

LEPRA E SIFILIS

LEPRIDES SIFILÓIDES E SIFÍLIDES LEPRÓIDES

**NELSON SOUZA
CAMPOS o PAULO R.
SOUZA.**

Em trabalho anterior, um de nós (N . S. C.) em colaboração com 'o Dr. Fernando Alayon (1) apresentou uma série de .casos de lesões de sífilis terciária de aspeto muito semelhante às lesões de lepra tuberculóide. A semelhança era tanto mais nítida quando se estudou a identidade histológica de ambas as lesões, resultantes de um estado altamente alérgico do organismo.

O polimorfismo das lesões lepróticas é uni fato de verificação constante nos ambulatórios de leprologia, onde diariamente se nos deparam casos com manifestações cutâneas as mais curiosas, passíveis de confusão com um grande numero de dermatoses. Mas é sem duvida com a sífilis, molestia igualmente polimorfa nas suas manifestações cutâneas, que mais frequentemente temos encontrado motivos de confusão. E se existem manifestações de sífilis que se confundem com a lepra, existem por outro lado manifestações de lepra que se confundem com a sífilis.

O polimorfismo das lesões de lepra está na dependencia de varios fatores, entre os quaes é justo destacar a natureza do fóco infectante, a situação do organismo infectado em relação á sua imunidade atavica, congênita ou adquirida, sobretudo estas; primo-infecção ou superinfecção e sua natureza, em relação ao fóco e ao espaço de tempo entre as superinfecções etc.. Todas estas condições, alterando o estado imunitario do organismo infetado modificam ou condicionam as manifestações clínicas e mesmo sua evolução. A sífilis conferindo quasi sempre imunidade após a primo infecção, sua evolução depende daí por deante apenas do estado imuno-alérgico individual, não havendo interferência das superinfecções e é por isso que sua evolução se realiza de modo mais esquemático e suas lesões são, por isso mesmo, menos polimorfas.

O assunto já tem sido objeto de um grande numero de trabalhos encarando a questão não só sob o ponto de vista clinico e histopatológico, como serológico.

A semelhança das lesões clínicas e daí resultando a dificuldade de diagnóstico, tem levado muito caso de lepra a ser tratado

como sífilis, com grave prejuizo para o doente, mas sobretudo para a profilaxia, pois que casos altamente contagiantes de lepra permanecem nos consultorios medicos e nos ambulatórios de sífilis por longo tempo, em tratamento, até que manifestações clínicas outras, evolução das primitivas, ou mesmo, o insucesso terapeutico, levam o doente a uma mudança de medico até chegar a um diagnóstico exato.

Aos clínicos não especializados, que em geral pouco pensam em lepra, toda manifestação cutânea mais ou menos duradoura é de natureza sifilítica e então se dão erros grosseiros de diagnóstico, facilmente verificaveis, pelo simples exame baciloscópico.

No presente trabalho não pretendemos entrar no diagnóstico diferencial de ambas as moléstias, encarando-as detalhadamente em todas suas fazes. Apenas focalizar mais alguns casos clínicos que apresentaram dificuldade de diagnóstico, e, reunindo-os aos já conhecidos, classificá-los em dois grandes grupos, estudando cada um de per si, em seus aspectos clínicos, laboratoriais e terapeuticos, differencias.

Esses dois grupos incluem os casos com lesões que denominamos de *leprides sifilóides e sifilides lepróides*, com permissão dos linguisticos para um possivel neologismo. São casos de lepra com lesões que se assemelham pelo seu aspeto clínico á sífilis e casos de sífilis que se assemelham grandemente a casos de lepra. Parece-nos que estes são mais frequentes por isso que a sífilis sendo mais esquematica nas suas manifestações cutâneas, os casos que fogem á morfologia clássica, vão cair dentro do quadro sumamente variado da lepra .

LEPRIDES SIFILÓIDES: — Neste grupo, sem duvida muito menos numeroso, nós incluimos uma serie de manifestações clínicas da lepra que pelo seu aspeto se assemelham de u'a maneira mais ou menos grosseira com lesões luéticas.

Os *exântemas roseoliformes* da lepra podem se confundir, ás vezes, com os exântemas roseoliformes da sífilis. Mas em exame cuidadoso da morfologia das lesões, veremos que na sífilis as manchas são menores, mais homogêneas, mais iguais entre si, e o exântema mais generalizado, ao passo que na lepra as manchas são em geral maiores. Apresentam-se quasi sempre em grau vario de evolução, isto é, umas maiores e outras menores, umas mais planas, elevadas, menos disseminadas que na sífilis, e não de raro apresentando u'a macula grande, rosea, já anestésica que só por si faz o diagnóstico.

A evolução das lesões se faz de maneira diversa; *na lues* seu aparecimento é mais ou menos rapido, as lesões atingem logo

um periodo de disseminação generalizada, para regredirem de modo igualmente rapido pela terapeutica especifica, ou, quando não se intervem com a terapeutica, involuïrem igualmente de maneira lenta, e em ambos os casos sem deixar "reliquat"; — na lepra, a evolução é muito lenta as lesões podem aumentar em extensão assumir uma coloração eritematosa, que evolue no geral para eritemato-pigmentar, quando já de natureza lepromatosa, e depois, ou pela terapeutica especifica (sic) ou por reação particular de organismo podem tambem desaparecer, e isso tardiamente, sem deixar igualmente reliquat. Estas lesões leprosas são sujeitas a recidiva e esta quando aparece, de natureza lepromatosa.

A historia progressa tem grande importância, pois que na sífilis nós encontramos referência ao sífiloma inicial, o que as veres pode ter tido uma existência obscura.

A sintomatologia subjetiva costuma ser mais evidente na lues, sobressaindo a cefaléa, a astenia, e a. queda dos cabelos. Na lepra, ou o doente de nada se queixa ou ha apenas referência a uma astenia. A pesquisa da sensibilidade aqui é quasi sempre prova negativa, pois que esse quadro exantematico de lepra não se apresenta ainda com distúrbios sensitivos nitidos, a não ser quando apresente lesão maculosa mais extensa ou mais antiga.

O diagnóstico diferencial, no caso de uma duvida clínica, pode ser feito pelo exame baciloscópico, pois que essas leprides costumam ser habitadas. No caso de negatividade, o exame histológico pode elucidar porquanto a positividade para o M.bac. leprae aumenta no exame histológico, alem de apresentar pequenos caracteres histologicos que, presentes podem elucidar o caso.

Roséola sífilítica: — Dilatação dos capilares e moderada infiltração peri-vascular linfocitaria, com proliferação discreta de elementos fixos. Edema, principalmente ao nível do corpo papilar, às vezes com achatamento das cristas interpapilares do epitélio.

O metodo de Levaditi pode revelar a presença do espiroqueta na luz e na visinhança dos vasos.

Lesões maculares incaracterísticas de lepras — Em casos ainda incipientes, e no caso de não se encontrarem bacilos, o diagnóstico diferencial só pela histologia é muito difícil pois o quadro pôde ser muito semelhante 'ao descrito para a roséola sífilítica. Contudo o achado de filetes nervosos com nevrite e peri-nevrite falará a favor da lepra.

A reação de Wassermann não é suficientemente elucidativa pela possibilidade de coexistência de sífilis no doente de lepra. Em ultimo caso, a prova terapeutica pelos arsenicais é absolutamente concludente.

As lesões da *lepra tuberculóide reacional*, se apresentam com um grande polimorfismo, alem de variada disseminação. Em uma

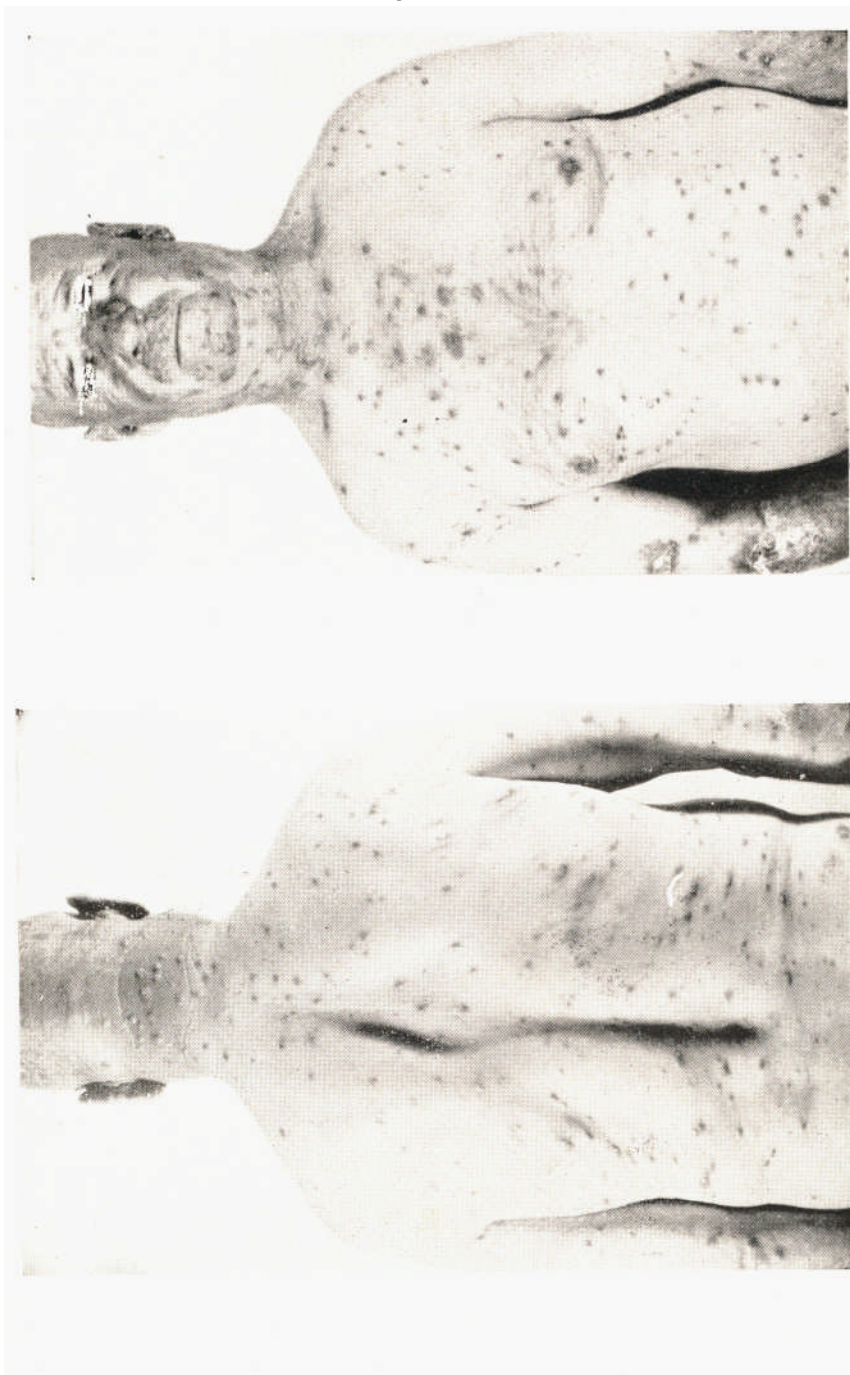
frequência relativamente grande costuma-se observar um quadro agudo, disseminativo, constituído de lesões papulóides, tuberóides ou papulo-tuberóides, muito semelhante às que se costumam observar em certas formas segundo-terciárias de lues. No geral esse quadro é secundário a uma placa reacional primaria, ou a uma lesão incaracterística, maculosa ou area anestésica, preexistente, e então a simples referencia a essas lesões primárias nos elucida com segurança o caso. Aqui também a semelhança é apenas aparente, e um exame cuidadoso permite-nos um diagnóstico diferencial. Nos casos de lepra dificilmente deixa de coexistir uma lesão mais individuada, mais característica, seja pela sua morfologia (mácula) seja pela sua sintomatologia clínica (anestesia) seja igualmente pela sua positividade baciloscópica para o mycobacterium.

A extensão e a localização das lesões não tem caráter decisivo, pois em ambas as molestias nós temos quadros generalizados, intensos em sua disseminação, ao lado de outros de pouca intensidade, com apenas raros elementos cutâneos. O polimorfismo da lues, nestes casos é menos intenso que na lepra. Enquanto que na lues, nós observamos apenas lesões de um mesmo tipo, em grau vario de evolução, na lepra ha uma morfologia variada dentro do quadro predominante.

A evolução das lesões é igualmente diversa. Enquanto que na lepra apresentam um aparecimento mais rapido, elas tem uma evolução demorada que varia de 6 meses até mais de um ano, com as modificações conhecidas, em seu aspeto; na sífilis, seu aparecimento é mais lento, e sua involução rapida, pela terapeutica especifica, mais demorada, mas mesmo assim muito mais rapida em sua involução espontanea, que na lepra. Ambas as lesões teriam um identico "reliquat" cicatricial.

O elemento *descamação* não é aqui concludente. Sabemos frequente nas lesões lueticas, onde está sempre presente na fase involutiva, mas, ela existe também, menos intensa, nas lesões da lepra . (Foto 3) .

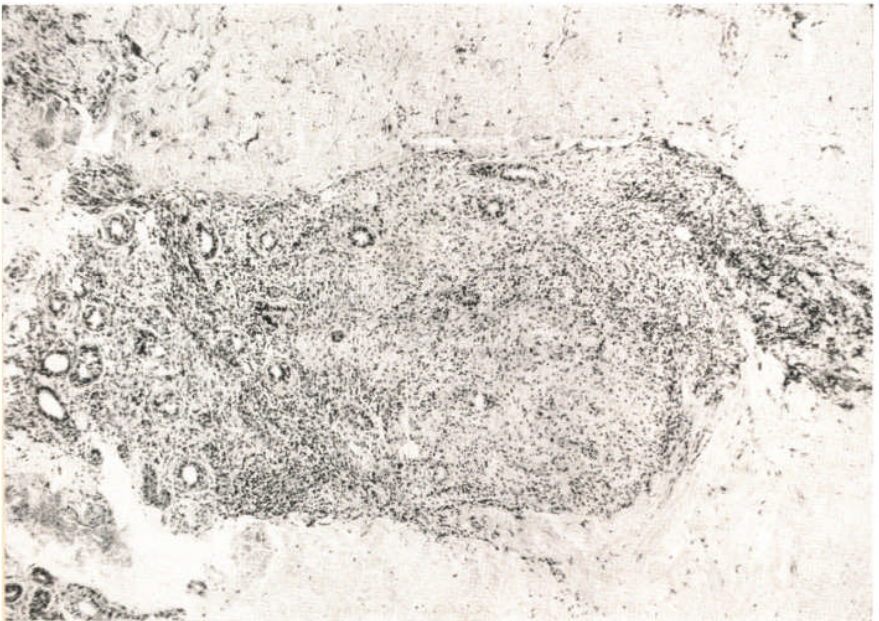
A *histologia*, nos casos de lepra tuberculóide reacional, permite, até certo ponto, diferenciá-la da sífilis porque o quadro histológico, conquanto seja, em sua essencia, o de um granuloma tuberculóide, mostra intensa vacuolização citoplasmatica, dos elementos epitelióides devido a edema intracelular, bem como nitido afrouxamento dos infiltrados devido a edema intersticial. Por vezes o quadro se apresenta extremamente semelhante ao da lepra lepromatosa, tornando difícil o diagnóstico diferencial com 'esta última. E' de notar ainda que nas biópsias de L.T.R., se encontram com muita frequencia bacilos, as vezes em número bastante elevado.



Fotos 1 e 2 — Lepra tuberculóide reacional. Lesões simulando sífilide -papulo-tuberosa.



Foto 3 — Lepra tuberculóide reacional. Lesões simulando sífilide-papulo-tubero escamosa.



Fotomicro. 4 — 268 — Lamina 8568. — Benedito M. F.
Granuloma de estrutura tuberculóide indistinguível histologicamente dos encontrados na lepra tuberculóide.

O que foi dito antes quanto ás provas serológicas, pode se aplicar a estas lesões. A prova terapeutica arsenical nestes casos, é ainda concludente.

As *leprides tuberculoides figuradas* podem apresentar ás vezes muita confusão com as lesões tubero-circinadas da lues terciaria. Aqui porem, em geral, os elementos tuberosos são maiores na lues, sendo menores na lepra, mais confluentes, as vezes micro-tubérculos. A evolução de ambas as lesões — leprósas e luéticas — se faz lentamente, com crescimento excentrico, seguida de cura central, com leve atrofia, mas com anestesia sempre presente nas lesões de lepra, enquanto nunca verificamos essa alteração sensitiva na lues, muito embora as verificações de Silva Araujo. Na lepra a borda é em geral regular e delimita muito claramente a lesão ao passo que na sífilis é frequentemente irregular, interrompida. Não ha character essencial de localização nem de numero de lesões, pois em geral, em ambas as molestias, elas são em pequeno numero e em ambas as molestias refletem um estado de imunidade elevado; são casos crônicos, benignos.

A histopatologia aqui nem sempre se mostra eficiente pois o diagnóstico diferencial entre lues terciaria e lepra tuberculóide as vezes pode apresentar dificuldades impossiveis de remover só pelo exame histológico. Nesses casos o histologista é obrigado a se limitar ao diagnóstico do "granuloma de estrutura tuberculóide", sem indicar a etiologia, (v. micro 268, lamina 8568.) Outras vezes é possível um diagnóstico de probabilidade:

Achados que falam a favôr de lues:

Quantidade de plasmocito muito maior que a habitualmente encontrada nas lesões deste tipo, porém leprasas.

Achados que falam a favôr de lepra:

Lesões de filetes nervosos: nevrite e peri-nevrite, nem sempre presente e ás vezes não verificável por faltarem filetes nervosos nos cortes examinados.

Lesões vasculares: endarterite

obliterante, nem sempre presente.

A duvida só pode ser definitivamente removida pelo achado do agente etiológico. Entretanto na *lues terciaria* é extremamente difícil se encontrar o espiroqueta palido (método de Levaditi). Na lepra tuberculóide já o achado do *Micobacterium lepra* não é tão difícil (método de Ziehl-Neelsen) mas são também numerosos os casos em que a pesquisa é negativa.

O Wassermann aqui tem um carater mais valioso, pois sabemos que a lepra tuberculóide figurada não intervem nessa prova serológica e sua positividade é elevada na lues terciaria. Finalmente, aqui tambem podemos lançar mão da prova terapeutica que nestes casos é concludente.

SIFÍLIDES LEPRÓIDES. — Neste segundo grupo de lesões nós vamos encontrar aqueles casos de lues que fogem á

sua morfologia classica ou mesmo apresentam esta sob um grau tão intenso a ponto de fazer esquecer sua etiologia, para filiar lepra, que apresenta esses quadros como normais dentro de suas variadas formas clínicas.

SIFÍLIDES TUBEROSAS. — O elemento cutâneo "tuberculo" no conceito dermatológico tanto existe na lepra como na sífilis. Na lepra ele constitue elemento cutâneo patognômico e predominante de um aspecto clínico da forma lepromatosa, e existe igualmente na forma tuberculóide da lepra. Na sífilis, ou o elemento isolado de cujo conjunto resulta uma lesão clínica terciária, ou uma manifestação aguda de um secundarismo atípico ou de um segundo-terciarismo. Assim sendo, o elemento cutâneo "tuberculo" é um sintoma principalmente de lepra, onde é fundamental na variedade tuberosa da forma clinica lepromatosa e facultativo em outras formas de lepra tuberculóide. Certos casos como os que abaixo relatamos, de sífilis segundo-terciária, podem apresentar grande dificuldade de diagnóstico com a lepra, sobretudo quando se apresentam com elementos clínicos de aspecto tuberoso. A confluência desses elementos, sua coloração, a infiltração que eles acarretam no seu conjunto, dão ao doente um aspecto que muito se assemelha á lepra tuberosa.

Os dois casos abaixo. documentam muito bem essa semelhança.

ANA P. V., ficha de elucidação N. 779, 32 anos, branca, brasileira, casada, observada em 23-3-12, após denuncia refere que ha 15 dias ou mais, começaram a aparecer as lesões que apresenta no rosto, membros e tronco. Ao exame, erupção papulo-tuberosa confluyente por toda a face. sobretudo no nariz, labio superior e inferior e mento, de coloração violácea, escura e infiltrada. Foto 5. Nos membros superiores e inferiores, o mesmo tipo de lesão, menos confluyente, mesma coloração. Foto 6. O aspecto era de um lepromatoso tuberoso. Foi sómente em seguida á baciloscopia negativa que orientamos nosso diagnóstico para o de lues, o que foi confirmado pela sintomatologia complementar, cefaléa, queda de cabelos, ganglios epitrocleanos e cervicais (nenhuma lesão na boca e na garganta). Nega sífiloma inicial. W. e K. +++. Encaminhada ao Posto da Sífilis do Centro Academico Osvaldo Cruz e revisto tempos após com regressão completa das lesões cutâneas.

JANDIRA S. DE G., ficha elucidação N. 1694, 25 anos, preta, casada. Observada em 2-6-943, apos denuncia. Refere que data de 30 dias, mais ou menos, o aparecimento de lesões que apresentava primeiro aparecendo no tronco e depois no rosto. Nega ulceração venérea. Não apresenta lesão na mucosa bucal. Apresenta ao exame lesão papulo-tuberosa confluyente, sobretudo tuberoso na face, mento e frente, que simularam pelo seu aspecto a lepra tuberosa. Foto 7. No tronco, erupção papulo-escamosa. já em período descamativo, que permitiam com segurança o diagnostico de lues secundaria. Foto 8. Muco nasal — lesão cutanea |—|.Reação de W. e K. +++. Encaminhada ao Posto de Sífilis do Centro Academico Osvaldo Cruz.



Foto 5 — Sifilide papulo-tuberosa, simulando lepra lepromatosa (lepromas)



Foto 6 — Braço da mesma doente. Sifilide papulo tuberosa simulando lepra lepromatosa (lepromas).

Na primeira observação as duvidas de diagnóstico persistiam ao exame do tronco e membros, onde predominavam os mesmos elementos tuberosos (foto 6) . Já na segunda observação o exame do tronco já permitia o diagnóstico com segurança, pela presença de nítidas sífilides papulo-escamosas.

O diagnóstico diferencial nesses casos reside na pesquisa baciloscópica direta, pois que sua positividade é de 100% nos casos de lepra lepromatosa tuberosa. A reação de Wasserman aqui, pouco informe pode fornecer porque ela costuma se positivar em elevada percentagem na forma lepromatosa. A terapeutica arsenical como elemento final de conclusão, confirmou a natureza sífilítica dessas lesões.

Alem desses casos agudos de sífilis, que podem simular a lepra tuberosa, certos casos de tuberculos isolados como os referidos no trabalho anterior em colaboração com o Dr. Alayon e que agora reproduzimos (foto 9) , se prestam grandemente á confusão com



Foto 9 — Caso da sífilide tuberosa simulando tuberculos da forma lepromatosa. a lepra. O aspeto desses elementos era evidentemente de lepromas, com os quais se confundiam de maneira notavel . Todavia era uma lesão isolada, com raros elementos confluentes, o que fala



Foto 7 — Sifilide papulo-tuberosa, simulando lepra lepromatosa (tuberosa).



Foto 8 — Dorso do mesmo caso, em que o diagnóstico de sifilide-papulo-liquenoide se impõe.



Foto 10 — Sifilide tubero -circinada, simulando lepride tuberculóide figurada.



Foto 11 — Sifilide tubero-circinada simulando placa reaccional tuberculóide.

contra a lepra, onde a forma lepromatosa é quasi sempre generalizada. A colheita de material nada revelou para a lepra e pensou-se então em sífilis o que foi confirmado pelo Wassermann.

Diagnóstico anatomo-patológicos — infiltração inflamatória de alto grau do cório e do tecido conjuntivo sub-cutâneo que se compõe em parte de celulas reticulares, que formam raros gigantocitos e linfocitos pequenos. Ha avançada reação conjuntiva. As infiltrações apresentam em alguns pontos estruturas nodulares.

Bacilos: negativos. (as.) Prof. Büngeler.

Mais comuns todavia são certos casos de sífilis tubero-circinadas e que muito se assemelham a lesões de lepra tuberculóide. Fotos 10 e 11. O numero desses casos é grande e nós já apresentamos 4 no trabalho anterior. Agora apenas referiremos uma observação muito embora sua frequencia seja maior que a de outros casos.

Finalmente apresentaremos a observação de dois casos clínicos que nos foram dados observar ultimamente de um atípico secundarismo luetico que muito se assemelhavam á lepra tuberculóide reaccional. Ambos os casos que se apresentaram á consulta no mesmo dia, vieram com o diagnóstico de lepra.

Observação 1.º: — Joaquim L., 52 anos, portuguez. Apareceu á consulta enviado por um medico cardiologista com quem se achava em tratamento de uma hipertensão. E' garçon de um bar de cabaret. Apresentava o quadro clínico das fotos 12 - 13 - 14 e 15 e que já datavam de mais de 40 dias. Lesões tuberosas de diversos tamanhos, em grao vario de evolução, disseminadas no torax anterior e posterior, na face, pescoço e membros superiores, arroxeadas e brilhantes as antigas, apenas eritematosas as mais recentes, levemente infiltradas. O exame revela a lesão do dedo indicador da mão direita, constituída de um processo de onix e de perlonix, com infiltração dura do dedo, sobretudo ao nível da falangeta, que apreestava um tom arroxeadado. Foto 10: O aspeto da lesão do dedo indicador era o de um sífiloma em regressão, ramo pela qual orientamos a anamnese para esse lado. Informou que em outubro de 1944, ferira-se ao lavar um copo trincado, no bar em que trabalhava e algum tempo após, inflamação aguda desse dedo ao que se seguiu, um processo de linfangite ascendente e que foi rotulada e tratada como infecciosa, pelas sulfas. A regressão do processo de linfangite e do processo inflamatório do dedo foi lento, mais de um mes, quando então começaram a appareceras leses para o lado da pele, levada em conta a intoxicação pelas sulfas no seu inicio. Já então estava em tratamento medico da hipertensão de que era portador e o colega que o viu, dado o aspecto que assumiram as lesões, pensara em lepra, razão porque enviou-nos o doente. Deante da história da lesão do dedo, nosso diagnóstico se orientou para a lues sem deixar de admitir a possibilidade de lepra pelo que procedemos uma biópsia e as reações de W. e K. Estas foram fortemente positivas, pelo que foi iniciado desde logo o tratamento especifico, enquanto se aguardava o resultado da biópsia. As melhoras foram rapidas e logo após a 6.º injeção de arsenox desapareceram as lesões cutâneas. Revisto recentemente apresentava cicatrização das lesões com reliquat pigmentar e atrófico muito semelhante ao observado na lepra tuberculóide reaccional. A biópsia será estudada mais adiante.

Observação 2.º: — Paulo B., 45 anos, brasileiro. E' dentista de um batalhão do exercito aquartelado em cidade do interior. Foi-nos encaminhado por colega com a suspeita do mal de Hansen. Apresentava um quadro clinico muito semelhante ao precedente, com um surto disseminado no tronco anterior e posterior, face e braços, de lesões polimorfas predominando as de aspeto tuberoso, em grao vario de evolução. Este doente apresentava uma lesão infiltrada do dedo médio da mão direita amputado na articulação falange — falanginha e uma linfangite hipertrófica em relação a esse dedo indo até o cotovelo. A historia dessa lesão foi inquirida e disse o doente que em outubro de 1944, feriu-se com um instrumento ponteagudo usado em odontologia, em baixo da unha do dedo medio. Algum tempo após notou o aparecimento de um processo inflamatorio agudo desse dedo que foi rotulado como sendo um panaricio, e que após algum tratamento local, foi aberto cirurgicamente, sem ter sido revelada a existencia de puz.

Depois dessa abertura o processo inflamatorio atingiu todo o dedo que se infiltrou, sobrevivendo linfangite ascendente. Foi feito intenso tratamento pelas sulfas ao mesmo tempo que o dedo era amputado ao nivel da falange. Melhorou localmente assim como da linfangite e algum tempo depois iniciou-se o aparecimento de lesões para o lado da pele. Aqui igualmente estas foram imputadas ás sulfas, pelo que foi estabelecido o tratamento desensibilizante. Como as lesões continuassem a aumentar em vez de diminuirem veio para sua cidade natal, onde um irmão medico o levou a um colega de outra cidade, que pelo aspeto das lesões cutâneas julgou tratar-se de um caso de lepra, pelo que nos enviou. O quadro clínico era de um caso tipico de lepra tuberculóide reacional, e não fora a historia da lesão do dedo nós teríamos orientado o diagnóstico para esse lado. Foi pedida uma reacção de Wassermann que foi fortemente positiva, e uma biópsia. Iniciado o tratamento especifico, desapareceram rapidamente as lesões cutâneas.

Estes casos de sifilomas extra-genitais, são interessantes não só por terem sido adquiridos fóra do contacto genital, mas nos desempenho de suas profissões, como igualmente pelo tipo de secundarismo que deram origem. Não tivemos a classica roseola, mas sim uma lesão que mais se enquadraria num secundo-terciarismo, assim mesmo absolutamente atipico, com manifestações cutâneas que muito se assemelham ao da lepra tuberculóide reacional. A histologia destes casos é tambem bastante interessante.

Exame histo-patologico: Joaquim L., b. 8567. - No corion, de preferencia ao nivel do corpo papilar, encontra-se uma infiltração inflamatoria cronica de certa intensidade, localizada em torno de vasos, constituída predominantemente por plasmocitos e linfocitos vendo-se tambem celulas epiteloídes, em menor numero, que, em um ou outro ponto, mostram tendencia á formação de pequenas estruturas nodulares.

Pesquisa de bacilos: **negativa.**

Diagnóstico: — O quadro histológico fala a favor de se tratar de lesão sifilitica, devido á grande quantidade de plasmocitos encontrados, muito superior á que via de regra, tambem se encontra nas lesões



Foto 12 — Sifiloma do dedo indicador, direito. Perionych luetica.



Foto 13 — Sifilide secundo-terciaria — Lesões papulo-tuberosas generalizadas no tronco, simulando leprides reacionais tuberculóides.



Foto 14 — Lesões do tronco anterior do mesmo caso.

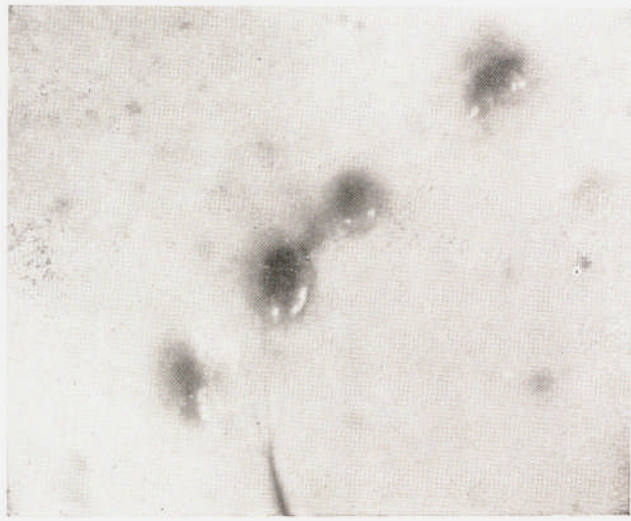
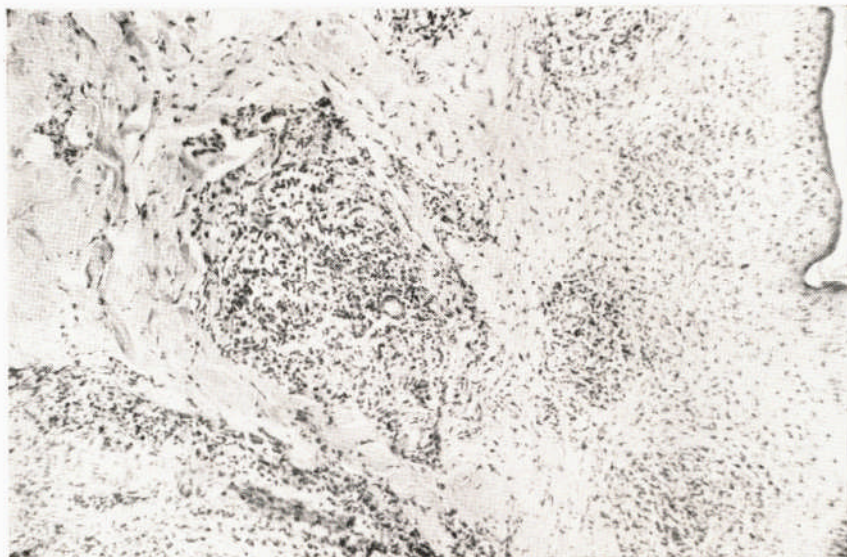
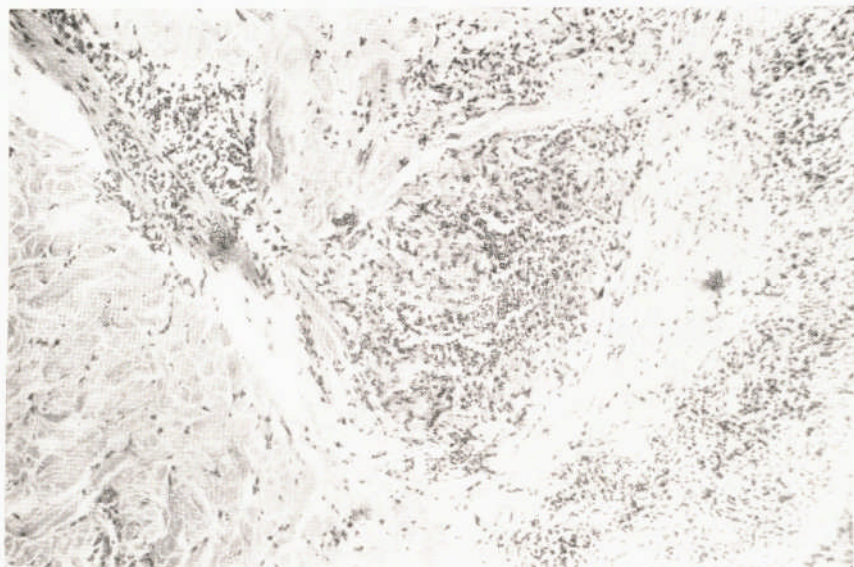


Foto 15 — Detalhe de lesão do caso acima. Sifilide tuberosa simulando lesão de lepra tuberculóide reacional.



Fotomicro 266 — Joaquim L. — b. 8567
Vê-se um infiltrado perivascular constituído quase exclusivamente por plasmocitos.



Fotomicro 267 — Joaquim L. — b. 8567
Vê-se pequena estrutura nodular constituída por células epitelióides e linfocitos.

de lepra. Quanto ás estruturas nodulares encontradas, carecem elas de grande valor como sinal diagnóstico para lepra por serem relativamente raras e pequenas. (V. fotomicros 266 e 267).

Estes casos de semelhança de lesões de lepra e de lesões de sífilis, se para o leprólogo tem importancia pela responsabilidade de firmar ou infirmar um diagnóstico, para o medico clinico geral a importancia é maior, porque em geral pensa-se mais em sífilis que em lepra, e assim um doente pode ficar em tratamento inadequado, por tempo indeterminado, com grave prejuizo para si e para a profilaxia.