

(TRADUÇÃO)

A LEPRA EM SEUS ASPECTOS CLINICOS E PATOLÓGICOS

**by G. ARMAUER HANSEN
and CARL LOOFT
1895**

LEPROSY
IN ITS CLINICAL & PATHOLOGICAL ASPECTS

CAPITULO I.

INTRODUÇÃO.

Atualmente o *Bacillus Leprae* identifica-se em todas as lesões leprosas e, apesar do fato não ter sido ainda experimentalmente demonstrado, podemos dizer, praticamente confiantes, que a lepra é uma moléstia crônica causada pelo bacilo da Lepra.

A lepra manifesta-se sob duas formas que são bem distinguíveis clinicamente e que foram chamadas por DANIELSSEN e BOECK "nodular" e "anestésica". Esta nomenclatura, introduzida por estes autores no seu primeiro trabalho, "Om Spedalskhed, Christiania, 1847, Traité de la Spedalskhed, Paris, 1848", é muito importante, pois caracteriza os sintomas comuns e mais acentuados das duas formas, isto é, em uma, a erupção nodular na pele, e na outra, a anestesia que resulta da disseminação da afecção dos nervos. Por outro lado, considerada de um ponto de vista estritamente científico, a nomenclatura deixa muito a desejar: em primeiro lugar, porque uma forma é designada pela erupção na pele e a outra pelas consequências da afecção de um outro órgão, os nervos; e em segundo lugar, porque os nervos são afetados tanto na nodular como na outra forma, si bem que o resultado da afecção, a anestesia, não predomine tanto no quadro da moléstia.

Assim como foi comprovado por DANIELSSEN e BOECK, as erupções cutâneas existem nas duas formas, e desde que, conforme exporemos mais adiante, as duas erupções diferem clinicamente, e também um tanto na sua estrutura anatômica, seria, talvez, mais rigorosamente acertado, descrever as duas formas como Lepra tuberosa (tuberculosa) e Lepra maculosa ou "laevis". Em primeiro lugar, porém, é de vantagem discutível alterar uma nomenclatura universalmente aceita; e em segundo lugar, é muito frequente o caso em que se vê o paciente pela primeira vez depois do desaparecimento da erupção macular, sómente com anestesia; por conseguinte, o nome Lepra anestésica descreve exatamente o caso. Mas, afim de dar à erupção cutânea na forma anestésica seu lugar apropriado na nomenclatura, descreveremos as duas formas da moléstia como Lepra tuberosa (tuberculosa) e Lepra máculo-anestésica. E assim, esperamos ter rendido justiça tanto aos fundadores do estudo científico da Lepra, como aos aspectos clinicas da moléstia.

DANIELSSEN e BOECK descreveram também uma forma mista da moléstia, na qual a Lepra nodular combina-se com a anestésica. Algumas vezes, a erupção cutânea desaparece e a forma nodular transforma-se em anestésica e, outras vezes, si bem que mais raramente, a anestésica em nodular; e desde que, além disso, as duas formas são tão diferentes nos seus aspectos clínicos, a ponto de, quasi parecerem moléstias diferentes, o reconhecimento de uma forma mista poderia ser justificado.

Mas, desde que todo caso de Lepra nodular é acompanhado pela afecção dos nervos e anestesia, e a terminação natural de todo caso de Lepra nodular é transformar-se em forma anestésica, se, ao menos, o que ocasionalmente acontece, o paciente viver o tempo suficiente; e desde que as erupções cutâneas da forma maculo-anestésica se caracterizem exatamente como as da forma nodular, pela presença do bacilo da Lepra, consideramos a transformação de um caso de Lepra máculo-anestésica em nodular, apenas como um sinal da unidade das duas formas, e abolimos inteiramente a designação de Lepra mista. No entretanto, todo caso de Lepra nodular deve, em qualquer eventualidade, depois de alguns anos de existência, ser apropriadamente chamado "misto", pois em tais casos a anestesia nunca está ausente.

Tem-se tentado indicar como forma especial da moléstia, a Lepra Nervosa, na qual não existe nenhuma afecção cutânea característica (1). Em vista do que notamos acima, que a lepra do nervo existe em ambas as formas da moléstia, e que a erupção pode ser notada, em dado período, em todos os casos da moléstia, cuidadosa-

(1) — Vide NEISSER: Lepra in Ziemssen's Handbook.

EUCLORINA

(Toluenparasulfonchloramido de sodio)

Antisséptico - Desodorante - Detersivo - Cicatrizante

Substitue perfeitamente o comum Liquido de Dakin, com a vantagem de uma eficacia antiséptica maior, melhor tolerabilidade local, mais longa conservação.

Para aplicações Cirurgicas e Ginecológicas

Em caixas com 1 tubo de 5 grs. de pó

Em caixas com 8 tubos de 2,50 grs. de pó

Extremamente praticos para a preparação extemporanea da solução, na titulação desejada.

Em frascos de 100 e de 500 grs., para Ambulatorios e Hospitais.

LAB.º ZAMBELETTI LTDA.

Caixa Postal, 2069 — SAO PAULO

Butz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 33 -:- Fone, 2-4998 -:- São Paulo

CIRURGIA :

Moveis assépticos, Salas de operações e esterilizações.

Instrumental cirurgico.

Montagem completa para Hospitais e Casas de Saude.

QUIMICA :

Microscopia, Bacteriologia, Fisica, Historia Natural.

Corantes e Reagentes para Laboratorios.

Material.

ELETRICIDADE :

Eletricidade medica, Diatermia, Ultra-violeta.

Instalações completas de aparelhos de Raios X.

Infra-vermelho.

<p>A M I N O Z O L C O M P R I M I D O S</p> <p>TUBOS com 20 COMPRESSOS</p>	<p>p-Aminobenzolsulfamid (Contendo 0,40 de sal)</p>	<p>Infeções gonocócicas, Tratamento do tracôma, Combate às estreptocóccas, estafilocóccas, septicemias.</p>
<p>A M I N O Z O L E M P Ó L A S</p> <p>NORMAL Caixas com 5 empólas de 2 cc.</p> <p>FORTE Caixas com 3 empólas de 5 cc.</p>	<p>NORMAL Cada empóla contém: p-Sódiosuccinilaminobenzolsulfamid 0,10 em agua distilada.</p> <p>FORTE Cada empóla contém: p-Sódiosuccinilaminobenzolsulfamid 0,25 em agua distilada.</p>	<p>Infeções gonocócicas, Tratamento do tracôma, Combate às estreptocóccas, estafilocóccas, septicemias.</p>
<p>A N A B I O S E G R A N U L A D O</p> <p>VIDROS COM 100 CC.</p>	<p>Bromureto, Hipossulfito e Silicato de magnésio, Hipossulfito de sódio, Peptonas de: carne, peixe e leite, Suprarenal em pó, Sacarose em pó, Vanilina e Carmin q. b. p. colorir.</p>	<p>Nas anáflaxias e suas manifestações, Nas manifestações circulatorias (vaso dilatação, constrição periférica, hipertensões), Nas manifestações de origem respiratória (asma, dispnéa, corizas espasmódicas), etc.</p>
<p>A S C O R B O R A X E M P Ó L A S</p> <p>NORMAL Caixas com 6 empólas de 2 cc.</p> <p>FORTE Caixas com 3 empólas de 5,3 cc.</p>	<p>NORMAL Cevitamato de sódio (0,1) corresp. a 2.000 U. I. - Glutation 0,0001</p> <p>FORTE Cevitamato de sódio (0,5) corresp. a 10.000 U. I. - Glutation 0,0002</p>	<p>Diatases hemorrágicas, Doenças infecciosas, Alergias, Gravidez, Aleitamento, Anorexia, Anemias, Intolerâncias aos arseno-benzóis, Nas avitaminoses e hipovitaminoses, Nas hemoptises, Fraturas, etc.</p>
<p>Z I N F E N E E M P Ó L A S</p> <p>NORMAL Caixas com 6 empólas de 1,5 cc.</p> <p>FORTE Caixas com 3 empólas de 2,2 cc.</p>	<p>NORMAL Cada empóla de 1,5 cc., contém: Cloridrato de tiamina 0,002 corresp. a 600 U. I.</p> <p>FORTE Cada empóla de 2,2 cc., contém: Cloridrato de tiamina 0,01 corresp. a 3.300 U. I.</p>	<p>Desequilíbrio e insônias nervosas, Nevralgias, Perturbações gastro-intestinais, Hiperglicemia, Nevrites, Dermatoses nervosas, Escleroses múltiplas etc.</p>
<p>Z I N F E N E L I Q U I D O</p> <p>VIDROS DE 120 CC.</p>	<p>Extrato de fígado desproteinado, Vitamina B₁ (Aneurina) Vitamina B₂ (Lactoflavina), Acido nicotínico, Suco de limão, Essencia de Limão, Glicerina, Xarope simples, Microclase.</p>	<p>Nevrites, Polinevrites, Falta de appetite, Anemias, Convalescência e no crescimento das crianças.</p>

SOCIEDADE ASCLÉPIAS LTDA.

Caixa Postal 1183 — São Paulo

mente observados, esta tentativa para indicar uma Lepra especial do nervo, está evidentemente errada.

Antes de mais nada, discutiremos separadamente, as duas formas da moléstia, a nodular e a máculo-anestésica, e depois prosseguiremos na demonstração da unidade da moléstia apesar das diferenças na forma.

CAPITULO II LEPRA NODULAR

A Lepra nodular (Lepra tuberosa, L. tuberculosa) é, comumente, de facil diagnóstico pela sua afecção cutânea característica.

Os nódulos leprosos ou Lepromas são de diferente tamanho e côr; a consistência é, à principio, firme e dura; são apenas levemente compressíveis, e apresentam pouca elasticidade. Habitualmente, a forma é hemisférica, sendo muitas vezes oblongos. O menor nódulo que vimos não media mais de 1-2 mm. de diâmetro, e o seu aspecto era tão pouco característico, que tivemos de confirmar o diagnóstico pela excisão e pelo exame microscópico. Quanto maiores os nódulos mais característico é o seu aspecto. Como estão quasi sempre localizados no derma, a epiderme sobre eles apresenta-se distendida e brilhante; ela é, ocasionalmente, de cor normal; a principio, porém, comumente avermelhada, tornando-se, mais tarde, amarela. *A localização dos nódulos é habitualmente característica.* Geralmente, são evidentes primeiro na face, no dorso das mãos e nas superficies dorsais dos pulsos, e, em seguida, nas superficies extensoras dos membros. Vêm-se (pag. 6) mais raramente nas costas e nádegas; nas superficies flexoras das extremidades, no peito, abdomen, escroto e penis, são absolutamente excepcionais; nunca os vimos na glande, nas palmas ou solas, ou no couro cabeludo. LELOIR descreveu uma afecção leprosa das palmas das mãos, da qual ele proprio diz que se assemelhava, exatamente, a uma sífilide naquela localização. Visto que DANIELSSEN, com sua enorme experiência, nunca viu uma afecção leprosa da palma da mão, inclinamo-nos a acreditar que a manifestação observada por LELOIR, não só se assemelhava a uma sífilide, mas, na realidade, o era. Aqui na Noruega, onde o povo anda muitas vezes descalço, vadeando correntes, pantanos e rios, a sola dos pés e a parte inferior das panturrilhas são, frequentemente, séde da primeira erupção leprosa, não tão frequentemente sob a forma de nódulos, como de infiltração densa, regular. Ora, visto que, como notámos acima, a face e o dorso das mãos são as sédes usuais de predileção para o aparecimento mais precoce da erupção, não parece improvavel que isto tenha sido influenciado pela estrutura da pele, especialmente os vasos

cutâneos. Pode-se concluir que ha peculiaridades na estrutura dos tecidos que determinam a localização do veneno, porque certos órgãos nunca são afetados de Lepra, apesar do fato de ter o veneno, evidentemente, em certa ocasião, circulado no sangue.

Habitualmente, a face é especialmente característica, pois as sobrancelhas são quasi sempre sede de nódulos. Os nódulos são algumas vezes isolados e, ainda que aproximados, são, às vezes, apenas um ou dois, se bem que habitualmente varios e, algumas vezes não haja nódulos distintos, mas a sobrancelha está infiltrada tanto em comprimento como em largura, e é de côr avermelhada. Mesmo que a infiltração não seja tão grande a ponto da sobrancelha parecer espessada, a côr avermelhada e a sombra nos olhos dão à face uma expressão característica, e pode-se sentir a infiltração, se a sobrancelha for comprimida entre o polegar e o indicador. Nestes casos os pelos persistem; na infiltração mais intensa, e onde se formaram nódulos, eles caem. A testa e a face apresentam, habitualmente, brilho e vermelhidão difusa, ou em manchas, e com o dedo reconhece-se a *infiltração* como *uma resistencia aumentada*. Estas alterações de côr são mais evidentes com as mudanças de temperatura, isto é, quando um paciente vem do frio exterior para um quarto quente. Não raramente a suspeita de lepra surge por esta alteração de côr e pela sombra nos supercilios, mesmo anos antes de aparecerem sintomas mais definidos. Mas na maioria dos casos encontram-se nódulos distintos nas sobrancelhas (pag. 8) e em todo o rosto. Quando os nódulos são numerosos e grandes, de modo que as sobrancelhas se projetam para fora, sobre os olhos; quando as faces e o queixo estão semeados de nódulos grandes e redondos, ou achatados, premindo-se uns contra os outros, de modo a provocar sulcos profundos entre eles; quando a ponta do nariz, as azas e os labios estão infiltrados em toda sua espessura, o semblante torna-se terrivelmente deformado e desenvolve-se o chamado *Facies Leonina*. Os lóbulos da orelha estão quasi sempre infiltrados, e se tornam vermelhos, espessos e alongados. A figura I é um caso de Lepra tuberosa com 2 anos de duração, estando as mãos entumecidas pela infiltração leprosa.

Na forma nodular os olhos estão, quasi sempre, afetados; são frequentes os nódulos nas palpebras, tanto na superior como na inferior, localizados habitualmente junto à margem. A afecção mais precoce do proprio olho, que observámos, é uma opacidade ligeira da parte superior da córnea, que aparece muitas vezes como um pontilhado muito fino da superficie corneana, só observavel quando se pode comparar a parte superior da córnea com a pupila, necessitando-se, muitas vezes, o emprego de lentes para seu reconhecimento. A esta opacidade da córnea combina-se sempre uma ligeira in-

filtração do "umbus conjunctivae", mas neste periodo precoce é tão ligeira que não pode ser observada clinicamente. Mais tarde aumenta (pag. 9) e compromete gradualmente toda, a margem externa da córnea. Quando esta infiltração aumenta, apresenta-se amarela, vista através da conjuntiva que corre intacta sobre ela, e isto dá ao olho um aspecto peculiar de "infortunado". É muito excepcional que esta infiltração se estenda completamente ao redor da córnea, porque a parte do limbo dirigida para o nariz está quasi sempre isenta. A medida que o tempo passa, a infiltração aumenta, e forma-se ao redor da córnea uma ligeira elevação. Mais cedo ou mais tarde a infiltração e a formação de nódulos atacam a propria córnea, por um destes tres modos diferentes: primeiro, bem superficialmente, imediatamente abaixo do epitélio. O nódulo, neste caso, é sempre elevado, cresce, habitualmente, com muita rapidez até que, finalmente, cobre a córnea toda, e pode, pelo volume, impedir o fechamento das palpebras. A parte da córnea que fica abaixo ou atrás do nódulo é perfeitamente límpida. Segundo, a infiltração pode atacar a córnea sob a forma de uma cunha e formar um nódulo que não é tão elevado como no exemplo anterior; e terceiro, a infiltração pode penetrar na córnea bem em face da membrana de Descemet. A consequencia, cegueira completa, é a mesma em todos os casos em que o nódulo cobre a pupila. Uma concomitancia frequente a esta forma de moléstia é a irite, ou, como demonstra a investigação anatômica, a iridocidite. Estas formas de irite têm uma evolução crônica ou subaguda, (pag. 10) e, são, às vezes, tão frustras e indolores que não são percebidas nem pelo médico, nem pelo paciente, até que se formem aderências entre o bordo pupilar e a *capsula das lentes*. A cegueira pode, muitas vezes, ser ocasionada pela exsudação na papila. A figura II mostra um caso típico de lepra tuberosa de seis anos de duração. Os pelos desapareceram completamente das arcadas superciliares; no queixo ainda se podem ver alguns entre as tuberosidades. No olho direito ha um nódulo que cresce do "Limbus conjunctivae" para a córnea. Na iris tambem podem existir nódulos, e, habitualmente surgem na margem externa e inferior, no ângulo entre a córnea e a iris; podem ocupar inteiramente a parte correspondente à câmara anterior, são de cor amarela e algumas vezes assemelham-se exatamente a um hipópio obliquamente disposto, quando têm uma margem interna ou superior reta ou ligeiramente côncava. Uma vez praticámos uma iridectomia diretamente através de um pequeno nódulo precoce, e impedimos seu crescimento ulterior. Ao exame anatômico, verificámos tambem uma afecção leprosa da parte anterior da retina sobre o corpo ciliar que aparece como um fino pontilhado branco da retina; os nervos ciliares estão sempre a uma distância considerável na par-

te posterior, infiltrados pela lepra, assim como o são a "membrana supra-coroidea" e a propria coróide. Nas extremidades, os nódulos aparecem sempre (pag. 11) isolados; mas, quando *bem juntos, podem fundir-se*, formando grandes placas. Os nódulos são muito frequentes no dorso das mãos e dedos; encontram-se também, quasi sempre, nas superficies extensoras das coxas e nas anteriores das pernas. As panturrilhas são também, muitas vezes, infiltradas totalmente, de preferênciã no lado peronial, bem acima do tornozelo; e esta infiltração se estende até o meio da perna; a pele é tensa e brilhante, de côr azul avermelhada; nesta parte infiltrada logo aparecem ulceras assemelhando-se à ulceras varicosas, que são tão difíceis, ou mais, de se curarem. São circundadas de paredes espessas e elevadas, podem durar muitos anos e ocasionalmente circundam completamente a perna.

Das membranas mucosas, afetam-se as do nariz, boca, laringe e faringe. A membrana da mucosa nasal é afetada somente na sua parte anterior juntamente com as asas do nariz e a parte anterior do septo. Nesta condição, ocasionando-se uma infiltração geral, o amolecimento e ulceração que se podem seguir, levam, eventualmente, ao desaparecimento todas as partes moles do nariz; os ossos nunca são afetados. (Veja a figura III, um caso no qual a lepra se manifestou em 1848 e era da variedade tuberosa. Os tubérculos desapareceram em parte, por supuração. Em 1857 entrou num asilo e apresentava então, o mesmo aspecto que na fotografia. (pag. 12) Era, naquela ocasião, anestésico. Havia cicatrizes no rosto devidas ao desaparecimento dos nódulos; a ponta do nariz tinha desaparecido, mas os ossos nasais estavam intactos, diferenciando-se assim, da sífilis. Morreu em 1885). Na boca, a membrana mucosa dos labios participa naturalmente do processo, quando estes estão completamente infiltrados, e mesmo na membrana mucosa das bochechas, ocasionalmente vê-se e sente-se espessamento e infiltração. A lingua é, muitas vezes, a séde de nódulos que em todos os aspectos correspondem aos da pele. As gengivas, o véu e a úvula podem estar infiltrados ou pontilhados de nódulos. O resto da membrana mucosa da faringe é mais frequentemente infiltrada do que acometida por nódulos, dando-se o mesmo com a epiglote que algumas vezes se torna completamente dura e quasi imóvel. Na laringe, as cordas falsas e verdadeiras são, mais frequentemente, séde de infiltração do que de nódulo; a voz torna-se aspera e rouca, a "rima glottidis" estreita-se tanto, às vezes, que a respiração se torna difícil; o estreitamento excessiva da "rima" só é observado nas últimas fases, e é relativamente raro. Quando a membrana mucosa se ulcera as cordas juntam-se, crescendo tanto anteriormente como posteriormente, e quando a infiltração desaparece, ali permanece tecido cicatricial,

que, pela contração, reduz a "rima" a uma pequena fenda de alguns milímetros de largura. Em tais casos, um pouco de muco é o bastante para obstruir a abertura, parcial ou totalmente, e o paciente pode perecer de sufocação. Habitualmente, um emético é suficiente para desobstruir prontamente o orifício; muitas vezes, porém, torna-se necessária a traqueotomia para suprir o paciente de ar; os ataques de sufocação são tão frequentes, e desde que já está afônico, nada perde com a operação.

Os gânglios linfáticos (cervicais, axilares e inguinais) em relação à pele afetada e à membrana mucosa, estão sempre tumefatos: este engorgitamento leprótico é sempre indolor, e nunca chega à supuração. Algumas vezes a entumescência ganglionar pode auxiliar o diagnóstico, se a afecção cutânea não for absolutamente característica, se bem que tal caso seja dos mais raros.

Os nódulos estão quasi sempre localizados no derma, mas podem, ainda que raramente, estar situados no tecido conjuntivo subcutâneo; não apresentam, então, saliências, mas a pele sobre eles é quasi sempre algo hiperêmica e vermelho-azulada; passando-se o dedo o local pode-se sentir o espessamento ou o nódulo nas partes mais profundas. Consta de nossa experiência um paciente que só tinha esta forma de nódulos e foi considerado por um colega, com bons conhecimentos da moléstia, como isento de lepra, provavelmente porque não empregou os dedos.

Dos sintomas acima descritos, o diagnóstico é quasi sempre muito facil, e nós proprios não reconhecemos nenhuma moléstia da pele que possa ser confundida com a lepra nodular.

Se necessario, pode remover-se um pedaço da pele e pesquisar a presença de bacilos que, pelo menos na forma nodular da moléstia, nunca estão ausentes. Já tivemos ocasião de faze-lo uma vez.

Em adição à pele, os nervos tambem são afetados, nem sempre no início, mas sempre nas fases mais adiantadas. Se todos os nervos periféricos são comprometidos, não podemos dizer certamente si o facial, radial, cubital, mediano e peroneiro são atingidos. Segundo nossas investigações, os nervos das extremidades são afetados em toda sua extensão; mas a afecção só é grave em certos lugares, a saber: onde os nervos dispõem-se superficialmente sobre ossos ou articulações, como o mediano no pulso, o cubital no cotovelo e o peroneiro ao atravessar o peroneo. Como resultado desta afecção do nervo tem-se dôr seguida de anestesia. As dôres nos braços, mãos, pés e panturrilhas são, algumas vezes, muito severas e persistentes. A afecção, a principio, causa dor pela pressão sobre os nervos, e mais tarde — quando a pressão produzir atrofia a anestesia. Ora, visto que, como demonstraremos claramente mais tarde, as afecções leprosas tendem para a cura, não é raro o caso

em que a afecção dos nervos, quando superficial, desapareça sem ter afetado especialmente os nervos; e estes podem ser sede de novas infecções, sofrendo o paciente de repetidos ataques dolorosos durante anos seguidos. Este é, especialmente, o caso em que ha infiltração geral das pernas, e é o resultado de ataques repetidos do mesmo, ou do comprometimento de ramos nervosos diferentes. Os nódulos são muitas vezes dolorosos quando iniciais; depois, porém, a sensibilidade é amortecida.

Dos órgãos internos, o testículo, fígado e baço são sempre afetados nesta forma, mas considera-los-emos mais tarde, na descrição da anatomia patológica.

Antes de descrever mais minuciosamente o curso da moléstia, discutiremos, brevemente, o destino dos nódulos. Em geral, estes permanecem inalterados durante anos, crescendo muito pouco, ou absolutamente nada. A pele que os rodeia e cobre, ou melhor, seu suprimento vascular, é muito sensível às alterações de temperatura, de modo que a pele, como já explicamos, muda de côr, com as alterações de temperatura devidas à dilatação dos vasos sanguíneos. Os vasos sofrem evidentemente com a invasão do veneno leproso. As novas erupções têm, muitas vezes, o aspecto de um eritema nodoso com grande hiperemia. Uma vez tivemos a oportunidade de examinar uma peça extraída de uma tal erupção semelhante ao eritema, e encontrámos vasos dilatados e células redondas; e só depois de longa pesquisa, alguns bacilos. Deve-se presumir que, depositado com os bacilos, haja um veneno químico que afeta os vasos, ou, que os bacilos produzam o veneno e que este veneno tenha sua ação só-mente na sua proximidade imediata.

Mas ocasionalmente, os nódulos crescem tão luxuriantemente, que se desenvolvem, na epiderme, sulcos e fendas que podem atingir os nódulos e, então, deles brota um fluido sanguinolento que seca na superfície formando uma crósta pardo-avermelhada. Ou pode acontecer que as camadas córneas superiores do epitêlio desapareçam, e que só algumas fileiras de células da rede de Malpighi permaneçam. Neste caso o líquido exsudado seca menos frequentemente, a superfície é habitualmente vermelho-sanguínea e úmida e assemelha-se a uma ulceração, se bem que o não seja realmente. Quando isto acontece na face, particularmente nos lábios, ou no dorso dos dedos, aumentam muito os sofrimentos do paciente. Depois de varios anos os nódulos, habitualmente, amolecem no meio de sua base, e o nódulo pode afundar na parte amolecida, ou arrebentam e a parte amolecida é expelida; desenvolve-se então, a verdadeira ulceração pela qual o nódulo pode ser completamente eliminado, permanecendo, somente, cicatrizes estreladas e deprimidas.

A determinação do começo da moléstia é excepcionalmente difícil, na realidade impossível, pois deve basear-se nas afirmações dos pacientes, e os pacientes, ou se observam insuficientemente, como se pode frequentemente notar, ou ocultam muitos fatos. Na realidade, não conhecemos os sintomas mais precoces da moléstia. Segundo DANIELSSEN e BOECK, os pacientes, muitas vezes, sofrem durante muito tempo e repetidamente, antes do irromper da moléstia, de fraqueza acompanhada de dores reumatóides e febre. Isto é frequentemente comprovado pelos pacientes. Inclina-mo-nos, porém, a considerar estes ataques de febre como sinais da doença já existente. Parece-nos mais provável que a moléstia começa com uma forma de afecção local tão indistinta que o proprio paciente não a percebe, ou pelo menos, não lhe dá importância e, que estas afecções locais são análogas a outras com as quais estamos familiarizados, a saber, os nodulos que podem durar anos antes que novas e bem definidas erupções apareçam, de modo que a moléstia não possa ser mais ignorada ou conservada em segredo. Acreditamos, portanto, que os pacientes realmente não saibam quando começaram a ficar doentes, ou que eles datem o início da moléstia de uma erupção ulterior. Se no início, só as extremidades forem afetadas, os pacientes podem ocultar seu estado durante anos; e com este silencio ficam tão acostumados a mentir, que mais tarde torna-se impossível obter qualquer informação correta deles.

São frequentes os casos em que os pacientes têm, durante muitos anos, apenas nódulos esparsos e, então, subitamente, um novo surto de numerosos nódulos. A moléstia avança sempre por surtos de erupções que se repetem a intervalos mais ou menos longos. Acontece, muitas vezes, amolecerem os nódulos mais antigos durante um novo surto e desaparecerem completa ou parcialmente; estes surtos são sempre acompanhados de febre, elevando-se a temperatura a 39 ou 40° C. Ora, sabemos que os nódulos podem desaparecer, se o paciente for afetado por outra doença febril. E', portanto, difícil decidir se o desaparecimento dos nódulos é a causa ou o resultado da febre eruptiva. Mas possuímos certas observações nas quais o desaparecimento dos nódulos começou antes do início da febre e nas quais, portanto, a febre e a erupção posterior parecem ser causados pelo amolecimento dos nódulos. Apoiados nestas observações, consideramos as erupções com auto-infecções, nas quais os bacilos (ou veneno) dos lepromas mais antigos penetram no sangue, e, desta maneira, afetam-se novas áreas cutâneas, ou outros órgãos. Observamos, muitas vezes, que se manifesta uma irido-ciclite ou afecção da garganta, durante uma erupção, e que também os nervos abaixo dos nódulos, ficam inchados e dolorosos; e uma vez, vimos o testículo tornar-se inchado e doloroso durante

uma erupção. Quanto às afecções do fígado e do baço, não temos observações clínicas; estes não parecem causar sintomas clínicos ou, pelo menos são tão indefinidos que, apesar da nossa atenção estar voltada a eles, escaparam a nossa observação.

A duração das erupções é das mais variadas. — Algumas duram somente poucos dias e ocasionam tão pouca febre que os pacientes não experimentam distúrbios particulares da saúde; só sabem que alguns nódulos novos apareceram, ou que têm dôr de garganta. Outras duram semanas, ou melhor, meses, com febre remitente, elevando-se a temperatura a 40°. A quinina não tem efeito. Durante tais erupções as forças dos pacientes ficam deveras diminuídas, mas depois de passar a erupção eles as recuperam rapidamente e sentem-se bem de novo; ficam somente, mais leprosos do que antes, ou pelo menos, apresentam mais manifestações leprosas. O número de erupções varia grandemente nos diferentes casos. Algumas vezes o paciente tem, durante varios anos, diversas erupções por ano; em outros casos as erupções só aparecem mui raramente — uma ou duas em todo o curso da moléstia, e podem ser ligeiras. Parece como se os bacilos nos diferentes casos tivessem virulência variavel, ou, possivelmente as condições estruturais sejam diferentes em cada indivíduo, de modo que, em alguns, os bacilos (ou o veneno) atinjam o sangue mais facilmente do que em outros.

Por isso, *a sorte de cada paciente é bem diferente.* Se as erupções forem frequentes, o crescimento dos nodulos é habitualmente luxuriante, e estes nódulos com revestimento epitelial diminuido e, portanto, humidos, são muito frequentes. Se então, todo o rosto e parte das extremidades estiverem cobertos com tais nódulos; se os olhos estiverem cegos pela formação de nódulos na córnea; se a lingua e o faringe estiverem, pela formação de nódulos e de infiltrações, meio ulcerados e dolorosos; se a respiração tornar-se mais difficil pelo estreitamento da "rima", e a voz inaudível, então o estado está tão miseravel quanto é possível conceber-se.

Se, além disto, houver degeneração amiloide dos rins, fígado, baço e intestino, com diarrêa, só se poderá desejar que a morte ponha fim a este estado, o que, em geral, logo acontece, se bem que, ocasionalmente, o paciente possa padecer durante meses. Ser a lepra, por si só, responsavel pelo fim, achamos duvidoso; conforme observação anterior, as afecções do fígado e baço parecem não ter muita significação.

A secreção biliar nunca é influenciada, e não ha, segundo nossas observações, qualquer anemia leprótica especial. Na realidade, os pacientes são muitas vezes anêmicos, ou tal se tornam durante a moléstia; mas não nos podemos convencer que isto seja um resultado direto da lepra. Em muitos exames de sangue que foram pratica-

dos para outros fins, nunca observamos nada notavel em relação ao número ou forma dos corpúsculos sanguíneos.

Como em quasi todos os casos de lepra nodular ha nefrite, inclinamo-nos a considerar esta nefrite como uma causa frequente do marasmo que resulta. A tuberculose era primitivamente uma ocorrência frequente em nossos hospitais, onde nossas observações foram principalmente feitas. As relações entre ela e a lepra, discutiremos mais tarde.

O prognóstico, no caso de pacientes em que as erupções aparecem menos frequentemente, é mais favoravel, e eles podem viver muitos anos. E, ou morrem de uma moléstia intercorrente, ou em consequencia de sua nefrite, ou se tornam, com o tempo, anestésicos, isto é, segundo nosso ponto de vista, curam-se. Quando os nódulos tornam-se estacionários, amolecem posteriormente como se descreveu acima, e podem ser absorvidos sem se abrirem, se bem que isto seja raro e, habitualmente, só ocorra com nódulos isolados; ou se arrebentam e ulceram; em qualquer dos casos, deixam cicatrizes. Se isto acontecer em todos os nódulos, e o paciente não for acometido por novas erupções, então a anestesia desenvolver-se-á gradualmente, como resultado da afecção dos nervos; tambem nos nervos a afecção leprótica especifica desaparece e só permanece o tecido cicatricial que, por compressão, destróe as fibras nervosas causando anestesia. Então, gradualmente, todas as afecções leprosas especificas desaparecem, e o paciente está curado da lepra e pode viver muitos anos em perfeita saúde, nada tendo, praticamente, perdido da sua capacidade de trabalho. Infelizmente, tais casos não são muito frequentes; tivemos, porém, a oportunidade de examinar alguns depois da morte e não pudemos descobrir neles nenhuma lesão especifica leprosa.

Assim, chama-nos a atenção o fato de quão pouco a lepra por si mesma influencia a saúde do paciente, e se a lepra nodular encurta habitualmente a vida, isto acontece, provavelmente, porque nesta forma, a ulceração frequente ocasiona a degeneração amilóide dos órgãos internos, ou porque a nefrite é uma sequela da lepra. A nefrite aparece seja como a chamada parenquimatosa ou a intersticial; segundo nossas observações, nunca é bacilar. Além disso, como a nefrite é muito mais rara na forma máculo-anestésica da moléstia, deve-se admitir que a lepra nodular, de algum modo, causa nefrite. O mesmo é verdade em relação à degeneração amilóide. A duração da vida de um paciente com a forma nodular da lepra é, em geral, de oito para nove anos, depois do aparecimento definido da moléstia.

A complicação mais frequente que observamos em nossas instituições, é a tuberculose, particularmente ha alguns anos, pois na-

quela época, as instituições estavam superlotadas e, conseqüentemente, suas condições sanitárias não eram, sob muitos aspectos, satisfatórias.

Afim de dar uma idéia da frequência desta complicação, colocamos sob forma de quadro, no fim desta obra, os resultados de 89 autópsias. (Vêr quadro, pag. 128).

Das estatísticas aí dadas é evidente que tivemos amplas oportunidades de examinar a combinação de tuberculose e lepra. Muitos destes exames foram feitos, na realidade, na era pré-bacilar; estamos persuadidos, porém, que a *diferenciação* entre a tuberculose e a lepra, sem exames para bacilos, não é, de modo algum, difícil.

Tendo DANIELSSEN e BOECK descrito uma afecção leprótica do intestino, prestamos atenção a este ponto, e como estivessemos ao mesmo tempo empenhados numa investigação sobre a anatomia patológica dos gânglios linfáticos, não perdemos a oportunidade de examinar cuidadosamente estes órgãos. Foi durante esta investigação que descobrimos a afecção leprótica característica dos gânglios linfáticos e tivemos nossa atenção primeiro voltada para a afecção leprótica do fígado e baço que, macroscopicamente, é tão pouco evidente que a princípio, nos passou despercebida.

As afecções leprosas e tuberculosas dos gânglios linfáticos são macroscopicamente tão diferentes que é impossível confundi-las; as diferenças microscópicas são ainda mais evidentes. Tanto as preparações frescas como as conservadas foram constantemente examinadas. E visto que os gânglios linfáticos são sempre afetados pela lepra, se os órgãos que lhes são aferentes estiverem afetados, mesmo se esta afecção seja mui superficialmente desenvolvida, concluímos, pelo fato de nunca termos visto um gânglio brônquico ou mesentérico leproso, que não ha a afecção leprosa dos pulmões ou do intestino e, que o exame posterior de certas preparações especiais, apenas nos confirmou neste ponto de vista. Mais tarde, porém, nos estenderemos mais sobre isto, e trataremos primeiro das diferenças entre a tuberculose e a lepra.

Nos órgãos afetados pela tuberculose, sempre se encontram, como já se sabe, células gigantes e degeneração caseosa; mas na maioria, podemos conscienciosamente dizer, de milhares de preparações de afecções leprosas que tivemos no microscópio, nunca vimos uma célula gigante típica, com núcleos marginais ou degeneração caseosa. Ha, de fato, células multinucleares nos lepromas, mas nunca células gigantes como as da tuberculose.

Qual possa ser a razão desta notavel diferença na ação de dois bacilos tão semelhantes, o da tuberculose e o da lepra, não temos a menor idéia; simplesmente afirmamos o fato e sustentamos que, se se encontram células gigantes, trata-se de tuberculose e não

de lepra. Apenas isto seria suficiente para fazer-nos separar os dois neoplasmas, havendo, porém, muitas outras distinções. O tubérculo é avascular; o leproma é rico em vasos; o tubérculo sofre degeneração caseosa; o leproma nunca. Anatomicamente, portanto, estamos justificados em manter uma distinção nítida entre as duas moléstias.

No que concerne à semelhança entre o bacilo da tuberculose e o da lepra, não devemos deixar de mencionar que se encontram quasi sempre, entre os bacilos da tuberculose alguns que são um tanto longos e ligeiramente curvos; isto nunca acontece com o bacilo da lepra. BAUMGARTEN indicou, como distinção entre eles, o fato de que este se cora mais facilmente; de acôrdo com nossa experiência esta distinção, difficilmente pode ser considerada como sufficiente. Mas a distribuição dos bacilos no tecido tuberculoso e no leproso é, habitualmente, muito diferente; os bacilos tuberculosos dispendo-se isolados e os da lepra sempre em grande quantidade, em massas e em cachos, de modo que, anatomicamente, uma confusão das duas moléstias só é possível em casos excepcionais. DANIELSSEN afirmou, repetidamente, em seu relatório trienal do "Lungegaards Hospital" que a tuberculose e a lepra são de tal modo molestias aliadas que uma (Lepra) pode transformar-se na outra (Tuberculose) por uma modificação dos bacilos, e que assim deve ser explicada a frequente combinação da das duas moléstias. Não podemos apoiar, à vista da demonstração acima, este ponto de vista. Se um órgão é atacado ao mesmo tempo por tuberculose e lepra, pode-se, anatomicamente, separar as duas moléstias mui prontamente. Preferimos procurar a explicação da combinação frequente das duas moléstias em nossas instituições, na grande superlotação e, conseqüentemente, nas más condições sanitárias a que estavam, primitivamente, sujeitas. Uma vez introduzida a tuberculose, encontramos pronta explicação nos maus hábitos dos pacientes em relação à expectoração, porque era difficil, ou impossivel, desarraiga-lo. Nos anos seguintes, quando as instituições não mais estavam repletas, e as condições sanitárias, conseqüentemente, muito melhoradas, a tuberculose diminuiu bastante. Não sabemos se, no campo, a tuberculose era uma combinação tão frequente como em nossas instituições. A duração da vida dos pacientes no campo é cerca de um ano ou mais do que nas nossas instituições e, possivelmente, isto depende da ausencia de tuberculose.

DOUTRELEPONT descreveu recentemente, nas memórias da Sociedade Dermatológica Alemã, "Sobre a Patologia e Terapêutica da Lepra", uma afecção pulmonar provavelmente desenvolvida pelo tratamento tuberculínico, que ele diagnosticou pelo exame do esputo. Mas o paciente tinha uma afecção leprosa da laringe; sua descrição,

portanto, não exclúe de modo algum a possibilidade de que os bacilos no esputo tivessem vindo de um nódulo rompido na laringe, possivelmente amolecido pelo tratamento tuberculínico. Não podemos, por isso, reconhecer esta observação como evidencia infalível da presença de uma afecção leprótica pulmonar, nem como no caso de lepra dos pulmões descrito por BONOME, nos "Virchow's Archiv, Bd. C. Aquele mesmo autor chama a atenção para a grande semelhança da afecção com a tuberculose, e como é perfeitamente evidente pela sua descrição dos gânglios linfáticos brônquicos que não eram leprosos, e como se nota a presença de células gigantes nos produtos patológicos, não podemos duvidar de que era realmente um caso de tuberculose.

No mesmo caso encontrou-se uma afecção da medula espinal, da qual BORDONI-UFFREDUZZI cultivaram em glicerina-agar, um organismo que se identificou como bacilo da lepra. Aqui devemos notar, em primeiro lugar, que nunca vimos uma afecção leprosa da medula espinal, e nunca encontramos bacilos nela. Devemos de fato admitir que examinamos a medula espinal só em alguns casos, porque não parecia haver indicação para tal exame, visto que os sintomas clínicos não apontavam afecção daquele órgão, e como nos casos nódulares profusos, afecções facilmente reconhecíveis aparecem por toda parte, exceto no fígado e no baço, era de se esperar que uma afecção da medula espinal tivesse sido reconhecível. Nos ossos necróticos que muitas vezes examinamos, nada se encontrou de leproso.

Esta necrose é portanto, não uma afecção leprosa específica, mas secundária. Em segundo lugar, devemos notar que, a-pesar-de muitas tentativas, nunca conseguimos cultivar os bacilos da lepra em glicerina-agar. Acreditamos, por isso, que BORDONI-UFFREDUZZI tenham cultivado bacilos tuberculosos em vez de bacilos da lepra. A unica coisa que fala pela natureza leprosa da afecção pulmonar e dos bacilos cultivados, é a circunstancia de que o autor não conseguiu inocular cobaias e coelhos com tuberculose. Mas, segundo todas as investigações sobre a tuberculose, não nos parece incrível que os bacilos tuberculosos possam, em determinadas circunstancias, tornar-se tão enfraquecidos a ponto de não serem mais patogênicos.

ARNING descreveu uma lepra miliar e encontrou, nos produtos desta moléstia, células gigantes e, tambem, ulcerações leprosas nos intestinos. O dr. ARNING, bondosamente, nos enviou algumas preparações desta lepra miliar, nas quais encontramos, por toda parte, evidencia de que o caso é de tuberculose, tanto por se encontrarem células gigantes em qualquer parte, como tambem porque os bacilos só existem isolados e esparsos. Nunca estão presen-

tes em número excessivo e não apresentam a disposição que comumente têm nos produtos leprosos. Em relação com a presença de células gigantes nos produtos leprosos, podemos informar que recebemos de dois colegas estrangeiros, preparações nas quais acreditavam estar presentes células gigantes. Verificámos, por exame cuidadoso das preparações, que eram córtex transversas e oblíquas de vasos sanguíneos que, com seus núcleos endoteliais, davam impressão de células gigantes. Sem o emprego de lentes homogêneas de imersão não era possível fazer uma distinção definida.

De acordo com nossas observações, existe uma distinção anatômica nítida entre a lepra e a tuberculose, e não existe tal coisa como lepra dos pulmões e dos intestinos, dos ossos e dos rins. Afim de estabelecer um diagnóstico diferencial nos casos duvidosos, recomendamos, no caso dos pulmões e intestinos, um exame completo dos gânglios brônquicos e mesentéricos. Nós mesmo nunca procuramos em vão, em casos destas afecções, degeneração tuberculosa ou caseosa nos gânglios, e não vimos em um único caso, nada que se assemelhasse à afecção leprótica dos gânglios.

No que concerne ao sistema nervoso central, DANIELSEN notou ter visto, muitas vezes, hidrocefalo agudo na lepra. Uma vez observamos vários sintomas cerebrais com ataques maníacos. O paciente que foi levado a um asilo de lunáticos, deixou-o mais tarde, curado. Outras indicações de uma afecção do sistema nervoso central na lepra, são para nós, desconhecidas. Anatomicamente, não podemos reconhecer, no sistema nervoso, quaisquer traços de lepra. Em conexão com isto, podemos notar que observamos, várias vezes, dor e inchaço das articulações do joelho, durante as erupções, que desapareciam ao terminarem as mesmas. Nestes casos, nada se pode explicar anatomicamente. Quando refletimos que, conforme explicado ao se descreverem as erupções, os bacilos e (ou) suas toxinas mui provavelmente circulam durante algum tempo no sangue, é notável que os órgãos acima referidos não estejam afetados pela lepra. Não podemos dar razão para isto; o tecido conjuntivo que é especialmente sujeito a ser afetado, existe por toda a parte.