

(TRADUÇÃO — continuação do número anterior)

A LEPRA EM SEUS ASPECTOS CLINICOS E PATOLÓGICOS

por G. ARMAUER HANSEN
e CARL LOOFT
(1895)

LEPROSY IN ITS CLINICAL & PATHOLOGICAL ASPECTS

CAPITULO IV

LEPRA MACULO-ANESTÉSICA

Esta forma de lepra foi pela primeira vez descrita muito bem e claramente por DANIELSSEN, que a denominou *L. anestésica*; porem, como as máculas, segundo reconheceu o próprio DANIELSSEN, desempenham papel importante e constante no curso da moléstia, preferimos a denominação máculo-anestésica, que abrange os dois sintomas mais notaveis; muitos investigadores chamam-na *L. nervosa*, entretanto, não consideramos essa designação satisfatória. Sem dúvida os nervos são muito comprometidos e a nevrite é o aspecto mais proeminente na molestia, mas a afecção cutânea é, como muitas vezes se acreditou, uma trofo-neurose, como demonstramos pelo achado de bacilos, tanto em máculas leprosas recentes como nas antigas.

Assim sendo, desaparece a distinção nitida entre as duas formas de lepra — a tuberosa e a máculo-anestésica. Devemos considerá-las como uma mesma doença, apenas com variada intensidade de ação dos bacilos.

Pode distinguir-se na forma máculo-anestésica, diferentes estádios no curso da molestia, mas em geral, não são bem distintos uns dos outros.

No período prodrômico, que é de duração muito variada, de meses ou mesmo anos, os pacientes afirmam sofrer exaustos, debilidade geral, dores reumatóides nas articulações ou nos músculos, hiperestesia da pele, dores nevralgicas em certos territorios nervosos, sonolencia, e depressão mental. Algumas vezes adveem erupções passageiras de maculas; BIDENKAP notou anomalias pigmentares, quer atróficas, quer hipertróficas.

DANIELSSEN afirma que observou, logo no início da doença, um ligeiro disturbio vaso-motor, indicado por um aspecto reticular vermelho-azulado, mais evidente nas mudanças de temperatura. Esses distúrbios vaso-motores, que aparecem como máculas discrétas, que podem ser ocasionadas por fricção, são principalmente característicos da forma maculo-anestésica, embora possam aparecer na tuberosa, nos estádios mais precoces.

De fato, em nossa opinião, os chamados sintomas prodrômicos nada mais são que os primeiros fenômenos da infecção, indefinidos e indagnosticaveis.

Pode aparecer uma ou mais erupções de bolhas penfigoides no estadio que se inicia, mas temo-las visto mais frequentemente, mais tarde, tanto acompanhando as máculas como no período de anestesia e mutilação.

Após um certo período, que poderá ser maior ou menor, desenvolve-se o quadro típico da forma maculo-anestésica; as manchas aparecem seja insidiosamente, seja abruptamente e acompanhadas de febre intensa. Diversas formas de erupção são descritas pelos pesquisadores; em nossos pacientes habitualmente notamos apenas a eritematosa e a pimentação amarelada ou parda. Geralmente veem-se ambas as formas no mesmo doente, porque as manchas eritematosas, simples tornam-se com o tempo cada vez mais pigmentadas — em geral, somente na periferia, onde muitas vezes se vê uma gama de côres vermelho-azuladas. Essas erupções, completamente pigmentadas, que se vão desenvolvendo gradativamente, foram particularmente observadas nos espaços intercostais, sob várias formas — redondas, ovulares e circinadas. As máculas podem ser perfeitamente planas ou levemente elevadas. O tamanho varia de de uma ervilha até o da palma da mão, ou mesmo mais. A princípio encontramos-las habitualmente hiperestésicas; a anestesia só se encontra nas máculas mais antigas. Não atingem sempre desde logo todo seu tamanho, inúmeras vezes podemos observar-lhes o crescimento, umas se juntam às outras, desaparecendo afinal por completo a forma primitiva. Variado também é o número e a ex-

tensão dessas máculas; alguns indivíduos apresentam-se com grandes erupções geograficas na face, nas costas e extremidades, em outros as máculas são pequenas e esparsas. A localização dessas manchas corresponde, em geral e à dos nódulos, porem, enquanto que as costas e os espaços intercostais são os lugares preferidos pelas máculas, os nódulos se ai chegam a existir, são raros. A estampa IV mostra um bom aspecto das manchas na forma máculoanestésicas — duração, 2 anos. Os centros brancos e os bordos avermelhados, ligeiramente elevados, são perfeitamente visíveis. A distribuição simétrica das máculas chama atenção e tem sido considerada como sendo indicativa da localização central dos venenos leprosos, dos quais são as máculas um sintoma trofo-neurótico vaso-motor; mas, em muitos casos, não há absolutamente simetria e a descoberta de bacilos nas próprias manchas prova serem elas o resultado direto da ação do veneno da lepra. Os gânglios linfáticos correspondentes à posição das máculas estão sempre entumecidos, podendo essa turgescencia persistir muito tempo depois do desaparecimento das máculas. Os seu tempo de duração varia muito, algumas desaparecem em alguns dias ou mesmo menos, outras podem durar anos. A pigmentação periférica e o esbranquiçamento no centro indicam que a mácula é já antiga, sendo esse centro descorado sempre anestésico, anestesia essa que poderá ser geral ou apenas parcial. Não podemos reconhecer os sinais que HILLIS indica como diferenciais entre as máculas da forma anestésica e as da tuberosa. As máculas da forma tuberosa sem dúvida são, geralmente, mais espessas, indicando um maior grau de infiltração que as anestésicas; porem, desde que ambas são causadas pelo bacilo da lepra, é evidente que elas podem ser absolutamente semelhantes.

Quanto mais a moléstia se prolonga, tanto mais predominam as nevrites; pode sentir-se os nervos cubital e peroneiro espessados e sensíveis a qualquer pressão; se cuidadosamente apalpados, os mais tenues ramos periféricos, podem ser percebidos como finos cordões espessados. Num caso chegámos a sentir as ramificações nervosas cutâneas numa mácula, que se tornavam cada dia mais espessados em contraste com o nervo cubital, não especialmente afectado. Os grandes troncos nervosos palpaveis não se espessam igualmente em toda a sua extensão, mas o espessamento se faz notar principalmente nas articulações, por cujos ossos passam os nervos.

Os sintomas desta nevrite são vários; a princípio, nevralgia e mais tarde, anestesia extensa, com distúrbios tráficos, tais como a formação de bolhas penfigoides; muitas vezes temos observado hidrartroses e dores nas articulações. Paresias motoras e paralisias nunca deixam de existir, mas não são, segundo provou NEISSER,

devidas à afecção leprosa dos músculos, mas sim um sintoma nevritico secundário, como descobrimos pelo exame anatômico dos músculos. Como a nevrite ataca de preferência os troncos nervosos periféricos, encontrámos os sintomas secundários nas regiões periféricas, em geral apenas nas extremidades e na face. Agora consideraremos mais: de perto os vários sintomas nervosos.

A nevralgia existe habitualmente nas extremidades, nas regiões do cubital e do peroneiro. A anestesia relaciona-se às diferentes modalidades de sensibilidade e não se limita às maculas, progride gradativamente da periferia para o centro, de tal forma que por fim toda a extremidade e também muitas vezes partes do tronco tornam-se anestésicas; a face é sempre mais ou menos anestésica. Encontramos muitas vezes a anestesia térmica só, ou acompanhada de anestesia ou analgesia. A anestesia pode estender-se cada vez mais ou desaparecer muito lentamente indicando o desaparecimento da nevrite do nervo afectado.

Se a nevrite for muito acentuada e durar bastante tempo, sempre existem distúrbios tráficos e vaso-motores; a pele pode tornar-se edematosa ou delgada, brilhante e levemente escamosa (pele lustrosa). Observamos muitas vezes hiperqueratoses escuras, geralmente simétricas na parte anterior da perna e na face dorsal das mãos, especialmente quando as nevrites duraram muito tempo e iniciaram-se sintomas tardios, tais como mutilação. Num paciente, observámos nos pedarticulos formações simétricas calosas e espessas (1,5 cm.) que, quando eliminadas, deixaram uma pele neo formada roseo avermelhada, de sensibilidade intacta; a parte anterior da perna do paciente tinha o aspecto de ictiose.

As alterações das unhas são parte dos distúrbios tráficos; tornam-se espessadas, quebradiças e gretadas, e algumas vezes como veremos mais tarde, encontrámo-las, nos estadios terminais, adelgaçadas e diminuídas de tamanho. A secreção sudoripara é comprometida, estando diminuída, nas áreas anestésicas, e os cabelos aí estão alterados e caem.

Consideramos as bolhas penfigoides um sintoma trófico; podem aparecer bem no início da doença ou ao mesmo tempo que a erupção macular, porem, geralmente aparecem tarde, quando a anestesia se tornou extensa; nisso concordamos com DANIELSEN, NEISSER e LELAIR dão valor proeminente ao aparecimento precoce de bolhas penfigoides, acreditando NEISSER que a irritação da nevrite intersticial que se inicia, causa esse sintoma trófico. Nossa razão para considerá-las como sintomas tráficos é que nunca podemos encontrar bacilos nas bolhas que examinámos, nem mesmo nas que apareceram ao mesmo tempo que as máculas, estando também a favor da origem nervosa sua acentuada simetria.

As erupções bolhosas em geral irrompem repentinamente. Os pacientes descobrirão ao acordar uma ou mais bolhas que podem já estar até rompidas; em alguns, dores e febre por horas ou dias precedem-nas; (LELOIR). Variam muito no tamanho, podendo ser pequenas, do tamanho de uma ervilha ou de um feijão ou grandes como a palma da mão.

Seu conteúdo é seroso, mas se a bolha persiste, torna-se purulento. Comumente rompem-se logo e curam-se, deixando em seu lugar cicatrizes violáceas, que após algum tempo empalidecem. Se fatores irritantes sobrevêm e a bolha não cede, e torna-se purulenta. após a ruptura desenvolve-se uma ulceração, profunda, mais frequentemente nas mãos e pés.

As erupções bolhosas das membranas mucosas, observadas por LELOIR, nós não tivemos a dita de ver.

Tambem consideramos sintomas trofo-neuróticos vaso-motores as afecções reumatóides agudas das articulações, nada infrequentes em nosso hospital. As articulações, especialmente as pequenas dos dedos e mãos, e tambem as do joelho e do tornozelo tornam-se dolorosas e sensíveis e à palpação, geralmente pode perceber-se um acúmulo de liquido. A afecção é sempre simétrica.

Essas afecções das articulações que pertencem aos períodos mais precoces da moléstia, em geral aparecem simultaneamente com a erupção macular e com ela desaparecem, mas podem aparecer mais tarde: e depois de um ataque ou talvez só depois de muitos, processa-se o espessamento das extremidades dos ossos e ligamentos, causando a inflexibilidade dos membros. Afecções lepróticas nas bainhas tendinosas, ás quais se refere WOLFF, não encontramos nunca. A contração dos dedos e artelhos não é de origem tendinosa, segundo o que pudemos estabelecer pelas nossas investigações clinicas e anatómicas; é miogenética, tendo como causa as paralisias leprosas, que logo adiante descreveremos.

HILLIS pretende ter reconhecido uma debilidade motora no período prodrômico da doença e considera estarem, já affectados os nervos pelo virus leprótico. Não notámos tal debilidade, relativa a uma nevrite dos nervos motores, antes da erupção macular e do inicio da anestesia. Se há, no período prodrômico, debilidade muscular, somos inclinados a tomá-las como sintomas de uma fraquesa geral; pela nossa opinião é a afecção cutânea o primeiro sintoma definido da molestia. Pela atrofia e pelas reações eletricas alteradas, pode reconhecer-se sempre bem o comprometimento muscular como um sintoma secundaria. Observam-se diferentes gráus e extensão variavel da afecção muscular; pode ser apenas uma leve paresia com pequena atrofia, que pode desaparecer completamente junto com a anestesia, desde que a nevrite não tenha destruído as

fibras nervosas; ou pode ser uma paralisia total com grande atrofia dos músculos.

A paralisia com atrofia é mais acentuada nas mãos, antebraços, pés, panturrilhas e na face.

Os músculos interósseos das mãos e pés atrofiam-se de tal forma que os espaços interósseos parecem sulcos. Os músculos tenar e hipotenar também desaparecem, e tornando-se uma depressão o primeiro espaço interósseo. Os músculos dos antebraços e panturrilhas também se atrofiam, e perdem sua função, mas nunca se desenvolve uma paralisia total, o paciente sempre pode mover as mãos e locomover-se. Na face todos os músculos se atrofiam e perdem seu poder funcional, destruindo-se assim, a expressão do indivíduo. Ocasionalmente os músculos masseterinos, embora muito raramente, se atrofiam, tanto que a mandíbula cai, sendo então necessária, para mantê-la em posição, uma bandagem. A paralisia do *orbicularis oris* causa a queda do lábio inferior, e extrema dificuldade em fechar a boca e, como consequência, escoamento de saliva (Veja-se Plancha V — um caso de forma máculo-anestésica completamente curada, e anestésico. As máculas desenvolveram-se em 1857, e o paciente ainda vive). A paralisia do *orbicularis palpebrarum* torna o fechamento dos olhos impossível e desenvolve-se um ectrópio paralítico da palpebra inferior. Os efeitos daí advindos para o olho serão referidos mais tarde. A atrofia muscular nem sempre é simétrica, enquanto uma das mãos apresenta acentuada atrofia, a outra pode ser ainda rasoavelmente útil. Isto, bem como o fato de ser preservado o sentido muscular, e, particularmente o não aparecimento de sintomas atáxicos, indica-nos ser periférico o desenvolvimento da paralisia.

Os pacientes podem fazer habéis trabalhos de renda e de agulha, com suas mãos piréticas. Seu andar é todo peculiar em vista da dificuldade com que os músculos enfraquecidos erguem os pés, mas podem manter-se de pé e andar perfeitamente de olhos fechados ou vendados. Como veremos mais tarde, essa observação clínica corresponde aos resultados do exame anatómico da medula.

Juntamente com a paralisia e atrofia dos músculos, aparecem também, resultantes da destruição dos troncos dos nervos, *afecções tróficas dos ossos e da pele*. As alterações da pele já foram descritas; quando a anestesia está adiantada, aparecem sempre ulcerações sob o calcanhar, na planta do pé, devendo, muitas delas, a sua origem simplesmente á pressão pois o peso do corpo torna-se excessivo para a pele atrofica. São sempre calosas essas ulcerações, curáveis com muita dificuldade e segundo o estado adiantado do paciente, mesmo incuráveis. Geralmente as úlceras não são profundas, contudo, podem ir até o osso, produzindo-se, então, necrose.

Comumente, porem, a necrose dos ossos é precedida de periostite, e quando o puz é expellido forma-se uma ulceração que conduz ao osso necrosado. Algumas vezes temos observado, precedendo a ulceração, formar-se uma bolha, mas é raro e não exatamente verdadeiro, corno afirmam muitos autores que na ulceração da planta do pé isso aconteça. Não só nos pés, mas também nas mãos, tem lugar a necrose com esfoliação dos ossos: as falanges são especialmente atacadas. Quando está já adiantada a atrofia dos músculos, os dedos sempre tomam o aspecto de garras, com extensão da primeira falange. As articulações em consequência, parecem muitas vezes inchadas, muito embora haja comprometimento articular. As falanges e os metacarpianos sofrem simples atrofia, tornando-se muito afiladas no meio e, assim, as articulações que mantêm quasi que sua espessura normal, parecem, inchadas por contraste. Como já notamos, a formação da mão em garra não é acompanhada por qualquer alteração das bainhas tendinosas. Os ossos dos pés sofrem a mesma forma de atrofia.

Se, a esta atrofia dos ossos, primeiramente notada e demonstrada pelo Prof. HJALMAR HEIBERG, seguir-se necrose com esfoliação nas falanges internas ou de metacarpianos (os ossos do carpos raramente necrosam), haverá grande mutilação das mãos e pés, todos os dedos podem desaparecer e ficam presos ao carpo reduzido, somente pequenos tocos moles, cada um guarnecido por uma unha — os remanescentes dedos. Os dedos dos pés também desaparecem, os ossos do metatarso atrofiam-se e muitos ossos do tarso podem esfoliar-se, restando, por fim, do pé, somente um coxim piramidal na extremidade inferior da perna. Na maioria dos casos devemos considerar uma lesão externa como a causa destas necroses; os pacientes machucam-se sem nada sentir, podem queimar as mãos em um fogão sem o perceber; em tais circunstâncias não é de admirar-se que a inflamação seja com toda a facilidade estimulada, especialmente sabendo-se que a vitalidade dos membros sem dúvida está decrescida. Notavel é, como as feridas, operadas, tão bem se curam. Podem ser feitas extensas necrotomias, e as feridas curarse-ão completa e rapidamente, quer por granulação, quer por primeira intenção. Nestas operações, frequentemente o osso é alcançado antes que o paciente sinta qualquer cousa, mas assim que o periósteo é raspado ou o osso atacado pelo forceps, ou pela serra, ele sente dor imediatamente. Cremos, todavia, que apenas os individuos nervosos se queixam de dor, embora seja exato que ao se mexer no osso, sente-se algo. Provavelmente relacionado com isto, teremos a explicação do que nos dizem os doentes, que ao andar sentem o chão. Facil é demonstrar que um doente, igno-

rando completamente qualquer irritação da sua pele pode perceber uma pressão forte, perfeitamente.

Essas necroses e distúrbios tróficos, com a contração muscular, causam a *mutilação*, característica da última etapa da enfermidade, que foi há tempo descrita como uma forma especial, *Lepra mutilante*.

Dissemos atrás que as articulações dos dedos *parecem augmentadas* por causa da atrofia ser no meio do osso. Em alguns casos, contudo, as articulações, especialmente o tornozelo, apresentam alterações que devem ser consideradas como consequência das afecções reumatoides do período eruptivo ou como alterações tróficas articulares, correspondentes às observadas na *Tabes dorsalis*". Temos visto tornozelos e joelhos, mas especialmente tornozelos, com esse aspecto. Algumas autópsias acusaram tuberculose bem desenvolvida na membrana sinovial e nas extremidades dos ossos, a qual será discutida mais minuciosamente no capítulo da anatomia patológica.

Como já tivemos ocasião de mencionar, as palpebras não se podem mais fechar, em virtude da paralisia do orbicularis palpebrarum, ficando assim descoberta durante o sono a parte inferior da córnea, do que resultará, uma secagem em vários pontos do epitélio da referida córnea e mais uma congestão da conjuntiva na margem inferior da cornéa; então os vasos vão gradativamente atacando a córnea, que se torna opaca, primeiro à volta das manchas xeróticas, e depois em toda sua parte inferior. Isto poderá continuar até a ulceração com ruptura da córnea e prolapso da íris e finalmente a completa atrofia do globo. Como resultado da paralisia, a palpebra inferior é sempre ectropica, a principio na extremidade interna e depois inteiramente. Como o ponto lacrimal inferior é assim afetado as lágrimas fluem pelas faces e dando ao semblante paralisado uma expressão ainda mais miserável.

Nos últimos períodos, quando já muito pornunciada a paralisia facial, podem diminuir muito, ou mesmo desaparecer por completo, o olfato e o paladar.

Muitas vezes observamos, durante o curso da enfermidade, o desenvolvimento de sintomas não próprios da moléstia, tais sejam: uma obstinada cardialgia, pirose ácida e vomitos de natureza viscosa, indicando catarro gástrico. Não são raras as diarreias ou obstruções crônicas, nem a albuminuria não dependente de nefrite parenquimatosa, intersticial ou amiloide.

O curso da lepra maculo-anestésica é essencialmente crônico. Os casos geralmente duram de 10 a 20 anos; alguns, porem, podem mesmo ultrapassar 40.

Inúmeras vezes os pacientes morrem caquéticos, sem que se

possa encontrar na mesa de autópsia uma causa definida para a morte, outras vezes — embora com nossas medidas asépticas e antisépticas se dê raramente — perecem de septicemia ou piemia. A tuberculose pulmonar, ou geral era antigamente causa frequente de morte, que, todavia, habitualmente se dá por alguma doença intercorrente.

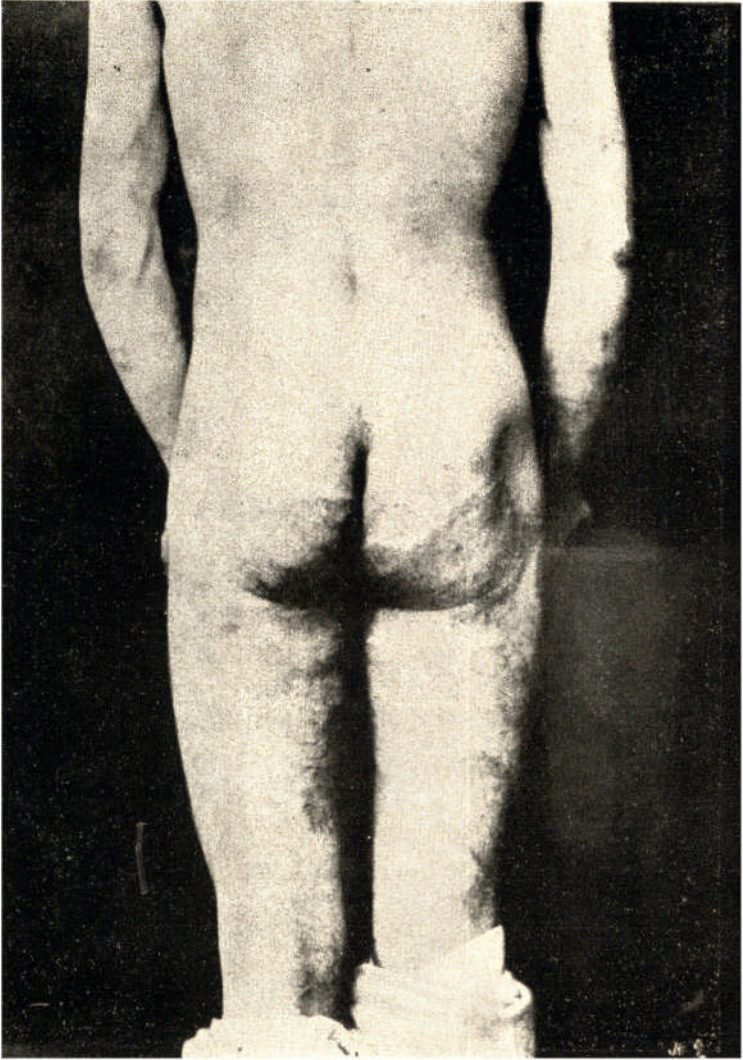
No decorrer ordinário da doença as erupções maculares desaparecem, e aparecem, então, os sintomas neuríticos — anestesia, paralisia muscular e atrofia, necrose do osso. Por vezes, embora raramente surgem várias erupções maculares após o desaparecimento das primeiras máculas, ou uma erupção de nódulos. Sendo tais erupções auto-infecções, vêm provar a unidade da molestia, apesar-de haver diferentes formas.

De onde vêm os bacilos dessas últimas erupções citadas, quando não há afecção cutânea, é difícil de se dizer com certeza. Num caso de lepra máculo-anestésica observámos que os gânglios inguinais estavam leproso, embora não se apresentasse nenhuma erupção cutânea. Possivelmente, aí, desaparecidas as erupções cutâneas, sobrevenham novas erupções, provindas dos gânglios. Sendo assim, as afecções lepróticas específicas gradativamente desaparecem, permanecendo apenas os resultados — ou em outras palavras, *a lepra está curada*. A maioria dos pacientes maculo-anestésicos acabam por tornar-se apenas anestésicos; eles não mais sofrem de lepra, mas apenas de seus resultados.

As erupções tardias mostram, entretanto, quão difícil é definir-se o fato *da cura* porque quando todos os sinais externos diagnosticáveis da lepra real desapareceram, os bacilos podem ainda permanecer no corpo, nos linfáticos, ou possivelmente no fígado e no baço.

(*Continúa no proximo número*).

ESTAMPA IV



NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO



TÔNICO GERAL — REMINERALI-
ZADOR — RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE —

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro.

CITROVITAN

(ACIDO ASCÓRBICO)

Ampôlas de 2 cc = 0,10 = 2.000 U. I.

*Avitaminoses e Hipovitaminoses C. Doenças infecciosas
em geral.*

B I O B Ê

(VITAMINA B¹)

Ampôlas de 2 cc = 0,005 = 1.885 U. I.

*Polinevrites em geral. Atonia gastrica e intestinal.
Reumatismo. Artrites. Vômitos.*

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
Rua S. Joaquim 381 — Fone: 7-2955 — S. Paulo

Inseparáveis

VITAMINAS
B1 B2

HORMONIO
CORTICAL

"SERÁ A HIPOVITAMINOSE B PROVOCADA POR UMA INSUFICIÊNCIA CORTICAL ?"

"SERÁ A INSUFICIÊNCIA CORTICAL CAUSADA POR UMA HIPOVITAMINOSE B ?"



BECORTIN