

A LEPRO INCARACTERÍSTICA NA EXPERIÊNCIA DO SANATÓRIO PADRE BENTO

F. E. RABELLO

Professor catedrático da Clínica
Dermato-Sifilografica da Universidade.
Rio de Janeiro.

Grande parte do que sabemos atualmente sobre a "lepra incaracterística" resultou daquilo a que já podemos denominar "a experiência do S. P. B.": — a saber, todo um conjunto de observações e trabalhos ali realizados por uma "equipe" de leprólogos; observações das quais também participei.

Foi em meados de Outubro de 1938 que, a convite de L. Souza Lima, nos dispuzemos J. M. Fernandez e eu próprio — a um aprofundado exame in loco dos casos mal determinados ou "incaracterísticos". Foram cêrca de três semanas de trabalho intensivo, em o qual algumas centenas de casos eram examinados em conjunto por três leprólogos educados em centros diferentes. N. Souza Campos e W. Büngeler participavam, tanto quanto podiam e sempre que podiam, dessas interessantes reuniões.

Um trabalho meu, publicado infelizmente apenas em resumo, dava um apanhado dessas importantes observações. Posteriormente, leprólogos do próprio S.P.B., D. Rodrigues, A. Lippelt, trouxeram novas e interessantes contribuições. Emfim, numa publicação recente e muito importante trabalho notavel e verdadeiramente magistral, L. Souza Lima e F. Alayon fazem profundo, e minucioso estudo da questão, permitindo agora uma visão muito mais clara, muito mais exata de todo o problema.

Procurando as origens mais remotas do nosso atual conceito da lepra incaracterística, vou encontrá-las, de maneira já bastante nítida, às vésperas da Conferência do Cairo, em princípios de 1938. Comentando então com J. M. Fernandez a questão das formas clínicas da lepra, caíamos de acordo na idéia de admitir entre as duas formas polares ou fundamentais — a existência de uma terceira forma clínica de polaridade incerta.

Dava-se o caso singular de dois observadores, educados em meios diferentes, tivessem chegado — sem conhecimento um do outro, a uma mesma visão do problema.

Certamente, que evoluímos muito depois disso. A forma de lepra que Fernandez denominava então "neuro-macular", e eu pró-

prio "mácula-anestésica", nós a víamos nessa época sob um aspeto ainda um tanto primitivo. Na verdade, a individualização da lepra tuberculoide é que vem levando progressivamente a uma noção, dia a dia, mais clara da lepra incaracterística.

Em 1937, num trabalho sôbre "os tipos estruturais da lepra tuberculoide", tentava eu circunscrever o domínio microscópico da lepra tuberculoide.

Já nessa época, admitia "que a representação clínica da lepra tuberculoide é *deficiente* no extremo mínimo que estabelece ligação com os processos maculosos simples, e ao contrário *excessiva* no outro extremo que confina com as infiltrações eritematosas difusas do lepromatoso".

Propunha então reconhecer do ponto de vista clínico a existência de uma forma de lepra dotada "de um grau mínimo comum de especificidade": seria a então forma "máculo-anestésica", devendo reunir as leprides eritêmato-discromiantes em "um grupo aparte dos tipos anátomo-patológicos principais (lepromatoso e tuberculoide)".

Assim individualizada clinicamente; faltava indicar o quadro estrutural da nova forma clínica, o que no mesmo trabalho era feito nos termos seguintes: "é perfeitamente lógico que essa forma clínica não corresponda a um tipo anatômico exclusivo: em primeiro lugar, porque é essencialmente episódica na marcha da lepra, em segundo lugar porque ela não traz, de fato, nenhuma representação macroscópica que possa sugerir uma estrutura banal ou específica".

As lesões eritematosas planas, acusando já estruturas francamente tuberculoide ou lepromatosa, eram logo destacadas para fóra da lepra máculo-anestésica. Nessa forma, ao contrário, permaneciam as lesões eritêmato-discromiantes assumindo "quasi sempre dois tipos estruturais: em 60% dos casos um processo incaracterístico, em 40% estrutura pre-tuberculoide".

Discutindo a natureza das formas "maculo-anestésicas", era afastada a idéia de tratar-se de processos inteiramente inespecíficos, e também de uma fase de cura, ou residual do processo leprótico:

— "mais exato parece admitir-se os processos maculosos antes como incaracterísticos porém específicos, isto é, na medida em que são provocados pelo bacilo da lepra".

De fato, o estudo de leprides eritêmato-hipocrômicas em crianças havia me convencido, já nessa época, da ocorrência de estruturas inflamatórias simples parvi-celulares, em as quais se encontravam um número regular de bacilos sem a presença de células vacuolizadas, ou com pequeno número dêsses elementos — aquilo a que todos hoje denominamos, depois de Büngeler, "estruturas leprosas", e que eu prefiro denominar "lepromatosas precoces".

No mesmo sentido, havia que reconhecer no processo macu-

loso: — "não uma manifestação residual do processo leprótico, mas sim um estado de atividade reduzida a um mínimo perceptível e, como tal, capaz de sofrer involução definitiva; ou ao contrário metamorfia evolutiva no sentido da mácula infiltrada".

Em outros termos; que essa lepra incaracterística poderia acusar estabilidade, ou ao contrário uma diferenciação mais ou menos ampla no sentido das máculas infiltradas das formas fundamentais. E mais adiante, ainda no mesmo trabalho, uma menção já muito clara das condições em que se observa a dissociação entre a estrutura histológica e a morfologia objetiva:

— "no que respeita à lepra tuberculoide, sabemos que ela transborda amplamente a representação clínica maculosa, como também, em um sentido não inteiramente correspondente, o processo anatômico maculoso".

Portanto, de um lado leprides eritêmato-discromiantes difusas — objetivamente ainda incaracterísticas e já histologicamente tuberculoides; por outro lado, leprides eritêmato-discromiantes com reavivação de bordos -- isto é, objetivamente já tuberculoides, mas histologicamente ainda incaracterísticas.

Outra consequência da autonomia clínica da lepra tuberculoide havia de ser, como foi, o desaparecimento das noções de "lepra mixta", e sobretudo de "lepra nervosa", conforme fui levado a propôr em trabalho posterior (Fev. 1938) . Está aí, precisamente, o defeito mais grave da denominação "maculo-anestésica", nome 'esse de há muito relacionado, e feito mesmo sinônimo de lepra nervosa. Eliminando a lepra nervosa, procurava eu então pôr um termo ao critério hoje ainda infelizmente efetivo de "confundir-se com um mesmo simbolo N (neural) sintomas tráficos das três formas principais, isto é, lepromatosos, parvi-celulares e tuberculoides".

Em Fevereiro de 1938, portanto, já havíamos alcançado o essencial na investigação das formas da lepra.

O grande elemento recém-chegado, isto é, a evolução, avaliado em função da histologia seriada no tempo, iria atingir sua plena maturidade mais tarde em Junho de 1938, no decorrer dos debates com Wade no Rio de Janeiro.

No editorial que então escrevi com Ed. Rabello para a Revista de Leprologia, discutindo o conceito de Wade de "lesão" tuberculoide, acentuávamos com vigor a necessidade de rigoroso controle evolutivo, com biópsias seriadas no tempo: — "parece-nos todavia de difícil comprovação êsse constante caráter tuberculoide residual de todas as leprides simples. Para tanto, julgamos de importância capital, o que ainda não foi eficientemente feito, acompanhar a evolução histológica da mácula, mediante biópsias frequen-

temente repetidas, afim de verificar as ligações, acaso existentes, entre os resíduos considerados tuberculoides (histiocitários e linfoides) com a estrutura tuberculoide, presente quando as lesões eram ativas".

Assim, pois, estavam colocados os termos do problema. Cumpria explicar as origens da noção de lepra I, para que estivessemos todos em condições de compreender os ensinamentos que a grande experiência adquirida no S. P. B. foi a pouco e pouco impondo a todos aqueles que lá trabalharam, em condições aliás invejáveis para a pesquisa.

Passo então agora a comentar todo o assunto, com fundamento no material daquele Sanatório.

A afirmação científica da forma I deve firmar-se nos mesmos princípios de que nos servimos na definição das duas formas extremas. Trata-se sempre da conjunção de uma tétrede de elementos fundamentais: a síndrome clínica incluindo todas as informações possíveis relativas ao doente, o tipo eruptivo, as localizações das eflorescências; a histologia patológica seriada nos córtex e seriada no tempo; a reação de Mitsuda em suas diferentes modalidades, seriada no tempo; enfim, a evolução de todo o processo, isto é, uma avaliação cronológica dos três elementos anteriores.

Pelo que respeita à *síndrome clínica*, não pode restar dúvida de que existem casos encaracterizados, ao mesmo tempo como lesão, como localização, como etiologia geral, e muito particularmente como evolução. Do ponto de vista etiológico, cada vez mais nos confirmamos na noção de que o quadro clínico encaracterístico prefere os organismos mais jovens. Devemos à Sra. D. Rodrigues e a A. Lippelt a verificação percentual desse fato: 39% de formas I na criança, contra apenas 10% dessas formas em adultos. Outro aspecto é o da estabilização ou involução espontânea total ou parcial, somando 67% no material de Cochrane em Madras, e similarmente 63% no material de Wade e Rodriguez em Cebu (a comparar com os 62% de Souza Lima).

Certos aspetos clínicos, por exemplo o de *localização*, assumem importância particularmente sugestiva no caso da forma I. Já das primeiras observações que havia feito em S. Paulo, chamava eu a atenção para a frequência das localizações "posteriores" ao longo dos membros, assim como a porção posterior da coxa habitualmente encoberta pelas massas glúteas. Esta última localização sugere frequentemente uma evolução no sentido maligno. Ao lado do sítio que ocupam as lesões, também certas modalidades de involução podem, segundo ensina Souza Lima, fazer prever uma ulterior evolução desfavorável: a repigmentação que se faz do cen-

tro para a periferia; ao contrário da repigmentação difusa, que melhora o prognóstico.

Um aspeto típico de evolução favorável é descrito por Souza Lima com o nome de "transformação progressiva por papulação", mediante a qual leprides incaracterísticas se transformam por papulação em leprides tuberculoides. Resulta o quadro, da lepride que denominei "máculo-papuloide", que me parece corresponder ao que Wade descreveu no material de Cebu com o nome de "spotty" (quer dizer, leprides pontuadas).

Segundo Souza Lima, as leprides acrômicas acusam sobre as massas glúteas quasi sempre uma disposição simétrica "de modo que a extremidade interna do bordo superior de uma se reúne à do lado oposto na parte superior do sulco interglúteo", do que resulta um aspeto em vespertílio, sendo o bordo superior bem desenhado, enquanto o inferior é quasi imperceptível.

Outro leprólogo do S. S. P. B., A. Lippelt, discute os casos "pré-lepromatosos" de Cochrane comparativamente ao observado no material brasileiro: aqui perturbações da sensibilidade são verificadas em muitos casos, enquanto que eram inexistentes no material de Cochrane; inversamente, nunca espessamento de nervos no material de Madras, em contraste com essa ocorrência no material brasileiro. Aliás, da leitura atenta das observações de Cochrane, guardei a impressão de que ele viu apenas uma parte do problema.

E' aqui o lugar para lembrar aquêles aspetos que ainda hoje nos perturbam — de "dissociação" entre a clínica e a histologia, ou sejam: leprides clinicamente incaracterísticas e já microscópicamente tuberculoides; leprides incaracterísticas com marginação de bordos e, não obstante, ainda inflamatórias simples. Isto porém, veremos melhor daqui a pouco.

Resta ainda nessa parte clínica mencionar os principais tipos objetivos de transformação dos casos I nas formas polares. Acredito que não há que acrescentar nada mais, às descrições de Souza Lima. Elas são perfeitas. Destaca êle no grupo das transformações de I em T — uma forma progressiva completa, uma forma progressiva incompleta, e formas abruptas intensas ou discretas. No grupo das transformações de I em L, igualmente formas progressivas, e formas abruptas.

Vale a pena mencionar no primeiro grupo, uma forma de transformação progressiva, muito bem descrita por Souza Lima, e que resulta num exantema que mostra lado a lado leprides figuradas e placas reacionárias. No grupo lepromatoso, igualmente interessantes: os tons fulvos ou alaranjados, o eritema livedoide, com ou sem espinulosismo, a tonalidade ferruginosa.

Enfim, muito importante sob o ponto de vista clínico é o fato

apontado por Souza Lima: conversão quasi "individual" das lesões na mutação de I em T, e ao contrário sobretudo lesões novas na mutação de I em L.

Vejam agora como se coloca o problema da forma I, sob o *aspecto histológico*, um dos pontos que tem provocado não só uma perplexidade, como infelizmente também atitudes contrárias ao conceito por mim admitido, dessa mesma histologia.

Dêsde 1937, havia eu verificado não haver uniformidade anômica nos achados referentes às leprides incaracterísticas. Naquela época, entretanto, como hoje, isto também não me perturbou grandemente. Refletindo bem no que se passa sobre "atividade" e "evolução" na tuberculose, moléstia afim à lepra, já se pode prever o encontro de estruturas histológicas diferentes, sobretudo atendendo ao fato de estarmos diante de uma forma de lepra, onde o processo todo parece marchar de acordo com leis ainda em grande parte desconhecidas, sob a forma de "atividade reduzida ao mínimo perceptível" uma frase do nosso antigo trabalho de 1937.

Destacando do material reunido por Souza Lima 119 casos dos diversos tipos de leprides, nos quais foi possível o estudo em córtex seriados, têmos os resultados seguintes:

Estruturas inflamatórias simples	70 ou 58.8%
" tuberculoides precoces	16 ou 13.4%
" tuberculoides francas	10 ou 8.4%
" lepromatosas precoces	14 ou 11.7%
" lepromatosas francas	9 ou 7.5%

Fazendo incidir agora nesses primeiros achados, o fator *tempo*, podemos subdividir todo o material em dois grupos, do seguinte modo:

	Grupo estavel — 79 casos	Grupo labil — 40 casos
Estr. inflamatórias simples	54 ou 68.3%	16 ou 40%
" tuberculoides precoces	10 ou 12.6%	6 ou 15%
" tuberculoides francas	6 ou 7.6%	4 ou 10%
" lepromatosas precoces	6 ou 7.6%	8 ou 20%
" lepromatosas francas	3 ou 3.8%	6 ou 15%

Por onde vamos que, entre o conjunto de casos clinicamente incaracterísticos "que não se transformaram", e o grupo daqueles que sofreram transformações, existiram diferenças extremamente acentuadas: 68.3% de estruturas inflamatórias simples no grupa estabilizado, contra apenas uns 40% no grupo lábil. Por outro lado, expurgados aquêles casos clinicamente incaracterísticos, mas já integralmente diferenciados nos sentidos polares, têmos 70% de estruturas inflamatórias simples. Esses resultados, obtidos em cór-

tes seriados, e em pacientes observados durante 3 a 4 anos, constituem a afirmação, agora também histológica, da legitimidade da forma I.

Devemos, porém, a Souza Lima ainda o controle histológico, igualmente minucioso, de casos encaracterizados que mostraram sinais de atividade sem evolução ulterior, como também casos que tiveram involução completa ou incompleta. No material do S.P.B., 7 casos pelo menos mostraram sinais de "atividade", sem evolução clínica no sentido extremo, dos quais 6 mantiveram uma estrutura inflamatória simples, e apenas 1 estrutura leprosa ou leprocitária (melhor — lepromatosa "precoce"). Igualmente 7 casos, entre pacientes com leprides, discrômicas (eritema larvado) e leprides francamente eritematosas, acusaram sinais de involução completa (desaparecimento), ou incompleta (regressão para lepride acrômica): neste grupo apenas 1 acusou uma estrutura tuberculoide precoce, enquanto os 6 restantes mantiveram o quadro inflamatório simples.

Admitindo como indubitavel a forma inicial e terminal das 74 "transformações" para L ou T, reunidas por Souza Lima, chegamos à conclusão de que também sob o ponto de vista da evolução geral, os casos I se repartem entre os que seguem o caminho T ou L, e os "estabilizados" (no material do S. P. B. 88 mais 32, sejam 120 ou 62%).

A contraprova final da legitimidade clínica, evolutiva e histológica da forma que denominamos encaracterística, surge agora sob novo aspeto — e não menos decisivo, quando se estuda aqueles casos de fato encaracterísticos que, decorrido algum tempo, acabam por sofrer "transformação" integral nas formas extremas. No precioso material de Souza Lima este fato, mesmo apreciado com o máximo rigor, ocorreu pelo menos 8 vezes para o caso da transformação lepromatosa, e 13 vezes para o caso da transformação tuberculoide — o que demonstra de passagem que, efetivamente, a forma I constitue uma forma equidistante no curso da lepra, uma vez que suas afinidades e tendências não parecem definidamente maiores para nenhuma das duas formas extremas.

Parece portanto feita, em definitivo, a prova histológica da existência de casos suscetíveis de permanecer com uma estrutura inflamatória simples, durante prazos de tempo de 2, 3 e 4 anos. Tais casos estão nas condições de constituir doravante o núcleo cientificamente determinado, da forma que preferimos denominar "incaracterística". Resta agora tentar a análise daqueles casos, em que a estrutura histológica discrepou do achado banal.

Atendendo a um tempo às grandes diferenciações histológicas possíveis, e às diferenças nas tendências evolutivas, dois grandes

grupos podem ser considerados no complexo que se apresenta clinicamente incomparativo:

— os casos indiferenciados, representando uma quantidade de uns 60% do total, seguidos anos a fio, ora mostrando estabilidade, ora unicamente oscilações, se fazendo dentro do quadro incomparativo (quer dizer, aspetos de atividade, mas ainda não de evolução — clínica e histologia constantemente dentro do tipo padrão);

— em outro grupo, os casos diferenciados, em os quais a histologia se adiantou ao aspeto clínico que se mantém incomparativo (quer dizer, aspetos de atividade combinados a uma evolução possível nos sentidos polares — clínica ainda dentro do padrão; histologia avançada ou metatípica — isto é, nem a estrutura habitual indiferenciada, nem "atípica": já francamente T ou L).

Em ambos esses dois grandes grupos, ocorre a possibilidade de uma evolução, com a diferença formal de que ela pode não verificar-se nos casos indiferenciados, enquanto que ela é quasi a regra nos casos em que existe metatipia histológica (nestes, apenas uma minoria deixa de transformar-se de uma maneira integral nas formas polares).

Diante de uma tal complexidade, vemos muito bem que o nosso sistema atual de classificação não pôde em absoluto repousar unicamente na estrutura histológica. De fato, as diversas estruturas indiferenciadas e diferenciadas encontradas nos casos objetivamente I, só podem ser compreendidas quando integradas no tempo e no seu significado funcional que vem a ser precisamente a reação de Mitsuda. Vejamos, portanto, como se comporta o Mitsuda em todo o complexo de casos clinicamente I.

Aqui também as observações feitas por todos aqueles que tiveram a fortuna de dispor do material do S. P. B., acentuam sobretudo os fatos seguintes:

— no grupo indiferenciado, vamos ter respostas as mais diversas, sendo que o resultado negativo não impede esses casos de uma transformação integral no sentido tuberculoide (continuando negativo ou virando a positivo);

— no, grupo já diferenciado nos sentidos polares, as respostas acompanham praticamente sem discrepância a natureza da transformação, sendo os resultados fortemente positivos sempre presentes nas transformações T e nunca nas L;

— no grupo metatípico, as respostas, ainda variáveis, mostram entretanto uma tendência para acompanhar também a natureza da metatipia.

De todos êstes aspetos principais, ressalta o caráter significativo da resposta negativa de casos I — indiferenciados e metatípicos que, não obstante, transformam-se em T. Vemos aqui um exem-

plo de uma nova dissociação — agora clinico-imunitária, novo aspecto de uma "disergia" que, doravante, veremos ser o grande carater da forma I.

Uma vez que integramos a estrutura histológica no seu verdadeiro significado — que é o significado funcional; assim como admitimos sua íntima conexão com a reação de Mitsuda considerada como uma expressão da alergia dos tecidos vemos agora, sob um aspecto mais real, como podemos entender a ocorrência de foilculos epitelioides, ou de nítido infiltrado leprocitário, em manifestações clinicamente encaracterísticas. Muito ao contrário de admitir-se essas estruturas definidas — sempre ou em todos os casos, como o substrato de lesões atípicas T ou L, nós devemos vêr aí também em certos casos manifestações diferenciadas, nem habituais nem atípicas — antes "metatípicas", de formas na verdade I.

E o Mitsuda fornece nos casos integralmente diferenciados, respostas quasi sem falhas comparáveis ao que acontece com as formas fundamentais: a saber, negativas, duvidosas e positivas débeis somando 96.8% nas formas L, e fortemente positivas em 98% das formas T (segundo Rotberg).

Si um caso clinicamente encaracterístico fornece histologia francamente tuberculoide ou lepromatosa e um Mitsuda com resposta habitual, o caso já contraria com pelo menos dois elementos seguros para o diagnóstico de forma: diremos, como o faz excelentemente Souza Lima, leproma ou tuberculoide "atípico".

Para o caso particular dos metatípicos, entretanto, com respostas ao Mitsuda às vezes desconcertantes, teremos que nos apoiar no aspecto clínico encaracterístico, na histologia "precoce" epitelioides ou leprocitária, e emfim em última análise na evolução, visto que, conforme sabemos agora, casos metatípicos podem conservar-se como tais.

Tomando como base, portanto, todas essas observações colhidas no material do S. P. B., estamos agora em condições de compreender melhor todo o conjunto, o que tentamos no quadro anexo (ver quadro).

Por onde se vê que sôbre 136 casos cuidadosamente escolhidos, apenas 19 ou cêrca de 14% foram excluidos, como já tendo atingido um grau de diferenciação incompatível com a noção de lepra I, restando 117 casos somando 51.4% para os indiferenciados, e cêrca de 33.7% de metatípicos.

Vê-se também a posição toda peculiar dos casos metatípicos que o tripé constituido pelo aspecto clínico encaracterístico, pela metatipia histológica e pela possível estabilidade no tempo — está claramente indicando estarmos diante de uma forma I, no sentido largo em que a vamos admitindo. Fâto tanto mais interessante, quanto é

certo que um resultado do Mitsuda, positivo forte ou negativo, muitas vezes se encontra entre êsses mesmos casos metatípicos que se mantiveram estáveis, ainda seguidos anos a fio.

Aspetto não menos interessante se nos depara refletindo no percentual relativamente pequeno — que não atingiu os 15%, desses casos já francamente T ou L: parecendo indicar, pelo menos para as formas polares que procedem de uma diferenciação progressiva, um comportamento bastante comparavel da parte nuclear indiferenciada da nossa forma I (quer dizer, 6.6% de formas L atípicas, e 7.3% de forma T atípicas todas elas devidas a uma diferenciação progressiva dos casos indiferenciados).

De fato; si as formas metatípicas procedem do núcleo indiferenciado, e as formas já francamente lepromatosas ou tuberculoides vão surgindo à custa das metatípicas — chega-se à conclusão da existência de um fluxo constante, um permanente movimento interno que nos explica as causas profundas do estado de dissociação ou disérgico, traço a meu vêr primordial da forma I.

Na verdade, muita coisa dessa discussão seria desnecessária, si não houvesse latente no espírito de diversos e muitas vezes eminentes pesquisadores a idéia, de todo inaceitavel, de que se possa classificar casos de lepra baseando-se unicamente na estrutura histológica. A experiência adquirida com os casos I vem demonstrar que o aspecto clínico e, sobretudo, a evolução do caso podem acabar por entrar em conflito com a estrutura histológica e seu correspondente imediato, que é o test de Mitsuda. Na concepção que estou defendendo da forma I, resulta que ela pode ser considerada para muitos casos como uma forma de passagem entre os diversos processos histogênicos, desde o inflamatório simples até os tipos extremos, sem que isso importe numa transformação integral, do ponto de vista clínico e imunitário. Para certos casos, portanto, mais uma forma de passagem (apenas histológica), antes do que um episódio realmente intermediário, se fazendo na direção do que nós definimos como forma T ou L.

Antes de ir mais adiante, é o momento de focalizar a situação dos casos ditos "residuais" — isto é, lesões acrómicas, eritemato-hipocrômicas e eritematosas planas, que sabemos provir da involução não só de leprides tuberculoides, como também de leprides incarcacterísticas. Na verdade, não parece lógico que lesões residuais — pelo menos aquelas que assistimos provir da involução de leprides tuberculoides, devam ficar incluídas na forma I. A ser feito isso, dentro em pouco esta forma de lepra estaria transformada em caput mortuum da forma T.

Basta consultar o material paulista para verificar-se que as le-

soes residuais diferem muito pelo que respeita à forma clínica primária:

- 61 casos oriundos da forma T
- 32 casos oriundos da forma I
- *nenhum* procedente da forma L.

Em outros termos, lesões "residuais" são observadas — e a coisa é óbvia, todas as vezes que se trata de formas de lepra suscetíveis de involução não muito demorada, parcial ou completa. É facil de compreender, nessas condições, que um caso anteriormente definido "incharacterística" ou "tuberculoide", não deixa de ser incharacterístico ou tuberculoide, porque tenha acusado, de modo espontâneo ou terapêutico, sinais de involução. Potencialmente, na verdade, vão continuar Eles com aquêles mesmos caracteres das formas primárias: a saber, uma certa instabilidade no sentido evolutivo quando os "resíduos" provêm da incharacterística; ou ao contrário, maior estabilidade sempre que o "resíduo" provêm da tuberculoide.

Consultando o material do S. P. B.. vêmos que os casos residuais procedem, no setôr tuberculoide, ora de quadros reacionários, ora de quadros figurados. Histologicamente, porém, os "resíduos" são então, muitas vezes, ainda nitidamente tuberculoides: 4 vezes em 11 no grupo figurado; 9 vezes em 12 no grupo reacionário; estrutura sempre tuberculoide franca nas leprides residuais eritematosas. O fato ainda é sugestivamente sublinhado, conforme acentuam Souza Lima e Alayon, pela verificação em certos resíduos acrômicos de indícios de uma cura histológica, sob forma de esclerose e de hialinização do tecido conjuntivo. Uma vez que a involução nas leprides figuradas tuberculoides é tórpida, e aguda nas reacionárias, nos explicamos porque é mais frequente no primeiro caso a ocorrência de estruturas inflamatórias simples, que pelo mesmo motivo tardam a ser reconhecidas quando o resíduo provêm de uma forma reacionária.

Tudo se passa, na verdade, como si a forma I — com prognóstico reservado sobretudo para os casos indiferenciados e os metatípicos leprocitários, acusasse um processo de cura definido no caso dos metatípicos epitelioides, que conforme já vimos se repartem entre casos estáveis e os que marcham afinal para a lepra tuberculoide. Vejamos um caso concreto no abundante material de Souza Lima:

— no caso Antônio L., a moléstia evoluiu em três fases:

na 1.^a fase — lepride incharacterística eritêmato-hipocrômica indiferenciada, Mitsuda negativo;

na 2.^a fase — lepride tuberculoide figurada, Mitsuda positivo forte;

na 3.^a fase — lepride eritêmato-hipocrômica, estrutura inflamatória simples, Mitsuda positivo forte.

Como interpretar?

A reação mais simples, típica de um homem de laboratório, e a de Wade: tudo é tuberculoide; na fase inicial pré-tuberculoide, na terminal post-tuberculoide (em ambas a histologia seria "sub-tuberculoide").

A objeção principal é que não se pode chamar de sub-tuberculoide uma estrutura inflamatória simples, onde não estão mais presentes as células epitelioides.

Outra interpretação, esta agora de caráter muito mais plausível e sólido porque clínica, seria considerar uma forma I na 1.^a fase, T na 2.^a fase, e novamente I na fase terminal.

Entretanto, objeções muito sérias poderiam ser feitas. Em primeiro lugar, o critério dominante para o diagnóstico da forma I sendo a evolução, não dispomos mais de nenhum meio de afirmar novamente a forma I na fase terminal. De fato, nosso sistema de classificação não sendo um sistema de laboratório, a simples verificação de uma estrutura inflamatória banal não justifica um diagnóstico de forma. Em segundo lugar, um doente que a pouco e pouco edifica uma lepride tuberculoide figurada e cujo Mitsuda vai de negativo a positivo forte, é, doravante, potencialmente um tuberculoide, e das duas uma: cura sem vestígio; cura com resíduo: a) inflamatório simples, para desaparecer mais tarde; b) com resíduo tuberculoide podendo daí envolver até desaparecimento, ou fazer novo surto tuberculoide — exatamente como nas clássicas observações de Fernandez, em que reações tuberculoides sucessivas reacendem de resíduos tuberculoides. Fato êste, aliás, muito bem sublinhado pelo que respeita aos focos de necrose fibrinoide, por Souza Lima e Alayon, quando admitem que se trate de lesões reversíveis, encontradas tanto nas fases progressivas, como nas regressivas; com o que, estamos todos de acordo.

Nessas condições, Antônio L. que na primeira fase estava na forma I, teria passado na segunda fase para a forma T (ativa), e finalmente na fase terminal ainda na forma T (residual inflamatória).

Outro caso interessante, também estudado por Souza Lima, é o de José U., cuja evolução foi a seguinte:

na 1.^a fase — lepride tuberculoide reacionária;

na 2.^a fase — lepride eritêmato-hipocrômica, histologia tuberculoide franca, Mitsuda positivo forte, portanto lepride tuberculoide atípica;

na 3.^a fase — lepride eritemato-hipocrômica, histologia inflamatória simples, Mitsuda positivo forte.

Aqui vemos como o processo de cura vai se intensificando à custa dos surtos reacionários, pois passado o primeiro surto a le-

pride residual era ainda tuberculoide, ao passo que depois do segundo surto a lepride resultante — comquanto também eritêmatohipocrômica, era já mais involuída histologicamente (inflatória simples) . Portanto, José U, que inicialmente era T, termina na verdade tão tuberculoide como antes, apenas bastante melhorado, isto é, "residual inflamatório".

Dá-se o caso também de que às vezes, muito ao contrário de tratar-se de uma mutação de forma, observa-se antes aquilo a que Souza Lima denomina com muita propriedade a "intensificação" de um processo preexistente.

Uma conclusão de ordem geral é que é de todo impossível que na nossa forma I esteja incluído um certo percentual de resíduos tuberculoides, o que vale sobretudo, conforme procura sublinhar Souza Lima, muito particularmente quando a lesão é acrômica. Comtudo, o fato do nosso grupo nuclear indiferenciado também marchar para L, parece indicar que estamos acertados em manter, rigorosamente isolada, uma forma I.

Antes de terminar com Este grupo interessante de casos, não posso furtar-me a algumas considerações sabre o caso de Ada L., talvez uma das observações mais curiosas do material de Souza Lima. Tratava-se em resumo:

na 1.^a fase — lesão eritêmato-hipocrômica, estrutura inflamatória simples, Mitsuda negativo;

na 2.^a fase — lesão eritematosa infiltrada, histologia com numerosas células vacuolizadas dando a impressão de uma estrutura lepromatosa;

na 3.^a fase — infiltração difusa do rosto, estrutura caracterizada por células epitelioides com reação linfocitária ainda intensa, mas variavel.

Ha que reconhecer, com Souza Lima e Alayon, na segunda fase uma estrutura pseudo-lepromatosa em a qual admitem os autores com grande acerto, esteja a estrutura tuberculoide "em organização, e mascarada pela intensa infiltração linfocitária difusa, pelo edema, pela vacuolização dos elementos celulares". Este caso lembra as antigas observações de Fernandez sôbre o tipo de certas reações provocadas, precisamente em doentes "neuro-maculares" ou incaracterísticos, pela injeção subcutânea do antígeno de Mitsuda. Conforme demonstrou Fernandez, êsses casos ficam muitas vezes indiferentes mas, quando reagem, assumem clinicamente um aspeto pseudo-lepromatoso peculiar. Seria talvez interessante investigar doravante certos casos incaracterísticos, tentando-se a reação focal mediante injeção subcutânea.

Muito a propósito, cabe aqui a discussão daqueles casos incaracterísticos em os quais se tem feito a exploração histológica tam-

bem nos nervos periféricos. Teoricamente, seria de esperar resposta uniformemente incaracterística ao nível dos troncos nervosos. Este fato, entretanto, está muito longe de ser constante, e constitue mesmo um outro ponto muito importante que está necessitando urgentemente de mais investigações. Possuo já eu próprio, no meu material, algumas biópsias de nervo interessantes, e sei também que Souza Lima já tem verificado por mais de urna vez estruturas leprocitárias ao nível dos nervos periféricos em casos dermatologicamente incaracterísticos. E' facil de compreender que casos dêsses, com Mitsuda completamente negativo, estabeleçam certa perplexidade para o diagnóstico de forma.

A meu vér, pelo menos alguns dêsses casos poderão ser classificados como formas incaracterísticas metatípicas, cuja diferenciação limitou-se à estrutura histológica, agora não mais na pele mas, longe dela, no tronco nervoso. Está nêste caso a paciente estudada por Linneu Silveira, Paulo Souza e Luiz Baptista. Tratava-se dermatologicamente de uma lepride incaracterística eritêmato-hipocrômica da região torácica, portanto de aspeto e localização que não sugeriam uma lepride tuberculoide típica. Dores no trajeto do cubital levaram a uma neurolise e consequente estudo histológico. Das biópsias resultou: para a pele "lesão" tuberculoide, para o nervo — "lesão" leprocitária. A reação de Mitsuda foi negativa pela via intradérmica, e não provocou reação focal pela via subcutânea.

Lembra Este caso um dos pacientes do material de Souza Lima e Alayon, em o qual leprides acrômicas de estrutura pretuberculoide se acompanhavam de caseose do cubital. Nêste caso, a reação de Mitsuda era comtudo fortemente positiva, indicando que também imunologicamente já estava êle avançado na sua metatipia. Nêste caso, mais do que em qualquer outro, a verificação de uma reação focal nítida ao nível da lesão acrômica seria um argumento a mais para a inclusão dêle na autêntica lepra tuberculoide.

Quanto ao achado de "lesões" leprocitárias no nervo, em casos de leprides inflamatórias simples na pele, valeria a mesma argumentação: o resultado negativo da reação de Mitsuda nos confirmaria estarmos diante de um caso incaracterístico metatípico particularmente sujeito ou, mesmo, na iminência de uma integral transformação lepromatosa.

Restaria para demonstrar um fato muito interessante: a saber, a possivel involução de uma estrutura pré-tuberculoide, com ulterior transformação em autêntico leproma. E' o que parece ter sido verificado no doente F. P. do material de Cebu (Filipinas): isto é, lesões "slight tuberculoid" de aspeto I, e passados area de 5 anos viragem clínica e histológica para L. E Wade observa: "a expe-

riência deu-nos, de maneira definida, a impressão de que as leprides neurais cujo quadro histológico é apenas tuberculoide leve, são as mais inclinadas a tornarem-se lepromatosas".

A questão levantada r precisamente em Março de 1938 no Cairo, por J. M. Fernandez e por mim, referente à classificação daqueles casos de lepra inclassificáveis nas formas extremas — é ainda questão aberta à discussão.

Ainda é muito cedo para saber o rumo definitivo das nossas opiniões a respeito. Seria porém grave injustiça deixar de reconhecer os resultados já adquiridos no terreno com certeza difficilimo e árduo, da pesquisa nos casos I.

Neste sentido, podemos regeitar completamente o ponto de vista defendido por Wade em 1937, e cuja fórmula era: "lepride ativa significa sempre lepra tuberculoide".

Sabemos hoje apoiados nos nossos trabalhos brasileiros, como ainda nos de Cochrane (1940) em Madras: — que autênticos casos "simple macular", portanto "neurais" do sistema de Wade, com frequência caminham para ambas as formas extremas; parecendo atualmente, conforme muito bem viu Cochrane, que pelo menos um certo número de casos marcha para L.

Verifica-se, assim, conforme havíamos previsto em 1938, que o estudo dos casos I é muito mais complexo do que pensava Wade, quando admitiu resolve-los todos com o único auxílio da histologia em côrtes seriados.

A forma I deverá ser investigada tal como as outras, em função sempre do tripé fundamental: aspeto clínico, reação de Mitsuda, histologia patológica; tríade essa, por sua vez, integrada no tempo pela observação de longo curso e portanto, em última análise, sujeito à evolução.

Meus Senhores.

O estudo das formas da lepra tornou-se questão árdua e complexa. E, neste terreno, mais árdua ainda quando o leprólogo procura perscrutar a verdade meditando sobre aqueles casos que escapam aos grandes padrões clássicos.

A necessidade de observações clínicas de longo fôlego, de biópsias repetidas 2, e mesmo 3 vezes em cada doente, de intervenções delicadas nos troncos nervosos — tudo parece colaborar para dificultar a tarefa.

E' precisamente neste particular que a formidável e admirável "experiência do S. P. B." — consubstanciada na memorável monografia de Souza Lima e Alayon, ficará como um clássico marco na história das nossas contribuições à leprologia.

ANÁLISE DE 136 CASOS DO MATERIAL DO SANATÓRIO PADRE BENTO.

Aspecto clínico	Histologia e Mitrada	Evolução	Diagnóstico
Incaracterístico	Infiltração de células redondas com Mit. variavel	a) Estabilidade (inclusive regressão) b) Marcha para T c) Marcha para L	Forma I (Indiferenciada) 70 casos ou 1.4%
Incaracterístico	Infiltração epiteloide (38 casos): a) Inf. tuberculoides precoce com Mit. negativo, duvidoso ou positivo debil (8 casos) b) Inf. tuberculoides precoce com Mit. positivo forte (20 casos) c) Inf. tuberculoides franca com Mit. em geral positivo forte (10 casos)	a) Estabilidade (inclusive regressão) b) Marcha para T = Tuberculoides atípicas	Forma I (metatípica) 28 casos ou 20% Forma T 10 casos ou 7.3%
Incaracterístico	Infiltração leprocitária (28 casos): a) Inf. lepromatosa precoce com Mit. positivo debil e forte ou duvidoso (8 casos) b) Inf. lepromatosa precoce com Mit. negativo (13 casos) c) Inf. lepromatosa franca com Mit. em geral negativo (8 casos)	a) Estabilidade (inclusive regressão) b) Marcha para L = Lepromatosa atípica	Forma I (metatípica) 19 casos ou 13.7% Forma L 9 casos ou 6.6%