

# PARECER DA COMISSÃO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 1945.

Prezado amigo Dr. Nelson Souza Campos  
M. D. Diretor da Revista Brasileira de Leprologia.

Nesta data, apraz-nos remeter a V. S. nosso parecer sobre as questões levantadas no Relatório do Dr. Lauro Souza Lima em Três Corações, sobre a Classificação Sul-Americana das formas da lepra.

Vale-nos a oportunidade para significar a V. S. o quanto lucrou a Classificação Sul-Americana com a documentada e honesta linha de crítica utilizada pelo Dr. Lauro Souza Lima em seu excelente Relatório.

Quer-nos parecer, na verdade, que a velha pendência sobre a lepra "incharacterística" está afinal em condições, sinão de ser decidida, pelo menos consideravelmente melhorada no espírito de todos os leprólogos.

E' este um serviço que ficaremos devendo ao mui estimado Relator de Três Corações.

Na qualidade de inalteráveis amigos e irmãos de armas do Dr. Lauro Souza Lima, queremos deixar bem claro a natureza meramente contributiva deste nosso Parecer, para o qual pedimos a atenção sempre benévola do prezado Relator.

---

1.º questão. — Excluir os resultados da reação de Mitsuda, como critério básico da divisão das formas clínicas fundamentais da lepra, ou mantê-los, sob reserva, até que novos estudos e mais acurados, venham demonstrar a verdadeira significação e o valor dessa reação.

A resposta a esta questão será examinada nos itens a seguir:

a) — A decisão de avaliar as condições imunobiológicas de cada caso de lepra apenas pelo resultado do Mitsuda não foi tanto quanto sabemos, aprovada ou sequer praticada em todos os centros leproológicos: a nosso ver, tal como fazemos na tuberculose cutânea, os resultados da intradermo-reação não devem ser separados da estrutura histológica, pois esta ilumina e explica certos aspectos nega-

uivos; no caso particular da lepra — como também em certas formas atípicas da tuberculose cutânea — igual valor tem ainda a evolução (veja abaixo o que se diz sobre o Sarcoide de Boeck-Schaumann) .

b) — Entendemos serem necessários dados mais minuciosos para se fazer um juízo exato a respeito dos fatos relatados sobre a reação de Mitsuda. Logo em 1.º lugar, acode-nos uma sugestão: a saber, repetir o cálculo percentual da positividade da reação somente em um material de lepra tuberculoide figurada, quiescente, eliminando de todo os casos de "tuberculoide reacional". A seguir, conviria também precisar sobre os casos de passagem de positivo para negativo, que as palavras do autor dão a entender serem em número reduzido.

A evolução progressiva, de negativo para positivo e de positivo fraco para positivo forte — desde que não tenha outras flutuações não afeta a nosso ver o valor da reação.

Mesmo que se viesse a reconhecer como definitivo o percentual de 70% encontrado pelo Relator, não nos parece aconselhável excluir a reação de Mitsuda dos critérios básicos para o diagnóstico das formas clínicas. Um elemento de diagnóstico presente em dos casos não perde seu valor por estar ausente em 1/4. Anteriormente, se reconhecia sua ausência num décimo. Seria agora em três décimos. Em situação aritmética paralela está a reação de Mantoux no Sarcoide de Boeck-Schaumann: negativa em 70% dos casos . Apesar-disso, a Mantoux-negatividade é considerada por todos os tratadistas como um caráter fundamental para o diagnóstico com as outras formas de tuberculose cutânea.

Convém resaltar que um fato importante não sofreu restrições: a negatividade da reação de Mitsuda em 100% dos lepromatosos.

Reconhecendo embora a grande e sugestiva importância das observações do Relator, somos de parecer que aprova de Mitsuda deve ser mantida ao lado dos outros meios básicos para o diagnóstico das formas clínicas. Para concretisar nosso ponto de vista, figuraremos uma hipótese: um caso com lesões figuradas, estrutura tuberculoide, baciloscopia negativa e Mitsuda-negativo deverá ser classificado "quand même" na forma tuberculoide, uma vez que pelo menos três elementos estão presentes; sem contar com a evolução, pois só raramente um caso destes marchará para a forma lepromatosa.

c) Expondo com o seu rigor e honestidade habituais a situação de conflito entre o Mitsuda e a evolução na lepra "incausativa", opina o Relator pela "absoluta falta de significação dos resultados", nestes casos. Quer nos parecer que a expressão exata seria absoluta falta de concordância. Quanto à "significação", ela nos parece ao contrário de 1.º ordem, pois o fato vem demonstrar que existem "fases" da lepra em que a evolução é tumultuária, com dis-

sociação dos elementos básicos tais como a clínica, o Mitsuda e a histologia. Sob esse ângulo, o fato referido, muito ao contrário de abrir brecha na Classificação Sul-americana, vem notavelmente melhorá-la, como se verá adiante.

*Resumindo:* a reação à lepromina prolongada segundo Mitsuda, precoce segundo Fernandez, deve de ser mantida como um dos quatro grandes elementos de caracterização das formas da lepra, uma vez que dela não exigamos uma segurança maior do que ocorre na prática com a tricofitina ou a tuberculina.

2.<sup>a</sup> *questão.* — Alterar os atuais índices de baciloscopia.

Também a respeito da baciloscopia do muco e da pele que, de acôrdo com as observações do Relator, alcançaria na lepra tuberculoide um percentual de positividade de cerca de 20%, faltam, no seu relatório, informes essenciais, referentes à natureza e evolução desses casos. A um de nós (F. E. Rabello), presente à Reunião de Três Corações, foi dito em resposta a uma interpelação que esse elevado índice de positividade incluía casos de tuberculoide reacional. Se assim fôr, ficaremos no conceito já firmado a respeito destes surtos reacionais. Dever-se-á, então, deduzir que o percentual de positividade da baciloscopia na lepra tuberculoide, depende da frequência deste tipo reacional. Quanto ao conceito firmado em profilaxia para a forma tuberculoide, o assunto estaria resolvido eliminando dessa forma estes mesmos "episódios" tuberculoides reacionais "intermediários" (veja mais adiante):

Resta a questão dos índices baciloscópicos dados no Editorial de 1938 como de 50% positivos na lepra "incharacteristica", o que a nós em o material do Rio — sempre pareceu positividade demasiado elevada

*Resumindo:* conviria uma completa revisão dos índices baciloscópicos propostos no Editorial da Revista Brasileira de Leprologia em 1938.

3.<sup>a</sup> *questão.* — Que designação poderá substituir a atual: incharacteristica.

A resposta a esta questão será completada mais adiante quando tratarmos das questões nrs. 5 e 6. Por agora, examinaremos:

a) Criteriologia para a divisão das formas fundamentais porque o conceito de "lepra incharacteristica" só se tornou indispensável em 1938, precisamente quando se reconheceu a necessidade de submeter todos os casos mal definidos a um 4.<sup>o</sup> elemento básico para a divisão das formas fundamentais — a evolução. Ora, a

grande experiência do Sanatório. Padre Bento de que um de nós participou (a. F. E. Rabello Rev. Bras. Leprol. 1944) veio demonstrar que o estudo evolutivo importa em um desdobramento da lepra *in*característica — em um grupo indiferenciado, e um grupo intermediário (isto é, com tendências "polares").

b) A noção das "formas polares" — foi igualmente em 1938 que um de nós propoz esta noção, tendo em vista o caráter de diametral oposição entre as formas L e T. Com o tempo, essa noção ganhou talvez ainda maior relevo, e por 2 motivos: em 1.º lugar, porque sabemos ser raríssimo e de todo excepcional que uma genuína forma "polar" venha a transformar-se na outra; em 2.º lugar, porque em última análise a moléstia que denominamos "lepra" acusa quasi sempre um ou outro dos quadros seguintes — a saber, o quadro maior de ampla difusão parietal e visceral "lepromatoso", ou o quadro menor de afecção "tuberculoide" da pele (quasi nunca a mucosa!), do nervo periférico e do gânglio linfático, com *exclusão*, ao que se sabe, *das vísceras*.

Em contraste com as formas principais, a lepra "in*característica*" não logra difundir-se sinão no plano parietal, alcançando no máximo o nervo periférico.

Agora, uma vez aceita a tese proposta por um de nós em 1944 — de que a "lepra *in*característica" acusa "permanente movimento interno" no sentido das formas polares — a posição dos casos "in*característicos*" toma-se muito mais compreensível, visto que afinal em muitos casos (talvez uns 40%) , eles acabam por atingir um grau de suficiente caracterização. A própria designação "in*característica*" desdobra-se naturalmente em tipos eruptivos indiferenciados, e outros mais avançados — intermediários ("tuberculoide reacional") .

4.<sup>a</sup> *questão*.— Quais os elementos de que nos podemos valer para a classificação dos sub-tipos nervosos das formas fundamentais.

Parece-nos que, do ponto de vista prático, o importante na lepra nervosa pura é o diagnóstico das formas polares, o que não oferece maiores dificuldades, em vista da raridade do sub-tipo lepromatoso dos nervos como bem acentua o Relator, além da tendência para a caseose do subtipo tuberculoide.

Por outro lado, não há provas muito convincentes na existência de um sub-tipo *in*característico nervoso, no mesmo plano do que ocorre com as neurites lepromatosa e tuberculoide. As dificuldades de biópsia não deram margem, até hoje, a estudos histo-patológicos em série que permitissem observar, durante certo tempo da evolu-

ção do processo ,os aspectos estruturais. Os estudos que se conhecem da histo-patologia da lepra nervosa pura são baseados em material de autópsia, ou de raros biópsias de casos avançados. Os infiltrados linfóides intersticiais observados por Hansen & Looft e por V. Grieco acompanhavam-se de intensa esclerose denunciadora de seu carater residual. Buengeler, na Patologia Morfológica de Hueck, menciona só dois tipos de neurite leprótica, o lepromatoso e o tuberculoide.

Assim sendo, antes de estabelecer critérios para o diagnostico das lesões nervosas "incharacteristicas", seria o caso de se estudar todo este ponto a vêr se não ocorreriam também aqui — como na pele, "fases" indiferenciadas e intermediárias do processo leprótico, como vamos passar a apreciar.

5.<sup>a</sup> *questão.* — Se os fenômenos de mutação de forma, normalmente verificados na quasi totalidade dos casos, devem, ou não, ser induídos como critério básico na divisão das formas fundamentais.

A resposta a este quesito deve fundamentar-se nos dois pontos seguintes:

a) Noções de "atividade" e de "evolução" — essas noções hoje correntes em tuberculose deveriam ser mais utilizadas no terreno da lepra. De fato; em qualquer forma de lepra ocorrem fases de evolução, com extensão do processo, e fases de atividade ou de inflamação perifocal ("reações") .

Igualmente, em qualquer forma leprótica as fases de atividade parecem corresponder do ponto de vista histológico a lesões de intensa inflamação exsudativa, possivelmente de natureza toxínica.

Todavia, se êsses fenômenos parecem comuns a todas as formas da moléstia, as *consequências clínicas* são muito diversas, conforme a forma de lepra em que eles ocorrem. Com efeito, se êles incidem sobre uma forma estável e definida — L ou T, nada mais teremos do que "reações" findas as quais o doente continua sob o signo L ou T. Mas, se uma lepra de estrutura indiferenciada ("incharacteristica" strictu sensu) entra em "reação", as coisas podem mudar não raro de modo radical. Teremos então as "mutações" de que nos fala o Relator — a quem, por sinal, devemos muito do que sabemos sobre êsse palpitante capítulo da moderna leprologia, e que passamos a comentar.

b) O que entender por "mutação".

Sim, a lepra "incharacteristica" é por excelencia uma fase ou estágio da moléstia particularmente apto a acusar episódios eruptivos, instáveis e mutáveis. Contudo, convém não esquecer que a con-

figuração dessas mutações só a conhecemos precisamente quando o surto transformativo atinge as características das formas definidas ou "polares".

Em outros termos, a "mutação" é algo fácil de definir e reconhecer no seu caminho para L ou T. Ao contrário, a noção perde os seus caracteres quando se propõe o caminho inverso — pois as estruturas inflamatórias simples "residuais" são frequentemente indistinguíveis de uma estrutura "indiferenciada" ("incharacterística").

Este é um desses pontos sobre o qual prezariamos obter a atenção, e quem sabe até uma confirmação por parte do eminente Relator. Mais uma vez reclamamos dele os préstimos da inalterável camaradagem científica que sempre nos dispensou, afim de acompanhar-nos no exame dessa palpitante questão.

De fato, só vemos 2 condições de elucidação possível — mas infelizmente nem sempre presentes: a saber, a demonstração de peçia de lípidos para os "resíduos" lepromatosos segundo Rath e Alayon, e a reação focal segundo Fernandez para os "resíduos" tuberculóides.

Lembrando-nos dos muitos casos em que essa prova resulta negativa, não vemos ainda tão pouco aqui como sustentar houvesse ocorrido "mutação" de L ou T, para a lepra incharacterística.

Parece-nos evidente que *uma vez atingida em cheio uma das formas polares*, mui dificilmente ocorrerão ulteriores "mutações".

O que pode verificar-se é acentuada involução em ambas as formas polares, mas o doente continuará potencialmente na forma L ou na forma T, do que muitas vezes temos testemunho quando tempos depois se processam "reativações" que de novo exibem os aspectos "polares". Neste caso, as exceções viriam apenas confirmar a regra geral, tal como se observa no Sarcoides de Boeck-Schaumann, com as suas "mutações" da fase "incharacterística" e número regular de bacilos, para a forma sarcoidica genuína — quasi deshabitada, e desta — em um pequeno percentual de casos, para a tuberculose caseosa clássica, rica em bacilos.

Resumindo: os fenômenos de mutação de forma parecem verificar-se eletivamente no grupo da chamada "lepra incharacterística", eles são de todo excepcionais no caso das geminas formas polares; o próprio conceito de "mutação" deve sofrer uma rigorosa restrição, sob o ponto de vista doutrinário e prático.

6.<sup>a</sup> *questão*. — Como considerar na classificação as lesões limitantes e as de recidiva? Inclui-las na forma tuberculoide ou tibia, forma lepromatosa, ou ainda, coloca-las a parte em um novo grupo?

A discussão de que participamos em Três Corações deixou claro que a questão da "lepra incaracterística" ameaça degenerar em uma simples querela de palavras. Ninguém discute a ocorrência de tipos eruptivos inteiramente indiferenciados ("incaracterísticos" strictu sensu). Objeta-se — e a nosso vêr com certa razão — que uma "forma incaracterística", assemelhavel aos padrões já clássicos da Lepromatosa ou da Tuberculoide, — não ocorre — já pelo carater instabilíssimo de boa parte (talvez uns 40 %) de seus casos, já pelo próprio status clínico-morfológico, frequentemente tão atenuado, ou frusto, que se hesita até em fazer um diagnóstico de lepra.

Um de nós (F. E. Rabello) porém, levantou em Três Corações uma objeção de carater muito mais sério à manutenção de uma *forma incaracterística exatamente no mesmo plano* das formas estáveis, principais ("polares", como as chamou em 1938) .

E' o caso de certos tipos indiferenciados ("incaracterísticos" strictu sensu), na evolução dos quais surge um episódio de reação histologicamente tuberculoide ou "intermediário" ("tuberculoide reacional" de Souza Campos) — e que todavia não podem nem devem ser capitulados no quadro da verdadeira forma tuberculoide. Com efeito, êsses casos são habitualmente Mitsuda-negativos ab initio, e anérgicos se mantêm, ou podem manter-se. E além disso, involuindo ou não até o estágio indiferenciado, *daí podem caminhar para uma genuína forma lepromatosa*.

Em outras eventualidades, as coisas não chegam a esse extremo, mas registram-se então situações de perplexidade: p. ex.: leprides "incaracterísticas" com histologia neste elemento indiferenciada, naquele outro pre-tuberculoide, leprides com histologia indiferenciada e neurites ostentando fôcos leprocitários lado a lado com fôcos tuberculoides, etc..

Por todos êsses motivos é que tomamos aqui a liberdade de sugerir um novo exame da situação.

Como formas definidas e estáveis da lepra estão muito bem as formas lepromatosa e tuberculoide. Dentro do padrão "tuberculoide" caberiam entretanto apenas as formas tópidas figuradas, e as formas de genuíne "reação tuberculoide" por que também podem passar as formas figuradas, tal como o viram Schujman e Fernandez (não raro ostentando violentas reações ulceradas ao Mitsuda).

Ao lado das formas principais, continua a haver um largo espaço para certos tipos clínicos mal definidos ("incaracterísticos" e "intermediários" reacionais), que por força da evolução poderiam, em certos casos ,(mas nem sempre!), e em qualquer tempo chegar a atingir todos os caracteres das formas extremas.

Esses tipos clínicos representariam tão somente um estágio de evolução, algo comparável à noção de "lesão básica" proposta em 1940 por Cochrane.

Por força mesmo da tese proposta em 1944 por um de nós F. E. Rabello) sobre a "incharacterística", não ha negar que a noção de "forma clínica" - no que toca ao caso dos incharacterísticos, parece agora ultrapassada. Si os tipos "incharacterísticos" revelam em boa parte dos casos "um continuo movimento interno " no sentido das formas polares, toma-se muito mais lógico que eles sejam estudados e reunidos em um grupo aparte, como tipos "precoces", episódios não raro tumultuários na evolução de uma infecção leprótica, ainda incerta nas suas determinações. E' mutatis mutandis o que Cochrane propõe como noção das "basic lesions", e que muito antes d'ele - Marchoux denominara "période eruptive" (sem naturalmente avaliar, naquela época, toda a extensão e importância imunobiológica desses tipos de lepra "em erupção") .

Permaneceriam assim de um lado as duas formas principais, e de outro as síndromes clínicas próprias de um estágio de erupção, ou de evolução.

Nesse estágio de evolução, ficariam:

— os tipos eruptivos clínica e histologicamente *indiferenciados* ("incharacterísticos" strictu sensu) , assim como aqueles alias infrequentes "dissociados" na sua evolução:

— os tipos eruptivos clinicamente tuberiformes, com histologia tuberculoide, porém largamente bacilíferos, Mitsuda-negativos, parecendo surgir como "reações" (que poderíamos chamar "epi-tuberculoides") no decurso de casos indiferenciados" . ("lepra tuberculoide reacional" de Souza Campos. "intermediate tuberculoid" de Cochrane, e os tipos de "recidiva de Wade) .

Teríamos, assim, uma gradação a observar no estudo clínico da moléstia:

1.º gráo — Estágio de evolução (símbolo E — tipos eruptivos instáveis, episódicos, mutáveis) :

— fase tórpida indiferenciada (lepra "incharacterística" podendo sofrer evoluções para L, para T ou para a fase seguinte).

— fase reacional intermediária (reação epi-tuberculoide, que pode ser efêmera e conduzir à lepromatose) .

2.º gráo — Formas clínicas definidas ("polares" — caracterizadas por um conjunto de quatro elementos, sem valor se isolados a saber: síndrome clínica

(inclusive a baciloscopia), reação de Mitsuda, histologia patológica, evolução) :

— lepromatosa (maligna — símbolo L) : lesão-tipo o leproma tuberoso.

— tuberculoide (benigna — símbolo T): lesão-tipo a lepride figurada .

(as formas L e T passam também por "episódios de reação" que, entretanto, não logram alterar o quadro em seu conjunto)

---

Para o trabalho no campo, por exemplo, com finalidade censitária, bastaria que se fizesse o levantamento em termos das formas extremas ou polares.

Torna-se evidente que a situação atual de um foco não pode ser julgada sôbre a base de seus casos menos típicos, e sim sôbre os casos mais representativos que assume a moléstia no lugar em estudo. A vantagem do lado prático é óbvia, visto que o treinamento dos censores passaria a repousar em reconhecer com segurança tão sômente as formas melhor definidas, e mais fáceis de reconhecer do ponto de vista objetivo.

O trabalho censitário poderia entretanto incluir também — sempre que possível — uma referência ao número provavel de caso em "estágio de evolução": em outros termos, todos os casos que naquele momento não poderiam clinicamente ser — *com toda a segurança*, capitulados como lepromatosos ou tuberculoides (a letra E serva escolhida para assinalar êsses dados) .

---

*Francisco Eduardo Rabello*  
*Hildebrando Portugal*  
*Ernani Agrícola.*



Medalha de ouro da 1.<sup>a</sup> Feira de Amostras de Produtos Químicos e Farmacêuticos do 1.<sup>o</sup> Centenário do Ensino Farmacêutico no Brasil 1932. Medalha de ouro e Grande Prêmio da Feira Nacional de Indústria de São Paulo 1940.

ACIDOS COMERCIAIS e P. A.

---

PRODUTOS OFICINAIS

---

SAIS FARMACEUTICOS

---

PRODUTOS QUIMICOS PARA ANALISES

---

IMPORTADOS E DE NOSSA FABRICAÇÃO

*Representante:*  
RIO DE JANEIRO

**F. SIMON**

Av. Rio Branco, 117 - 2.<sup>o</sup>  
and. - Fone: 43-2094

*Escritorio S. Paulo:*  
Rua Silveira Martins, 195

Telefones:

**2-1524 e 3-6934**

Caixa Postal, 1469

Endereço Telegráfico **COLOMBINA**