido no qual dar-se-á essa mutação.

E' justamente baseado nêste fato da evolução, e, em ser uma denominação estrutural, que o termo incaracterístico cabe melhor para dizer dessa forma especial de lepra, bem distinta da forma tuberculoide e lepromatosa; é INCARACTERISTICA quanto à evolução, quanto à anátomo-patologia, indiscutivelmente os pontos mais importantes da questão; não importa que as lesões dessa forma apresentem aspéctos clínicos bem característicos.

Entre as denominações propostas para essa forma especial de lepra destaca-se a de "inflamatória simples", estrutural como a primeira, porém, mais longa e nada dizendo dos caractéres evolutivos.

A denominação "intermediária" também foi proposta, porém pode fazer supôr que essa forma represente o ponto intermediário entre as tuberculoide e lepromatosa, quando na verdade ela representa a origem ou o termino dessas lesões; além disso, o termo intermediário, não está de acordo com a nomenclatura moldada em critério estrutural.

Estudando pois a forma incaracterística encontramos certos fatos ainda não bem claros, decorrentes talvez do pouco conhecimento que possuímos dela; cremos porém, não persistirem tais duvidas quando, seguindo a evolução natural da ciência tivermos estudado melhor essa forma.

Encontramos não ha duvida casos clinicamente incaracterísticos com estrutura tuberculoide ou lepromatosa; lembremos porém, que a classificação não jôga apenas com os caractéres clínicos, mas também com a anátomo-patologia.

Somos de parecer que a forma Incaracterística, na base dos conhecimentos atuais, déve prevalecer, e as críticas a seu respeito

em, nada diminuem o valor indiscutível da classificação Sul Americana.

CAPITULO VI

Correspondência entre as formas fundamentais e sub-tipos na classificação Sul Americana e do Cairo.

Vamos procurar estudar nêsse capitulo a correspondência entre as formas fundamentais e sub-tipos na classificação Sul Americana e do Cairo.

Consideraremos em separado a cada uma das formas ou sub-tipos, iniciando pela fôrma lepromatosa.

A FORMA LEFROMATOSA, é considerada como fundamental nas duas classificações, que, nêsse particular, adotam critério anátomo-patológico. A classificação dó Cairo não considera sub-tipos na forma lepromatosa, justificando tal fato do seguinte modo:

"Nenhuma variedade de lepra lepromatosa tem sido estabelecida que seja suficientemente distinta, frequente e de ocorrência geral para necessitar uma classificação normal. Em logares (por ex. na India) onde muitos casos apresentam, ao menos por um tempo, comprometimento extenso e difuso da pele não localizado em mácula; ou infiltrações, poderia haver vantagem em distinguir taes casos (que puderam indicar-se com o simbolo Ld), mas não é certo que esta divisão seja de utilidade geral".

Na classificação Sul Americana vemos a forma lepromatosa comportando sub-tipos individuados de acordo com critério de localização do processo, critério anátomo-topográfico; assim distinguimos:

FORMA	SUB-TIPOS
LEPROMATOSA	cutânea
	nervosa
	completa

Lepromatosa cutânea é aquela em que o processo lepromatoso tem localização exclusivamente cutânea: nervosa quando localizado nos nervos, e completa quando atinge ao mesmo tempo a pele e os nervos. A denominação completa engloba também as lesões lepromatosas viscerais.

E' evidente que a classificação Sul Americana tem maior alcance científico, pois além de dizer da natureza do processo, assinala também a localização do mesmo; assim ao falarmos de um caso lepromatoso, de localização exclusivamente cutaneo sem manifestações nervosas e viscerais.

Passaremos agora a analisar a FORMA NERVOSA do Cairo, apresentando os seguintes sub-tipos: —

FORMA	SUB-TIPOS
NERVOSA	{ Nervoso simples Macular simples tuberculoide

Na classificação Sul Americana, a forma nervosa do Cairo não existe como tal. Já criticamos a classificação do Cairo por ter conservado a denominação NERVOSA para falar de uma forma fundamental de lepra. Passaremos, por conseguinte, a analisar os diversos sub-tipos dessa "FORMA NERVOSA" do Cairo e sua correspondência com a classificação Sul Americana.

Iniciaremos com a análise do sub-tipo nervoso simples, correspondente na classificação Sul Americana ao: —

Lepromatoso do nervo
Tuberculoide do nervo
Incaracterístico do nervo.

Não ha duvida que os casos rotulados "NERVOSOS PUROS" pelo Cairo apresentam uma sintomatologia clínica semelhante em suas manifestações sensitivas e distróficas; sob o ponto de vista prático seria comoda essa denominação, porém, manifestações clinicas semelhantes não bastam para justificar uma forma que se sobrepõe, no caso a raizes histo-biologicamente diversas.

E' indubitável que a classificação Sul Americana, é muito mais científica, e por conseguinte mais precisa, fornecendo informes sobre a natureza do processo localizado no nervo, orientando o caso em sentido terapêutico. prognóstico, epidemiológico e profilático.

Reconhecemos a dificuldade (prática, não científica) em classificar, pela nova classificação, os casos nervosos puros do Cairo, pois apenas a biópsia do nervo permite a classificação precisa, sem a qual todos esses casos serão incluídos na INCARACTERISTICA NERVOSA. A reação de Mitsuda, os achados bacteriológicos, apenas podem nos orientar em dado sentido, sem fornecer dados conclusivos.

Mais impreciso, porém, é chamar todos esses casos de "NERVOSOS SIMPLES ou PUROS", incluindo debaixo da mesma denominação casos completamente diversos sob varios pontos de vista (terap., progn., etc.), quando sabemos que a natureza do processo localizado no nervo, é sempre lepromatosa, tuberculoide ou incaracterística. Um caso nervoso, rotulado lepromatoso, requer medidas profiláticas enérgicas, e, é sempre caso de prognóstico reservado.

Passemos a analisar o sub-tipo MACULAR SIMPLES que corresponde na classificação atual à forma INCARACTERISTICA.

Como casos maculares simples eram considerados aqueles com máculasacrômicas, eritemato-hipocrômicas, sem infiltração; ora casos com essa sintomatologia clinica são de evolução incerta, e na sua maioria, apresentam ao exame histológico um quadro inflamatorio inespecifico; não há duvida que a denominação INCARACTERISTICA, cabe melhor, quer por indicar a natureza do processo, quer por dizer da evolução incerta a que estão sujeitos esses casos.

Em quanto que na classificação do Cairo, os casos maculares simples, são incluídos na forma nervosa, na classificação Sul Americana, constituem eles uma forma fundamental — a INCARACTERISTICA.

Não obstante as variações que possam sofrer os casos incaracteristicos, ha grande numero deles que permanecem como tal, durante muito tempo, justificando plenamente a sua inclusão entre as formas fundamentais.

*
* *

Ainda na forma NERVOSA do Cairo, temos a considerar o sub-tipo tuberculoide. A posição da lepra tuberculoide, desde há muito, vem sendo objeto de estudos, não restando duvidas ser ela portadora de caracteres peculiares que permitem considera-la como fundamental, e não sub-tipo da forma nervosa.

Ao estudarmos, particularmente a lepra tuberculoide, faremos a analise detalhada das razões pelas quais deve a mesma ser considerada como forma fundamental, razões por demais conclusivas.

Seguindo a classificação do Cairo, vemos que entre os casos nervosos puros, seriam incluídos aqueles cujo processo localizado no nervo, era de natureza tuberculoide.

Na classificação Sul Americana, vemos os nervosos tuberculoides colocados em seu devido lugar, e a forma TUBERCULOIDE, deixando de ser um simples satélite da forma nervosa, tomar a posição que lhe compete no quadro geral da classificação de lepra.

Uma vez, terminada a analise da forma nervosa do Cairo, resta o estudo da forma MIXTA.

A forma mixta, não existe na classificação Sul Americana, e corresponde a: —

- Lepromatosa completa,
- Tuberculoide cutânea-nervosa,
- Incaracteristica cutânea-nervosa.

Na base dos conhecimentos atuais, só será cabível a denominação de caso mixto àquele onde for encontrada uma lesão lepromatosa ao lado de uma tuberculoide. Para que isso se dê serão necessarias documentações de ordem tal que não dê margens a interpretações dubias, sofismaveis.

Os casos mixtos na classificação do Cairo e outras, eram aqueles que apresentavam concomitantemente comprometimento da pele e dos nervos, e correspondem na classificação Sul Americana aos casos lepromatosos completos, tuberculoides e incaracterísticos cutâneo-nervosos, que nada mais representam que a extensão de um mesmo processo lepromatoso ou incaracterístico, à pele, nervos, visceras (lepromatosos).

No quadro que segue, apresentamos o resumo daquilo que acabamos de assinalar.

CLASSIFICAÇÃO DO CAIRO	CLASSIFICAÇÃO SUL AMERICANA
<p>I — Forma lepromatosa: — não tem sub-tipos.</p>	<p>I — Forma lepromatosa: — sub-tipos: — cutânea nervosa completa</p>
<p>II — Forma nervosa:</p> <p>a) Nervosa simples</p> <p>b) Macular simples</p> <p>c) tuberculoide</p>	<p>II — Não existe como forma; corresponde a:</p> <p>Lepromatosa do nervo</p> <p>a) Tuberculoide do nervo incaracterística do nervo</p> <p>b) Forma incaracterística com os sub-tipos: —</p> <p>1) cutânea 2) nervosa 3) cutânea nervosa</p> <p>c) Forma tuberculoide com os sub-tipos: —</p> <p>1) cutânea 2) nervosa 3) cutânea nervosa</p>
<p>III — Forma mixta:</p>	<p>III — Não existe como forma, corresponde: —</p> <p>c) Lepromatosa completa b) tuberculoide cutânea nervosa c) Incaracter. cutânea nervosa</p>

CAPITULO VII

Posição dos tuberculoides nas três classificações (Manila, Cairo e Sul Americana). Razões porque deve ser fundamental. Da "Benignidade" da Lepra Tuberculoide.

Foi JADASSOHN quem primeiro descreveu a estrutura do folículo tuberculoso nos processos lepróticos, firmando a noção de lepra tuberculoide.

JADASSOHN observou em lesões de um paciente clinicamente doente de lepra, estrutura semelhante à tuberculose: — necrose do centro do foco e caseificação. Como resultante desse fato, passou a considerar três formas de lepra: — tuberosa, nervosa e tuberculoide.

Em 1900 KLINGMÜLER chegou às mesmas conclusões no que diz respeito à estrutura tuberculoide da lepra, que seria caracterizada por células epiteliodes, gigantes e necrose.

Sem 1914, UNNA Jr., cita um caso interessante, com manchas, espessamento dos nervos cubital e mediano, tumefacção ganglionar (plexus brachial), cuja biópsia do ganglio mostrou células epiteliodes, porém, sem fenômenos de necrose central e células gigantes como nos casos anteriores.

Posteriormente varios AA. confirmaram a observação inicial de JADASSOHN. Não é objeto de nosso trabalho discutir da existência da forma tuberculoide de lepra, mas sim da sua posição em face do quadro geral da molestia.

Para a maioria dos AA. sul americanos, a lepra tuberculoide, constitue uma forma clínica fundamental, independente, entre outros sintomas, da lepra.

Entre nós, RABELO Jr., estudou bem a questão da posição da lepra tuberculoide. Outros como DARIER, GOUGEROT e SCHUJMAN, são da mesma opinião. Devemos, porém, assinalar que nem todos estão de acordo em considerar a lepra tuberculoide como forma fundamental; particularmente os leprólogos ingleses que a consideram como variedade ou sub-tipo da forma nervosa; essa é a posição da lepra tuberculoide na classificação do Cairo.

Na classificação de Manila, a lepra tuberculoide, não foi levada em consideração; indiscutivelmente um deslize imperdoável.

Vemos que se de um lado a classificação do Cairo avançou em relação à de Manila, por incluir no seu quadro a lepra tuberculoide, por outro lado, falhou em não considera-la como forma nervosa, embora ela apresentasse individualização clínica, epidemiológica, imunobiológica e histopatológica patentes.

Foi SCHUJMAN quem primeiro propôs, na America do Sul, que se considerasse a lepra tuberculoide como forma fundamental, apresentando para tanto os seguintes caractéres: —

morfologia típica,
reação de Mitsuda positiva,
estrutura tuberculoide.

Êsse A., á valor especial às propriedades imunobiológicas da lepra tuberculoide, chegando mesmo a propôr, posteriormente, uma classificação de lepra baseada exclusivamente na reação de Mitsuda:

Mitsuda positivo = formas alérgicas
Mitsuda negativo = formas anérgicas.

Na classificação Sul Americana, o conceito de lepra tuberculoide é subordinado a uma condição unica, não se exigindo caractéres morfológicos e imunobiológicos, mas unicamente a histopatologia: — estrutura tuberculoide. Passou então a lepra tuberculoide à categoria de forma fundamental, posição essa de acordo com as suas características histopatológicas, clinicas, epidemiológicas e imunobiológicas.

Passaremos a estudar agóra as razões pelas quais deve a lepra tuberculoide ser considerada como forma fundamental. LAURO SOUZA LIMA, dá o seguinte quadro: —

- 1) Razões de ordem estrutural,
 - 2) Razões de ordem clínica
 - 4) Razões de ordem epidemiológica e profilática.
 - 3) Razões de ordem imunobiológica
- { morfologia
extensão da infecção
baciloscopia
terapeutica
prognóstico

Passaremos a analisar o quadro acima, iniciando pelas razões de ordem estrutural.

1.º) ESTRUTURA

Se bem que não tenham sido uniformes as descrições e interpretações dos achados histopatológicos está fóra de duvida que a lepra tuberculoide apresenta alterações diversas que as da forma lepromatosa. DARIER, no 3.º Congresso Internacional de lepra em 1923, salienta que na estrutura da lepra tuberosa nada há que verdadeiramente lembre o processo tuberculoso. A diferenciação do

granuloma tuberculoide de etiologia leprosa com os de outra origem nem sempre é possível.

O fato de alguns autores terem assinalado determinadas alterações no granuloma tuberculoide não encontradas por outros, não invalida a individuação da lepra tuberculoide como forma. Essas discordancias seriam talvez atribuíveis a variações regionais.

2.º) RAZÕES DE ORDEM CLINICA

a) *Morfologia das lesões*: — no que diz respeito à morfologia das lesões tuberculoides chama a atenção um fato de observação comum, aliás característico, a questão dos limites. Numa lesão tuberculoide os limites objetivos e reais se sobrepõem; assim se biopsiarmos a lesão tuberculoide e a pele circumvizinha, apenas encontraremos estrutura tuberculoide no corte da lesão. Não acontece o mesmo com a lesão de natureza lepromatosa cujos limites reais excedem os limites objetivos difundindo-se na pele que a circunda em extensão que alcança varios centimentros.

LAURO DE SOUZA LIMA acentúa bem o fato das leseões tuberculoides cutâneas circumscreverem os limites objetivos das lesões.

A lepra tuberculoide apresenta exuberante polimorfismo em suas exteriorizações. Em nosso foco, podemos admitir que os tipos fundamentais tipicamente tuberculoides se caracterizam por apresentarem sempre as mesmas variedades que constituem entre si formas de passagem ou de transição para o tipo a que pertencem e evoluirem segundo processo especial para cada caso, podendo coexistir num mesmo paciente apenas lesões que são variedades de determinado tipo fundamental.

b) *Extensão da infecção*: — podemos resumir dizendo que na lepra tuberculoide a infecção é relativamente localizada, e na lepra lepromatosa, generalizada. A lepra lepromatosa estende-se de modo geral a toda economia. São fartos os achados de alterações viscerais. A vista é frequentemente comprometida. A bacilemia não é rara.

ARNING em 17 autopsias de doentes de lepra tuberculoide assinalou 11 vezes alterações tuberculoides. Êsses achados não foram até agora confirmados.

Na lepra tuberculoide o comprometimento ocular é praticamente nulo; MENDONÇA DE BARROS chega às seguintes conclusões após ter observado 306 doentes de lepra tuberculoide:

- 1) — Foram observadas alterações representadas por lesões, nas regiões superciliar, pálpebras, e rebordo ciliar, havendo por vezes queda dos supercilios do ponto atingido.

- 2) — Em casos de lesões tuberculoides reacionais situadas na vizinhança dos olhos, comprometendo a região malar alta e palpebral inferior, notou-se ectrópio e, por vezes, ulteriores, lagoftalmo que podia ser paralítico, cicatricial e mixto.
- 3) — Em poucos casos observou-se uma queratite acompanhando o lagoftalmo.
- 4) — Não vimos caso algum em que, clinicamente, pudessemos suspeitar a existencia de lesão tuberculoides nas faces internas das palpebras e conjuntiva bulbar, cornéa e iris, não tendo observado, caso algum de comprometimento ocular direito na lepra tuberculoide.

c) *Baciloscopia*: — é ponto em que existe harmonia entre os leprologos. Se bem que muitos tenham tratado do assunto, fizeram-no com escasso material. E' comtudo fóra de duvida ser a lepra tuberculoide pauci-bacilar.

E' possível que observando maior numero de casos a percentagem de positividade seja alterada. Não importa, porém, ser essa alteração para mais ou para menos. Importa é saber que na lepra tuberculoide há pobreza de bacilos, em contraposição à lepra lepromatosa. Nesta, observam-se nos esfregaços, obtidos por escarificações de lesões, frequentemente numerosas colonias de bacilos no mesmo campo microscopico. Além disso a ausencia de bacilos nas lesões tuberculoides se processa rapidamente. A positividade na lepra lepromatosa pode dizer-se que é permanente. Esse é evidentemente mais um elemento que coloca em extremos a forma lepromatosa e a forma tuberculoide.

São raros os achados de bacilos na mucosa nasal na forma tuberculoide; na forma lepromatosa, tais encontros são frequentes.

No que diz respeito à pesquisa do bacilo nas lesões tuberculoides, as estatisticas revelam percentagem variável, porém, sempre baixa.

WADE, SIMON e FERNANDO estudando 84 casos, tiveram a percentagem de 16,6% de positividade.

N. SOUZA CAMPOS em 25 casos encontrou 5 positivos, por conseguinte 20%.

Nos doentes por nós observados, a percentagem de positividade para a lepra tuberculoide foi pequena e sempre transitoria. Assim, num total de 60 casos, tivemos 11 positivos, equivalentes a 18,36%.

Sendo transitoria a positividade da lepra tuberculoide, é logico que quanto maior o numero de exames, maior a possibilidade de encontro de casos positivos; ainda mais, tendo-se em vista a possibilidade da positividade das lesões tuberculoides, apenas exames consecutivos podem nos fornecer dados diferenciais entre a lepra tuberculoide e a lepromatosa, por ser a positividade transitoria na primeira, permanente na segunda.

Em relação à baciloscopia da lepra tuberculoide, apenas discordam os AA. no que diz respeito à lepra tuberculoide reacional.

Certos AA. como SCHUJMAN e WADE falam a favor de pequena positividade, ao passo que outros assinalam alta positividade; assim FERNANDEZ em 12 casos encontrou 10 positivos. N. SOUZA CAMPOS acha que na fase inicial do surto, com lesões eritematosas, a baciloscopia positiva é frequente, assinalando, porem, que essa positividade é de pouca duração, desaparecendo no fim de alguns dias ou alguns meses.

Esse fato talvez explique os resultados discordantes obtidos pelos AA., no que diz respeito à baciloscopia da lepra tuberculoide reacional.

d) *Razões de ordem terapêutica. Prognostico.*

No que diz respeito à terapeutica, a lepra tuberculoide se coloca em posição privilegiada. Existe, porém, um ponto que ainda resta resolver, pois ao lado de casos que regredem ao tratamento específico, outros há, que sem tratamento algum, têm as suas lesões regredidas, em tempo variável de individuo para individuo. Seja como fôr, ressalta nesse terreno a benignidade da lepra tuberculoide.

Ao assinalarmos a questão de "benignidade" da lepra tuberculoide, não devemos esquecer das mutilações e sequelas, resultado do comprometimento severo dos nervos, ressaltando que esses casos não são tão raros como pode parecer à, primeira vista.

Ao encerrarmos o capítulo da lepra tuberculoide faremos referencias especiais ao assunto, apresentando observações e documentação fotográfica.

Há de fato caracteres que falam da benignidade da lepra tuberculoide em relação à lepromatosa; assim temos:

1) — A regressão espontanea das lesões tuberculoide. LAURO DE SOUZA LIMA que estudou particularmente essa questão, mostrou grande numero de casos tuberculoides, sem tratamento específico, segundo apenas regimen apropriado às suas idades, alimentação sadia, ginastica, etc., apresentarem regressão espontanea de suas lesões. O tempo necessario para essa regressão seria variavel de individuo para individuo de acordo com a maior ou menor resistência organica na luta contra a infecção leprosa.

2) — A não dessiminação da infecção. Na lepra lepromatosa a infecção é generalizada atingindo as visceras, e trazendo quasi sempre o comprometimento ocular; não observamos tais fatos na lepra tuberculoide.

3) — Ainda em favor da benignidade da lepra tuberculoide, temos a questão das mutações. Os casos citados de transformação

tuberculoide em lepromatosa, todos eles, são falhos em sua documentação, insuficientes por conseguinte para demonstrar tal viragem.

4) — Finalmente em virtude de sua probreza bacilar a lepra tuberculoide ocupa no terreno profilático uma posição especial, não exigindo na maioria dos casos o afastamento completo do seio da sociedade.

Antes de passarmos a assinalar as mutilações e sequelas da lepra tuberculoide, vamos analisar os caracteres imuno-biológicos e as razões de ordem epidemiológica e profiláticas que permitem considerar a lepra tuberculoide como forma fundamental.

3.º) — RAZÕES DE ORDEM IMUNOBIOLOGICA

Foi JADASSOHN em 1898 o primeiro a mostrar em doente de lepra, a estrutura semelhante a do folículo tuberculoso. Vários AA., principalmente NAISSER, contestaram tratar-se de caso de lepra. JADASSOHN, porém, insistiu dizendo que se tratava de lesões leprosas modificado pelo terreno, pois que na lepra, coma na tuberculose, devem ser admitidas diferenças de reatividade dos órgãos e organismos aos germes, embóra tais diferenças não possam no momento ser explicadas.

Com o conceito de alergia após os trabalhos de KOCH e VON PIRQUET, pode ser dada interpretação à "reatividade diferente" que JADASSOHN previa nos organismos apresentando lesões anátomo-clínicas da lepra tuberculoide. Passou então a estrutura tuberculoide a ser considerada como a representação da alergia e da tendencia defensiva dos organismos contra as infecções.

A. ROTBERG diz: —

"A lepra tuberculoide representa a forma alérgica e de defeza á infecção pelo bacilo de Hansen".

A pratica da lepromino-reação de Mitsuda, nos mostra como reação alérgica, o estado hiperérgico da lepra tuberculoide.

Ainda no terreno completamente oposto à lepra tuberculoide apresentando o Mitsuda sempre negativo, objetivação da falta de resistência do organismo à infecção.

4º) RAZÕES DE ORDEM EPIDEMIOLOGICA E PROFILÁTICA

Pelo que acabamos de expor, verificamos que a lepra tuberculoide, no ponto de vista epidemiológico e profilático, está situada em posição completamente diversa à epromatosa. Assim, temos de um lado a lepra tuberculoide, de positividade transitoria despertando

pequeno interesse profilático, e de outro, a lepra lepromatosa, de positividade permanente a exigir medidas profiláticas enérgicas.

Da análise mais ou menos minuciosa que acabamos de fazer, ressalta logo a necessidade de se considerar a lepra tuberculoide como constituindo uma forma fundamental perfeitamente caracterizada no quadro geral da classificação de lepra.

*

* *

Passamos em seguida a tecer comentários em torno das consequências resultantes do comprometimento dos nervos na lepra tuberculoide.

Páginas atrás ao referirmo-nos à lepra tuberculoide consignámos a palavra benignidade entre aspas. Fizemo-lo propositalmente afim de interpretar a expressão com significado relativo.

Comparado ao prognóstico sempre severo quando se tratar de doente de forma lepromatosa, não há dúvida que a palavra benignidade cabe com justeza, pois os pacientes acometidos com processo tuberculoide são passíveis de cura até espontaneamente nas suas manifestações para o lado da pele. Grande numero de casos em que os nervos perifericos são comprometidos, as alterações resultantes não são de molde a encara-las como lesões graves, limitando-se a perturbações de sensibilidade e discretas atrofia musculares e retrações digitais.

Casos há, porém, em que o comprometimento do sistema nervoso acarreta lesões irremovíveis. Pretendemos destacar aqui as distrofias.

Não foram poucos os pacientes que encontrámos já com suas lesões cutaneas cicatrizadas, ao lado de mutilações intensas, incorrigíveis, inutilizando parcialmente a capacidade fisica de trabalho e quasi totalmente as mãos e pés, as extremidades preferenciais do estigma leproso.

Tais doentes, invadidos permanentes, que nenhum perigo oferecem à sociedade, a ela não mais podem regressar porque além de invalidados, trazem patente, numa ostentação tristemente inevitável a lembrança dolorosa de uma molestia execranda.

E' doente curado que por capricho fatal, continua para todos efeitos — DOENTE DE LEPROA!

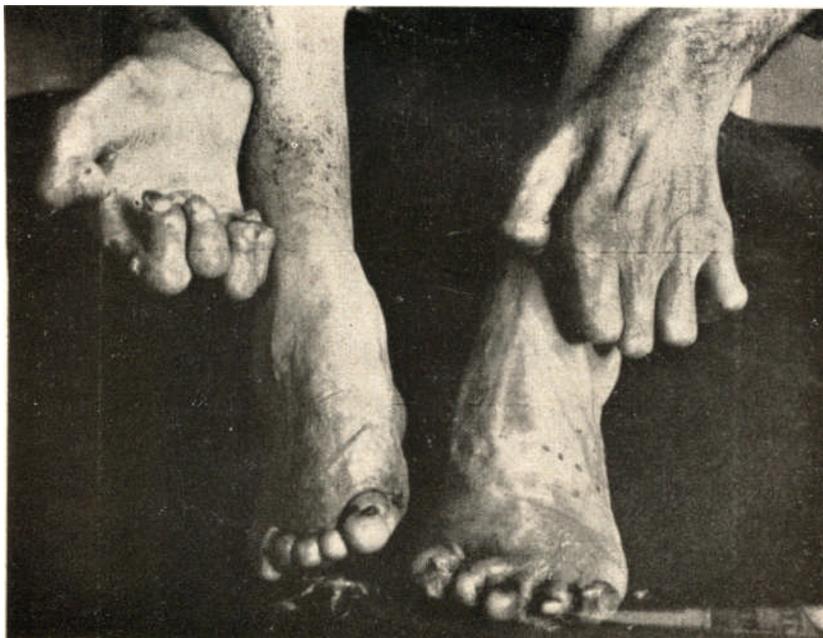
Um lepromatoso que tenha seus lepromas clínica e bacteriologicamente curados volta à sociedade.

Não sobrevivendo uma reativação, está garantida sua impunidade.

Um mutilado, ex-tuberculoide, se não dispuzer de recursos para manter-se à margem da sociedade, socialmente isolado, é obrigado a continuar no hospital, como invalido asilado.

Para terminar passaremos a citar algumas observações de casos tuberculoides com perturbações trofo-neuroticas intensas.

Cumpre assinalar que além desses casos com documentação fotográfica, observámos entre os tuberculoides, outros com perturbações trofo-neuroticas menos intensas representadas por astrofias ligeiras, retrações e males perfurantes.



F. B.: — doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritemato-hipocrômicas de bordos mais entematosos, limites nítidos; lesão em regressão.

Biopsia: — Fragmento da pele do torax D. (Biops. N." 3699 de 18-4-940.)
No córion infiltração inflamatoria crônica, com formação de estrutura nodulares.

Mitsuda: — Positivo = +.

Perturbações neurotróficas: — Mão D.; Amiotrofia acentuada e retração dos dedos. Absorção da falangeta dos dedos. **Mão E.;** Amiotrofia acentuada e retração dos dedos.

Pés: — Vide fotografia.

Diagnostico de forma: — LEPRO TUBERCULOIDE. (cutaneo-nervosa).



P. F.: — doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritemato-hipocrômicas, com eritema mais acentuado nos bordos e ligeira infiltração.

Biopsia: — Frag. de pele do torax E. (Biops. N. 5095 de 17-6-941). Epiderme atrofica. No córion certo grau de esclerose e hialinização do tecido conjuntivo e infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, com formação de pequenas estruturas nodulares de tipo tuberculoide.

Mitsuda: — Positivo = + .

Perturbações neurotróficas: — Amiotrofia global das mãos. Retração dos dedos.

Na mão D: — Reabsorção da falangeta do mínimo.

Mão E.: — Reabsorção dos falangetas dos dedos.

Pés: — Ulceração e absorções (vide fotografia).

Diagnostico de forma: — LEPRO TUBERCULOIDE. (cutaneo-nervosa)



J. G L. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões hipocrômicas de bordos nitidos, ligeiramente infiltrados, contorno geográfico.

Biopsia: — Fragmento de pele da coxa D. (Biops. N. 5084 de 11-6-941). Granuloma de estrutura tuberculoide. Foram encontrados raríssimos bacilos álcool-acido-resistentes.

Mitsuda: — Positivo: +.

Perturbações neurotróficas: — Mão D: — Amiotrofia global e retração dos dedos mínimo e anular. Mão E: — Amiotrofia global da mão e retração dos dedos. Pés: — Ulceração e absorções (V. fotogr.)

Diagnostico de forma: — LEPROA TUBERCULOIDE. (cutaneo-nervosa)



J. B. V. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões hipocrômicas de limites nítidos, de superfície ligeiramente atrofica. Lesões residuais.

Biopsia: — Fragm. de pele do abdomen (Biops. N. 4482 de 20-1-941). No cõrion infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, com formação de estruturas nodulares.

Mitsuda: — Positivo. + ulcerado.

Perturbações neurotróficas: — Vide fotografia.

Diagnostico de forma: — E indiscutível tratar-se de um caso TUBERCULOIDE cutaneo-nervoso, que envolveu, mostrando atualmente lesões cutâneas incaracteristicas.



U. C. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritemato-hipocrômicas de bordos eritematosos, nitidos, de configuração geográfica.

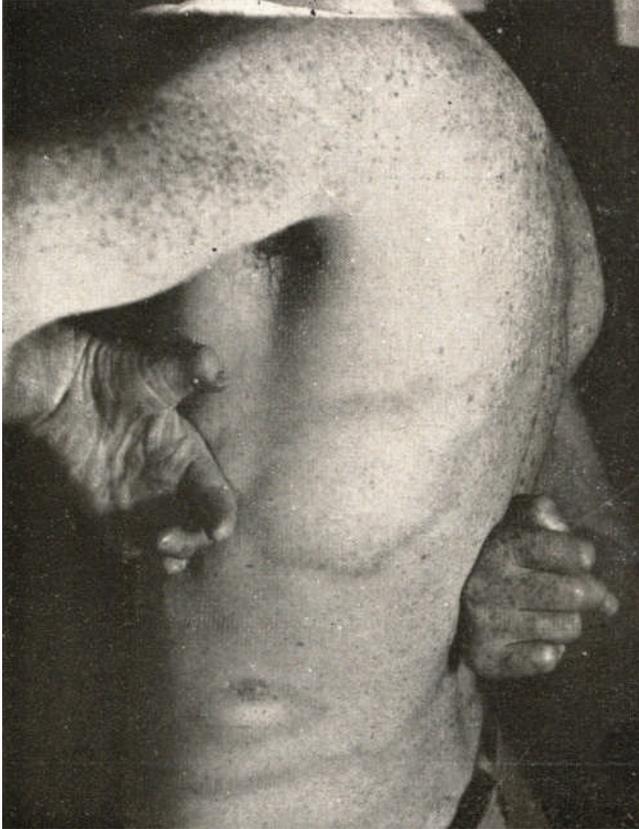
Biopsia: — Fragm. de pele da coxa E. (Biops. N. 5412 de 10-9-941). No córion infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, com formação de estruturas nodulares por células epitelioides, onde se vê certo edema intersticial e moderada reação linfocitária.

Bacilos: — negativo.

Mistuda: — Positivo. + —.

Perturbações enurotróficas: — Mão D.; Amitrofia global acentuada. Ligeira retração dos dedos. Absorção da falanginha e falangeta dos dedos médio e indicador.

Diagnóstico de forma: — LEPRO TUBERCULOIDE (cutâneo-nervosa)



J. B. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

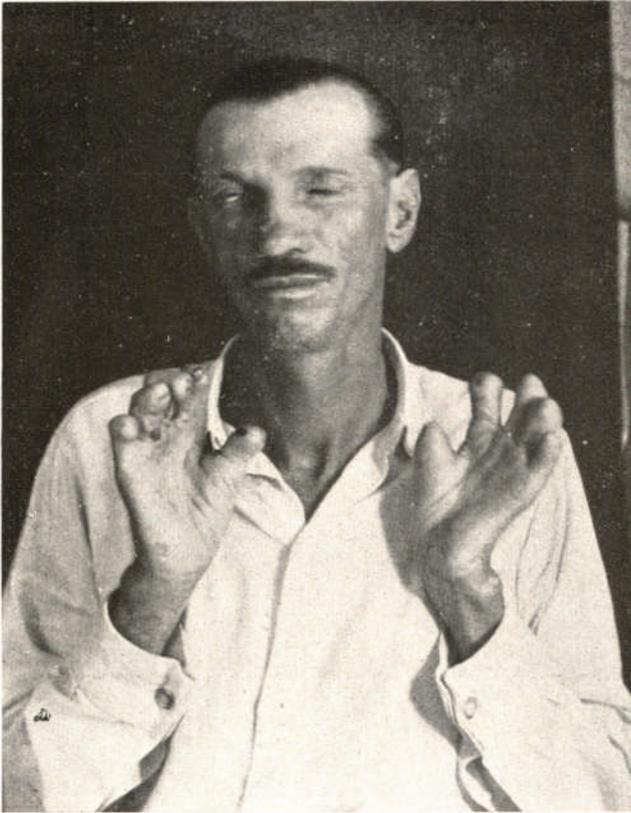
Lesões cutâneas: — Lesões extensas de configuração geográfica, bordos nitidos, em faixa, infiltrados. O eritema discreto, mostra-se nessas lesões, mais acentuado ao nível dos bordos, esmaecendo para o centro que é hipocrômico.

Biopsia: — Frag. de pele da nadeга D. (Diagn. N. 5379 de 5-9-41). No córion infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, sem caráter específico. Bacilos: — negativo.

Mitsuda: — Positivo. ++.

Perturbações nerotróficas: — Mão D: — Amiotrofia. Retração dos dedos. Reabsorção da falangeta do minirro e anular. Mão E: — Amiotrofia. Reabsorção da falangeta do anular e indicador. Retração do polegar.

Diagnostico de forma: — Não obstante a histologia não ter confirmado o diagnostico clinico e indubitavel tratar-se de um caso de LEPRO TUBERCULOIDE. (Cutaneo-nervosa).



A. B. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritemato-hipocrômicas de bordos nitidos, ligeiramente elevados e eritematosos, centro hipocrômico com ligeira atrofia da pele.

Biopsia: — Fragm. de pele da nadeга E. — 22-8-3939. Granuloma de estrutura tuberculóide, com reação linfocitaria. Bacilos: — negativos.

Mitsuda: — Duvidoso.

Perturbações neurotróficas: — Amiotrofia. Absorção da falanginha e falangeta dos dedos.

Nos pés: — Vide fotografia.

Diagnostico de forma: — LEPRA TUBERCULOIDE (cutaneo-nervosa)

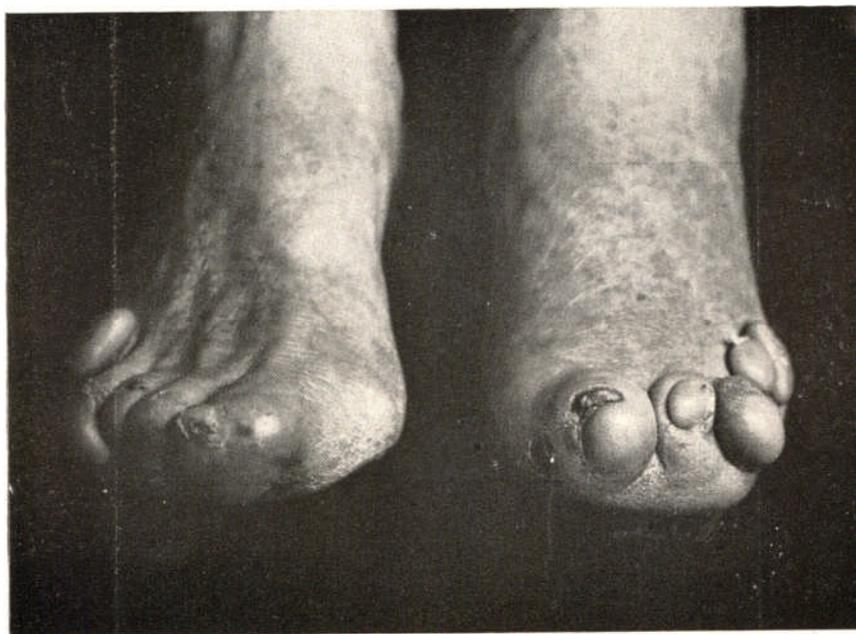


Foto 2 — do caso anterior.



P. A. Z. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritematosas de bordos elevados.

Biopsia: — Fragm. de pele do tórax anterior — 21-11-41. No córion infiltração inflamatória crônica, perivascular e glandular, havendo formação de estrutura nodulares, com certo grau de edema intersticial e reação linfocitária. Raros bacilos acido-alcool-resistentes.

Mitsuda: — Não foi feita.

Perturbações neurotróficas: — Mãos: — Amiotrofia. Reabsorção da falanginha e falangeta dos dedos. Retração dos polegares. Pés: — ulceração.

Diagnostico de forma: — LEPRO TUBERCULOIDE (cutaneo-nervosa)



P. B. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eriterato-hipocrômicas extensas, de bordos nitidos, confluentes, de disposição geográfica.

Biopsia: — 21-11-941. Granuloma de estrutura tuberculoide. Bacilos: — negativos.

Mitsuda: — Positivo: + .

Perturbações neurotróficas: — Mãos: — Amiotrofia. Retração. Absorções (vide fotografia).

Diagnostico de forma: — LEPRO TUBERCULOIDE (cutaneo-nervosa)



P. B. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões com bordos ligeiramente eritematosos, centro hipocrômico e com ligeira atrofia da pele. Lesões em regressão.

Biopsia: — Fragm. de pele do dorso E. 30-9-940. No córion, infiltração inflamatória crônica perivascular e glandular, com tendência à formação de estruturas nodulares. Raríssimos bacilos alcool-acidos-resistêntes.

Mitsuda: — Positivo: + —

Perturbações neurotróficas: — Mão: — Ligeira retração dos dedos. Absorção da falangeta dos dedos mínimo, medio e anular. Pés: — Grande ulceração: (vide fotografia).

Diagnostico de forma: — LEPROA TUBERCULOIDE (cutaneo-nervosa)



A. S. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesão eritematosa de bordos ligeiramente elevados.

Biopsia: — Fragm. de pele da coxa D. (Biops. N. 5022 de 2-6-4). No córion infiltração inflamatória crônica perivascular e glandular, com tendencia, em alguns pontos, à formação de pequenas estruturas nodulares. Bacilos: — negativos.

Mitsuda: — Positivo.

Perturbações neurotróficas: — Mão D.; — Amiotrofia global. Reabsorção da falangeta dos dedos. Retração dos dedos. Mão E.: — Amiotrofia. Absorção da falangeta do indicados.

Diagnostico de forma: — LEPRA TUBERCULOIDE (cutaneo-nervosa)



B. R. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesões eritemato-hipocrônicas de bordos eritematosos.

Biopsia: — Fragm. de pele do dorso D. (Biops. N. 5025 de 27-5-41). Epiderme atrofica. No córion esclerose e hialinização do tecido conjuntivo.

Mitsuda: — positivo: +.

Perturbações neurotróficas: — Mão D.: — Amiotrofia. Retração dos dedos medio e anular. Absorção da falangeta do indicador e mínimo. Mão E.: — Amiotrofia e retração. Absorção da falanginha do polegar. Pés: — Absorção dos artelhos.

Diagnostico de forma: — Não obstante a biopsia não ter dados para um diagnostico de forma, o aspecto clínico é de lesões tuberculoides em regressão.



A. F. — Doente internado no Asilo Colonia Cocais.

Lesões cutâneas: — Lesão hipocrômica de limites mais ou menos nitidos situada no tórax posterior. — Lesão residual.

Biopsia: — Não foi feita.

Mitsuda — Positivo ++ : ulcerado.

Perturbações neurotróficas: — Vide fotografia.

Diagnostic de forma: — A historia da molestia (manchas eritematosas iniciais) juntamente com o resultado do Mitsuda nos faz pensar num caso de LEPRA TUBERCULOIDE que involuiu para incaracteristico.

CAPITULO VIII

Considerações em torno do emprego da classificação Sul Americana nos casos por nós observados.

Examinámos um total de 1400 doentes entre os internados no Asilo Asilo Colonia Cocais e os de vigilancia da Inspetoria Regional de Casa Branca nos quais procurámos aplicar a classificação Sul Americana, para estarmos cientes do valor ou não da mesma.

Devemos assinalar de antemão estarmos satisfeitos com o resultado de sua aplicação, ressaltando desde já que na quasi totalidade dos casos, o aspécto clinico foi suficiente por si só para o diagnostico de forma, diagnostico esse confirmado sempre pela anatomopatologia.

E' o seguinte a distribuição dos casos por nós observados:

Numero de doentes observados.....	1.400
Casos Lepromatosos	1.150
Casos Tuberculoides	60
Incaracteristicos nervosos	79
Incaract. cutâneo-nervosos	111

*
* *
*

CASOS LEPMATOSOS

Foi praticado a R. de Mitsuda em	538
Reação de Mitsuda negativo em	538

CASOS TUBERCULOIDES — 60

Reação de Mitsuda em	58
R. Mitsuda negativa em	3 = 5,35 %
R. Mitsuda duvidosa em	1 = 1,72 %
R. Mitsuda positiva em	54 = 93,10 %
Ex. Bacter. positivos	11 = 18,36 %

CASOS INCARACTERISTICOS NERVOSOS — 79.

Reação de Mitsuda em	55
R. Mitsuda positiva em	34 = 61,81 %
R. Mitsuda negativa em	21 = 38,19 %
Ex. Bacter. positivos (muco)	14 = 17,59 %

CASOS INCARACT. CUTÂNEO-NERVOSOS — 111

Reação de Mitsuda em	78
R. Mitsuda positiva em	43 = 55,12 %
R. Mitsuda negativa em	35 = 44,88 %
Ex. Bact. positivos (lesão ou muco)	24 = 21,62 %

CASOS INCARACTERISTICOS — 190
(nervosos e cutâneo-nervosos)

Reação de Mitsuda em	133
R. Mitsuda positiva em	77 = 57,89%
R. Mitsuda negativa em	56 = 42,11%
Ex. Bact. positivos (muco ou lesão)	38 = 20 %

Estudando os casos LEPROMATOSOS deparámos grande numero de doentes nos quais o unico elemento era a infiltração lepromatosa, discreta ou acentuada, nas quais a histopatologia mostrava sempre a estrutura lepromatosa.

Ao lado de doentes lepromatosos com infiltração, havia outros com sintomatologia cutânea mais rica, apresentando tuberculos, nodulos subcutâneos, etc., sempre confirmados pela anátomo-patologia.

Notámos alguns casos, à primeira vista parecendo portadores de lesões incaracteristicas, porém, nos quais, o exame atento mostrava lesões com coloração fulva especial, quasi patognomica e cuja histologia acusava sempre a estrutura; lepromatosa.

Dos casos por nós diagnosticados como clinicamente incaracteristicos, observámos alguns cuja histologia revelou estrutura lepromatosa. Já falámos da existência de casos que assim se comportam, e LAURO DE SOUZA LIMA assinalou êsse fato.

Ao tratarmos da forma incaracteristica citaremos algumas observações a respeito do assunto.

Em relação à bacterioscopia, tivemos sempre exames positivos para a lesão cotânea. Na pesquisa do bacilo no muco nasal, tivemos pequeno numero de casos negativos.

Não observámos nenhum caso lepromatoso com reação de Mitsuda positiva.

No grande numero de casos lepromatosos que examinámos, pequena foi a percentagem de lepromatosos exclusivamente com manifestações cutaneas, notando-se quasi sempre manifestações decorrentes do comprometimento dos nervos.

Examinando a ficha de olhos dos doentes verificámos que o comprometimento ocular era manifestação comum na forma lepromatosa.

Pelo que ficou exposto verificámos que, no tocante forma lepromatosa, nada ha que possa servir de base para criticas à classificação Sul Americana.

A histologia comprovou, quando feita a biopsia em ponto escolhido, que a estrutura lepromatosa sempre estava presente.

A bacteriologia e o Mitsuda, com os seus resultados, deram à forma lepromatosa caracteres definidos, e, verificámos que a bacte-

riologia negativa para a lesão cutânea de alguns casos lepromatosos, estava sempre condicionada à má colheita de material; por falta de tecnica, ou por ser feita em ponto inadequado; mas que uma vez colhido novo material em logar apropriado, a nosso critério, o resultado era sempre positivo.

Nos casos em que ficámos incertos entre a forma lepromatosa ou forma incaracteristica em evolução para lepromatosa, seja pelo aspeto clinico, seja pela bacterioscopia positiva e Mitsuda negativo, a histopatologia resolveu satisfatoriamente, revelando a estrutura lepromatosa.

Devemos realçar mais uma vez, que na grande maioria dos casos, jogámos sempre, para o diagnostico de forma, unica e exclusivamente com os caracteres clínicos, suficientes por si sós para nos fornecer diagnostico de certeza.

A unica ressalva, pois, a assinalar é a da existência de casos clinicamente incaracteristicos, cuja anátomopatologia revela estrutura lepromatosa. Esses casos, porém, constituem exceção, e provavelmente terão o seu aspecto clínico modificado pelo aparecimento de lesões tipicamente lepromatosas. Cumpre ainda notar que a maioria desses casos apresenta o Mitsuda negativo e sempre a bacterioscopia positiva.

*

*

*

Passando à análise dos casos TUBERCULOIDES, vamos verificar que os fatos falam ainda a favor da nova classificação.

Entre os casos tuberculoides a grande maioria era de facil diagnostico das lesões apresentadas, e a histopatologia confirmou sempre esse diagnostico.

Poucos foram os casos em que suspeitamos de lesões tuberculoides em regressão e cuja anátomopatologia não satisfez, assinalando a presença de esboços ou resquícios de estruturas nodulares.

Reconhecemos a existência de casos clinicamente incaracteristicos com estrutura tuberculoide. Ao tratarmos dos casos incaracteristicos citaremos para comprovação uma observação nesse sentido.

A bacterioscopia dos casos tuberculoides foi quasi sempre negativa, e dentre os positivos contámos com casos tuberculoides reacionais, que num período de tempo relativamente curto, passaram à negatividade. Os casos tuberculoides positivos foram sempre pobres em bacilos.

Quanto à reação de Mitsuda, a grande maioria dos tuberculoides a apresentou positiva; tivemos apenas três casos negativos e um duvidoso, num total de 58 casos.

Entre os tuberculoides encontrámos em numero razoavel de casos, um fato que nos chamou a atenção: — a presença de amiotrofias e perturbações tróficas acentuadas.

Os caractéres da forma tuberculoide são por conseguinte perfeitamente definidos, razão pela qual deve essa forma ser considerada fundamental: a classificação Sul Americana assim a considera.

*

* *

Finalmente temos os casos INCARACTERISTICOS, o ponto nevrálgico da atual classificação, sobre os quais as criticas são mais razoaveis, embora, a nosso ver, não suficientes, para invalidar a concepção como forma.

Na maioria dos casos, clinicamente rotulados incaracteristicos, tivemos sempre a confirmação histologica, mostrando quadro inflamatorio simples sem caracter de especificidade. Não deixamos de reconhecer, e LAURO DE SOUZA LIMA diz muito bem, da possibilidade do encontro de casos clinicamente incaracteristicos, cuja histologia mostra estrutura lepromatosa ou tuberculoide. O mesmo A. chama de tuberculoides atipicos os casos clinicamente incaracteristicos com estrutura tuberculoide.

Em três pacientes adultos, encontrámos lesões hipocrômicas, clinicamente incaracteristicas. As biopsias revelaram alteração lepromatosa. A evolução dos mesmos, confirma agora clinicamente o achado histologico.

Observámos outro, de lesão acrômica, unica, clinicamente incaracteristica, a biopsia nos mostrou granuloma de estrutura tuberculoide. Atualmente, a lesão guarda ainda inalterado o aspécto primitivo. São decorridos 12 meses da data da observação inicial.

Ainda na forma incaracteristica, colocámos, por força de expressão, os chamados casos "nervosos puros do Cairo", porém, sob o ponto de vista científico reconhecemos que a natureza do processo causador dessas manifestações clinicas semelhantes (amiotrofias e perturbações tróficas), é sempre lepromatosa, tuberculoide ou incaracteristica. Reconhecemos da dificuldade em classificar tais casos, pois que, somente a anátomo-patologia pela biopsia do nervo, pode nos fornecer o diagnostico preciso de forma. Porém, do ponto de vista científico, os casos camados "nervosos puros do Cairo", são, pela classificação Sul Americana, perfeitamente classificaveis. Apresentam êles manifestações clinicas idênticas, mas cuja natureza do processo que as determinou é completamente diversa, colocando-os em opposição sob varios pontos de vista. Assim de um lado temos os casos lepromatosos exigindo medidas profiláticos energicas, de outro, os tuberculoides de pouco interêsse profilático.

A biopsia do nervo nos fornece dados suficientes para a classificação segura desses casos. E verdade que a bacterioscopia e a reação de Mitsuda podem nos orientar em determinado sentido, porém, nunca fornecer dados bastante seguros para um diagnostico de certeza.

Estudando a bacterioscopia dos casos incaracteristicos, verificámos que a percentagem de positividade é relativamente pequena, sendo o resultado da reação de Mitsuda variavel. (Ver quadro).

Vemos por conseguinte que essa forma apresenta certos fatos passíveis de critica, mas não suficientes para invalidar a criação da forma INCARACTERISTICA, e muito mais, diminuir o valor da classificação *Sul Americana*.

Uma vez feita a analise dos casos por nós observados, passemos às conclusões.

*

* *

CONCLUSÕES

Da analise das diversas classificações, e da observação da aplicação das mesmas, chegamos às seguintes conclusões:

- I — As classificações anteriores à classificação *Sul Americana*, já não mais satisfazem.
- II — A classificação *Sul Americana*, é de grande alcance científico; e, na atualidade, a que oferece as maiores vantagens.

*

* *

- 1) — Os casos lepromatosos e tuberculoides, são perfeitamente diagnosticáveis clinicamente.-- A histopatologia confirma quasi sempre o diagnostico clinico dos casos lepromatoso e tuberculoide.
- 2) — A bacterioscopia dos casos lepromatosos foi sempre positiva para as lesões cutâneas, e quasi sempre positiva na mucosa nasal.
- 3) — Os casos lepromatosos com lesão cutânea bacteriologicamente negativa estavam sempre condicionadas à má colheita de material.
- 4) — Não encontramos nenhum caso lepromatoso com reação de Mitsuda positiva.
- 5) — A percentagem de positividade quanto à baciloscopia, para os casos tuberculoides foi pequena, 18,36 %, incluindo varios casos tuberculoides reacionais.

- 7) — A positividade dos casos tuberculoides foi sempre transitória.
- 8) — Os casos tuberculoides positivos, foram sempre paucibacilares.
- 9) — A grande maioria dos Tuberculoides apresentou a reação de Mitsuda positiva — 93,1 %.
- 10) — Os casos lepromatosos e tuberculoides do nervo, oferecem dificuldade pratica em classifica-los, pela necessidade de biopsia do nervo.
- 11) — A maioria dos casos diagnosticados incaracteristicos, teve a confirmação histopatológica.
- 12) — Na análise dos casos incaracteristicos, o aspecto clínico nem sempre é satisfatorio para um diagnostico de certeza, pelo fato da existência de casos clinicamente incaracteristicos, cuja histopatologia revela uma estrutura lepromatosa ou tuberculoide.
- 13) — Os casos incaracteristicos sob o ponto de vista baciloscopico, tiveram uma percentagem de positividade bastante pequena: 20 %.
- 14) — Os resultados da reação de Mitsuda nos casos incaracteristicos foram variaveis.
- 15) — A maioria dos casos chamados "nervosos puros" no Cairo, foram, por força de expressão, rotulados como incaracteristicos nervosos, pela dificuldade prática em se fazer a biopsia do nervo nesses casos.
- 16) — A dificuldade em classificar os casos chamados "nervosos puros" no Cairo, é apenas de ordem prática, não científica; pois a biópsia do nervo nos dirá qual a natureza do processo que está causando essas manifestações nervosas: — lepromatosa, tuberculoide ou incaracteristica.

*

*

*

Após termos feito ao par de outros leprólogos as nossas criticas às classificações que estiveram em evidência e à do Cairo que ainda é aceita e à Sul Americana que nos parece mais razoavel, porque reúne as bases necessarias à elaboração de uma classificação com rigor científico, apresentamos, a titulo de sugestão, nosso despretençioso ponto de vista.

No Congresso de Manila já foi dito que a classificação clínica dos casos de lepra é questão importante e difficil. Dois leprólogos frente a um grupo de doentes, não os classificarão exatamente da mesma maneira, porque diferem na interpretação, na habilidade e no

rigor dos exames. Diante a diversidade que existe nas ideias e na pratica é indispensavel estabelecer uma classificação uniforme.

Ora, o que temos visto é que as criticas à classificação Sul Americana são as mais variaveis. Aqui um, aceitando-a sem qualquer comentario. Ali outro, sem o menor senso critico, apresenta outra classificação.

Depreende-se daí que logicamente os conhecimentos não são os mesmos. Possivelmente, também, os fatos de natureza clinica, não obedecem à mesma ordem, isto é, os caracteres de evolução e regressão não se processam da mesma maneira, estando sujeitos, quiçá, a provaveis influências raciais ou climáticas.

E' fóra de duvida que em certos fôcos há predominancia de doentes apresentando certo tipo de lesões quando em outros são em minoria e muita vês rariiedade.

A-pesar-de não haver ainda documentação convincente no que diz respeito a mutações de formas, não temos o direito de concluir por êrro, um fato citado apenas porque não o observamos da mesma forma no fôco onde estudamos.

Parece-nos, pois, que para ser resolvido de vês o problema de uma classificação uniforme que possa satisfazer a todos, com todos os seus pontos de vista, seria necessaria uma nova reunião de estudiosos. Para essa reunião, cada qual traria de seu fôco documentação fotográfica e cortes histológicos dos casos interessantes afim de serem estudados e comentados conjuntamente.

Essa reunião teria cunho essencialmente pratico, sendo convidado o maior numero possivel de leprólogos e seria realizada em logar onde pudesse ser processado o exame sistematico e rigoroso do material a ser classificado, o que importaria na escolha de um fôco importante, por exemplo como é o de São Paulo. Assim, todos teriam oportunidade de expor os seus conhecimentos e comparar o fôco em estudo com o fôco onde observa.

Pensamos que dessa forma todos teriam algo a aprender e postos depois os conhecimentos num mesmo plano, seriam então dirimidas as duvidas naturalmente existentes. As duvidas, porventura não esclarecidas, teriam base para estudos mais proficuos, visto serem orientados por principios identicos para todos, levando os estudiosos, após o tempo necessario, a alcançar objetivos certos que redundariam em favor dessa enorme massa leprosa, já isolada em grande parte em beneficio da sociedade, que lis fóra contínua a sua vida, quasi alheia aos elementos dela afastados afim de diminuir os obstaculos a vencer e percorrer a rota cujos horizontes não se distinguem.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — AGUIAR. PUPO, J.: — Das formas clinicas da lepra. Rev. Bras. Lepr. Vol. VII. Dez.º-1939. N.º 4. Pag. 357.
- 2) — BALIÑA, Pedro: — A proposito de classificaci3n de las formas de lepra. Separata, 1935. Coll., T.
- 3) — BALIÑA, Pedro e BASOMBRI0, G.: — Classification des formes cliniques de l3pre, Rev. Bras. Leprol. Vol. VI - Set.º-938. Pag. 225.
- 4) — BARROS, J. M.: — Altera33es dos olhos e anexos na lepra tuberculoides. Rev. Bras Lepr. N.º Especial-1940. Vol. VIII.
- 5) — BECHELLI, L. M.: — Bacterioscopia da lepra tuberculoides. Rev. Bras. Lepr. N.º Espedal-1940.
- 6) — BRUUSGAARD: — Contribui33o ao estudo da lepra tuberculoides. Arch. F. Dermatol. Und Syphilis, 1921. Vol. 129. Pag. 225.
- 7) — CARVALHO, J. C.: — Terap3utica da lepra tuberculoides. Rev. Bras. Lepr. N.º Especial-1940.
- 8) — CHALA, J. I.: — Sobre um caso de lepra tuberculoides. Rev. de la Fac. de Medicina, Bogot3, 1940: IX (3), Pag. 121.
- 9) — CHATTERJI, S. N. — Critical review of the Leonard Wood Memorial Conference report. Lep. in India, 3 (1931), Pag. 142.
- 10) — CHATTERJI, S. N.: — More about the new classification of leprosy. Lep. in India, 4 (1932), Pag. 173.
- 11) — CONFERENCIA DE BANGKOK — Lepra-Classifica33o. Dez.º-1936.
- 12) — CONGRESSO INTERNACIONAL DA LEPPRA (Cairo, Mar3o-938): A classifica33o da lepra. Relatorio da Sub-Comiss3o. Rev. Combate 3 Lepra. Rio de Janeiro, 1939. An. IV. N.º 1. Pag. 13.
- 13) — DANIELSEN & BOECK: — Formas da lepra. Trait3 de la Spedalskhed ou Elephantiasis des Grece. Paris, 1848. (Vers3o Franzeza). Pag. 26.
- 14) — DARIER: — Int. Jour. of Leprosy. 5 (1): 96-97. 1937.
- 15) — DUBOIS, A. & DUPONT, A.: — Forms anatomo-cliniques et classification de la lepre. Bull. Inst. Roy. Colon.. Belge. 7 (1936), 549-572.
- 16) — EDITORIAL: — Rev. Bras. Lepr. Vol. IV. Mar3o-941. N.º 1. Pag. 99.
- 17) — EDITORIAL: — Classifica33o. Rev. Bras. Lepr. Vol. IX Junho-941. N.º 2. Pag. 197.
- 18) — EDITORIAL: — Classifica33o: Rev. Bras. Lepr. Vol. IX Set-941. N.º 3. Pag. 293.
- 19) — GERMOND, R. C.: — The modern international type classification of the leprosy. South African Medic. Jour., 10. (1936). Pag. 17.
- 20) — GERMOND, R. C.: — The classification of leprosy. Internat. Jour. Lep. 5 (1937), Pag. 67.
- 21) — GOUGEROT: — Internat. Jour. of Leprosy. 4 (3): 373. 936.
- 22) — GUIDA, A. H. & SOUZA LIMA, L.: — Posi33o dos tuberculoides no quadro cl3nico da lepra. Rev. Br. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial-1940.
- 23) — HANSEN: — A lepra e seus aspectos clinicos e patologicos.
- 24) — HORTA, A. C: — Formas clinicas da lepra. Arch. Min, de Lepr. B. Horizonte, 1941 : I -1- (1) , 37.
- 25) — JADASSOHN: — Sobre as les3es tuberculoides cut3neas da lepra n3o tuberosa. Deutch. Dermat. Gesellschaft. (6.º Congresso, 1898. Pag. 508.)
- 26) — JADASSOHN: — L3sions Tuberculoides dans la l3pre. Bibl. Intern. de Lepra. VI. V. Pag. 74.
- 27) — JEANSELME: — La Lepre. Paris. 1934. — Pags. 2-4.
- 28) — KLINGMULLER: — Sobre as les3es tuberculoides cut3neas, com presen3a de celulas epitelioides e gigantes e necrose na lepra maculo-anest3sica. Bibl. Intern. de Lepra, 1900. Pag. 30.

- 29) — KLINGMÜLLER: — Sobre a lepra tuberculoides. Zentralblatt Berlin, 1928, Vol. 26. Pag. 400.
- 30) — KUZNETZOW, V. N.: — A dynamic classification of the clinical forms of leprosy. Sovietsky Vest. Intern. Lep. in India .5 (1933).
- 31) — LELOIR. H.: — Trakté Pratique e Theor. de Lac Lèpre. Paris - 1886. Pag. 9.
- 32) — LIE, H. P.: — The classification of Leprosy. Internat. Jour. Lep. 4 (1936). Pag. 35.
- 33) — MELO REIS, F. & DUARTE DO PATEO: — Epidemiologia da lepra tuberculoides. Rev. Bras. Lepr. N.º Especial — 1940.
- 34) — MEMORIAL CONFERENCE: — Report. of the Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy. Philippine Jour. Sci. 44 (1931). Pag. 449.
- 35) — MUIR, E.: — The clinical classification of Leprosy. Lep. in India, 3. (1931). Pag. 68.
- 36) — NICOLAS V. GRECO: — Classificacion de la lepra. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. eSt.º-940. N.º 3. Pag. 301.
- 37) — NOTICIARIO: — Classificação de Lepra. Rev. Bras. Lep. Vol. VII. Junho-939. N.º 2. Pag. 215.
- 38) — NOTICIARIO: — Classificação da Lepra. Rev. Bras. Lep. Vol. VII. Set.-939. N.º 3. Pag. 335.
- 39) — NOTICIARIO: — A proposito da Classificação. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. Março-940. N.º 1. Pag. 79.
- 40) — NOTICIARIO: — A proposito da Classificação. Rev. Bras. Lep. Vol. VIII. Junho-940. N.º 2. Pag. 185.
- 41) — NOTICIARIO: — Rev. Bras. Lepr. Vol VIII. Setº-940. N.º 3. P. 333.
- 42) — NOTICIARIO: — A proposto da Classificação. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. Dez.º-940. N.º 4. Pag. 429.
- 43) — RABELO, Jr.: — Novas provas contrarias à Inclusão da variedade tuberculoides de lepra na forma nervosa. Brasil Medico — 50: 397-398, 1936.
- 44) — RABELO, Jr.: — Questões em discussão sobre a classificação das formas de lepra. Arquivos de Higiene. 1938. ano 8. N.º 1. Pag. 59.
- 45) — RABELO, Jr.: — Lepra tuberculoides: seu significado pratico doutrinario. Minas Medica. Belo Horizonte, 1940: VII — (42), Pag. 387.
- 46) — ROBINSON & FUCHS: — Uma classificação clinico-epidemiologica da lepra. Cit. de Rabelo Jr .
- 47) — ROTBERG, A.: — Reação à lepromina e classificação das formas clinicas.
- 48) — ROTBERG. A.: — Lepra tuberculoides e alergia Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial-940.
- 49) — ROUX, F.: — Formas da molestia Traitè pratique des maladies des pays chow's. Paris, 1888. Paragr. V. Pap. 1661.
- 50) — RYRIE, G. A.: — The classification o leprosy. Leprosy Review :20-24, 1938.
- 51) — SCHUJMAN, S.: — A proposito de uma nueva classificacion de lepra. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII — Junho-940. N.º 2.
- 52) — SOUZA, A. R.: — Situação social do doente de lepra Tuberculoides. R. Br. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial - 1940.
- 53) — SOUZA CAMPOS, N.: — Lepra tuberculoides reacional. R. Br. Lepr. Vol. VIR. N.º Especial - 940.
- 54) — SOUZA LIMA. L.: — Prognostico e mutações da forma tuberculoides. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial - 1940.
- 55) — SOUZA LIMA, L. & ALAYON, F. L.: — Sobre a significação patologica das lesões incacteristicas. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial — 1940.

- 56) — SOUZA LIMAS, M.: — Algumas observações bio-químicas e serológicas na lepra tuberculoide. Rev. Bras. Lepr. Vol. VIII. N.º Especial-1940.
- 57) — TISSEUL, J.: — De la lepra tuberculoide. Arch. Dermat. Syphiligraphique, Paris. 1939: 4. XV — Pag. 307.
- 58) — UNNA Jr.: — Sobre um caso de lepra tuberculoide. Dermat. Wochenschrift, 1914, Pag. 133.
- 59) — WADE, H. W.: — Coments on a criticism o the Leonard Memorial Wood. Conference Report. Lepr. in India. 4 (1932), Pag. 55.
- 60) — WADE, H. W.: — A proposed revision of the memorial Conference classification of leprosy. The Amer. Jour, of Trop. Med. 1937, Vol. 17. N.º 6. Pag. 773.