

CONSIDERAÇÕES SOBRE EXAMES BACTERIOSCÓPICOS NA LEPROSA

FREDERICO HOPPE JÚNIOR.
(Médico do Asilo-Colônia Cocais).

Nos serviços a nosso cargo, no pequeno laboratório anexo à Seção de Elucidação de Diagnostico do D. P. L., foi-nos dado observar fatos interessantes que julgamos de utilidade trazer para os anais desta Sociedade, tendo em mira elevar ao máximo a positividade das pesquisas de bacilos ao microscópio.

São fatores preponderantes para o resultado positivo: uma cuidadosa e bem orientada colheita de material, uma coloração bem feita e uma paciente pesquisa.

A colheita de material compreende: a obtenção de muco nasal que, somente nos sugere lembrar, que o algodão montado no estilete deve ser levado profundamente em as narinas, de encontro ao septo nasal; a punção de zonas infiltradas pelo processo leproso, de abscessos localizados em gânglios e nervos, intervenções essas que nada apresentam de particular e, finalmente, a escarificação de maculas, tubérculos, úlceras, etc. da epiderme cuja técnica analisaremos detalhadamente cotejando resultados obtidos pelas diversas maneiras de proceder.

Antes, porem, devemos considerar o local da epiderme onde vamos pesquisar o M.L. e, naturalmente, as nossas investigações serão dirigidas as lesões aparentes seguintes:

Máculas — Segundo a forma clinica das máculas, podem ser

isentas, pobres, ou ricas de bacilos e dentro delas ha pontos de eleição para a colheita de material; alem disso devemos ter em vista que, geralmente, as maculas cicatriciais, em teoria e na prática, são isentas de bacilos.

Máculas eritematosas — As máculas eritematosas representando areas de perturbação circulatória quer, segundo alguns autores, pela ação local do agente patógeno, quer, segundo outros, pelos distúrbios neurotróficos da moléstia, são pontos em que os bacilos são facilmente encontrados.

Na primeira hipótese, a sua presença seria a própria causa imediata da lesão e, na segunda, seriam eles supervenientes às alterações do metabolismo local, como beneficiários da menor defesa do organismo nesses pontos.

Nesta forma clinica de máculas bem como nas máculas eritemato-pigmentadas e nas pigmentadas puras, os bacilos são mais facilmente encontrados quando o material é colhido nas zonas marginais da mesma.

Nas máculas pigmentadas puras, os resultados positivos têm sido menos frequentes.

Máculas eritematosas nos bordos e centro claro — Estas maculas, parecendo evidenciar a evolução excêntrica de todas elas, têm uma faixa de maior atividade nos bordos e é ai que vamos encontrar material com maior índice de resultados positivos.

Máculas eritematosas infiltradas — Nestas máculas, o material pode ser colhido em qualquer ponto, pois que o processo infiltrativo uniformemente distribuído na eflorescência é acompanhado por uma invasão de bacilos que o microscópio revela com facilidade.

Máculasacrômicas — Têm sido geralmente negativas as nossas pesquisas de M. L. nas máculasacrômicas.

Infiltração lepromatosa — A infiltração lepromatosa, difusa, abriga, tambem, consideravel massa de bacilos em toda a sua extensão.

Lepromas — Quer se trate de tubérculos dérmicos ou de nódulos hipodérmicos, a colheita de material do leproma dá sempre resultado positivo nas pesquisas de germens.

Lepromas "en nappe". — Os lepromas "en nappe" fornecem 100% de exames positivos qualquer que seja o ponto em que se faça a colheita.

Lepra tuberculóide — Nas lesões de lepra tuberculóide, somente temos encontrado raros bacilos ao fim de longa e sistemática pesquisa durante 3 a 4 horas.

Escolhido o local onde se vae fazer a colheita do material, passemos em revista os diversos processos recomendados para esse fim. A punção de máculas e zonas infiltradas é preconizada como um dos melhores métodos, em artigo do erudito MOYA, publicado na revista *Actualidad Medica Mundial* (1936 - n.º 63 - pag. 111).

Ao nosos ver, este processo tem o inconveniente de trazer apreciavel efusão de sangue, o que é prejudicial as pesquisas bacteriológicas, como adiante veremos.

Pensamos que o processo de MOYA deve ser reservado somente para aplicação no lóbulo da orelha, atendendo as suas condições anatômicas e b. maior densidade das infiltrações nessa região.

O método consagrado atravez dos tempos tem sido a excisão da pele nos pontos supostos atacados pela moléstia; a investigação dos bacilos é feita em cortes histológicos e demanda, portanto, laboratório de anatomo-patologia.

Este método, dada a sua morosidade, não tem aplicação em ambulatório.

Temos o processo da tesourada citado no "Informe de la Conferencia Memorial Leonard Wood (Philip. Jour, 449. - 1931) e inventado, ao que parece, por MUIR, de Calcutá, e que consiste em fazer com uma pequena tesoura curva a excisão de um fragmento da pele, com 2 mm, mais ou menos de espessura, e atrita-lo em seguida, pela sua parte cruenta, em uma lamina.

Embora encurtando bastante o tempo de preparo da lamina, este processo não é aproveitavel.

Tem ele o inconveniente de fornecer serosidade e sangue em excesso, 13 que redundam em prejuizo da boa coloração e dissemina os bacilos, quando temos sempre em mira procurar concentra-los no menor volume possivel de material para que sejam mais facilmente encontrados.

Para corrigir os defeitos do sistema de excisão, apareceu o de incisão, mais simples, mais rápido, mais eficiente.

Com um vacino-estilo, faz-se uma pequena incisão na pele (de 5 mm.) e, enquanto com a mão esquerda se comprimem as adjacências ,com a direita, munida do vacino-estilo, colocado agora transversalmente, raspa-se a superficie do corte, colhendo a serosidade e sangue que dele emergem e estendendo-os na lamina.

Essa a técnica de largo uso entre nós.

Todavia, dentro dela ha modalidades que fazem variar os resultados e é especialmente para este ponto que desejamos atrair a atenção dos colegas.

Assim, quando a incisão é aprofundada alem de uma certa me-

dida, o material é composto quasi que só de sangue, vindo, em suspensão, proporcionalmente, quantidade minima de exsudato seroso e bacilos e esse todo vae formar uma camada espessa sobre a lamina, a qual terá que ser reduzida no momento da remoção do excesso de hemoglobina por meio de agua distilada, sem o que os corantes não poderão atuar com eficácia.

No momento desas redução, podemos quasi afirma-lo, grande número de bacilos, si existem, é eliminado com a hemoglobina removida e o conteúdo do material em germens, estará consideravelmente diminuido.

A esta asserção chegámos: observando inúmeras vezes que material colhido no mesmo momento, da mesma lesão, apenas variando levemente a profundidade da incisão dá, ao exame, resultados muito afastados um do outro.

De um lado, com incisão raza, (1 mm., mais ou menos) de modo a obtermos quasi que tsó serosidade, encontramos, ao microscópio, abundantes bacilos; de outro lado, fazendo corte um pouco mais profundo e colhendo gota espessa de sangue, vamos encontrar raros bacilos e isso mesmo depois de prolongarmos o exame em grande extensão do material.

Figuramos aqui, uma lesão rica em M.L.

Supondo agora uma lesão pobre, vemos que os exames poderão ser, no primeiro caso, positivo e, no segundo negativo, e este fato põe em realce a importância do critério a seguir.

Deduzimos, portanto, que não devemos nos preocupar em fazer brotar o sangue da incisão pois que este sangue vem apenas diluir a suspensão de bacilos e tornar mais improvavel o sucesso da pesquisa.

Posta em evidência a vantagem da intervenção quanto possivel superficial, aconselhamos fazer, com intervalos de 1 mm. várias incisões paralelas (3 a 4) de cada uma das quais surgirá exsudato com a mesma porcentagem aproximada de bacilos em suspensão.

A quantidade de material deverá ser apenas o suficiente para cobrir um espaço circular de um centímetro de diâmetro sobre a lamina.

Cobrir maior extensão da lamina somente é aconselhavel no caso de colheita de material de várias lesões do mesmo doente.

Quanto à coloração, desejamos focalizar uma fase que, parecendo secundária, é de capital importância para a caracterização do bacilo.

Referimo-nos ao ato de lavar a lamina após te-la passado pela solução ácida.

Ao contacto do ácido nítrico, o cloridrato de rosanilina perde a sua cor e essa descoloração atinge também os bacilos que, continuando impregnados de corante, ao contrário dos demais elementos do material, readquirem depois, lentamente, o seu aspecto róseo, medida que o ácido é diluído e retirado pela água.

Si este tempo da coloração que, na descrição da técnica, é representado apenas pela expressão — Lava-se — não for prolongado como deve (2 a 3 minutos), os bacilos podem reter partes mínimas de ácido suficientes para mantê-los descolorados e subtraí-los a nossa investigação.

Cada uma das fases da coloração necessita cuidado especial, mas aquela que citámos é o ponto nevrálgico do trabalho: nela devemos concentrar a nossa maior atenção e obteremos, assim, bacilos com a acido resistência típica, tornando o exame fácil e, quasi sempre decisivo.