

ERITEMA NODOSO NA LEPRA

VICENTE ERNESTO PECORARO
Da Assistencia Publica de Rosario,
Assistente do "HOSPITAL CARRASCO".

- 1.º) — INTRODUÇÃO.
- 2.º) — GENERALIDADES:
 - a) Diferenças com o E. N. não leproso;
 - b) Fenomenos prodromicos;
 - c) Circunstancias de aparecimento;
 - d) Causas desencadeantes e predisponentes;
 - e) Localização dos elementos;
 - f) Numero;
 - g) Morfologia e evolução dos elementos;
 - h) Sintomas concomitantes e gerais satelites;
 - i) Sequelas e complicações;
 - j) Evolução do quadro clinico.
- 3.º) — BACTERIOLOGIA.
- 4.º) — ERITEMA NODOSO SEM LESÕES CONCOMITANTES.
RELAÇÃO COM A LEPRA DIFUSA.
- 5.º) — ERITEMA NODOSO COM LESÕES CONCOMITANTES.
- 6.º) — RELAÇÕES DOS ELEMENTOS COM AS LESÕES
ESPECIFICAS.
- 7.º) — INFLUENCIA SOBRE A EVOLUÇÃO DA MOLESTIA.
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

1.º) — Em um trabalho anterior, ao esboçar a historia da Reação Leprosa, fizemos ver, quanto tempo se passou para que se notasse a aparição e presença do Eritema Nodoso (E.N.) na lepra. Si bem que DANIELSSEN Y BOECK, LELOIR e outros, mencionassem na lepra a existencia de nodosidades semelhantes as desse syndrome, não é menos certo que muitos autores sucederam-se, para

que ficasse definitivamente aceito como tal. Existem ainda alguns autores que não aceitam sua existencia tão frequente na lepra. Dentre eles, contamos PAUTRIER, que assim se manifestou na Conferencia de Strasburg, destinada ao estudo especial do Eritema Nodoso, ante uma carta que lhe fora enviada, a respeito, pelo Professor FIDANZA. Esse fato não chama tanto a atenção dos estudiosos, nos paises onde a lepra e endemica.

2.º) — a) E' indiscutível que um estudo clinico comparativo entre o E. N. que se observa no curso da lepra e o E.N. digamos clássico, mostra certas diferenças, como expressam MAURANO e SOUZA LIMA. Por outro lado, não falta razão a FERNANDEZ ao afirmar em sua comunicação apresentada ao Congresso citado, que, muitas vezes, a identidade é absoluta. Dada a pouca frequencia com que temos oportunidade de observar o syndrome E. N. em relação com outras causas, é necessario, quando desejamos estabelecer comparações, nos fundamentar especialmente em tratadistas que se ocuparam do assunto. A seguir, falaremos de um modo geral sobre o E. N. — digamos leproso, fazendo comentarios sobre os fenomenos gerais que precedem ou acompanham a erupção e localização das mesmas, fazendo notar, de passagem, as diferenças que podem existir com o E. N. classico. Para facilitar a descrição, começaremos estudando o caso ideal, digamos assim, como seria aquele que apresentasse esta erupção pela primeira vez e, sem considerar as lesões especificas.

b) *Fenomenos premonitorios:* Os fenomenos premonitorios que precedem o aparecimento da erupção, podem existir ou não; são inconstantes, e, quando presentes, de intensidade variavel. Quando estes fenomenos existem, são representados por sinais prodromicos habituais de qualquer quadro infeccioso. Cabe aqui fazer notar que o quadro clinico do E. N. pode ser provocado em uma bôa parte dos enfermos de lepra, pela ingestão de iodureto de potassio. Por meto deste medicamento tomar-se-ia facil, talvez, o estudo dos fenomenos prodromicos, porem tais fenomenos são inconstantes tambem. Estes prodromos são, quando presentes, de intensidade variavel, chegando às vezes a repercutir de tal maneira sobre o estado geral, que o quadro toma o aspecto de febre tifoide. (Tifosis leprosa). Em outros doentes as primeiras reações de E. N. aparecem precedidas de transtornos gerais. Com a repetição das manifestações eruptivas, nenhum sinal mais a anuncia.

c) Em síntese, após um lapso de tempo, em regra curto, porém variavel e inconstante, durante o qual o enfermo sente-se abatido com perda do apetite, sub-febril, com algias difusas, etc., aparece a erupção. Esta pode tambem ser anunciada, pela presença de adenite: os ganglios se tornam dolorosos, aumentam de volume, etc.,

cessando todas estas manifestações ao aparecer a erupção. Ela evolue por surtos subintrantes de maneira que, em um mesmo momento, podemos ver lesões de todas as idades; a erupção se intensifica ao anoitecer, segundo relatam os enfermos. As circunstancias de aparecimento, são as mais variadas. Em alguns pacientes, é a primeira manifestação da molestia, como nos casos de CID BURGOS. Em outros, incide sobre uma forma até o momento incharacteristica. Porém, se nos reportamos aos dados obtidos pela anamnese, veremos que sua frequencia é grande nos enfermos que até o momento só evidenciavam como sintoma de sua molestia, uma zona de anestesia. Podemos fazer notar, desde já, que os casos avançados, portadores de numerosas lesões, lepromides (1) e tuberculos, com lesões oculares, etc.. são os que com menor frequencia apresentam o síndrome E. N.

d) Nos casos confirmados, observa-se seu aparecimento no decurso do tratamento; conforme citamos o iodureto de potassio, o chaulmoogra, tambem atua muitas vezes como causa desencadeante da erupção. A frequencia de seu aparecimento é maior depois da puberdade, ao contrario do que sucede com o síndrome E.N., cuja frequencia é maior na infancia. Possivelmente, esse fato está ligado à influencia que a puberdade exerce sobre a evolução da enfermidade (Transformação nessa época, dos casos até então incharacteristicos) assim como, influe tambem, ria eclosão de tantos estados patológicos. Porem, sintetizando, só podemos citar como causas desencadeantes comprovadas, o oleo de chaulmoogra e o iodureto de potassio. Não podemos por ora, citar outra causa como predisponente.

Não parece existir relação proporcional entre o aparecimento desse síndrome e a quantidade de bacilos existentes no organismo, pois, como já dissemos, são precisamente os casos avançados, apresentando maior porcentagem de exames positivos, tanto na mucosa nasal como nas lesões cutâneas, os que apresentam esta erupção com menor frequencia. Constatamos no Sanatorio Padre Bento, muitas vezes, que os exames bacteriológicos negativos de um determinado paciente, coincidiam com o inicio da erupção. Esta claro que este exame só tem importancia porque, sendo um exame de rotina, demonstra, em igualdade de condições, ser negativo, como indicando uma menor eliminação bacilar, supomos, entretanto, que se realizassemos uma curetagem da mucosa nasal, possivelmente encontraríamos bacilos.

(1) Designação introduzida por MAURANO referente a todas as lesões cutâneas que são têm a morfologia do leproma (tuberculo) porem que apresentam estrutura lepromatosa. Serve de antitese as leprides, lesões da lepra tuberculoides.

Com respeito à bacilemia, já não julgamos que se dê o mesmo; esta poderá ser positiva ou negativa. Se acrescentarmos que pode ser negativa ou positiva, mesmo nos casos em que a erupção não está presente, vemos que a determinação da bacilemia perde todo seu valor como causa desencadeante. Devemos ainda considerar que as técnicas de estudo são imperfeitas, dando por conseguinte resultados errôneos. Concluimos, portanto, que a relação entre a quantidade de bacilos e o aparecimento da erupção é provável.

Um ponto é fundamental esclarecer: este síndrome eruptivo se apresenta sómente nas formas lepromatosas da enfermidade. É suficiente que um enfermo, cuja diagnóstico de forma, se preste discussão, apresente uma erupção dessa natureza, para que fique estabelecida a verdadeira significação clinica da lesões evidenciadas.

e) Passamos a estudar a localização da erupção; veremos que os nódulos tem um localização quasi eletiva, em grande número de casos, e sem nenhuma relação aparente com as lesões específicas; e assim veremos localizadas em extremidades, no rosto, e algumas vezes no tronco. Aqui poderíamos fazer uma diferença entre o E. N. que responde a outras cousas prováveis como veremos no seguinte quadro:

ERITEMA NODOSO LEPROSO:

<i>Rosto</i>	—	Orelhas - Regiões malares - Pálpebras.
<i>Tronco</i>	—	Em geral a presença de elementos no tronco, depende da intensidade do processo.
<i>Extremidades</i>	—	Membros superiores: — especialmente na face externa e face posterior dos braços, bem como nos ante-braços e cotovelos. Membros inferiores: — Face interna das coxas, especialmente no terço inferior. São observados elementos localizados nas pernas e nádegas.
<i>Localização Ocular</i>	—	Pouco frequente. - São citados alguns casos na literatura.

ERITEMA NODOSO DE OUTRA ETIOLOGIA:

<i>Rosto</i>	—	Em regra geral é respeitado.
<i>Tronco</i>	—	Respeitado, não obstante, poderem ser observados alguns elementos.
<i>Extremidades</i>	—	Membros inferiores: — Localização habitual nas pernas, ao longo da tíbia. Podem ser encontrados alguns elementos nas coxas e nadeegas.
<i>Localização Ocular</i>	—	Raramente observada. - Pouco frequente.

Verificámos, com relação à localização, que existem algumas diferenças entre o E. N. observado na lepra e o E. N. clássico. E.N. que aparece no curso da lepra, tem predileção especial pelo rosto. Segundo o tratado de Dermatologia publicado sob a direção de BELOT e outros autores, os nódulos do E.N. que aparecem no curso de uma infecção, tem relação com a enfermidade causal, a localização da erupção tem alguns característicos especiais, começando por regiões diferentes das clássicas, como sejam hombros, triangulo de Scarpa, membros superiores, etc. Em síntese podemos dizer que existem algumas diferenças no que se refere a sua localização e difusão. Localização atípica e maior difusão do E. N. leproso, geralmente.

f) Quanto ao número de elementos, é muito variavel; podendo ser em grande quantidade ou, muito discreto.

g) *MORFOLOGIA:* Ao estudar a morfologia do E. N. na lepra, couvem notar os casos em que este síndrome se apresenta, por assim dizer, isolado e os que apresentam a erupção coexistindo com lesões específicas bem individualizadas. Afim de facilitar seu estudo, convem também descrever primeiramente um caso típico, ideal, como seria então o doente que apresenta sua erupção pela primeira vez. Nestas circunstancias, sua morfologia em nada se diferencia dos nódulos E.N. que se manifestam no curso da tuberculose, por exemplo. Na lepra, a erupção se inicia localizando-se nas zonas de eleição, conforme citámos anteriormente. Não existe unia zona eletiva dentro destas, nas quais os nódulos apareçam com maior predileção. Em alguns enfermos, pode aparecer primeiro nas pernas, em outros, no rosto, etc., invadindo progressivamente as zonas citadas. Resumindo, poderíamos dizer que é variavel a localização inicial. Acrescentamos, entretanto, que a erupção pode permanecer localizada nessas zonas, consideradas preferenciais, e onde se observam, periódicamente, recidivas dos nódulos. Acompanhemos de inicio a evolução de um elemento. Observamos o seguinte: Na zona da pele posteriormente sede de nódulo, previamente dolorosa ou não, nota-se o aparecimento de uma mancha vermelha, dolorosa, congestiva, que vai aumentando progressivamente de tamanho e ao mesmo tempo vai se infiltrando. O tamanho da lesão, a infiltração e o eritema, aumentam até chegarem ao que poderíamos denominar — periodo de estado do nódulo. Nesse momento, o nódulo apresenta as seguintes características: coloração eritematosa, escura, porém acentuada no centro, de limites sombreados que vão se apagando gradualmente; mais intenso no centro da lesão que na periferia. A lesão esta em relêvo, relativamente à pele visinha. A apalpação, grande infiltração, cujos limites não se podem delimitar precisamente. O nódulo é doloroso à pressão e mesmo espontaneamente. A

seguir, entra logo em periodo de declinio, todos os fenômenos se vão atenuando gradualmente, desaparecendo primeiro a dor e a in-filtração enquanto que o eritema vai modificando sua coloração, primitivamente vermelho intenso, e tornando-se violácea, até que, do antigo nódulo só persista uma pigmentação equimotica, que vai adquirindo tonalidade diferentes, pigmentação esta de limites difusos e coberta por uma fine descamação. Finalmente, desaparece esta coloração, derivada, como sabemos, das variações de cor que sofre o sangue extravasado no transcurso dos fenomenos que precedem sua reabsorção. A evolução do nódulo, sem ter em conta a pigmentação residual, que pode persistir durante tempo variavel, se produz em um lapso de tempo que varia de 4 a 8 dias.

h) Todos esses fenômenos, precedidos muitas vezes, de pródromos inconstantes, não acompanhados de transtornos mais ou menos intensos, que dão a esta intercorrença o aspecto de um quadro infeccioso: febre de intensidade variavel, podendo chegar a ser muito elevada, acompanhando-a todo seu cortejo sintomático; dores reumatóides difusas, observando-se muitas vezes verdadeiras artrites com derrame articular, o que desaparece com a erupção sem deixar sequelas. O quadro descrito, repetimos, é o caso ideal, no qual deixamos de lado as lesões especificas que têm sua manifestação eruptiva pela primeira vez tendo uma repercussão geral mais ou menos atenuada.

Passaremos agora a descrever a forma habitual, a qual temos mais oportunidade de verificar, a forma comum, poderíamos dizer, prescindindo, por ora, das lesões especificas que o enfermo possa ter. Nestes casos, a diferença está sómente nas modificações que os surtos eruptivos, sucessivos, reincidentes com maior ou menor frequência, imprimem As zonas da pele nas quais se localizam. E' assim que vemos um enfermo, cujas zonas de localização do E. N. são habituais, apresentar-se à inspecção em estado lastimavel. Tomaremos como tipo de descrição, por exempla, o terço da face anterior da coxa que é a parte eletiva preferencial de localização. A pele nessa zona, encontra-se infiltrada, de uma coloração eritemato-violácea intensa, disposta em placa e coberta de uma descamação laminar. Estas placas infiltradas, como observou MAURANO, não são uniformes, observam-se tambem elevações e depressões, correspondendo às primeiras, como se pode observar, por um exame superficial, nódulos de eritema nodoso e as ultimas às zonas da pele entre os nódulos que, ou, salvo o eritema violáceo, conserva quasi todas as suas características normais, ou as atrofiás cutâneas e sub-cutâneas, estas últimas muito pronunciadas. Este tipo de atrofiás, só está presente nos enfermos que sofrem surtos eruptivos repetidos, como dissemos, principalmente quando os nódulos recidivam nos

mesmos lugares. Tanto é assim, que os enfermos chegam, muitas vezes a infiltrar estas zonas com chaulmogra, por sua propria conta, procurando evitar a repetição da erupção.

Este aspecto que acabamos de esboçar, é observado também, embora mais atenuado em intensidade, na face posterior dos braços, terço inferior das pernas, etc., etc..

i) A predileção dos nódulos por determinadas zonas, as recidivas em sitios preferenciais, faz com que o processo repercute intensamente sobre a pele, deixando destes fenômenos, a maioria das vezes, verdadeiras sequelas. A esse respeito já citamos as atrofias cutâneas e subcutâneas. No entanto essas atrofias não são as únicas consequencias das recidivas dos nódulos. Em um grande número de casos, fazendo-se a apalpação das zonas atacadas com maior frequência, nota-se uma intensa infiltração, já não correspondendo precisamente a nódulos conglomerados, mas sim, posteriores à regressão desses elementos. Esta infiltração corresponde a um endurecimento dermo-hipodérmico de consistência quasi lenhosa, razão por que MAURANO as denomina placas de xiloideodermia. Estas placas que são evidenciadas com o azul de metileno, localizam-se, quasi que exclusivamente na face posterior das pernas, onde, ás vezes se dispõe como um verdadeiro "manguito", observando-se com muito menor frequência em outras zonas. Assim teremos: nódulos conglomerados dispostos em "placard" e onde as lesões residuais são mais intensas, alternando com nódulos e lesões residuais isoladas. Além desse endurecimento, percebe-se tambem pela apalpação, muitas vezes, outras lesões mais limitadas e que constituem verdadeiros nódulos, os quais, possivelmente, têm a mesma significação que as placas de xiloideodermia. Estas lesões são a sede de elementos do E.N N. Sua consistência é elastica, firme, podendo muitas vezes se encontrarem esclerosados. Já fizemos notar, que o aparecimento sucessivo dos nódulos, dá lugar A existencia de um polimorfismo de elementos, baseado na diferença de idade dos mesmos. Porem, não é só nisso que se baseia o polimorfismo observado. As vezes, localizando-se um nódulo, como por exemplo, nas regiões malares ou nas palpebras, sobre uma lesão especifica constituída por lepromas conglomerados com o qual tem relação, modifica sua morfologia. Contudo, os fenomenos subjetivos, sua evolução, lesões residuais, e etc. são os mesmos que os elementos isolados. Existem, realmente, alguns elementos nos quais se observa uma morfologia tão diferente do E. N. típico, que se vacila em considera-los como tais. Esses elementos se localizam, via de regra, no tronco e, As vezes, no rosto. Sua morfologia é tão variavel que não se poderia descrever uma forma determinada. Algumas vezes, são elementos de pequeno tamanho, representados sómente por uma lesão eritemato-papulosa, ou-

tras, trata-se de máculas eritematosas infiltradas, de duração fugaz, e não raro, se observa uma macula eritematosa, no centro da qual, levanta-se um pequeno nódulo, cujo vértice apresenta um ponto branco, dando a impressão de que vai supurar. Digamos de passagem, esta complicação se produz aqui com bastante frequência. Porém isso não constitui diferença apreciável com o síndrome E. N. clássico, porquanto, este também se acompanha em casos de sintomatologia completa, por uma erupção que, dizem os apologistas da opinião de sua natureza bacilar, que se trata de uma verdadeira roseola tuberculosa.

Em síntese, podemos dizer que os nódulos típicos se localizam especialmente nas extremidades e algumas vezes nas nádegas, enquanto que, os elementos que poderíamos classificar de atípicos são observados, via de regra, no tronco e no rosto, presentes especialmente nos casos em que a erupção se acompanha de grande repercussão geral. São também observadas em enfermos nos quais a erupção parece ter gradualmente formado lesões de eritema polimorfo.

Quanto à intensidade dos fenômenos gerais satélites, diremos que em geral está em relação com a da erupção. Porém, isso nem sempre sucede, de maneira que, as vezes, a erupção não acompanha os fenômenos gerais, etc.. Quando observamos um quadro, onde existe uma sintomatologia completa, constituída por febre alta, que chega, as vezes a 41.°, podem ser observadas artralguas, que chegam a parecer verdadeiras artrites com derrame, que desaparecem com a erupção, sem deixar consequências, mas, frequentemente, o paciente apresenta dores reumatóides, etc.. Existe, entretanto, uma porcentagem de enfermos, nos quais o quadro clínico é enriquecido com a presença de neurite, ou mesmo dores nevralgicas, orquite, irite (com menor frequência), etc.. Em suma, o quadro se complica com a reativação dos focos lepromatosos que se tornam agudos, interrompendo sua evolução crônica habitual. Isto faz pensar que exista uma identidade de processos patogênicos entre o E. N. e as citadas manifestações agudas, embora recordemos, que em alguns enfermos as neurites e etc. possam ser encontradas isoladamente.

A característica do nódulo do E. N., razão pela qual é também designado pelo nome de dermatite contusiforme, é a lesão residual de coloração violácea, pigmentária, equimótica, de limites difusos, que pode ser encontrada, como os nódulos, isolada ou conglomerada; lesão que pode ser a sede de uma atrofia cutânea mais ou menos notável e que apresenta como vestígio da infiltração que ali esteve localizada, uma descamação cuja intensidade depende do número de recidivas. A atrofia e a descamação respondem à mesma causa etiológica — a infiltração. Esta lesão cujo mecanismo de formação

já conhecemos, desapareceu, como dissemos, sem deixar vestígios. Repetimos que, quando os surtos são repetidos, se produz uma atrofia da pele, de grau variável, alcançando, às vezes, o tecido celular subcutâneo.

k) EVOLUÇÃO: Os fenómenos gerais podem ser de intensidade variável, em alguns não existem, em outros são muito discretos ou intensos. Podem ainda se manter durante meses seguidos com grande repercussão sobre o estado geral do enfermo que emagrece notavelmente, restabelecendo-se entretanto, logo que estes fenómenos desaparecem. A duração desse quadro é sumamente variável, pode durar de alguns dias até anos inteiros. Notando-se, porem, que, sempre que esta duração é tão prolongada, devemos nos referir a ela como um caso agudo, pois a lesão elementar, o nódulo, evoluciona em forma aguda. Alguns enfermos são acometidos sómente por uma "poussé" de nódulos, já em outros isso se repete continuamente, de modo que a duração total do quadro clínico depende do número de reações. Significa que sua evolução pode ser curta ou prolongada.

3.º) — BACTERIOLOGIA: O estudo bacteriológico dos elementos do E.N. não chega a nenhum dado que possa ser tomado em consideração. Desde o ponto de vista de sua patogênia, perde todo o valor se levarmos em conta que a pele pode ser a possível localização de uma lesão lepromatosa histológica. Além disso, nos mesmos enfermos podem ser encontrados alguns nódulos, com exames positivos e outros negativos. Sintetizando, o estudo de sua bacteriologia só tem valor como meio de diagnóstico em casos confusos. (Citados por exemplo por CID BURGOS).

Estudamos e investigamos a bacteriologia dos nódulos em diferentes periodos de sua evolução e os resultados foram sempre discordantes. A pesquisa de bacilos em nódulos de recente aparecimento, em periodo de estado, no declínio ou ainda no periodo de lesões residuais, verificados sempre no mesmo momento e com a mesma técnica, deram resultados ora positivos, ora negativos, não raro discordantes em um mesmo enfermo. Desta forma, não se pode tirar conclusões do estudo bacteriológico. Consideramos que, para fins de diagnóstico em casos suspeitos de E. N. a biópsia seja realmente de utilidade, pois, sempre o exame do mucos nasal ou a punção ganglionar, na falta de lesões cutâneas evidentes, dá resultados positivos.

Passaremos a descrever o E. N., tomando em consideração as lesões específicas que o enfermo possa apresentar. Já dissemos que não são os casos confirmados da enfermidade, aqueles que apresentam lesões lepromatosas típicas, lepromides ou lepromas ricos em

bacilos, os que com maior frequência sofrem desse tipo de erupção. A observação dos casos, mostra exatamente o contrario. Justificando nosso parecer, separaremos a seguir os enfêrmos portadores deste síndrome, em dois grupos, divisão quasi esquematica, indiscutivelmente, porém, que facilitará a exposição dos fatos:

I — Os enfêrmos que apresentam o síndrome E. N. coexistindo com lesões especificas típicas, quer dizer, bem individualizadas.

II — Aqueles nos quais é a única manifestação clinica aparente, objetiva de sua enfermidade.

4.º) — Ao estudar este último grupo de enfermos, nos quais, repetimos, não são observadas lesões clinicas de lepra, é que a descrição e o estudo da forma denominada por WADE — lepra difusa, adquire grande importância. Procuraremos em primeiro lugar, definir a lepra difusa, segundo WADE: Entende-se como tal, os casos da enfermidade onde, a-pesar-de não serem observadas lesões clinicas aparentes, é possível comprovar a existência do bacilo na maior parte do tegumento.

Segundo os estudos de MAURANO, concluiremos que o fato destes enfêrmos não apresentarem lesões clinicas típicas, não deve excluir a existência de aspectos dermatológicos que, embora não se-jam exclusivos nem patogênicos da lepra, sua observação, muitas vezes, é insuficiente para fundamentar um diagnóstico, tem pelo menos o valor de orientá-lo, porquanto, o mesmo Autor encontrou ali estrutura lepromatosa. Não nos deteremos no estudo pormenorizado, nem entraremos em considerações sobre o prognóstico que cabe a esta forma, porém, assinalaremos que estas lesões que poderíamos denominar de atípicas e que na maioria das vezes são simplesmente a exteriorização de um transtorno trófico, variam muito no que se refere ao seu aspecto, sua intensidade e a sua propria presença. Habitualmente, estas lesões são representadas por alterações das funções da pele em seus aspectos normais, como sejam, ressecamento da pele, ausência de pelos, transtornos sudorais, descamação anormal, pigmentação mal distribuída, etc..

5.º) — No outro grupo de enfêrmos, notamos que ao lado dos elementos do E. N. encontram-se lesões bem individualizadas da enfermidade. E' indiscutível que esta descrição choca-se com o grande inconveniente de não existir urna nomenclatura precisa para designar as lesões que um paciente possa apresentar. Na maioria dos casos, encontramos estas lesões localizadas no rosto, verifica-se ai, ou infiltrações lepromatosas evidentes, localizadas nas azas do nariz ou nas regiões malares, ou então, nas orelhas, particularmen-

te nos lóbulos, constituindo, às vezes, lepromas os quais deixam como consequencia de sua reabsorção, uma pele enrugada de aspecto atrófico. Uma localização interessante de se assinalar é a da planta do pé. São observadas, especialmente no bordo interno do pé, infiltrações lepramatosas, ou, lepromas modificados em sua morfologia pela pressão que sobre eles é exercida. Podem ainda, ser encontradas no tronco e extremidades, porém, os lugares assinalados são os de predileção. As descrições que antecedem, não excluem, repetimos, a possibilidade de um caso avançado apresentar erupções do E. Nodoso. Limitamo-nos a assinalar que a frequência de seu aparecimento é muito maior nos casos com lesões discretas ou "inaparentes". Estas lesões são representadas, frequentemente, ou por zonas de eritemas pouco acentuados, de limites difusos, ou, por lesões localizadas na área posterior das coxas e que se confundem com a "queratosis pilaris" etc.,

O eritema nodoso nas formas avançadas merece um parágrafo a-parte: sabemos que um dos processos de evolução dos tubérculos ate seu desaparecimento é a supuração dos lepromas, pois em certos enfêrmos que se apresentam com o tegumento coberto de lepromas, em determinado momento estes lepromas são séde de um processo inflamatório que os conduz à supuração e ulceração; esse acidente pode repetir-se varias vezes, o que ocasiona o desaparecimento dos lepromas com cicatrização posterior. Por esta forma, evolucionam até a cura, a maior parte dos chamados casos queimados, neles só são observados os vestígios de um processo já desaparecido. Aqui, existem dois casos interessantes a serem assinalados: muitas vezes este processo inflamatório é anunciado por uma erupção de E. N. que se instala pouco tempo antes. Estes enfêrmos, manifestam, em geral, ou pela primeira vez uma erupção desta natureza, ou, poucas vezes dela padeceram no transcurso de sua enfermidade, sempre com escassa repercussão geral e pequeno número de elementos.

6.º) — Esta descrição de E.N. e lesões especificas, nos leva a analisar outro aspecto do quadro clinico, aquele que se refere as relações provaveis entre os elementos de E. N. e as lesões especificas, relações estas consideradas sob muitos ponto de vista.

- I — O Azul de Metileno coloriu zonas de pele, onde nunca se localizaram elementos de E. N.
- II — O Azul de Metileno coloriu zonas de pele que embora não mostrassem lesões típicas de lepra, haviam entretanto, sido a sede de localização de elementos de E. N. já desaparecidos.
- III — O Azul de Metileno não coloriu zonas de pele nas quais existiam elementos de E. N.

IV — O Azul coloriu zonas de pele onde existiam estes elementos.

V — Em um caso o Azul de Metileno provocou o aparecimento de uma reação tipo E. N.

Como vemos, esta coloração das zonas onde existem elementos de E. N. faz pensar pelo menos na preferencia de uma localização eletiva.

Entretanto, os exames anatomo-patológicos destas partes de pele colorida e dos nodulos de E. N. foram na maioria das vezes demonstrativos, visto que estes cortes mostraram ao lado de outras alterações histologicas, a presença de estruturas lepromatosas.

Consideraremos agora, as relações entre os nódulos e as lesões clinicas evidentes, individualizadas, veremos que os nódulos não parecem ter predileção, no que diz respeito a localização, pelas lesões preexistentes. E assim, ao lado de elementos que assentam sobre antigas lesões, são vistos outros, localizados sobre a pele aparente-mente são.

Assinalaremos que na primeira hipótese, a lesão preexistente não sofre em absoluto, alteração alguma, mantendo o seu aspecto morfológico, isto é, as suas características habituais. Este fato é importante porque a estreita relação entre os elementos E. N. e as lesões lepromatosas poderia parecer indicar não só uma relação de localização como também de patogenial. Entretanto, percebe-se neste estudo, uma certa discordancia: ao primeiro golpe de vista, a coincidência entre nódulos e lesões histológicas especificas dá a entender que a primeira seria dependente, em sua continuação, de uma alteração qualquer da lesão histológica. Porem, contradizendo esta hipótese, falam os seguintes fatos:

I — E' possível a verificação de infiltrados lepromatosos em outras partes aparentemente são.

II — A ausência de modificações (pelo menos clinicas) das lesões evidentes nas quais se localizam os nódulos, ou coexistam simplesmente com a erupção.

III — A localização preferida da erupção.

Com esta finalidade, temos feito biopsias de nódulos e de lesões especificas com o fim de verificar si existe alguma alteração histológica. Ainda não conhecemos os resultados.

Mais uma vez criticamos o uso do termo "reação leprótica" empregado, a nosso ver, com uma significação demasiado ampla, enquadrando muitos aspectos, e trazendo muita confusão relacionada com o quadro clinico que compreende esta denominação.

Vem a pelo esta pequena critica pelo fato de, ao pretender-se definir esta intercorrência, falar-se sempre de reativação de lesões preexistentes e aparecimento de lesões novas, naturalmente especificas. Isto da a entender em poucas palavras que, verificada esta intercorrência, o doente, logicamente, piorava.

O certo é que na major parte das vezes o quadro clinico sob a denominação de "reação leprotica" era representado pelo E. N. ou polimorfo. Evidentemente o E. N. é a manifestação cutânea aguda que vemos aparecer com maior frequência no curso da enfermidade. Não concordamos porem com a afirmação de certos autores de que no decurso desta erupção observa-se o aparecimento de novas lesões especificas.

Nos casos por nós observados, especialmente aqueles nos quais o E. N. evoluia com mais ou menos rapidês, nunca constatámos o aparecimento de lesões especificas simultaneamente com a erupção do síndrome E. N. e como já dissemos, não verificamos tambem a reativação de lesões preexistentes. Excluiremos desta afirmação os casos nos quais a erupção prolonga-se por anos inteiros, de evolução tórpida, pois a nossa experiência não nos permite afirmar ou negar a possibilidade de que a enfermidade siga sua evolução progressiva, pois nosso estudo se refere ao tipo de enfêrmos nos quais se tem a impressão de que o E. N. evolue como que vivendo à margem da lepra.

7.º) — INFLUÊNCIA SOBRE A EVOLUÇÃO DA ENFERMIDADE.

Acabamos de afirmar que o quadro clinico do E. N. constitue o acidente agudo mais frequente dentro da chamada "reação leprótica". Concluiremos tambem, que no decurso da sua duração, nenhum sintoma, salvo os elementos eruptivos, denunciam a atividade da moléstia.

Pois bem, repetiremos uma vez mais que os casos avançados na sua maioria, negam em seus antecedentes erupção semelhante, e, quando isto aconteceu, foi geralmente muito discreta, tanto no que se refere ao número de elementos, como na repercussão geral, etc..

Entre as discussões mais interessantes a que deu lugar o complexo clinico denominado "reação leprótica", merece destacar-se a de sua provavel influencia sobre a evolução da molestia. Nesse sentido, veremos que as opiniões sempre estiveram divididas e assim, ao lado dos ecléticos e indiferentes, definiram-se duas tendências opostas: um grupo sustenta que a explosão esse acidente agrava o prognóstico, outro grupo afirma justamente o contrário. Esmiuçando o síndrome Reação Leprótica de tal maneira que todas as suas manifestações se individualizem realmente com personalidade clinica, seria su-

mamente interessante o estudo da influencia do eritema nodoso sobre a marcha e prognóstico da enfermidade, tendo em conta que o iodureto de potassio é capaz de provocar seu aparecimento em enfermos que já o apresentaram anteriormente; já não seria questão de esperar seu aparecimento espontaneo, mas sim, desencadea-lo por meio do citado medicamento, diremos então, manejando-o e dosando-o, como qualquer outro meio terapeutico. Antes de tudo, devemos ter em conta que sendo a lepra uma molestia de evolução sumamente longa e cronica, tambem longas deverão ser as observações que se refiram a evidencia de uma determinada terapeutica, sem esquecer entretanto, suas prolongadas remissões e suas bruscas exarcebações, quer dizer, sua evolução por momentos acelerada. Não devemos esquecer que ela é espontaneamente progressiva, a-pesar-das passageiras ilusões que os tratamentos atuais inspiram. Tendo em conta todas estas causas de tão frequentes erros, estaremos em condições de fazer uma apreciação mais ou menos exata do valor de uma terapêutica ou de outro agente qualquer em sua influencia sobre a evolução da enfermidade.

Ao dizer progressiva em sua evolução, qualquer influencia a nosso ver que detenha essa evolução progressiva será de per si benéfica para o enfermo. E no caso particular do E. N. cabe acrescentar todavia que não será pelo fato de um enfermo avançado apresentar entre seus antecedentes uma erupção desse tipo que deva ser responsabilizadas forçosamente por isso.

SOUZA LIMA e MAURANO acham que "as erupções desse tipo, (eritema nodoso), que se apresentam com intervalos regulares acompanhadas de fenómenos gerais intensos e periodicamente repetidos, beneficiam o enfermo.

Como já dissemos, nem todos os doentes de lepra padecem dessa erupção, e acrescentamos ainda que nos que nunca apresentaram este quadro clinico, certamente nenhum meio empregado será capaz de provoca-lo.

GIL DE CASTRO CERQUEIRA é da seguinte opinião: depois de haver observado enfermos portadores de E. N., nos quais a lepra se detinha em sua progressão, visto não aparecerem novas lesões, particularmente os que sofriam intensos fenómenos gerais, notou que em alguns, desaparecida esta erupção a enfermidade seguia sua mracha habitual, agravando-se o estado da moléstia; em outros, a erupção desaparecia e o enfermo continuava no mesmo estado sem apresentar novas lesões; finalmente, em outros ainda daria a impressão de que em determinado momento a capacidade de seu organismo acabara.

RESUMO

O Autor tece comentários em torno do síndrome "Eritema Nodoso" nas diversas moléstias, estudando em seguida as causas que podem desencadeá-lo na lepra. Estabelece ainda peculiaridades quanto à sua localização. Considera o "EN." como a manifestação cutânea aguda mais frequente do síndrome "Reação Leprótica". Observa que os casos avançados são os que mais frequentemente apresentam entre seus antecedentes, manifestações desse tipo, vendo possibilidades dessa erupção ser um índice de melhoria no prognóstico da doença. Sugere, sejam realizados estudos mais actuados nesse sentido.

SUMMARY

The Author comments the "Erythema Nodosum" syndrome in the different diseases, studying, afterwards, the factors which can cause it in leprosy. Besides this he states some peculiarities regarding its localization. The author considers the "E. N." the acute skin manifestation more frequent of the "Leprotic Reaction" syndrome. He observes that the advanced cases are those which present more frequently among their antecedents, this kind of manifestations, noting that this eruption would possibly be a sign of improvement in the prognostic of the disease. He suggests that more accurate studies may be done in this respect.