

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO CLÍNICO DA
LEPRO DIMORFA *

NELSON SOUZA CAMPOS**

Relator

Sem desejarmos entrar nas controvérsias de designação limítrofe, transicional, borderline, dimorfo — para os casos atípicos, sejam do tipo tuberculóide, seja da forma indeterminada, que apresentam características clínicas ou histológicas de duas variedades de lepra, isto é, I e L e Te L, vamos tecer algumas considerações apenas sôbre os casos dimorfos ou limítrofes, no conceito clássico com que foram incluídos, desde a reunião dos Técnicos da OMS em 1952¹, limítrofe, e que o Congresso de Madrid² retificou incluindo um dimorfo entre parêntesis, limítrofe (dimorfus) como Grupo tuberculóide. Tratava-se de uma variedade clínica de lepra tuberculóide, reacional, que apresentava características clínicas baciloscópicas, estruturais e imunológicas mais do tipo lepromatoso que tuberculóide, que fugia do conceito clássico de benignidade do tipo tuberculóide e que se definia como lepromatosa, a curto prazo, com grande freqüência.

A designação limítrofe ou dimorfo, todavia, passou igualmente, para alguns autores anglo-saxões e asiáticos — Cochrane³, Khanolkar⁴, Brown⁵, entre outros, a designar casos, já referidos anteriormente por Ryrie⁶ e Lengauer⁷, maculosos simples que sofriam surto eruptivo de máculas "vagas", com estrutura lepromatosa. O fato da inclusão de casos clinicamente indeterminados com características reacionais e estrutura lepromatosa, sob a mesma rubrica de limítrofes ou dimorfos pelos AA. acima, trouxe, como não poderia deixar de ser, certa confusão, que Wade⁸, em brilhante Editorial do "International Journal", procurou derimir, fazendo um histórico dos fatos clínicos que deram origem a essas designações. São sem dúvida, duas variedades de lepra, uma incidindo na forma indeterminada, outra na tuberculóide e que acabam se definindo como casos lepromatosos. Ambos são casos transicionais, que têm de comum apenas o caráter agudo de seu aparecimento ou transformação.

Wade⁹, em 1934, pela primeira vez, descreveu e individualizou um quadro clínico de lepra, a que deu a designação de "reação leprótica tuberculóide", designação e observação confirmadas logo depois por Schujmann¹⁰ e Fernandez¹¹, considerando-o como uma reação leprótica, na acepção clássica do termo, sobrevivendo em casos tuberculóides. Em 1940 procuramos¹² individuar êsses casos, considerando-os não como uma intercorrência clínica, mas como uma variedade clínica autônoma do tipo tuberculóide e propusemos a designação de Lepra Tuberculóide Reacional. Ao contrário do que afirmavam êsses AA. e de acôrdo com a opinião de Ryrie¹³, éramos de opinião que essa modalidade clínica de "reação" não incidiria sômente nos casos tuberculóides, mas na grande maioria das vezes a incidência se dava em doentes portadores de

* Simpósio promovido pela Associação Brasileira de Leprologia, na cidade do Rio de Janeiro em 11, 12 e 13 de março de 1960.

** Ex-Médico do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.

forma clínica indeterminada, quando não em doentes sem manifestação alguma de moléstia anterior, o "surto reacional" constituindo sua primeira exteriorização. E já dizíamos então, quanto ao prognóstico desses casos: "Pode, embora raramente, evoluir para o tipo lepromatoso". No Congresso de Havana¹⁴, em 1948, foram considerados como sub-tipo tuberculóide, para no de Madrid, passarem a ser designados como "major".

Coube ainda a Wade e Rodriguez¹⁵ a observação de casos reacionais tuberculóides, que "em virtude de repetidas reações se transformavam em lepromatosos". A esses casos designaram de "borderline tuberculóid". As características clínicas dos casos "borderline" foram então estabelecidas e com isso incluídas, com a designação de limítrofe (dimorfo) como um grupo especial de lepra no Congresso de Madrid em 1953. A criação e o estabelecimento dessa variedade foi mais por sugestão dos AA. anglo-saxões e asiáticos que dos sul-americanos, da mesma maneira que a divisão dos tuberculóides em "major" e "minor", em substituição ao figurado e reacional do Congresso de Havana. O Congresso de Madrid assim definiu os casos que corresponderiam ao grupo limítrofe (dimorfo):

"Inclui casos malignos, muito instáveis, quase sempre com numerosos bacilos ao exame bacteriológico e lepromino-reação geralmente negativa. Tais casos podem proceder de um caso tuberculóide como resultado de reações repetidas e em ocasiões evolui para o tipo lepromatoso.

Na mucosa nasal as provas bacterioscópicas podem ser negativas, ainda que as lesões sejam positivas.

As lesões cutâneas, em placas, nódulos, etc. se distribuem de maneira muito similar as da lepra lepromatosa, salvo em sua simetria. Os lobos auriculares tendem a tomar o aspecto infiltrativo próprio da lepra lepromatosa. As lesões têm habitualmente uma consistência branda, seu aspecto é suculento e sua periferia esmaece gradualmente desde o centro e não tem o corte abrupto marginal, bem definido, que se vê no tipo tuberculóide; por essa razão tais lesões estão expostas a ser erroneamente consideradas como lepromatosas.

A superfície das lesões igualmente lisa, de aspecto brilhante e coloração violácea, algumas vezes (em pele branca) apresenta coloração parda ou sépia".

Em *adendo* a essas conclusões, Wade faz considerações sobre as modalidades clínicas da mesma e os Drs. Khanolkar e Cochrane assim se exteriorizam sobre o assunto: "Existem lesões maculares dimorfas, as quais têm aspecto clínico, bacteriológico, imunológico e histopatológico que justificam sua inclusão no grupo dimorfo (borderline)". Além disso, são de opinião que, se se fizer um estudo cuidadoso, uma forma neurítica pura do grupo dimorfo (Borderline) poderá ser estabelecida.

É a seguinte a descrição do que consideram uma mácula dimorfa: "Estas máculas mostram clinicamente características das formas lepromatosas e tuberculóide. Sua distribuição é a da forma lepromatosa, as bordas das lesões são menos definidas que as do tipo reacional tuberculóide, porém não tão difusas como as da mácula lepromatosa; a superfície tende a ser seca e pode mostrar aspecto "amigado" ou tumefacto. Em um exame cuidadoso pode apreciar alguma perda da sensibilidade cutânea".

O Congresso de Tóquio não modificou o conceito e as características dessas lesões:

"De outra parte, as definições da classificação de Madrid, para os grupos indeterminados e "borderline" (dimorfo) são igualmente conservados", concluiu a Comissão de Classificação.

E a última reunião dos técnicos da OMS, em 1959, sem entrar no conceito clínico desse grupo, diz apenas que, considerando as controvérsias existentes na aplicação dos termos "dimorfo" e "borderline", incluindo macular e neurítico, recomenda melhor estudo da questão para ser resolvida no próximo Congresso Internacional.

Data de pouco mais de 20 anos a individualização dos tuberculóides reacionais como subtipo tuberculóide na Classificação da Lepra e de cerca de 6 anos a criação do grupo dimorfo. Nesse lapso de tempo, muitos casos foram observados, o que já permitiu não só melhor conhecimento de sua polimorfa apresentação clínica, como sobretudo da evolução desses casos, frente os resultados baciloscópicos, estruturais e imunológicos. E a prática, no decurso desses anos, nos tem ensinado muita coisa que nos permite e está a exigir uma revisão ou uma atualização dos conceitos inicialmente firmados quanto à variedade tuberculóide reacional (tuberculóide major) e sobretudo quanto ao grupo dimorfo.

Em primeiro lugar falemos do grupo dimorfo, criado no Congresso de Madrid. Não há quem não reconheça a existência de casos com características clínicas reacionais, particulares em sua apresentação clínica, baciloscópica, estrutural e imunológica, que são mais lepromatosos que tuberculóides. Mas, considerando apenas seu número dentro do quadro geral da incidência da lepra, justificar-se-ia sua separação em grupo à parte? A prática tem revelado que não, pelo menos em nosso meio. Senão vejamos: No Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, onde mais se observam casos de lepra no Brasil, foram fichados 12.910 doentes novos no período de 1953 a 1959, desde quando se admitiu o grupo dimorfo, e a incidência desses casos, considerando como de diagnóstico exato, todos os rotulados como tais, foi a seguinte:

Anos	Observ.	L.	%	T.	%	I.	%	D.	%
1953	1.850	910	49,2	496	26,8	437	23,6	7	0,3
1954	1.826	928	50,8	470	25,7	408	22,3	20	1,1
1955	1.826	954	52,2	489	26,7	365	19,9	18	1,0
1956	1.875	971	51,8	513	27,3	360	19,2	31	1,6
1957	2.072	1.043	50,3	535	25,8	452	21,8	42	2,0
1958	1.933	936	48,4	532	27,5	430	22,2	35	1,7
1959	1.528	725	47,4	404	26,4	376	24,6	23	1,4
Total	12.910	6.467	50,0	3.439	26,6	2.828	21,9	176	1,3

O ano de 1959 foi considerado até o mês de setembro.

Mas se verificarmos a concordância do diagnóstico clínico e histopatológico entre esses 176 casos vemos o seguinte:

Casos diagnosticados clinicamente como dimorfos 176

Foram biopsiados 58 que tiveram o seguinte diagnóstico histopatológico:

Dimorfo	24
Lepromatoso	17
Tuberculóide reacional	9
Indeterminado	8

Por outro lado, a Secção de Anatomia Patológica do D. P. L. tem em seus arquivos, de doentes fichados, 160 biopsias com o diagnóstico de dimorfos. Esses casos tiveram os seguintes diagnósticos clínicos:

Tuberculóide reacional	34
Lepromatoso	72
Dimorfo	24
Indeterminado	30

Essa confusão dispensa maiores comentários.

Convenhamos que o percentual de casos do grupo dimorfo, comparado com os demais tipos e grupo, é verdadeiramente irrisório para ser considerado um grupo à parte. Qual a razão ou razões dêsse pequeno percentual? Várias, segundo nossa opinião. Em primeiro lugar, a dificuldade de um diagnóstico clínico de certeza dêesses casos. Poucos leprólogos, mesmo dos mais experimentados poderão firmar um diagnóstico de caso dimorfo, sãmente pela clínica. Ele terá que recorrer ao exame histopatológico, que confirmará ou não o diagnóstico. Em segundo lugar, as características clínicas dêesse grupo nem sempre correspondem ao quadro histopatológico dimorfo. É freqüente, à histopatologia, apresentar-se um quadro tuberculóide reacional ou mesmo lepromatoso. E, muita vez, o próprio histopatologista não pode afirmar se o quadro corresponde a um ou outro tipo. Outras vêzes, e muito freqüentemente, a clínica corresponde a um quadro tuberculóide reacional e o resultado histopatológico se apresenta com as características do grupo dimorfo. E para completar a confusão, é freqüente em um mesmo caso, uma lesão apresentar o quadro dimorfo e outra lepromatoso ou tuberculóide reacional. Essa confusão, oriunda das dificuldades de ordem clínica e histopatológica, faz com que o assunto necessite sofrer uma revisão justa e é o que se pretende e espera da presente reunião.

Quando, em 1940, apresentamos a sugestão para considerar-se os casos tuberculóides reacionais como uma variedade ou subtipo tuberculóide, apresentamos um quadro comparativo entre a variedade crônica, quiescente dêesse tipo e a variedade reacional, mostrando as diferenças clínicas, baciloscópicas, estruturais, imunológicas e evolutivas dêesses casos, enquadrados no tipo tuberculóide. Nessa época, ou por êsse tempo, os tuberculóides reacionais absorviam a atenção dos leprólogos. Sua freqüência permitiu um conhecimento quase perfeito, não só da clínica — dentro de seu grande polimorfismo — como de sua evolução. E foi o resultado do melhor conhecimento da clínica, da estrutura e das condições que determinavam o prognóstico evolutivo, que nasceu a separação que se fêz dos casos dimorfos, em um grupo à parte. Já vimos as críticas que comportam a separação dêesses casos da variedade reacional, não por negar sua existência, mas pelas dificuldades de sua aplicação na prática e pela sua baixa incidência dentro dos casos de lepra em geral. Mas a observação evolutiva dos casos tuberculóides reacionais, através dos 20 anos que decorreram desde sua individualização como variedade clínica, nos impõe igualmente uma revisão dos conceitos em que são tidos.

A existência dos tipos polares, com suas estruturas granulomatosas características é um ponto pacífico. Mas, se para o tipo lepromatoso, a clínica — mesmo dentro de sua variada apresentação — é bem conhecida, a evolução, com terapêutica e sem terapêutica, as intercorrências agudas em seu decurso crônico, também o são, tudo sucede dentro da mesma estrutura, a não ser, é claro, quando da regressão das lesões, que apresentam estado de infiltração de elementos celulares inespecíficos. E quando isso sucede, o aspecto cicatricial das lesões, os estigmas que elas determinam, permitem sempre o diagnóstico retrospectivo de tipo lepromatoso, em seu aspecto residual. O mesmo não

sucedem para os casos que constituem o agrupamento tuberculóide; de um lado os casos crônicos — figurado, sarcóideo, nodular da infância, caseose coalicuativa dos nervos, com características uniformes clínicas, baciloscópicas, imunológicas e evolutivas, mas sobretudo estruturais, sempre granulomatosa tuberculóide; de outro lado casos agudos, compreendendo os tuberculóides reacionais, primários ou secundários, com sua apresentação clínica a mais polimorfa dentro do quadro clínico da lepra, com sua baciloscopia de negativa a fortemente positiva, variável, portanto, com estrutura granulomatosa, embora sem características tuberculóides tão nítidas, com sua imunologia igualmente variável negativa ou positiva, esta menos freqüente, e sua evolução caprichosa, seja para uma cura rápida, até independente de terapêutica, seja para uma tendência a sofrer novos surtos reacionais agudos e no decurso dêles sua freqüente tendência para o tipo lepromatoso, seja, finalmente, uma tendência evolutiva e uma apresentação clínica mais lepromatosa que tuberculóide. Evidentemente, são dois grupos muito diversos entre si, diversidade que pode ser sintetizada no quadro seguinte:

Tuberculóide quiescente
(clássica)

Tuberculóide aguda
(reacional)

CLÍNICA

Lesões circinadas ou figuradas, quiescentes, crônicas em sua evolução, inviduadas pelas bordas, constituídas de micro-pápulas ou microtubérculos, que as delimitam. São quase sempre em pequeno número e apresentam evolução centrífuga, lenta, com cura central, podendo atingir grandes dimensões. Lesões do tipo nodular ou papulóide, características da primeira infância ou de aspecto sarcóideo. Qualquer que seja o aspecto clínico com que se apresente, a vitro pressão demonstra um aspecto amarelado geléio, característico dessas lesões. São quase sempre primárias ou têm origem em casos indeterminados.

Lesões sumamente polimorfas, partindo de uma pápula ou nódulo. As grandes placas e entre umas e outras, toda uma série e formas e aspectos, caráter eruptivo agudo; na grande maioria dos casos generalizadas a quase todo o tegumento. Coloração característica vermelho arroxeadado ou vinhosa, suculentas de bordas mais ou menos nítidas. À vitro-pressão, na fase aguda, não apresentam a coloração geléio, das formas clássicas, podendo, porém, apresentar coloração sépia, observadas sem artifício clínico. Início abrupto, podendo ser primárias ou mais freqüentemente secundárias a lesões indeterminadas pré-existentes, que podem, inclusive, ser habitadas.

BACTERIOLOGIA

O encontro de germes nas variedades quiescentes é absolutamente excepcional, menos na forma nodular em seu início e de maneira transitória.

A positividade baciloscóptica é muito freqüente e mais ou menos intensa. O muco nasal pode em alguns casos se apresentar positivo.

HISTOPATOLOGIA

Granuloma tipicamente tuberculóide, constituído por células epitelióides, com presença de gigantócitos do tipo Langhans. Nítida formação de estruturas foliculares rodeadas por halo de células linfocitóides. O achado de bacilos é raro.

Granuloma de estrutura tuberculóide menos nítida, com edema e vacuolização dos elementos epitelióides. Gigantócitos de Langhans ausentes ou menos freqüentes. O encontro de bacilos é freqüente, em quantidade variável, às vezes em grande número.

IMUNOLOGIA

A reação de Mitsuda sempre é positiva em seus graus de 2 e 3 cruces. Dificilmente seu resultado se modifica por uma diminuição de positividade.

Com freqüência o resultado da reação de Mitsuda é negativo, sobretudo na fase aguda, quando há mais intensa positividade baciloscópica. Os casos com positividade à lepromina são sempre de bom prognóstico.

EVOLUÇÃO

Evolução crônica, de anos às vezes; tendência à cura espontânea, mais rápida pela terapêutica. Nunca evolui para o tipo lepromatoso.

Muito variável. Alguns casos, após o surto, as lesões se desinfiltram, se achatam até o desaparecimento total com acentuada atrofia da epiderme. Outras vezes, com relativa freqüência, após a desinfiltração, as lesões permanecem sob a forma de máculas eritematosas, planas, sobrevivendo novo surto reacional, com nova infiltração das lesões preexistentes e aparecimento de novas. A baciloscopia volta a se tornar positiva. O Mitsuda continua negativo. Na sucessão desses surtos podem as lesões assumir o aspecto de lesões lepromatosas e o caso de transforma clínica e estruturalmente em lesões desse tipo.

São assim nítidas as diferenças entre as duas variedades de lepra tuberculóide. De um lado, como dissemos, casos que preenchem todos os requisitos do polo tuberculóide, inclusive sua benignidade (é verdade que este termo é aqui aplicado quanto a alguns casos tuberculóides figurados com comprometimento neurítico, apenas sob o ponto de vista profilático); de outro lado, casos inteiramente diversos, instáveis, verdadeiramente transacionais, com uma freqüente tendência evolutiva para o tipo lepromatoso maligno. Sua separação do grupo de casos quiescentes, crônicos, benignos, estáveis dentro do tipo, parece-nos que está a se impor.

* * *

A lepra é uma doença, na grande maioria dos casos, de início e evolução lenta, crônica. Pode sofrer no decurso de sua evolução surtos agudos de ativação clínica, uma verdadeira evolução apressada, que incide dentro do mesmo tipo ou grupo. Estão neste caso os de lepromatização aguda, de ativação de lesões tuberculóides quiescentes, de ativação de lesões indeterminadas, que se infiltram e se pigmentam. Ao lado desses surtos de ativação ou piora, que se faz sempre e conservando sempre as mesmas características do tipo ou grupo a que pertencem, há surtos que se fazem com mutação do grupo para um tipo polar ou para outro grupo, no conceito da classificação de Tóquio. Isso sucede freqüentemente com o grupo indeterminado que pode sofrer abruptamente uma erupção de lesões maculosas, diferentes das primárias, se transformando no tipo lepromatoso. Foi o que publicou recentemente Brown e já anteriormente outros autores, e pelo fato da mutação abrupta se dar de um grupo para uma forma polar, foi denominada igualmente de *limitrofe* ou *dimorfo*.

Esta mutação do grupo indeterminado para o tipo lepromatoso, se processando em caráter abrupto, eruptivo, apenas mostra a instabilidade desse grupo, que, como sabemos, pode se definir para qualquer um dos tipos polares de maneira lenta ou abrupta, conforme já demonstrou magnificamente Lauro de Souza Lima e F. Mayon em sua monografia *sobre Lesões Indeterminadas*¹⁶. Da mesma forma, é do grupo indeterminado que tem origem, na maioria das vezes, os tuberculóides reacionais. E, segundo Wade, dessa mesma variedade tuberculóide reacional, através de "surto repetidos" é que tem sua origem os casos limítrofes. Mas se na maioria das vezes a lepra se inicia de maneira insidiosa, em progressão lenta, outras vezes, menos freqüentemente, se inicia em caráter agudo reacional. É assim, para o tipo lepromatoso, iniciando-se sem manifestação clínica aparente, por surto de eritema nodoso, com fada sua sintomatologia local e geral, objetiva e subjetiva. É assim, em doentes aparentemente sem manifestação clínica objetiva, que apresentam surto tuberculóide reacional. A observação através do tempo, a prática da clínica da lepra através dos anos, nos ensina que além das formas polares, nós temos dois grandes grupos instáveis, que em sua evolução se definem para um polo ou outro: um já clássico, admitido sem contestação, que constitui na maioria dos casos a primeira exteriorização clínica objetiva da enfermidade, e representado por manifestações cutâneas ou neuríticas, o denominado grupo indeterminado; outro, a variedade tuberculóide reacional, nela incluídos os casos limítrofes ou dimorfos, reúne igualmente um grande número de casos, que podem e estão nas condições de constituírem um grupo à parte dentro da classificação da lepra. Tanto quanto o grupo indeterminado, apresentam caráter transicional, que se orienta igualmente para os tipos polares de acordo com o estado imuno-biológico do organismo, revelado pelo resultado da lepromino-reação. Com a retirada desses casos do tipo tuberculóide, nós estamos dando de novo, às restantes variedades desse tipo, as verdadeiras características de polo benigno, antagônico ao tipo polar grave, lepromatoso. A diferença entre um grupo e outro é que o início de um é lento, sua evolução mais ou menos crônica, sujeita, além dos surtos de simples ativação, a surtos agudos reacionais mediante os quais se transforma no tipo lepromatoso ou no grupo tuberculóide reacional, com tendência evolutiva para a forma lepromatosa; o outro teria seu início sempre em caráter agudo reacional, seja primário, seja oriundo de casos indeterminados e sua evolução se faz, seja para uma quiescência e cura clínica, seja na sucessão de surtos, para uma mutação para o tipo lepromatoso,

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A lepra é moléstia que faz sua exteriorização clínica, tem seu prognóstico evolutivo, na dependência do estado imunobiológico do organismo, estado esse evidenciado pelo resultado da lepromino-reação. Dentro desse conceito é que se fundamentou a criação dos tipos polares: um grave, maligno, contagiante, sujeito a intercorrências agudas, menos sensível à terapêutica, de cura hipotética ou remota, sem resistência ou imunidade, lepromino-negativos; outro benigno, não contagiante, crônico em sua evolução, mais sensível à terapêutica, com tendência freqüente à cura espontânea, com alto grau de resistência ou imunidade, lepromino-positivos. Ambos são estáveis dentro de sua evolução e apresentam estrutura granulomatosa característica para cada tipo. Como forma intermediária, o grupo dos casos indeterminados, baciloscopia mais negativa que positiva, imunologia instável que orienta a evolução para os tipos polares, evolução que pode se fazer de maneira lenta para o tipo polar benigno, tuberculóide fixo, sub-aguda ou aguda para o tipo lepromatoso ou para a variedade tuberculóide reacional, assim como podem permanecer como tais — indeterminados — indefinitivamente. Constituem esses casos, na maioria das vezes, o

início da moléstia. Êsses tipos e essa forma clínica são geralmente de início crônico (excepção feita a certos casos lepromatosos que se exteriorizam clinicamente, com caráter agudo, reacional do tipo eritema nodoso), de evolução crônica, sujeita todavia a surtos de agudização ou ativação, de evolução apressada, mediante os quais a moléstia progride, se estende, se generaliza, mas sempre dentro do mesmo tipo. Contrariamente a êsse início e a essa evolução crônica, a lepra apresenta um grupo de casos, cujo início, primário ou secundário, se faz em caráter agudo, reacional e que apresenta características clínicas, bacterioscópicas, imunológicas e estruturais próprias, características essas que partilham freqüentemene dos dois tipos polares. São casos que constituem o grupo dimorfo e a variedade clínica denominada tuberculóide reacional. Êsse grupo e essa variedade clínica, instáveis em sua evolução, instabili- dade essa que se faz com grande freqüência na direção do tipo lepromatoso, apresentam por sua vez características particulares próprias a cada um, clínicas, histológica e imunológicas que, no decurso de sua evolução, se definem seja para uma mutação franca para o tipo lepromatoso, seja para a cura clínica. Ambos apresentam, sobretudo em seu início eruptivo, manifestações clínicas e quadros estruturais confusos — ao clínico e ao histopatologista — de modo que sua individualização se torna freqüentemente difícil ao leprologista o mais experimentado.

A lepra tuberculóide reacional (major), dentro da classificação vigente, é considerada uma variedade do tipo tuberculóide. Das características fundamentais dêsse tipo polar ela apresenta apenas a estrutura granulomatosa tuberculóide, assim mesmo com caracteres particulares de edema e vacuolização inexistentes nas outras variedades. Se casos existem, dentro dela, que são benignos em seu prognóstico, que evoluem para a cura, às vêzes até independente da terapêutica, a maioria, depois da permanência por largo tempo, nessa variedade reacional, apresentando surtos de recidiva, acabam por se transformar ou apresentar as características clínicas do grupo dimorto, e daí as do tipo lepromatoso. Permanecer ou manter essa variedade no tipo considerado benigno, não parece prático nem lógico. Por sua vez, a fraca incidência de casos do grupo dimorfo, a dificuldade de diagnóstico clínico e histopatológico dêsse grupo, que se apresenta mais como uma fase de transição para o tipo lepromatoso, não justifica constituir grupo de lepra autônomo e à parte. Imbricam-se de tal forma as características clínicas histológicas e evolutivas, dêsses casos, tuberculóides reacionais e dimorfo, que mais prático se nos parece agrupá-los para constituírem um grupo que pelas características que lhe são próprias, se enquadram nos casos transacionais, dimorfos, bipolar ou interpolar, limitante ou que outra denominação se queira dar. Êsse novo grupo, sabemos, a rigor, apresenta clínica e histològicamente, mas sobretudo imunològicamente, características de maior ou menor gravidade, de pior ou melhor prognóstico, que orientam sua evolução, seja para uma mutação lepromatosa, seja para cura clínica.

Nossa idéia, ao apresentarmos as sugestões que se seguem, não é a de que se proceda desde logo a uma modificação da classificação da lepra. Estamos no interregno de dois Congressos — o de Tóquio e o próximo, no Rio de Janeiro — e seria, além de prematuro, indelicado pretender modificar, decorridos apenas dois anos, a classificação atual, aprovada por leprólogos brasileiros presentes ao último Congresso. E sòmente uma sugestão para que o assunto seja melhor estudado e discutido e, caso se verifique ter fundamento, ser apresentada a modificação sugerida.

CONCLUSÕES

As conclusões dêste trabalho são as mesmas publicadas à página 75, no trabalho do Dr. Paulo Rath de Souza.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization — Expert Committee on Leprosy. First Report. Wld. Hlth. Org. Tech. Rep. Ser. N.º 71:19-22, 1953.
2. Madrid Congress. Technical Resolutions. Classification of leprosy. *Internat. J. Leprosy*, 21:504-516, 1953. Mem. VI Cong. Internac. Leprol., Madrid, 1953. Madrid, 1954, pp. 75-86.
3. COCHRANE, R. G. — Development of the lesions of leprosy with particular reference to tuberculoid leprosy and the significance of the lepromin test. *Internat. J. Leprosy*, 8:445-456, 1940.
4. KHANOLKAR, V. R. & COCHRANE, R. G. — Classification of leprosy, with special reference to macules. Mem. VI Cong. Internac. Leprol., Madrid, 1953. Madrid, 1954, pp. 1279-1283.
5. BROWN, S. G. — The clinical course of dimorphous macular leprosy in the Belgian Congo. *Internat. J. Leprosy*, 27:103-109, 1959.
6. RYRIE, A. — The macular syndrome in Nigeria. *Leprosy Rev.*, 19:35-39, 1948.
7. LENGAUER, L. — Leprosy in the Benin and Warri areas of Nigeria. *Leprosy Rev.*, 19:14-20, 1948.
8. WADE, H. W. — Dimorphous macular leprosy. A specific clinical application of «Dimorphous». *Internat. J. Leprosy*, 27:157-162, 1959.
9. WADE, H. W. — Tuberculoid changes in leprosy. II. Lepra reactions in tuberculoid leprosy. *Internat. J. Leprosy*, 2:279-292, 1934.
10. SCHUJMAN, S. — Reaccion leprosa tuberculoide. *Rev. Argent. de Dermatosisifilologia*, 19:44, 1935.
11. FERNANDEZ, J. M. M. — La reaccion leprosa tuberculoide. *Rev. Brasil. Leprol.*, 5:419-446, 1937.
12. SOUZA CAMPOS, N. — Lepra Tuberculoide Reacional. *Rev. Brasil. Leprol.*, 8:251-263, 1940.
13. RYRIE, G. A. — Acute ulcerative or sloughing tuberculoide leprosy. *Internat. J. Leprosy*, 6:153-159, 1938.
14. Informes de las Comisiones. Clasificación y nomenclatura. Mem. V Cong. Internac. Lepra. Habana, 1948. Habana, 1949, pp. 71 e 73.
15. WADE, H. W. & RODRIGUEZ, J. N. — Borderline tuberculoide leprosy. *Internat. J. Leprosy*, 8:307-332, 1940.
16. SOUZA LIMA, L. & ALAYON, F. — Sobre a significação patológica das lesões incaracterísticas (Maculares simples). Monografia. São Paulo, 1941.