

— PARECER do *Dr. PAULO RATH DE SOUSA*  
(Anatomo - patologista)

Tendo sido designado para, em companhia de V.S.. do Prof. Aguiar Pupo e do Dr. A. Rotberg, dar parecer sobre o trabalho apresentado pelo Dr. Lauro de Souza Lima na reunião conjunta das Sociedades Paulista e Mineira de Leprologia, em Três Corações, Minas Gerais, realizada nos dias 16 a 19 do mês de junho p.p., apresentamos-lhe a colaboração que, dentro de nossas possibilidades, julgamos poder prestar.

Preliminarmente devemos declarar a nossa inteira inexperiencia no que se refere ao valor da reação de Mitsuda aplicada á clinica, seja no prognostico, seja na classificação de casos de lepra. A natureza de nosso trabalho no D.P.L. não nos permitiu adquirir experiencia individual neste assunto pelo que não podemos dar opinião pessoal sobre ele. O mesmo diremos quanto ás questões relacionadas á clinica leprologica propriamente dita.

Entretanto, no que se refere á classificação das fórmulas de lepra, julgamos ser oportuno apresentar a contribuição que a histopatologia pôde fornecer neste particular, sob a fórmula de relação, sistematizada e tanto quanto possível completa, dos quadros histopatológicos da lepra cutanea, reunidos em grupos de acordo com as formas clinicas propostas pela Classificação Sul-Americana da Lepra. Limitamo-nos, aqui, ao estudo da lepra cutanea por sêr a pêle o órgão mais acessível á biopsia, contribuindo por isso com a absoluta maioria do material examinado; alem disso, os aspêtos encontrados em outras localizações (nervos, etc.), quando isto se dá, correspondem, na essencia, ao que se vê na pêle. A relação de quadros histológicos que se segue, corresponde, com ligeira ampliação, á divisão adotada no arquivo de fichas de diagnostico, do laboratorio de Anatomia Patologica do D.P.L. , onde, no momento, existem cerca de 10.000 casos.

ASPÉTOS HISTOPATOLÓGICOS DA LEPRO CUTÂNEA:

FÓRMA CLÍNICA	QUADRO HISTOPATOLÓGICO	BACILOSCOPIA (em cortes histológicos)
Lepromatosa	1 ~ Leproma	+ + + +
	2 ~ Infiltração lepromatosa	+ + a + + + +
	3 ~ Lesão lepromatosa em regressão	a + + + +
	4 ~ Lesão lepromatosa em reação	+ + a + + + +
Incaracterística	5 ~ Infiltração inflamatória crônica c/raras células vacuolisadas contendo bacilos A.A.R. (lesão leprosa).	+
	6 ~ Infiltração inflamatória crônica sem caráter histológico de especificidade.	+
	7 ~ Infiltração inflamatória crônica sem caráter específico.	—
	8 ~ Atrofia da pele ( Deuteropática? ( Idiopática?)	+
	9 ~ idem idem	—
	10 ~ Estruturas nodulares	+
	11 ~ idem idem	—
Tuberculoide	12 ~ Granuloma de estrutura tuberculoide	+
	13 ~ Granuloma de estrutura tuberculoide	—
	14 ~ Lepra tuberculoide reacional	+ a + + +
	15 ~ Quadro histológico correspondente ao da lepra tuberculoide reacional.	—

1 — *Leproma*: — O leproma, a lesão mais típica da lepra, já tem a sua estrutura bastante conhecida de modo que julgamos dispensável nova descrição. E', sempre e obrigatoriamente, muito rico em bacilos A. A . R .

2 — *Infiltração lepromatosa*: — A infiltração lepromatosa, de estrutura idêntica à do leproma, difere deste apenas por uma questão de grau. Um constitui massa compacta, de grandes proporções, enquanto que a outra se distribui em torno de vasos, glandulas, foliculos pilosos e filetes nervosos. E' facil de compreender que uma infiltração lepromatosa particularmente intensa, pôde, por confluência dos infiltrados, aproximar-se do leproma e este, por dissociação de sua massa aproximar-se da infiltração lepromatosa. São casos intermediarios cuja solução fica a criterio do histologista. A infiltração lepromatosa é, tambem, por definição, sempre mais ou menos rica em bacilos A.A.R.

3 — *Lesão lepromatosa em regressão*: — Este quadro histologico, cuja significação julgamos ter evidenciado em trabalho em colaboração com ALAYON (v. Rev. Bras. Lepr., Vol. X, n. 4, 1942, p. 371), se caracteriza pela presença de infiltrados em massa (antigos lepromas) ou distribuidor em torno de vasos, glandulas. etc. (antigas infiltrações lepromatosas), em que se encontra intensa vacuolisação celular, mais intensa que nas lesões lepromatosas comuns, conferindo às celulas aspêto verdadeiramente espumoso devido ao maior numero de vacuolos que se pôde encontrar na mesma celula; os nucleos apresentam, em grande parte, aspêto regressivo (picnose). São lesões muito semelhantes às lepromatosas, mas falta-lhes, muitas vezes, um elemento considerado imprescindível para a classificação nesta forma: o bacilo de Hansen em numero elevado.

Com eleito, nestes casos, a pesquisa de bacilos é, com frequencia, absolutamente negativa. Quando positiva varia desde o achado de rarissimos bacilos até o de grande numero deles ... (++++), notando-se porem, quasi sempre, absoluto predominio ou de bacilos de aspêto granuloso ou, mesmo, de simples granulações A.A.R. que podem constituir grandes acumulos no interior de vacuolos celulares. Germens com este aspêto são considerados por alguns autores como formas degenerativas do *Mycobacterium leprae*.

O quadro histologico, a nosso vêr, é bastante característico para justificar a sua inclusão na forma lepromatosa sob o titulo de "lesão lepromatosa em regressão". Nos casos em que a bacilosopia é negativa e, ao mesmo tempo, os dados clinicos são insuficientes, parece-nos acertado não afirmar que se trata de lepra e sim dizer que o quadro histologico assemelha-se ou corresponde ao das lesões lepromatosas em regressão.

4 — *Lesão lepromatosa em reação*: — Nestes casos encontram-se sempre lesões lepromatosas preexistentes, de intensidade variável, às vezes tão pequenas que não se evidenciavam dermatologicamente, mais ou menos ricas em bacilos A.A.R. (predominando, quasi sempre, bacilos de aspêto granuloso ou, mesmo, simples granações A.A.R.) . Estes infiltrados lepromatosos se mostram afrouxados e dissociados pela sobreposição de um processo agudo, exsudativo, caracterizado por nitida vaso deliatação e edema, e extravasamento de numerosos polimorfonucleares neutrofilos, vendo-se tambem eosinofilos, geralmente. Estas celulas se localizam de preferencia invadindo os infiltrados lepromatosos preexistentes, bem como em suas proximidades. Excetuando as infecções secundarias, é o unico caso, na lepra, em que se nota participação evidente de leucocitos polimorfonucleares. Se bem que tenha sido, por varios leprologos, aventada a possibilidade de haver, na reação leprotica, lesões de tipo eritema nodoso, sem infiltração lepromatosa preexistente, devemos declarar que no material que temos tido oportunidade de examinar aliás pouco abundante, esta sempre existia.

5 — *Infiltração inflamatoria cronica com raras celulas vacuolisadas contendo bacilos A.A.R. (lesão leprosa)* : — Lesões consistentes em infiltrados inflamatorios cronicos, sempre moderados, situados em torno de vasos, glandulas, foliculos pilosos e filetes nervosos, predominantemente linfocitarias, mas que, a um exame atento, mostram, aqui e ali, uma ou outra celula vacuolisada, que, na lamina corada pelo Ziehl-Neelsen se verifica conter bacilos A.A.R. Os bacilos, neste caso, são forçosamente raros (+) devido, precisamente, á raridade das celulas que os contem. O histopatologista, diante de quadro como este, não querendo diagnosticar simplesmente uma infiltração lepromatosa, no que, a nosso vêr, anda acertadamente, pode-se limitar a descreve-lo, mais ou menos como segue: "no corion, moderada infiltração inflamatoria cronica com raras celulas vacuolisadas contendo bacilos A.A.R.". Ao clinico caberá, então, decidir pela classificação na fôrma lepromatosa ou na incarateristica, de vez que o diagnostico de lepra está feito pela presença de bacilos A . A . R. em localização intracelular.

Como vemos, estas lesões constituem, sob o ponto de vista histopatologico, tipo intermediario entre as fôrmas incarateristica e lepromatosa.

A designação "lesão leprosa", empregada por BÜNGELER e tambem por L. DE SOUZA LIMA para este tipo de lesão, parece-nos criticavel pois que, na realidade, qualquer lesão produzida pela lepra é leprosa. No entanto, pelo seu valôr pratico, sintetizando, em duas palavras, todo um quadro histologico, achamos que

merece ser adotada, desde que devidamente compreendido o sentido restrito com que é empregada.

6 e 7 — *Infiltração inflamatória crônica sem caráter histológico de especificidade e infiltração inflamatória crônica sem caráter específico*: — Estas lesões se caracterizam principalmente por moderada infiltração inflamatória crônica situada em torno de vasos, glandular, folículos pilosos e filetes nervosos, predominantemente linfocitária, podendo apresentar também ligeira mobilização de elementos histiocitários da adventícia de vasos, alguns plasmócitos, etc. Pôde haver, concomitantemente, esclerose com hialinização do tecido conjuntivo do corion, atrofia da epiderme, atrofia de anexos cutâneos, comprometimento de filetes nervosos sob a forma de nevrite e perinevrite. Tudo isso, isoladamente ou em conjunto (sobre o valor das nevrites e peri-nevrites faremos menção mais adiante) nada tem de específico. A pesquisa de bacilos A.A.R. pode ser positiva ou negativa. Quando positiva, os bacilos, sempre raros ou mesmo raríssimos, são encontrados de preferência no interior de filetes nervosos, quer nos lesionados, quer nos aparentemente normais. Além desta localização podemos achá-los, também, no interior e nas proximidades de capilares (principalmente ao nível do corpo papilar), esparsos nas infiltrações inflamatórias, incluídos em células endoteliaes de vasos maiores, etc.. A presença do agente etiológico não nos permite diagnosticar processo inflamatório sem caráter específico. Diremos, porém, que se trata de "infiltração inflamatória crônica sem caráter histológico de especificidade", assinalando a presença de bacilos A.A.R. e sua localização. Não costumamos nos referir explicitamente à lepra, afim de contornar as dificuldades de um possível diagnóstico diferencial com a tuberculose, detalhe este sobre o qual faremos algumas considerações ao tratar dos granulomas de estrutura tuberculóide.

Sendo a pesquisa de A.A.R. negativa, diremos que se trata de "infiltração inflamatória crônica sem caráter específico". Com efeito nestes casos, nenhum elemento temos para o diagnóstico da lepra. Havendo comprometimento de filetes nervosos, convém assinalar o fato, pois estas lesões, como é sabido, são extraordinariamente frequentes em todas as formas e aspectos da lepra. Para que se lhes pudesse, entretanto, atribuir grande valor no diagnóstico da molestia, seria necessária a prova da sua *não existência* em inúmeras outras entidades nosológicas e síndromos cutâneos, o que, julgamos, ainda não está definitivamente apurado.

8 e 9 — *Atrofia da pele* (+ e |—|): — Neste tipo de lesão o quadro se resume no conjunto de alterações que caracteriza as atrofias cutâneas: atrofia da epiderme, que se mostra adelgada devido à diminuição em número das camadas celulares do corpo

mucoso de Malpighi, com perda das cristas interpapilares por achatamento das papilas dermicas; no corion ha esclerose com hialinização do tecido conjuntivo; os anexos cutaneos (foliculos pilosos, musculos horripiladores, glandulas sebaceas e sudoriparas) se mostram tambem atroficos, desorganizados, destruidos em parte ou totalmente, com proliferação "ex-vacuo" de tecido adiposo ou substituição por tecido cicatricial. Os filetes nervosos podem mostrar sinais de nevrite e perinevrite ou apresentar-se praticamente inalterados. Os bacilos, quando presentes, sempre muito raros, se encontram de preferencia no interior de filetes nervosos, quer lesados, quer aparentemente normais. Podem ser encontrados tambem em outros pontos, conforme já foi dito.

Nestes casos costumamos dizer que o quadro histologico corresponde ao das atrofias cutaneas, mencionando o achado de bacilos A.A.R. e sua localização. Conforme justificamos anteriormente, aqui tambem evitamos referencia direta á lepra. Sobre diagnostico diferencial com a tuberculose v. granuloma de estrutura tuberculoide.

Se a baciloscopia fôr negativa torna-se inteiramente impossivel o diagnostico de lepra. Havendo comprometimento de filetes nervosos convem menciona-lo. Sobre o valôr deste achado já dissemos anteriormente.

Nas lesões deste tipo, o simples exame histologico não permite distinguir-se se trata de atrofia deuteropatica ou idiopatica. No primeiro caso seria uma atrofia secundaria, cicatricial, consequente á reabsorção e cura de lesão preexistente, inflamatoria ou de outra natureza; no caso da lepra tratar-se-ia do "reliquat" de lesões tanto lepromatosas, como tuberculoides ou incaracteristicas.

No segundo caso, teriamos a atrofia idiopatica ou primitiva, que na lepra é atribuivel principalmente a lesões nervosas, condicionando o aparecimento de áreas atroficas "ab-initio". O fato é que, desta ou daquela maneira, o resultado final é o mesmo e a histologia nada mais pôde fazer do que constata-lo, não tendo elementos para esmiuçar o mecanismo que lhe deu origem. Aliás este conceito pôde ser estendido a todo o grupo de lesões verdadeiramente incaracteristicas (ns. 6, 7, 8 e 9) que tanto podem comparecer de inicio, correspondendo, então, á autentica fôrma clinica deste nome (caso, tambem, não evoluam para outras formas), como tardiamente, em consequencia da involução mais ou menos acentuada de lesões preexistentes lepromatosas ou tuberculoides, já então inteiramente inidentificaveis. O quadro histologico comporta ambas as possibilidades. Sobre as atrofias cutaneas na lepra devemos mencionar trabalho de ROTBERG (Rev. Bras. Lepr., Vol. XII, n. 2, 1944, p. 113) .

10 e 11 — *Estruturas nodulares* (+ e |—|): -- Verifica-se no corion a presença de infiltrado inflamatório crônico, de grau sempre moderado. Nas proximidades de vasos (seja no corpo papilar, seja mais profundamente), de glândulas e folículos pilosos e de filetes nervosos, às vezes, mesmo, no interior destes últimos, encontram-se pequenos aglomerados, em geral arredondados, constituídos por células epiteloideas na parte central, onde às vezes se podem ver gigantócitos e tendo, frequentemente, na periferia, um halo linfocitário. Estas estruturas, também chamadas de foliculares, constituem, em última análise, os elementos que, quando mais numerosos e confluentes, vão formar pelo seu conjunto o granuloma de estrutura tuberculoide. As lesões deste tipo correspondem ao que alguns autores chamam de "prétuberculoide" e WADE de "pre-giant cell stage". Sob o ponto de vista histopatológico preferimos a designação puramente morfológica de "Estruturas nodulares", que tem a vantagem de nada sugerir quanto ao ulterior comportamento da lesão. A pesquisa de bacilos A.A.R. pôde ser positiva ou negativa. No primeiro caso, os bacilos, via de regra raros, são encontrados, como sempre, de preferência no interior de filetes nervosos. Sobre o diagnóstico diferencial com a tuberculose v. granuloma de estrutura tuberculoide.

No segundo caso (pesquisa de bacilos negativa), não é possível estabelecer o diagnóstico de lepra. Sobre o valor do achado de nevrites e perinevrites já dissemos anteriormente e voltaremos ao tratar dos granulomas de estrutura tuberculoide. Se forem encontradas estruturas nodulares no interior de filetes nervosos, convém, também, assinalar o fato, que pode servir de orientação em relação à lepra.

Como já vimos ao estudar as lesões do grupo 5, também as agora descritas constituem, sob o ponto de vista morfológico, tipo estrutural de transição, desta vez entre a forma incharacterística e a tuberculoide. Cabe à clínica a última palavra na classificação do caso.

12 e 13 — *Granuloma de estrutura tuberculoide* (+ e |—|): — O granuloma de estrutura tuberculoide já tem sido suficientemente descrito, pelo que julgamos inútil insistir neste ponto. Constitui manifestação de defesa histogênica local e nada tem de específico, podendo se encontrar nas manifestações cutâneas de várias outras moléstias, principalmente tuberculose e sífilis. Por este motivo costumamos nos abster de diagnosticar lepra tuberculoide, nestes casos, preferindo a designação "granuloma de estrutura tuberculoide" e acrescentando o resultado da pesquisa bacterioscópica para A.A.R. , feita nos córtes. No material deste tipo, examinado no laboratório de Anatomia Patológica do D. P. L. , encontramos apenas 16% de casos em que tal pesquisa foi positiva.

Convem notar, de passagem, que esta porcentagem nos parece estar um tanto abaixo da realidade. Com efeito, sendo os bacilos A.A.R., na absoluta maioria destes casos, muito raros ou mesmo raríssimos, a pesquisa em uma ou duas preparações, com limitado numero de cortes, pode, não obstante ser feita com o maximo cuidado, resultar negativa. Se examinássemos, porem, varias preparações com um total de muitos córtes iriamos encontrar porcentagem maior de casos positivos, conforme em trabalho de ALAYON, com nossa colaboração, já foi referido (Rev. Bras. Lepr., vol. VIII, a. esp., 1940, p. 229) . O achado de um granuloma de estrutura tuberculoide constitúe elemento decisivo para a *classificação* do caso de lepra mas já não tem o mesmo valor para o *diagnostico da lepra*. Com efeito, usando de absoluto rigor, somos de opinião que, mesmo nos casos em que a pesquisa de A.A.R. nos córtes é positiva, não nos é possível , afirmar com segurança que se trata de lepra, pois, para isso, seria necessario excluir, tambem com segurança, a possibilidade de se tratar de tuberculose cutanea. O quadro, histologico é muito semelhante nas duas molestias e os bacilos de Hansen, quando raros e isolados, são indistinguiveis dos de Koch, em uma preparação histologica. Existem, entretanto, alguns fatores, nem sempre presentes todavia, que nos, parecem de valor, pelo menos para um diagnostico de probabilidade, e que devem ser levados em conta:

1.º) Comprometimento de filetes nervosos, sob a forma de nevrite e perinevrite: — Tal achado, ao que parece, não é de regra na tuberculose cutanea, emquanto que é frequentissimo em casos provados de lepra, em qualquer de suas fórmãs.

2.º) Bacilos A.A.R. formando globias no interior de vacuolos no citoplasma de celulas: — Achado raro nos granulomas de estrutura tuberculoide, mas que é considerado pelos bacteriologistas como patognomônico para a lepra.

3.º) Bacilos A.A.R. formando globias livres: — Aspeto pouco frequente nos granulomas de estrutura tuberculoide. Quando encontradas, as globias, sempre muito raras, se apresentam de preferencia no interior de capilares do corpo papilar, constituindo pequenos embolos, ou nas proximidades dos mesmos.

4.º) Bacilos A.A.R. (isolados ou formando globias) no interior de filetes nervosos (com ,nevrite e perinevrite ou aparentemente normais): — Os filetes nervosos constitúem, como é sabido, séde de eleição para os bacilos de Hansen, principalmente quando estes são raros. Não temos conhecimento de que, na tuberculose haja invasão de filetes nervosos pelo bacilo de Koch e, porisso, a nosso ver, o achado em questão constitúe sinal de grande valor no diagnostico da lepra.

*Diagnostico diferencial com a sífilis:* — Como é sabido, a sífilis pôde produzir manifestações cutaneas cujo substrato anatomico é, tambem, o granuloma de estrutura tuberculoide. Se forem encontrados bacilos A.A.R., é claro, a possibilidade de se tratar de lesão luetica fica imediatamente afastada. No caso contrario o diagnostico diferencial entre lepra e sífilis pode ser, ás vezes, praticamente impassivel ao exame histologico. Outras vezes, certos detalhes como lesões vasculares e numero elevado de plasmocitos (tambem presentes na lepra, porém em numero discreto) podem orientar o diagnostico para o lado da lues, sempre porém em carater de probabilidade.

Deve-se notar que as ligeiras considerações que fizemos a proposito do diagnostico diferencial dos granulomas tuberculoides, fizemo-las colocados tão sómente no terreno restrito da morfologia histopatologica. Na pratica já as dificuldades são menores. E' de todos sabida a raridade, em nosso meio, das manifestações cutaneas da tuberculose, confundiveis histologicamente com as da lepra e nem faltam ao dermatologista, informado da existencia de um granuloma tuberculoide, habitado ou não, elementos outros que lhe permitam chegar com segurança a um diagnostico exato de seus casos.

14 e 15 — *Lepra tuberculoide reacional e Quadro histológico correspondente ao da L.T.R.:* — Na L. T. R. dá-se o inverso do que vimos no granuloma tuberculoide: o diagnostico de lepra é facil mas a classificação do caso dificil. Muito acertado andou o Relator em trazer á discussão esta particular forma de lepra, chamada de Tuberculoide Reacional por SOUZA CAMPOS.

Vejamus sumariamente o seu quadro histologico: Processo inflamatorio cronico, granulomatoso, via de regra exuberante, instalado no derma, constituido predominantemente por celulas epiteloideas que mostram tendencia á formação de sub-unidades com o aspeto de estruturas modulares. Estas por confluencia, conferem á lesão o seu aspeto geral granulomatoso. E' constante o comparecimento de fenomenos de carater exsudativo, sob a fórmula de intensa vaso dilatação e edema; não ha, entretanto, extravasamento ponderavel de polimorfonucleares. O edema intersticial provoca forte afrouxamento na estrutura do granuloma e, intracelular, intensa vacuolisação citoplasmatica de seus componentes celulares epiteloideas, Pesquisa de A.A.R. frequentemente positiva, não sendo raro, neste caso, o achado de apreciavel numero de bacilos. Em cerca de 180 casos de L.T.R., do nosso arquivo, temos aproximadamente 77% de pesquisas bacterioscopicas positivas nos cortes histologicos. Vejamus as dificuldades: a intensa vacuolisação celular; o mascaramento das sub-estruturas nodulares, afrouxadas que ficam pelo intenso edema intersticial, mesmo quan-

do, um tanto afastadas do granuloma principal, aparecem isoladas em torno de vaso ou glandula; o achado de numerosos bacilos A. A. R. com formação de globias, às vezes intracelulares, tudo isso concorre para tornar estas lesões tão semelhantes às lepromatosas que, muitas vezes o histologista se vê seriamente embaraçado ao tentar um D.D. entre estes dois tipos de lesão (T.R. e L.). Em alguns casos, tal diagnostico é, mesmo, a nosso vêr, materialmente impossivel e somos obrigados a confessa-lo em nosso relatorio histopatologico, aconselhando ao clinico que colha novas biopsias para ulterior e eventual solução do caso. Como acabamos de vêr, e repetindo, são casos em que o *diagnostico* de lepra é muito facil (de vez que se assemelham aos da lepra lepromatosa) mas a *classificação* bastante difficil. Em outros casos, mais frequentes, o quadro histologico mais tipico, combinado com o achado de raros ou rarissimos bacilos A.A.R. , permite com bastante segurança o diagnostico de L.T.R., se bem que tambem aqui, achemos que cabem as mesmas ressalvas que já fizemos ao tratar das lesões ns. 12 e 13, devendo-se por outro lado, tomar em consideração os fatores, ali tambem referidos, que falam a favôr de lepra. Por isso, julgamos de boa pratica, quando insufficientemente amparados pelos dados clinicos, não diagnosticar L.T.R. e sim dizer que "o quadro em geral fala a favor de L.T.R.". Finalmente, nos casos bacterioscopicamente negativos, diremos que "o quadro histologico assemelha-se ou o quadro histologico corresponde ao da L.T.R."

Alem da semelhança puramente. morfologica que pôde haver entre a L.T.R. e a L.I., a situação ainda se complica pela *evolução* da molestia nos portadores de taes lesões. Com efeito é possivel, em alguns desses casos, o ulterior aparecimento de lesões *francamente lepromatosas*, Temos conhecimento de certo numero desses casos, cuja documentação histologica se acha em nosso arquivo. Neles a L.T.R. se manifestou quer por lesões bacilíferas, quer por lesões nas quaes os bacilos A.A.R. não foram encontrados.

A L.T.R., que por força de sua denominação, alem de outros motivos, somos obrigados a incluir, como variedade, na forma tuberculoide da lepra, é, pois, a nosso vêr, a responsavel, não só pela semelhança histologica que se verifica, como tambem pela maioria das *mutações* que têm lugar, entre as duas fôrmas polares da lepra: a tuberculoide e a lepromatosa.

---

Passamos a responder ás questões formuladas pelo Relator:

- 1.<sup>a</sup>) Excluir os resultados da reação de Mitsuda, como criterio basico da divisão das formas clinicas fundamentais da lepra,

ou mante-los sob reserva, até que novos estudos, e mais acurados, venham demonstrar a verdadeira significação e o valor dessa reacção.

Resposta: — Abstemo-nos de responder, pelos motivos já expostos.

2.<sup>a</sup>) Alterar os atuais indices de baciloscopia.

Resposta: — A titulo de subsidio para o estudo da questão, permitimo-nos apresentar o resultado de pesquisas baciloscópicas para A .A .R . , em cortes histologicos, efetuadas no laboratorio de Anatomia Patologica do D.P.L.:

		<b>N.º de casos existentes no arquivo</b>	
<b>Granuloma de estrutura tuberculoides.....</b>	<b>1.000 (c/aprox.)</b>	<b>+ ) 160 (16%)</b> <b>(c/aprox.)</b>	
		<b> —  ) 840 (84%)</b> <b>(c/aprox.)</b>	
<b>Lepra tuberculoides reacional .....</b>	<b>176</b>	<b>+ ) 136 (77%)</b>	
		<b> —  ) 40 (23%)</b>	

3.<sup>a</sup>) Que designação poderá substituir a atual: incarateristica.

Resposta: — Embora reconheçamos as falhas da designação "incarateristica", não nos ocorre, no momento, outra que possa substitui-la com vantagem.

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

Resposta: — No caso referido pelo Relator, no texto e na falta de outros fatores classificativos, clinicos, histopatologicos ou baciloscopicos, a reacção de Mitsuda parece-nos o unico fator utilizavel.

5.<sup>a</sup>) Se os fenomenos de mutação de fôrma, normalmente verificados ,na quasi totalidade dos casos, devem, ou não, ser incluidos como criterio básico na divisão das formas fundamentais.

Resposta: — Não.

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

Resposta: — De pleno acordo com o Relator quanto ás dificuldades de toda sorte que se apresentam á classificação correta destas lesões. Somos de opinião que, enquanto não fôr apresentada solução mais satisfatoria, taes lesões poderão, em *carater provisorio*, ser incluídas no grupo da L. T. R., tendo-se sempre em mente, porém, a possivel evolução da molestia, em alguns desses casos, para a forma lepromatosa

**D. J. M. Cabello Campos**



**Gabinete de Radiologia  
(RAIOS-X DIAGNÓSTICO)**

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

**"EDIFÍCIO PASTEUR"**

**(Travessa da Rua Barão de Itapetininga)**