

2) — PARECER do Prof. JOSÉ MARIA FERNANDEZ
(Rasario — Argentina)

1 — *Criterio de-Divisão das Formas Fundamentais:*

Considero acertado o criterio adotado na Classificação Sul-Americana para individuar os tipos fundamentais, baseado no tríplice aspecto clínico, histológico e imunobiológico da enfermidade pelas razões seguintes:

a) porque nenhum destes aspectos do processo, considerado isoladamente, nos oferece elementos de julgamento seguro e indiscutível para classificar os tipos fundamentais. A clínica, em que peze sua importancia, é ás vezes contraditória, ou pouco concludente; a imunologia porque não alcançou todo o aperfeiçoamento, que é dado esperar-se e claudica assim, pelas mesmas falhas; a histologia, porque seria conferirá classificação um carater exclusivamente anatomo-patológico ou estrutural.

b) porque, por outro lado, tomados em conjunto, na maioria dos casos, os três aspectos coincidem total ou parcialmente, em um certo sentido, associando-se para formar tipos bem definidos.

A evolução da enfermidade associada aos outros aspectos, constitue, tambem, um elemento de julgamento valioso para a classificação, sobretudo nos casos do tipo intermediario.

Reconheço que existem casos em que estes três aspectos do processo, em vez de coincidir em um determinado sentido, resultam discordantes e nestas circunstancias devemos estabelecer entre eles uma hierarquia ou proeminencia, para ter assim uma base firme em que fundar a classificação.

Os reparos que faz Souza ,Lima em seu trabalho, sobre o valor da lepromino-reação, merecem especial atenção.

Creio que o fator imunológico deverá desempenhar um papel decisivo na classificação das formas de lepra, quando o estudamos mais a fundo e o aproveitemos melhor. Todavia, se não nos pu-zermos de acordo em questões essenciaes como sejam a escolha do antigeno mais conveniente para emprego padronizado e a uni-

formidade de certo criterio para a leitura da reação, não nos entenderemos e este valioso elemento de julgamento longe de constituir vantagem, só servirá para confundir-nos. Como é possível comparar os resultados de uma reação, provocada por uma lepromina tipo Mitsuda-Hayashi, com a, que produz a lepromina bacilar, se a natureza e concentração de ambos os antígenos diferem enormemente? Como se pode discutir sobre o valor da reação em tal ou qual tipo de lepra, quando uns aceitam como válida a resposta precoce e outros somente consideram a tardia e estas em prazos tão variáveis, que oscilam entre 3 e 5 semanas?

Como entendermos em relação aos resultados se alguns autores exigem tantos milímetros de diametro para considerá-la positiva enquanto que outros se conformam com a metade, ou pedem o dobro?

E' claro que quando se trata de casos anergicos ou hiperergicos estes fatores carecem de importancia, porque o organismo reage francamente para mais ou menos e a apreciação do resultado não oferece duvidas. Porem, quando estamos em face de casos cujo estado alérgico não é tão definido (nos quais infelizmente, com muita frequencia, também são ambiguas a clínica e a histologia) a questão do antigen empregado, assim como o criterio de leitura, adquirem capital importancia, porque sem duvida alguma os resultados variarão em função destes dois fatores.

Pessoalmente opino que se remediará em grande parte esta anarquia reinante, com um pouco de boa vontade, pondo-nos de acordo, visto que, o problema da padronização do antígeno está praticamente resolvido, e no que concerne a leitura da reação é questão de estabelecer-se, de comum acordo, um criterio uniforme.

Feita esta ressalva, creio que a lepromino-reação nos proporciona um elemento de julgamento não desprezível para classificar os tipos principais da lepra.

O ceticismo de Souza Lima, sobre seu valor, fundamenta-se em duas ordens de fatos:

1.º) A frequente discrepancia de seus resultados com a clínica e a anatomia, patológica, especialmente no que concerne a forma tuberculóide (20 a 30% de reações negativas) em contradição com o que está classicamente estabelecido.

2º) A relativa instabilidade da reação em um mesmo caso, com oscilações de negativas a positivas e vice versa.

Sem negar em absoluto a realidade destes fatos, que também tenho comprovado, e que, em parte, poderiam ser imputados ás deficiencias tecnicas acima mencionadas — creio que não invalidam a importancia da reação. Desde logo, ambos os reparos dizem respeito também para a clínica, se tomamos como elemento basico

para a classificação a anatomia patológica. No que respeita a discrepância, é frequente observar casos cujas lesões cutâneas têm aspecto lepromatoso ou incaracterístico e sua estrutura histológica resulta tuberculóide, ou ao contrario, fisionomia clínica tuberculóide com estrutura anatomica lepromatosa. E, no que concerne a instabilidade. tanto ou mais variaveis são as manifestações clínicas (sobretudo nas etapas reacionais) que as reações imunológicas.

Em compensação, o fato importante e que justifica a meu juizo o criterio trialista adotado pela classificação sul-americana é que estes dois aspectos do processo coincidem em determinado sentido, na imensa maioria dos casos correspondentes às formas polares; por um lado fisionomia clínica lepromatosa, associada à estrutura lepromatosa e lepromino-reação negativa, na quasi totalidade dos casos L., e aspecto clínico tuberculóide com estrutura tuberculóide e lepromino-reação positiva em 70 a 80% dos casos T, por outro lado.

Quanto à baciloscopia concordo com o autor em que seria conveniente modificar os indices classificamente atribuidos à forma tuberculóide, aumentando a proporção de resultados positivos.

Porem, de qualquer maneira, constitue um elemento de julgamento, que se bem não seja tão importante como os três anteriores, tem uma significação que não devemos retirar na classificação.

2 — *Dificuldades da Forma Incaracteristica:*

Enquanto a classificação oficial do Cairo agrupa todos os casos que não são lepromatosos em um tipo tão amplo e confuso, que denomina *nervoso* a sul-americana reúne em um tipo mais concreto, denominado *incaracteristico*, tudo o que praticamente não é nem lepromatoso nem tuberculóide.

Tem-se, assim, uma triplice vantagem sobre a classificação oficial:

1.º) Outorga-se à forma tuberculóide, tendo em conta sua individualidade, frequencia e importância, a hierarquia de tipo principal.

2.º) Elimina-se o tipo nervoso, tão equivoco e discutivel, como o cutâneo da classificação de Manila.

3.º) Cria-se um novo tipo, o incaracteristico, cuja importancia é tanta, ou maior, que a dos outros dois, conseguindo-se ao mesmo tempo, que estes adquiram maior relevo e nitidez.

Com efeito, tão importante é o tipo incaracteristico, que, alem de ser, muitas vezes, a unica manifestação da enfermidade (casos incaracteristicos, que regridem sem sofrer mutações) constitue, com grande frequencia, a etapa inicial ou terminal da mesma. Que-

remos dizer que, além de ser o alfa e o omega da infecção leprosa, o tipo incharacterístico pode constituir uma de suas formas principais bem individuadas.

Que o nome 'incharacterístico' adotado para designá-lo tenha merecido objeções é explicável. Há uma certa contradição entre a aceção gramatical deste vocabulo e os atributos bem característicos do tipo, assim denominado. Porém, isto a meu juízo, é secundário e bastaria atermo-nos à correta interpretação que Ihe dá Souza Lima a este termo — incharacterístico não no que respeita a sua fisionomia, mas sim no que se refere a sua evolução — para justificar este termo. De todas as maneiras sempre fica o recurso de procurar outra denominação mais acertada, se o houver (a mim não me ocorre, no momento, outra melhor) para designar este tipo e deixar assim satisfeitos os Filólogos mais exigentes.

Muito mais importantes são, ao contrario, as dificuldades que a forma incharacterística pode apresentar ao clínico na pratica -segundo o salienta com todo acerto Souza Lima.

No que respeita à primeira eventualidade que ele assinala, ou seja os casos com lesões cutâneas, creio que neles a lepromino-reação deve decidir. Os casos que accusam reação positiva classificar-se-ão como tuberculóides nervosos e os que reagem negativamente, como *incharacterísticos nervosos*.

Poderá ser este um criterio discutível, porém considero que, por enquanto não ha outro recurso melhor para resolver o problema.

3 — *As mutações de forma na Classificação Sul-Americana*

Tem razão Souza Lima, quando afirma que o fenomeno de mutação das tipos de lepra só é compreensível e lógico á luz da Classificação Sul-Americana.

Em todas as classificações até então ensaiadas, incluindo a do Cairo, as diversas formas da enfermidade aparecem rigidamente encaixadas em tipos estaticos sem maior conexão entre si, de tal modo que sua mutação constitue um fato aberrante de explicação difícil.

A Classificação Sul-Americana, ao individuar o tipo incharacterístico, esclarece este aspecto das mutações, visto que estabelece por intermedio dela o laço de união ou de transição entre as formas polares, conferindo à classificação um carater dinâmico e elastico, em consonancia com a realidade dos fatos.

E' de justiça reconhecer que cabe a Souza Lima e Alayon o merito de haver esclarecido este papel essencial que desempenha o tipo incharacterístico no processo de mutação de forma, descrevendo minuciosamente suas diversas etapas g modalidades anatomo-clínicas.

Creio, como Souza Lima, que a infecção leprosa inicia-se sempre por uma forma encaracterística. A evolução ulterior do processo dependerá das condições que o terreno ofereça ao germe invasor. Se o terreno lhe é hostil, a molestia poderá deter-se nesta primeira etapa e mesmo regredir, sem maior exteriorização clínica (infecção abortiva), ou então evoluir para uma forma tuberculóides franca; se o terreno é propicio, o processo encaracterístico transformar-se-á em lepromatoso e por ultimo se o terreno lhe é indiferente, quer dizer, nem hostil nem favoravel, a infecção continuará em sua forma encaracterística. enquanto as condições imuno-biológicas não se definam, modificando-se em um ou outro sentido. Pode ocorrer que a infecção não passe dessa etapa, operando-se a regressão seja pela ação de uma terapeutica eficaz ou espontaneamente, por haver-se produzido uma alteração nas condições imuno-biológicas do terreno.

Em resumo, a enfermidade começaria sempre pelo que poderíamos denominar "primo infecção encaracterística"; em alguns casos todo o processo se reduzirá a esta primeira etapa e em outros casos a infecção evoluirá ulteriormente para uma das formas polares.

As manifestações clínicas desta primeira etapa da lepra podem passar despercebidas e em tal caso a infecção simula um começa lepromatoso ou tuberculóide, porem, na realidade estas resultariam sempre formas secundarias.

Confesso que somente cheguei a ter duvidas sobre esta interpretação no caso da lepra tuberculóide infantil da primeira infancia. (Na variedade que, conjuntamente com Souza Lima e Souza Campos, denominamos "reacional"), pois que não consegui nunca surpreender a etapa inicial encaracterística. Contudo, por pouco que se reflita, é nestes casos que mais cabe suspeitar que as lesões nodulares tuberculóides, que os caracterizam, sejam secundarias, a uma "primo-infecção encaracterística", inaparente do organismo, que ulteriormente se sensibilizou ao m.l.

A regressão espontanea ou terapeutica, das formas polares a uma etapa encaracterística residual, é fato comprovado. As lesões cutâneas lepromatosas ou tuberculóides transformam-se em simples manchas de aspecto encaracterístico e a estrutura histológica lepromatosa ou tuberculóide reduz-se a uma simples infiltração linfocitaria banal, geri-vascular, perifolicular, peri-nervosa ou peri-nervosa ou peri-glandular.

F. Rabelo faz notar, contudo, a este respeito, que não seria logico incluir na forma encaracterística as leprides residuais consecutivas à involução dos casos tuberculóides, já que em tal caso ela viria a resultar no "caput mortum" da forma T. Para esse autor

um caso anteriormente definido como incharacterístico ou tuberculóide, não deixa de ser incharacterístico ou tuberculóide pelo fato de acusar de forma espontânea, ou por ação terapeutica, sinais de involução.

Pelo que respeita à mutação de uma forma polar, através de uma etapa incharacterística, como assinala Souza Lima parece-me um fenomeno explicavel, de acordo com o conceito que hoje temos da patologia da enfermidade, o que foi comprovado, por outro lado, por prestigiosos leprologos. Baseando-me em minha experiencia devo manifestar, contudo, que:

1. Considero excepcional a mutação de uma forma polar em outra.
 2. Ainda não observei uma mutação de T. em L.
 3. Comprovei, ao contrario, varios casos L. que evoluíram para T.
4. — *Lesões limitantes intermediarias ou lesões de recidiva.*

Tambem tive oportunidade de observar alguns casos, cujas características coincidem com os que descreve Souza Lima, sob esta denominação, e Wade e Rodrigues com o rotulo equivalente de "border line".

Todos estes casos apresentavam clinicamente o aspecto de uma forma tuberculóide em reação, com a particularidade porem, de acusar um estado febril moderado e "quebrantamento" geral, histologicamente ofereciam estrutura folicular, porem com acentuado aspecto lepromatóide, devido à notavel vacuolização dos elementos celulares e à abundancia de bacilos (e até globias) em todos os campos. Contrariamente ao que acontece nos casos tuberculóides reacionais, nestes enfermos a baciloscopia permaneceu positiva durante muito tempo. A lepromino-reação foi sempre negativa nesta etapa. Em resumo, um quadro confuso, que tem muito de tuberculóide reacional e bastante de lepromatóide.

No que respeita à evolução ulterior destes casos, os que pude acompanhar a observação, estão atualmente em fase de regressão, sem que possa opinar em definitivo para onde se orientaria, salvo um deles, que pude seguir durante 10 anos, comprovando as seguintes mutações:

1. Etapa inicial incharacterística.
 2. Etapa reacional do tipo intermediario ("border line")
 3. Etapa lepromatosa (com lesões oculares)
 4. Etapa atual, clínica e histologicamente tuberculóide.
- Como devemos interpretar estes casos? Onde colocá-los na classificação? Creio contudo, que a classificação sul-americana

tambem nos oferece uma solução neste sentido do mesmo modo que por ela se explicam os fenomenos de mutação.

A meu juízo, estes casos são formas incaracteristicas de transição, que fazem um episodio reacional (reação leprotica) .

Com efeito, assim como as formas polares quando estão estabilizadas, podem apresentar fenomenos de reativação bem característicos e definidos, que denominamos "reação leprotica tuberculóide ou "reação leprotica lepromatosa assim tambem os casos incaracteristicos intermediarios, que ainda não se estabilizaram porque estão em pleno processo de transição, podem apresentar igualmente, fenomenos reacionais, que frequentemente provocam ou aceleram, ao mesmo tempo que deformam, o processo de mutação normal.

Por exemplo, se a reação leprotica se produz em um caso instavel que de T está evoluindo para L. é muito provavel que o dito fenomeno reacional dissimule, deforme ou substitua a etapa de transição incaracteristica, que habitualmente se observa nesta emergencia, e o caso, que potencialmente já era L. acelere sua mutação para ese tipo em forma anormal, através do episodio reacional. Quer dizer que em vez de se fazer a mutação segundo o ciclo normal assinalado por Souza Lima $T \rightleftharpoons I \leftarrow L$ far-se-ia $T \rightleftharpoons R \leftarrow L$. Explica-se assim que esta etapa reacional (R) apresenta uma fisionomia um pouco tuberculóide e um pouco lepromatosa.

Tambem se uma forma incaracteristica que está em vias de evolução para T. ou para L produzisse uma reação leprotica, feriamos, como no exemplo anterior, um quadro ambiguo, com todas as caracteristicas dos casos limitantes ou de recidiva.

Concretizando, teriamos que enquanto as formas polares estabilizadas, as que ostentam os atributos essenciais do tipo T. ou L. podem suportar incolumes uma reativação (reação leprotica), sem que por ela mudem de tipo, as formas intermediarias não estabilizadas, quer dizer, todas as que não são tipicamente T. ou tipicamente L. se apresentam um episodio reacional, este apresentará sintomatologia ambigua (lesões de tipo limitante ou intermediario) e é muito provavel que provoque, acelere ou deforme, um processo de mutação que estava latente ou em plena marcha.

A este fenomeno reacional das formas incaracteristicas ou de transição, denominamos "reação leprotica intermediaria" ou "incaracteristica", com o mesmo criterio com que designamos "reação lepromatosa" ou "reação tuberculoide" aos episodios reacionais das formas polares.