

(TRADUÇÃO — continuação do número anterior)

A LEPRA EM SEUS ASPECTOS CLINICOS E PATOLÓGICOS

**por G. ARMAUER HANSEN
e CARL LOOFT
(1895)**

CAPITULO V

ANATOMIA PATOLÓGICA DA FORMA MACULO- ANESTÉSICA

As máculas apresentam, em geral, os mesmos característicos anatômicos que os lepromas nodulares, a saber: infiltrações de células redondas, epitelioides e fusiformes. A diferença é apenas quantitativa; nas infiltrações maculares menor é o número de bacilos. Descreveremos o aspecto microscópico de máculas de diferente duração.

Numa mácula recente (de três semanas), o exame microscópico mostrou infiltrações em cordão e redondas do derma, com células redondas e epitelioides, a maioria delas agrupada ao redor dos vasos. Havia bacilos bem numerosos entre as células e Lambem precisamente dentro delas; aqui e ali, encontram-se pequenos agrupamentos de bacilos, ou granulações bacilares, — pequenos "globi" — com um ou mais núcleos em sua proximidade, que em tamanho não podem ser comparados aos da forma tuberosa. Especimes endurecidos em ácido perósmico apresentaram fibras nervosas não afectadas, que, as infiltrações leprosas não comprometeram. Preparações em ouro fizeram-nos notar um acentuado aumento no número de células de LANGERHANS na epiderme, o que na verdade esperavamos, uma vez que concordamos com RANVIER em considerá-las células errantes e não elementos nervosos. Não notámos alterações muito definidas nos nervos cutâneos.

Cortes microscópicos de uma mácula mais antiga (talvez de dois anos) apresentavam, aqui e ali, infiltrações no derma — especialmente ao redor dos vasos, que consistiam em células epitelioides, redondas e fusiformes. Encontraram-se bacilos, aqui e ali — um ou dois, em cada infiltração. Na luz de um pequeno vaso encontramos um agrupamento de células redondas, com um bacilo entre elas; e no lado interno da parede de outro vaso vimos um aspecto semelhante. Preparações em ouro dessa mácula, a qual estava já positivamente anestésica, mostraram-nos leves alterações nos filetes nervosos do derma, precipitação menos acentuada do sal de ouro nas fibras nervosas e um certo número de células de LANGERHANS.

Cortes de uma mácula anestésica muito antiga mostraram-nos apenas ligeira infiltração ao longo dos vasos; a maioria das células era constituída por células fusiformes, poucas eram redondas ou epitelioides. A maioria dos cortes não continham bacilos, em alguns um ou dois bacilos distintos, algumas granulações que tomaram a mesma coloração.

As máculas são, portanto, como os nódulos, infiltrações leprosas do derma, constando de células redondas, epitelioides e fusiformes, sendo essas tanto mais numerosas, quanto mais antiga for a mácula. Essas infiltrações parecem proceder dos vasos. Sempre há bacilos de lepra presentes, porem em muito maior número nas máculas mais recentes. Nas manchas novas, ainda não anestésicas, os filetes nervosos aparecem inalterados, enquanto que nas velhas geralmente apresentam-se affectados. As células de LANGERHANS, pelo nosso critério, são células errantes e seu número provavelmente depende da inflamação.

Apenas tivemos a oportunidade de examinar os nervos nessa forma da moléstia em casos antigos e não achámos bacilos, somente aumento consideravel do tecido conjuntivo intersticial e desaparecimento das fibras nervosas. DR. ARNING, como é bem sabido, contudo encontrou bacilos numa peça de nervo cubital removida durante a vida de um paciente anestésico.

Os nossos resultados, portanto correspondem à proposição mencionada acima, que a afecção leprótica desaparece e que a anestesia é o resultado da atrofia dos nervos causada por retração secundaria.

Num dedo mutilado pudemos verificar que o nervo colateral estava quasi completamente transformado em tecido fibroso, não se podendo perceber nem uma única fibra medular. Num caso em que fizemos a amputação por estarem as juntas affectadas (provou-se ser uma afecção tuberculosa), os filetes nervosos periósticos estavam muito degenerados; noutra caso, em que amputámos um pé

por estar gangrenado, os nervos peri-articulares também apresentavam degeneração.

DANIELSSEN encontrou, em alguns casos, alterações na medula espinhal, as quais, usando os métodos de investigação de que dispunha então, considerou como sendo degenerações e inflamações de origem leprosa.

ARMAUER HANSEN, NEISSER e LELOIR não puderam encontrar nenhuma afecção leprótica da medula. Os casos de alterações na medula descritos por LANGERHANS, *Lepra tubero-anestésica*, não apresentavam alterações acentuadas.

LOOFT, em dois casos de lepra máculo-anestésica, encontrou degeneração dos cordões posteriores, atrofia das raízes posteriores e degeneração fibrosa dos gânglios espinhais, com desaparecimento das fibras medulares e alterações das células nervosas. Nesses dois casos a afecção parecia ser primária nos gânglios e secundária na medula. Bacilos de lepra não foram encontrados em nenhum caso; CHARIOTTI, porém, achou-os uma vez na medula e SUDERKOWITSCH nos gânglios espinhais.

De tudo isso somente podemos concluir que a medula é em alguns casos afectada e em outros não; *sintomas clínicos bem definidos* não há; quando parecem ter uma causa central, pode-se igualmente atribuí-los a uma nevrite periférica.

Os gânglios linfáticos em relação com a pele afectada estão enfartados, porém não tanto como na lepra nodular.

Após a morte, encontram-se os gânglios apenas levemente enfartados, e seu aspecto nada apresenta de característico. Em um único caso de lepra máculo-anestésica pudemos verificar gânglios inguinais leproso e isso depois de dois anos de desaparecidas as máculas. Isto indica, em primeiro lugar, que a causa da afecção dos gânglios é a mesma em ambas as formas de lepra e, em segundo lugar, que a afecção leprótica dos gânglios pode durar muito mais que a da pele. No mesmo caso observámos vestígios indefinidos da afecção leprótica no fígado e baço, infelizmente, porém, tão vagos que não podemos afirmar sejam o fígado e o baço comprometidos pela lepra nessa forma da moléstia. Este caso se deu na era pre-bacilar.

As *afecções musculares*, paralisia e atrofia, têm um papel proeminente na forma máculo-anestésica, e o exame anatômico dos músculos é de grande interesse, desde que alguns autores (NEISSER) (*) consideram-na um processo leproso específico, enquanto G. e

(*) VIRCHOW'S ARCHIV, Bd. C. III.

E. HOGGANT (**) haviam-na antes descrito como secundária e proveniente da nevrite. Em exames (* * *) que fizemós de atrofia muscular em vários períodos, observámos que as alterações principiam com a multiplicação dos núcleos do *perimísio interno*, que se torna cada vez mais espessos; ao mesmo tempo as fibras musculares tornam-se mais tenues, conservam sua estriação transversa e algumas desintegram-se em discos. Quanto maior for o espessamento do perimísio, tanto mais finas tornam-se as fibras musculares e assim tem-se de considerar o processo como uma atrofia causada por pressão. Os nervos intramusculares apresentavam nevrite intersticial.

Onde a atrofia é muito pronunciada, como nos pequenos músculos das mãos e pés, as fibras musculares tinham desaparecido completamente, só ficando gordura e tecido conjuntivo. Não encontrámos bacilos, nem mesmo nos cortes feitos nos primeiros períodos do processo, onde as maiores ramificações dos nervos, em relação com a região, continham numerosos bacilos, quer na lepra conhecida por mixta, quer na genuína tuberosa. Devemos, portanto, concordando com HOGGAN, considerar a afecção muscular na lepra como secundária, causada pela nevrite. Anexamos a esse nosso trabalho um quadro com os resultados da autópsia em 36 casos de lepra máculo-anestésica (Veja quadro II).

Nesses 36 casos achamos, 2 vezes *meningite comum*, uma vez *meningite tuberculosa*, *tubérculo isolado no cerebello* uma vez, e *hidrocefalia interna* duas vezes. Nada mais há anotado.

A medula espinhal por duas vezes apresentou alterações macroscópicas (uma vez, adelgaçamento e atrofia e outra, espessamento e hiperemia da medular lombar) .

A maioria desses cérebros e medulas reputados normais, infelizmente foram examinados só macroscopicamente.

Duas medulas inteiramente examinadas pelo método de WEIGERT apresentavam degeneração dos cordões posteriores.

Provavelmente os nervos periféricos foram examinados em todos os casos, mas somente foram anotados os resultados de alguns dos exames.

Observámos 13 casos de pulmão tuberculoso, tendo 4 deles o intestino tuberculoso também, e mais um caso apenas do intestino, isto é, sem pulmão tuberculoso, perfazendo ao todo, pois, 14 casos de tuberculose em 36 — quasi exatamente 39%. Na forma nodular verificámos 36 casos indubitavelmente tuberculosos em 89 — mais de 40%. Possivelmente, na verdade quasi certo, alguns casos insuficientemente descritos, nessa forma de lepra, também eram

(**) Archieve de Physiologie, Bern. 1882.

(***) Zeitschrift, par D. C. DANIELSSEN, Bergen, 1891.

tuberculosos, mas a frequência da tuberculose em ambas as formas é tão semelhante que não há fundamento para que se suponha que a forma da lepra tenha qualquer relação com o desenvolvimento da tuberculose. Precisamente sob as mesmas condições, em nossa instituição os casos de lepra nodular e maculo-anestésica eram quasi igualmente atacados pela tuberculose. Se LELOIR afirma que a tuberculose é muito mais rara na forma maculo-anestésica, podemos garantir que tal não se dá em nossos leprosários.

No que concerne a *necrose dos ossos*, os panarícios e periostites, nada encontramos neles de específico; procurámos muito por bacilos, mas sempre em vão. "Coccus" piógenos, geralmente o "staphylococcus aureus", encontrámos tanto microscopicamente como em culturas.

A mutilação dos ossos pode resultar da atrofia concêntrica apenas, como o demonstrou o Prof. HJALMAR HEIBERG (Klinisk arbog. III). As falanges das mãos e pés, os ossos do metacarpo e metatarso e mesmo os ossos do carpo e tarso diminuem em todas as dimensões, evidentemente pelas alterações tróficas advindas da nevrite.

Pudemos examinar anatomicamente alguns dos casos das afecções agudas que constam do quadro de autopsia. R. THOMA descreveu clinica e anatomicamente um caso de *lepra tuberosa* (Virchow's Archiv, Bd. 57), no qual foi afectada primeiro a articulação do cotovelo e, mais tarde, a do joelho. O exame de articulação do joelho acusara irritação inflamatória de natureza da goniocèle hemorrágica. Onde notámos afecções das articulações na forma maculo-anestésica, somente havia um estado de hidropsia. As afecções crônicas podemos indicar como tuberculosas e trofo-anatómicas. A tuberculose ataca as articulações dos leprosos frequentemente, o que é facilmente compreensível no caso dos que já são tuberculosos, pelo frequente trauma a que estão expostos os leprosos anestésicos e paréticos. As articulações do carpo e tarso são as mais frequentemente afectadas, porem temos tido ocasião de ver o joelho e o cotovelo tuberculosos. O processo é exatamente o mesmo que o dos não leprosos. As afecções tróficas, crônicas das articulações, não são tão raras quanto se supunha antigamente. O Prof. H. HEIBERG chamou atenção sobre isto (loc. cit.) e descreveu um pé semelhante ao descrito por CHARCOT como pé tabético. Segundo HEIBERG, são características dessas afecções leprosas trofo-neuróticas das articulações a inchação e relaxamento da cápsula da articulação, o gasto e a atrofia das extremidades dos ossos ou *periostite "ossificans"* e a hipertrofia das extremidades dos ossos, o que se dá especialmente nas articulações do tarso e me-

tatarso. Confirmamos os resultados obtidos por HEIBERG e ainda podemos relatar que observámos, num tornozelo, o crescimento da membrana sinovial com projeções asperas, tornando-se frouxa e solta a capsula da junta do tornozelo e o astragalo liso e obliquo, a cartilagem consumiu-se e apresentou-se acentuada subluxação do pé para fora. Preparações mais antigas feitas em alcool mostraram-nos: alterações na cápsula articular, que se tornou flácida e solta ou espessada, e na membrana sinovial, que se apresentou com um leve espessamento irregular, e espessamento das extremidades dos ossos.

Examinámos em alguns casos as bainhas tendinosas, mas nunca pudemos encontrar qualquer alteração anatômica que indicasse uma tendo-sinovite, nem mesmo após uma contração que tivesse durado muito tempo. LELOIR e WOLFF observaram-na clinicamente, mas não podemos confirmar sua obsevação.

As bolhas penfigoides foram examinadas repetidamente e jamais encontrámos bacilos da lepra; quer microscopicamente, quer em cultura, só foram observados "cocci" piógenos, geralmente o "staphylococcus aureus". MOLLER encontrou bacilos da lepra (segundo NEISSER, Virchow's Archiv, Bd. 103) no conteúdo das bolhas penfigoides. Provavelmente teria sido um mero acidente. Outras alterações mórbidas da lepra máculo-anestésica serão encontradas no quadro I.

A lepra máculo-anestésica é, pois, caracterizada por uma infecção da pele e dos nervos, diretamente causada pelo bacilo da lepra, e por afecções trofo-neuróticas secundárias dos músculos, ossos, articulações, pele e órgãos dos sentidos.

Evidente se torna, após a descrição das duas formas, que o bacilo da lepra se encontra nos produtos leprosos de ambas, embora em muito maior quantidade na forma nodular. A evolução das duas difere; na forma nodular as erupções estão constantemente reincidindo e porisso as áreas afectadas são muito mais numerosas do que as da máculo-anestésica. Se o figado, baço e os testículos são atacados nesta, não podemos ainda garantir. Num caso de lepra maculo-anestésica, notámos uma afecção da garganta, exatamente semelhante à que sempre se verifica na forma nodular, e noutro, os gânglios inguinais afectados, tambem de maneira idêntica à que se processa na forma nodular. Tambem se apresentam erupções na lepra maculo-anestésica, mas não com a frequência e severidade da outra. Ambas as formas pódem sarar. Como frequentemente assinalamos na descrição da lepra nodular, os bacilos nos produtos leprosos desintegram-se em grânulos, que finalmente desaparecem, restando dos produtos leprosos somente

uma cicatriz, na qual não subsiste cousa alguma leprosa. Eventualmente isto se dá em todas as partes afectadas, e fica, então, urna anestesia extensa, consequência das afecções dos nervos; na forma máculo-anestésica este é o termino normal da enfermidade. Em ambos os casos a lepra está completamente curada.

Podemos, pois, observar quão completo é o paralelo entre as duas formas. A evolução da moléstia, especialmente quando irrompe a erupção, lhe dá o carater de *moléstia infecciosa*. Na forma nodular, onde os bacilos atingem a milhares ou milhões, são muito comuns as erupções ou auto-infecções, enquanto que na forma máculo-anestésica, onde o número de bacilos existentes é relativamente insignificante, as erupções são raras.

Dependerá a diferença entre as duas formas de uma diferença de virulência dos bacilos? Essa é a sugestão que imediatamente se nos apresenta. Porem, se assim for, essa virulência é sujeita a transformações muito rápidas. Tivemos ocasião de observar um caso de lepra maculo-anestésica, provavelmente contagiado por bacilos de lepra tuberosa muito adiantada, pois esse nosso paciente, anos antes da manifestação da moléstia, participara durante longo tempo do leito de um doente de lepra tuberosa. Nesse caso a virulência do bacilo deveria ter diminuido instantaneamente na inoculação no outro organismo. Desde que, tambem pode acontecer que um caso de lepra maculo-anestésica, numa nova erupção, se transforme em nodular, os bacilos, devem ser capazes por cultura no organismo de readquirir seu poder. Ambos são possiveis, mas a virulência dos bacilos não parece depender tanto de qualquer de seus próprios caracteres constantes como do terreno em que se desenvolvem.

Fato digno de menção é o predomínio da lepra nodular em certas regiões da Noruega; em outras, conquanto não predomine a máculo-anestésica, pelo menos existe quasi na mesma proporção que a nodular. Os casos máculo-anestésicos são mais numerosos nos distritos a leste, onde o clima é seco; os de nodular a oeste, ao longo da costa, onde o clima é humido. A oeste mesmo, numa região o clima não é tão humido, a proporção de casos de lepra máculo-anestésica é notadamente superior, como se pode ver pelo quadro III.

Em Nordre Bergenhus fica o fiord Sogn, muito avançado para o interior da terra e com um clima bastante seco. Mais perto da costa encontram-se o Söndfjord e Nordfjord, com um clima muito húmido, especialmente este último.

Já observámos que os nódulos leprósos se localizam com maior frequência nas partes expostas da pele, e é bem possivel que a forma seja determinada pelas influências climáticas.

Como nos mostra o quadro, os homens são mais atingidos que o sexo oposto, e isto também pode depender das influências climáticas.

E' também possível que os bacilos possuam sempre a mesma virulência, dependendo a facilidade da sua multiplicação do terreno onde se desenvolva. Entretanto, não nos é possível dizer nada de definitivo a esse respeito, enquanto não pudermos cultivar o bacilo ou apenas limitarmos nossas referências à Noruega; tão pouco temos, de qualquer parte, estatísticas exatas da moléstia em suas formas, que possam justificar qualquer conclusão que tiremos.

Temos, portanto, de atualmente conservar suspensa essa importante e interessante questão sobre a virulência do bacilo da lepra, uma vez que não possuímos nenhuma prova experimental de sua atenuação.

CAPITULO VI

DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO.

DIAGNÓSTICO — Em vista da descrição que fizemos de ambas as formas da moléstia, o diagnóstico é feito habitualmente com pouca dificuldade. Contudo, citámos atrás um caso de Lepra tuberosa, apresentando apenas nódulos subcutâneos, que passaram despercebidos a um médico já bem conhecedor da doença; outrossim, encontrámos no interior, casualmente, pessoas designadas pelos médicos como leprosas e que no entanto não o eram. Nós mesmos, uma vez ficámos em dúvida sobre o diagnóstico, diante de um caso de lepra tuberosa cujos nódulos se apresentavam excepcionalmente pequenos e sem o aspecto característico. Porem tudo se esclareceu ao fazermos a excisão do nódulo, pelo reconhecimento dos bacilos. No diagnóstico da lepra maculo-anestésica a dúvida é mais comum, pois as máculas nem sempre têm um aspecto característico; às vezes parecem-se muito com as da psoríase e em tais casos a excisão e o exame microscópico de uma porção esclarece a dúvida. Nunca precisámos recorrer a isso, visto que o enfartamento dos gânglios linfáticos ou uma completa investigação do tacto têm sido sempre suficientes para que seja estabelecido o diagnóstico. Mesmo nos casos relativamente novos observa-se sempre uma perda de sensibilidade nos dedos e pedartículos; algumas vezes manifesta-se primeiro nos pulsos e no dorso dos pés. Para essa investigação deve-se usar uma ponta finíssima ou tocar muito levemente, pois uma pressão mais profunda será imediatamente percebida. Como regra geral, pode-se dizer que as máculas são um tanto anestésicas. Lembra-

mo-nos de que uma vez apresentou-se-nos um caso de erupção sifilítica idêntica à da lepra macular, porem ai a história do paciente logo esclareceu o diagnóstico.

A lepra máculo-anestésica na sua última etapa pode ser confundida com a seringomielia, como já CHARCOT fez notar, dando os pontos que permitem distinguir uma da outra. Não se verificando mais a presença das máculas, contudo uma investigação meticolosa poderá acusar-lhes a presença precoce por áreas da pele mais pálidas que as demais, e onde a sensibilidade está afectada, especialmente nos antebraços, costas, coxas e panturrilhas. Temos, assim, reconhecido a presença prévia de máculas em pacientes que nem sequer suspeitavam delas. ZAMBACO PASHA afirma que, sem dúvida, muitos dos casos em França designados como seringomielia e doença de MORVAN tenham sido casos de Lepra, e que sob tal aspecto ainda exista Lepra na Bretanha; ainda nos assegura que aí encontrou alguns casos de lepra nodular. Interessante é que nestes últimos casos, onde a prova seria tão facil, ele não tenha demonstrado a existência do bacilo da lepra. Pelos desenhos que deu nos "Annales de Dermatol. et de Syphil." (T. III, No. 12) , muitos dos casos difficilmente podem ser considerados lepra, visto que, embora apresentem mutilação dos dedos, não se nota nenhuma atrofia muscular. Em outros, todavia, há uma atrofia evidente e esses podem muito bem ser leprosos, ainda mais que PITRES publicou no "Gaz. des hôp. 1892" um caso diagnosticado como seringomielia, no qual foi provada a existência do bacilo da lepra numa porção excisada do nervo cubital. Pena é que ZAMBACO PASHA não tenha demonstrado os remanescentes de máculas ultteriores, o que muito provavelmente teria sido possivel em alguns casos, se realmente fossem casos de lepra. Segundo a grande experiência do Dr. DANIELSSEN e a nossa própria, temos de admitir que em verdadeiros casos de lepra, nunca deixam de existir erupções cutâneas. Embora existam multiplas neurites advindas de outras causas, com todos os antecedentes do paciente e um exame minucioso não há possibilidade de confusão com a lepra; o mesmo se dá com a atrofia muscular espinhal progressiva, que não apresenta perturbações de sensibilidade.

PROGNÓSTICO — O prognóstico é bem diferente nas duas formas. Como já mencionámos, ambas são curaveis desde que todos os focos leprosos desapareçam e nenhum novo surja. *Na lepra nodular isto só se dá por uma raríssima excepção enquanto que na máculo-anestésica é regra geral.* Os surtos sucessivos são quasi invariaveis nos casos de lepra nodular e as nefrites, tambem, aparecem com quasi constante ocorrência. Os doentes raramente ultrapassam a 8 ou 9 anos após o aparecimento definitivo da moléstia.

Como já fizemos notar, não podemos responsabilizar a lepra em si pela morte do paciente, somos antes mais inclinados a considerar a nefrite e outras complicações como causa direta. Os pacientes geralmente morrem muito antes da doença ter terminado seu curso; mas na forma maculo-anestésica a cura da lepra é o resultado quasi que invariavel. Contudo, o que deixa a lepra, após ter-se ido, é muito diferente. Raramente podemos ver um individuo forte, vigoroso e cheio de saude, porem em geral o que se nos depara como homem curado nada mais é que uma miseravel carcassa humana, mãos e pés paralisados e deformados, os olhos sempre abertos e dentro deles aquela córnea semi-opaca, as lagrimas vertendo-se pela face e a boca babando continuamente, pois os músculos faciais, então paralisados, impedem-na de cerrar-se. E tais pessoas podem ainda viver longos anos e alcançar uma idade bem avançada, como se em tais circunstâncias fosse isso um beneficio. Geralmente morrem de qualquer doença intercorrente.

TERAPEUTICA DA LEPRO

GYMNOSAN —

*SOLUÇÃO DE CHAULMOOGRATO DE ETILA
EM OLEO IODADO.*

AMPOLAS DE 1 CC. — INJEÇÕES INTRA-
MUSCULARES 2 A 3 VEZES POR SEMANA.

HANSEINA —

*OLEO DE CHAULMOOGRA INJETAVEL, ASSO-
CIADO A CANFORA, ESSENCIAS VEGETAIS
E ACIDO FENICO.*

AMPOLAS DE 5 CC. — 2 INJEÇÕES INTRA-
MUSCULARES POR SEMANA.

SUPOSITORIOS DE HANSEINA —

*PARA ADMINISTRAÇÃO DO OLEO DE CHAUL-
MOOGRA POR VIA RETAL,*

1 — SUPOSITORIO POR DIA.



*Laboratorio Paulista de Biologia.
Rua São Luiz, 161 — S. PAULO*

T A B E L A I
COMPLICAÇÕES FREQUENTES COM A TUBERCULOSE NA LEPRO NODULAR

N.º	Duração da mol. em anos	Pulmão e Pleura	Fígado	Baço	Rins	Intestino
1	11	Normal.	Amilóide e leproso.	Amilóide e leproso.	Degeneração gordurosa.	Amilóide.
2	6	Pleurisia tuberculosa no lado esquerdo; pneumonia lobular inferior.	Leproso.	Tuberculoso.	Degeneração gordurosa.	Normal.
3	10	Hidrotorax.	Amilóide e leproso.	Leproso.	Amilóides.	Normal.
4	5	Cavidades em ambos os apices; pert-bronquite tuberculosa nos lobos superiores.	Leproso.	Amilóide.	?	Amilóide e ulceração tuberculosa.
5	12	Normal.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Normal.
6	8	Pneumonia lobular no pulmão direito.	Leproso.	Leproso.	Degeneração gordurosa.	Normal.
7	13	Pulmões edematosos.	Leproso.	Leproso.	Degeneração gordurosa.	Normal.
8	7	Pneumonia em ambos os lobos inferiores, iniciando-se a formação de uma cavidade.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Normal.
9	5	Cavidades no ápice do pulmão esquerdo e pronunciada pneumonia lobular. O mesmo no direito sem formação cavitária.	Amilóide e leproso.	Leproso.	Amilóides e degeneração gordurosa.	Amilóide.
10	6	Edema.	Leproso.	Leproso.	Degeneração gordurosa.	Normal.
11	5	Nos lobos superiores, cavidades e pneumonia lobular.	Amilóide e leproso.	Amilóide e leproso.	Amilóides.	Amilóide.

12	Normal.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Nefrite intersticial.	Normal.
13	Cavidades, peri-bronquite tuberculosa, tuberculose pleural.	Amilóide e leproso. (?)	Leproso. Amilóide (?)	Amilóides e tuberculosos.	Amilóides e tuberculose peritonite tuberculosa.	
14	Normal.	Amilóide e leproso.	Leproso.	Amilóides.	Ulceração amilóide no íleo.	
15	Peri-bronquite tuberculosa e pleurisia.	Tuberculoso.	Tuberculoso.	Amilóides e tuberculosos.	Amilóide; tuberculose do omento e mesentério.	
16	Peri-bronquite tuberculosa e pleurisia.	Tuberculoso amilóide e leproso.	Tuberculoso, amilóide e leproso.	Tuberculosos e amilóides.	Amilóide, ulceração tuberculosa, tuberculose mesentérica.	
17	Normal.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Amilóide.	
18	Numerosas cavidades e pneumonia gelatinosa.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Degeneração gordurosa.	Placas de PEYER, gânglios isolados tuberculosos com princípio de ulceração.	
19	Numerosas cavidades e pneumonia gelatinosa.	Leproso.	Leproso.	Nefrite intersticial.	Placas ulceradas e gânglios isolados.	
20	Normal.	Gorduroso.	Amilóide.	Amilóides.	Amilóide.	
21	Normal.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Normal.	
22	Ligeira pneumonia no direito.	Leproso.	Leproso.	Amilóides e degeneração gordurosa.	Amilóide.	
23	Cavidades, peri-bronquite tuberculosa e pneumonia lobular no pulmão esquerdo.	Leproso.	Leproso e amilóide.	Amilóides e degeneração gordurosa.	Ulceração tuberculosa.	
24	Bronquiectasia e pneumonia lobular.	Leproso.	Leproso.	Amilóides e degeneração gordurosa.	Normal.	
25	Bronquiectasia e pneumonia lobular.	Leproso.	Leproso.	Leve degeneração gordurosa.	Normal.	
26	Normal.	Leproso.	Leproso.	Leve degeneração gordurosa.	Normal.	
27	Pequenas cavidades e pneumonia lobular.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Normal.	

(Continúa)

(Continuação)

T A B E L A 1
COMPLICAÇÕES FREQUENTES COM A TUBERCULOSE NA LEPPA NODULAR

N.º doença	Dur.	Pulmão e Pleura	Fígado	Baço	Rins	Intestino
28	3	Pequenas cavidades e pneumonia lobular.	Leproso e tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Degeneração gordurosa; amilóide.	Foliculos e placas amilóides ulceradas.
29	1½	Tuberculose dos pulmões e da pleura.	Leproso e tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Nefrite aguda, tuberculose no rim esquerdo.	Normal.
30	4	Áreas caseosas em ambos os pulmões.	Leproso.	Leproso.	Rim direito tuberculoso, esquerdo hidronefrotico, cistite tuberculosa.	Normal.
31	6	Edema, bronquite.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Amilóide.
32	24	Pneumonia lobular.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides, degeneração gordurosa.	Amilóide.
33	6	Cavidades e pneumonia lobular.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Normais.	Amilóide.
34	5	Normal.	Leproso.	Leproso e amilóide.	Amilóides, nefrite, intersticial.	Amilóide.
35	4	Aderências pleurais.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Peritonite, ulceração do apêndice vermicular.
36	14	Edema.	Amilóide.	Normal.	Amilóides, degeneração gordurosa.	Amilóide.
37	4	Pleurisia tuberculosa esquerda; peri-bronquite tuberculosa direita.	Amilóide.	Amilóide e tuberculoso.	Tuberculosos.	Amilóide, peritonite tuberculosa.
38	6	Peri-bronquite tuberculosa e pneumonia lobular; pleurisia tuberculosa no pulmão esquerdo.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Amilóide, peritonite tuberculosa localizada ao redor do baço.
39	6	Peri-bronquite tuberculosa e pneumonia	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Tuberculosos e amilóides.	Amilóide.

40	lobular e pequenas cavidades.								
41	Normal.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Amilóides.	Normal.	Normal.		
42	Pneumonia lobular.	Leproso.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Normal.	Normal.	Ulceração tuberculosa.	
43	Tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Leproso.	Leproso.	Amilóides e degeneração gordurosa.	Normal.	Normal.	Normal.	
44	Pneumonia lobular.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Nefrite aguda.	Normal.	Normal.	Ulceração amilóide.	
45	pleurisia.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Leproso.	Normal.	Normal.	Normal.	Ulceração amilóide.	
46	Cavidades e pneumonia lobular caseosa.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Normal.	Normal.	Normal.	Ulceração amilóide.	
47	Tuberculose, pneumonia dupla.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Amilóides.	Amilóide.	Amilóide.	
48	Edema.	Tuberculoso e amilóide.	Tuberculoso e amilóide.	Amilóide.	Tuberculosos e amilóides.	Tuberculosos e amilóides.	Amilóide.	Amilóide, ulcerações tuberculosas.	
49	Tuberculose.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Amilóides.	Amilóide.	Amilóide.	
50	Normal.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Normal.	Ulceração tuberculóide.	
51	Tuberculose, numerosas cavidades grandes, pleurisia tuberculóide.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Normal.	Normal.	
52	Bronquiectasia, pneumonia lobular.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Leproso.	Normal.	Normal.	
53	Pneumonia lobular direita.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Amilóide.	Amilóide.	
54	Aderências pleurais, pulmões normais.	Leproso, tuberculoso e amilóide.	Leproso, tuberculoso e amilóide.	Leproso e tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Amilóides.	Amilóides.	Amilóide, ulcerações tuberculosa.	
55	Tuberculose dos pulmões e da pleura.	Leproso. (?)	Leproso. (?)	Leproso (?), princípio de degeneração amilóide.	Leproso (?), princípio de degeneração amilóide.	Nefrite.	Nefrite.	Amilóide.	

(Continúa)

(Continuação)

T A B E L A I

COMPLICAÇÕES FREQUENTES COM A TUBERCULOSE NA LEPRO NODULAR

N.º de caso	Dur.	Pulmão e Pleura	Fígado	Baço	Rins	Intestino
56	3	Tuberculose.	Cirrose.	Leproso. (?)	Normais.	Normal.
57	13	Normal.	Normal.	Normal.	Amilóides.	Normal.
58	7	Tuberculose no ápice.	Leproso.	Leproso.	Nefrite intersticial.	Normal.
59	21	Edema.	Leproso. (?)	Leproso. (?)	Nefrite parenquimatosa.	Normal.
60	2	Tuberculose, cavida-des.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides e tuber-culosos.	Tuberculóide.
67	10	Normal.	Gorduroso.	Normal.	Nefrite parenquimatosa.	Tuberculóide. (?)
62	9	Pneumonia crupal.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Normal.
63	7	Edema.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Normal.
64	7	Pneumonia lobular.	Normal.	Leproso.	Normais.	Normal.
65	9	Normal.	Leproso.	Leproso.	Nefrite parenquimatosa.	Normal.
66	3	Tuberculose.	Leproso.	Leproso.	Congestionados e, quan-to ao mais, normais.	Normal.
67	?	Pleurisia dupla, nó-dulo caseoso do ta-manho de uma noz no pulmão esquerdo.	Gorduroso.	Tuberculoso.	?	Normal.
68	?	Acentuada estenose da laringe. Ambos os ápices infiltrados.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Normal.
69	?	Tuberculose.	Normal.	Normal.	Nefrite intersticial.	Normal.
70	?	Normal.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Nefrite parenquimatosa.	Normal.
71	?	Normal.	Leproso.	Leproso.	Nefrite intersticial.	Normal.
72	17	Normal.	Canceroso.	Leproso.	Normais.	Normal.
73	7	Tuberculose.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Normal.
74	?	Tuberculose do pul-mão e da pleura.	Tuberculoso.	Tuberculoso.	Tuberculosos.	Tuberculoso.
75	?	Edema.	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Amilóide.

76	2-3	Tuberculose.	Tuberculoso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Tuberculoso, peritonite tuberculóide.
77	?	Tuberculose.	Leproso.	Leproso e tuberculoso.	Normais.	Tuberculoso.
78	10	Tuberculose.	Leproso e amilóide.	Leproso.	Amilóides.	Amilóide.
79	7	Cavidades.	Leproso e amilóide.	Amilóide.	Nefrite parenquimatosa.	Normal.
80	?	Cavidades.	Leproso e tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Normais.	Tuberculoso.
81	7	Normal.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Amilóides.	Amilóide.
82	?	Pneumonia dupla.	Amilóide.	Amilóide.	Nefrite parenquimatosa; amilóides.	Amilóide.
83	?	Normal.	Leproso.	Leproso.	Normais.	Amilóide.
84	?	Edema.	Leproso e canceroso.	Leproso.	Nefrite intersticial.	Normal.
85	?	Edema.	Leproso e amilóide.	Leproso e amilóide.	Nefrite intersticial; amilóides.	Normal.
86	?	Tuberculose.	Leproso.	Leproso e tuberculoso.	Normais.	Tuberculoso.
87	1½	Tuberculose.	Leproso e tuberculoso.	Leproso e tuberculoso.	Normais.	Tuberculoso.
88	?	Normal.	Leproso e amilóide.	Leproso.	Nefrite parenquimatosa.	?
89	?	Tuberculose.	Leproso e amilóide.	Leproso.	Nefrite intersticial; amilóides.	Normal.

T A B E L A 2

A PROPORÇÃO DA TUBERCULOSE NA LEPTA MACULO-ANESTÉSICA

N.º	Cérebro	Medula Espinhal	Pulmões	Fígado	Baço	Rins	Nervos
1	Nada.	Nada.	Tuberculosos.	Dilatação e hiperemia.	Nada.	Hyperemia.	Nervo ulnar espessado no terço inferior do braço.
2	Nada.	Nada.	Tuberculosos.	Nada.	Nada.	Dilatação e degeneração gordurosa.	—
3	Hidrocefalia interna. Espessamento da pia-mater. Exudação gelatinosa entre a pia e a aracnóide.	Nada.	Tuberculosos.	Gorduroso.	Nada.	Nada.	Nervo ulnar espessado numa extensão de 10-15 cm. ao redor dos cotovelos. Nervo mediano espessado no pulso.
4	Nada.	Não examinada.	Tuberculosos.	Gorduroso.	Normal.	Degeneração gordurosa.	—
5	Nada.	Não examinada.	Normais.	Gorduroso.	Normal.	Degeneração gordurosa.	—
6	Nada.	Não examinada.	Normais.	Normal.	Normal.	Granulosos, atróficos.	—
7	Tubérculo isolado no cerebelo. Hidrocefalia interna.	—	—	—	—	Degeneração gordurosa. Tuberculose do rim esquerdo.	—
8	—	Não examinada.	Normais.	Gorduroso.	—	Degeneração gordurosa.	Nervo ulnar espessado tanto quanto um dedinho.

9	—	Não examinada.	Tuberculosos.	Tuberculose do peritônio Fígado amilóide.	Amilóide.	Hiperemia.	Nervo ulnar con- traído.
10	Hidrocefalia interna.	Não examinada.	Tuberculosos.	Tuberculoso.	Normal.	Normais.	—
11	Normal.	Não examinada.	—	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	—
12	Normal.	Não examinada.	Tuberculosos.	Hipertrofico.	Abcesso.	Abcesso.	—
13	Meningite tuberculosa.	Não examinada.	Tuberculose miliar.	Tuberculose miliar.	Tuberculose miliar.	—	—
14	—	Degeneração dos cordões posteriores.	—	Gorduroso e amilóide.	Amilóide.	Degeneração gordurosa; amilóides.	Nervo ulnar es- clerótico.
15	—	—	—	Gorduroso e amilóide.	Amilóide.	Degeneração gordurosa; amilóides.	Nervo ulnar es- clerótico.
16	Hidrocefalia interna.	Normal.	Normais.	Hipertrofia?	—	—	—
17	Normal.	Dilatação lombar espessada, membranas espessadas e hiperêmicas.	Normais.	Normal.	Normal.	Normais.	—
18	Normal.	Adelgaçada, atrofica.	Normais.	Dilatado.	Normal.	Normais.	Plexo axilar atró- fico. Nervo ul- nar e radial es- passados.
19	—	—	—	Amilóide, intenso também amilóide.	Amilóide.	Nefrite intersti- cial.	—
20	—	—	—	—	Amilóide.	Amilóides.	—
21	—	—	—	—	Amilóide.	Nefrite intersti- cial.	Nervo ulnar es- clerótico.

(Continúa)

TABELA 2

(Continuação)

N.º	Cérebro	Medula Espinhal	Pulmões	Fígado	Baço	Rins	Nervos
22	—	—	Tuberculosos.	Amilóide.	—	—	—
23	Normal.	Normal.	—	—	—	—	—
24	Normal.	Normal.	Pleuristia dupla.	—	—	—	—
25	Meningite seropurulenta.	Normal.	—	Degeneração gordurosa.	—	—	—
26	Normal.	Normal.	—	—	—	—	—
27	Normal.	Normal.	—	Degeneração gordurosa.	—	—	—
28	—	—	Tuberculosos.	Amilóide.	Tuberculoso; intestino também.	—	—
29	Normal.	Normal.	—	Amilóide.	Amilóide.	Degeneração gordurosa.	—
30	Normal.	Normal.	—	Amilóide.	Amilóide.	Amilóides.	Nervo ulnar contraído.
31	—	—	Tuberculosos.	Normal. (Intestino no tuberculoso)	Normal.	—	—
32	—	—	Tuberculosos.	Amilóide.	Amilóide.	Nefrite parenquimatosa.	—
33	—	—	—	Gorduroso. (Intestino tuberculoides)	In-Normal.	Tuberculose do rim esquerdo.	—
34	—	—	Pneumonia crupal.	—	—	Rim cirrótico.	—
35	—	—	Tuberculosos.	Tuberculoso.	Tuberculosos.	Degeneração gordurosa.	—
36	—	Degeneração dos cordões posteriores. Atrofia das raízes posteriores. Esclerose dos gânglios espinhais.	—	—	—	Amilóides.	—

T A B E L A 3

Percentagem das duas formas de lepra, de 1856 a 1890:
Nodular Máculo - anestésica

	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Na região leste da Noruega.....	47,7	26,6	21,1	52,3	27,5	24,8
Lister e Mandal	58,8	41,2	17,6	41,1	29,4	11,7
Stavanger	60,6	34,7	25,9	39,3	21,0	18,3
Søndre Bergenhus	68,0	34,2	33,8	31,9	15,3	16,6
Nordre Bergenhus	66,8	34,9	31,9	33,0	17,2	15,8
Romsdal	73,3	44,4	28,9	27,2	15,8	11,4
Søndre Trondhjem	74,3	48,5	25,8	25,7	16,4	9,3
Nordre Trondhjem	70,6	46,8	23,8	29,5	17,4	12,1
Nordland	71,5	44,1	27,4	28,5	17,1	11,4
Tromsø	79,1	52,9	26,2	20,9	13,1	7,8
Finmarken	82,5	65,0	17,5	17,5	12,5	5,0
Sogn	56,6	31,8	24,8	43,4	23,0	20,4
Søndfjord	72,6	37,4	35,2	27,4	14,3	13,1
Nordfjord	68,5	33,9	34,6	31,3	16,9	14,4

Distritos do litoral.

TABELA 4
OS RESULTADOS DO ISOLAMENTO NA NORUEGA

ANO	Total no Início do Ano	Casos Novos	Resultados			Número no fim do Ano			Total no fim do Ano
			Mortos	Curados	Emigrados	Em Casa	Em Asilos		
1856.....	—	238	?	?	?	2598	235	2833	
1857.....	2833	242	293	3	15	2339	427	2766	
1858.....	2766	210	224	3	3	2294	475	2769	
1859.....	2769	239	213	8	7	2267	523	2790	
1860.....	2790	219	251	1	6	2218	539	2757	
1861.....	2757	219	239	6	14	2028	711	2739	
1862.....	2739	211	215	5	11	2009	698	2707	
1863.....	2707	196	192	5	4	1947	749	2696	
1864.....	2696	201	202	—	8	1914	781	2695	
1865.....	2695	201	205	5	8	1910	772	2682	
1866.....	2682	203	214	3	10	1879	795	2674	
1867.....	2674	200	191	8	4	1876	787	2663	
1868.....	2663	206	210	6	7	1865	788	2653	
1869.....	2653	183	199	10	13	1820	787	2607	
1870.....	2607	187	203	4	13	1762	764	2526	
1871.....	2526	170	238	2	16	1681	747	2428	
1872.....	2428	131	205	5	10	1627	708	2335	
1873.....	2335	129	177	9	17	1592	672	2264	
1874.....	2264	137	183	6	9	1566	643	2209	
1875.....	2209	134	203	5	14	1499	623	2122	
1876.....	2122	115	187	3	6	1440	613	2053	
1877.....	2053	110	163	3	7	1372	629	2001	
1878.....	2001	105	149	10	8	1341	618	1959	
1879.....	1959	88	162	5	10	1277	602	1879	
1880.....	1879	72	150	7	7	1178	617	1795	
1881.....	1795	60	164	5	8	1092	608	1692	
1882.....	1692	66	137	11	7	1061	553	1614	
1883.....	1614	87	137	9	5	1022	535	1557	
1884.....	1557	55	140	10	2	994	519	1463	
1885.....	1463	71	146	9	12	855	522	1377	
1886.....	1377	48	135	16	9	748	522	1370	
1887.....	1370	47	111	2	3	704	514	1218	
1888.....	1218	27	99	8	1	631	524	1156	
1889.....	1156	27	86	9	12	551	530	1081	
1890.....	1081	10	122	6	2	447	507	954	

AO FINANCEIRO

Casa fundada em 1887

Domingos Soares & Cia.

ESPECIALIDADE EM MÓVEIS PARA
CONSULTÓRIOS MÉDICOS, LABORA-
TÓRIOS E BIBLIOTECAS

RUA STA. IFIGÊNIA, 73 a 85
TELEFONE 4-5967
SÃO PAULO

D. J. M. Cabello Campos



Gabinete de Radiologia
(RAIOS-X DIAGNOSTICO)

Rua Marconi, 94-2.º Andar - Telefone, 4-0655

"EDIFÍCIO PASTEUR"

(Travessa da Rua Barão de Itapetininga)

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO



TÔNICO GERAL — REMINERALI-
ZADOR — RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE —

Medicação seriada

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

SOCIEDADE
F A B B E
FABRICA • APARELHOS • BATERIOLÓGICOS • BIOLÓGICOS • ESTERILIZADORES
LIMITADA

INDUSTRIA DE: AUTOCLAVES — ESTUFAS PARA CULTURAS, GERMINAÇÃO — SECADORAS E ESTERILIZADORAS — DISTILADORES — CONCENTRADORES NO VACUO — EXTRATORES DE VITAMINAS — FORNOS "PASTEUR" — BANHOS-MARIA — APARELHO PARA FABRICAÇÃO DE MAGNESIA FLUIDA — LAVADORES E ESTERILIZADORES DE AMPOLAS — MAQUINAS PARA POMADAS E COMPRIMIDOS — BICOS A' GAZ E A' ALCOOL — SALAS DE ESTERILIZAÇÃO, ETC. ETC.

RUA DOS PROTESTANTES N. 156 — TELEFONE 4-3817
End. Teleg.: "SOCIFABBE" Cx. Postal 2542 — São Paulo — Brasil