

# CENSO IMUNOLÓGICO NO LAZARETO DE CONTRATAÇÃO (COLÔMBIA)

ALBERTO CARRILLO VILLAMIZAR

Em fins do ano de 1958, de passagem pelo "Lazareto de Contratación", o Dr. Nelson Souza Campos, Consultor da Oficina Sanitária Panamericana, de quem recebemos valiosas orientações no campo da leprologia, despertou nossa curiosidade para conhecer, até onde fôsse possível, o problema dos comunicantes infantis e as formas incipientes da moléstia nos leprocômios.

Com êsse propósito, dedicamo-nos ao rigoroso contrôle dermatológico dos menores residentes no "Lazareto", ao mesmo tempo que lhes era praticada a injeção de lepromina, com o propósito de realizar um censo imunológico da população infantil, mediante a reação de Mitsuda. Assim, foram cuidadosamente revisadas 1.206 crianças, entre sãs e doentes, tôdas comunicantes de doentes, na mais extrema promiscuidade, sem observar as mais elementares normas de higiene e sem a menor preocupação de evitar o contágio. Em tão lamentáveis condições sanitárias, era de se prever grande contagiosidade do mal, de se esperar que todos ou pelo menos grande maioria, apresentassem elementos cutâneos de lepra. E não foi assim. No desenvolver da pesquisa se fêz notória a escassez de lesões graves nas crianças revisadas, em contraste com uma abundante quantidade de cicatrizes residuais de lesões benignas que são hoje consideradas e aceitas como formas abortivas e vacinantes da doença<sup>4, 8, 10, 18, 18, 21</sup>.

É digno de se observar que em sua quase totalidade os revisados registravam forte antecedente de contágio entre seus ascendentes, fato êsse que induz a pensar em um aumento de algum possível fator hereditário de resistência, ou simplesmente em um mecanismo de premunicação, ou de imunidade adquirida precocemente, como parece indicar a curva ascendente de respostas positivas nos resultados da investigação lepromínica.

## PREPARAÇÃO DA LEPROMINA

O material para a prova da lepromina foi preparado em quantidade suficiente a fim de evitar que diferentes diluições ou variações na técnica alterassem a intensidade das respostas nas crianças examinadas. Os lepromas foram retirados de um só doente altamente bacilífero e depois levados ao banho-Maria durante meia hora, extraída a pele e a gordura, em seguida triturado em gral, sendo adicionado sôro fisiológico na proporção de 20 ml por grama de material; uma vez filtrado o material e estabilizada a emulsão foi passada ao autoclave a 120 graus centígrados pelo espaço de 20 minutos, sendo finalmente adicionado fenol a 0,5%.

## SIGNIFICADO DA REAÇÃO DE MITSUDA

É princípio geralmente aceito, que a reação de Mitsuda guarda marcada relação com o grau de defesa que o indivíduo possa apresentar ao bacilo de Hansen e sua utilidade não só se evidencia ao classificar as diferentes formas clínicas da enfermidade, mas também como base de um prognóstico quanto à evolução do processo e, em nosso caso, como índice do perigo a que se expõem as pessoas sãs conviventes com os internados nos sanatórios. Reação consagrada na Conferência Panamericana de Havana como "meio de valorização do critério imunológico, base fundamental da classificação e de importante significação prognóstica"<sup>10</sup>. Seu valor foi confirmado e ampliado pelo Comitê Técnico de Imunologia em comunicação ao VII Congresso Internacional realizado em Tóquio (1958), a fim de que a reação positiva de Mitsuda "seja considerada como a expressão de certo grau de resistência ao *M. Leprae*, resistência proporcional ao grau de positividade"<sup>11</sup>.

Dada a pequena quantidade de leituras realizadas entre as 24 e 48 horas depois de aplicada a lepromina, e a natural aversão dos pais e das crianças pelos freqüentes exames, vimo-nos obrigados a passar por alto a leitura da reação de Fernandez, limitando-nos a ler a reação de Mitsuda entre a quarta e a quinta semana depois da aplicação.

Como norma para a leitura da reação observou-se o tamanho da infiltração local, considerando-se como negativos (—) aqueles que não apresentavam reação eritematosa, nem infiltração palpável durante a leitura, como duvidosos (+) aqueles cuja resposta era tão mínima que só era percebida ao tato um elemento nodular do tamanho de um grão de arroz (1 a 2 mm). Os casos em que a reação alcançou tamanho mais aparente (3 a 5 mm) foram considerados positivos com uma cruz (+). Os que superaram êsse tamanho, porém não chegaram a supurar, foram registrados como positivos duas cruzes (++); e finalmente, aqueles que apresentaram reação focal suficientemente intensa a ponto de supurar, foram catalogados como fortemente positivos (+++)<sup>11</sup>.

Mereceu especial cuidado a exclusão de toda a possibilidade de super-infecção por piógenos e a propósito foi observada rigorosa assepsia na técnica da aplicação intradérmica de 0,1 ml da emulsão lepromínica. Não foram registrados casos de supuração ou reação aguda na primeira semana após a aplicação, salvo os fenômenos locais que alguns apresentaram como reação de Fernandez, os quais, porém, devido a seu reduzido número, não foram registrados no presente trabalho, conforme esclarecimento anterior.

## RESULTADOS OBTIDOS NA INVESTIGAÇÃO IMUNOLÓGICA

No quadro abaixo são apreciados os resultados da investigação antigênica praticada em 1.176 crianças sãs, donde se pôde extrair dados interessantes; os grupos se apresentam bastante equilibrados quanto ao sexo. Comparando os resultados positivos e negativos extremos observa-se que a positividade aumenta em relação com a idade; assim, as cifras negativas diminuem progressivamente à medida que a idade aumenta. Baseados nessa observação os totais se dividiram em dois grandes grupos: um negativo compreendendo os duvidosos e outro grande grupo reunindo os positivos com uma, duas e três cruces.

Tais resultados são observados mais claramente no gráfico anexo, onde são encontrados, em caracteres especiais, os níveis de positividade quanto aos sexos. Como nos quatro primeiros anos se verifica um aumento brusco de positividade para logo nos quatro anos seguintes ser observada uma flutuação que se repete aos doze anos, calculamos uma média percentual di-

RESUMO DOS DADOS OBTIDOS NO CONTRÔLE LEPROMÍNICO DAS CRIANÇAS DOS LAZARETOS

	Mitsu	0-4	5-9	10-14	15-18	Total
	da					
Femenino	+++	11	58	88	43	200
	++	9	30	33	16	88
	+	13	31	38	13	95
	±	9	19	29	9	66
	↪	103	37	23	32	165
Masculino	+++	11	40	58	30	139
	++	10	38	36	9	93
	+	9	17	25	4	55
	±	17	32	20	10	79
	↪	95	53	56	13	217
Femininos		145	175	211	83	614
Masculinos		142	180	195	66	583
Total		287	355	406	149	1197

vidindo-os em grupos de quatro anos, com os resultados registrados em linhas interrompidas, nas quais se aprecia um notório paralelismo quanto aos níveis encontrados entre os sexos.

INTERPRETAÇÃO DE DADOS E COMPARAÇÃO COM OUTROS DADOS BIBLIOGRÁFICOS

Esses resultados, ainda que não comprovados, fariam pensar na relação que numerosos autores constataam, quanto ao índice de aparecimento da doença, que é sempre mais notório nos homens, havendo ainda opiniões de que comumente, nas mulheres são encontradas modalidades clínicas de menor malignidade<sup>3, 9, 10</sup>.

Os dados da investigação lepromínica, por outra parte, parecem estar em certa oposição aos resultados obtidos por alguns autores, como Rotberg e Lara, os quais concluem que as respostas positivas à lepromina são iguais, tanto para os homens como para as mulheres.

A. Rotberg referindo-se a 323 filhos de doentes, nos quais praticou a reação de Mitsuda, encontrou 5% de positividade nos 3 primeiros anos; 25% nos 3 segundos, aos 9 anos registra 42%, aproximadamente, e entre 10 e 15 anos, 62%, em média. Entre os adultos a positividade chegou a 90% 15. Como se pode ver, as percentagens de positividade são semelhantes aos achados de nossa pesquisa, especialmente no que se refere aos primeiros anos de vida.

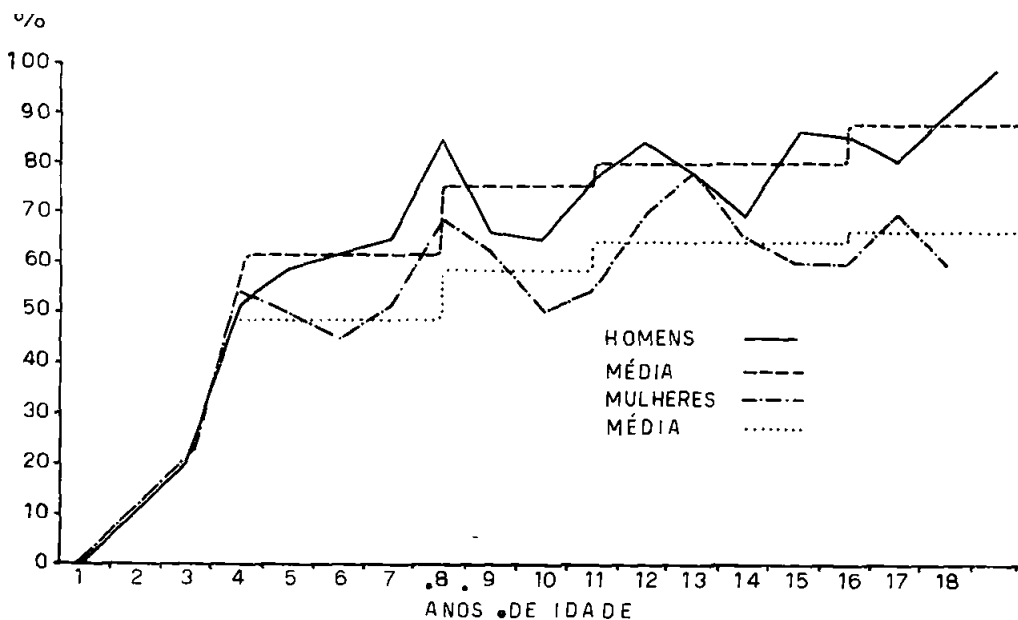
Chiyuto encontrou absolutamente negativas as reações no primeiro ano de vida; 52,9% até os 2 anos; 66,6% de 2 a 3 anos e 100% positiva depois dos 3 anos<sup>5</sup>.

Muir, Tajiri e Fernandez encontraram dados similares aos anteriores, apresentando discordância no que se refere aos últimos anos<sup>5</sup>.

#### POSSÍVEL ORIGEM DA POSITIVAÇÃO

Baseado no estudo de 1.529 reações de Mitsuda, Rotberg<sup>15</sup> inclina-se a crer em uma "lesão primária de lepra" que seria a causa determinante dessa positividade, tratando-se de uma sensibilização ao *M. Leprae*. Quanto à falta de reatividade frente ao bacilo, afirma mais adiante: "A anergia leprosa é a resultante da incapacidade congênita de reagir com o estado imuno-alérgico à infecção pelo bacilo de Hansen..." "parecem estar na dependência exclusiva de fatores herdados".

#### POSITIVIDADE DA REAÇÃO DE MITSUDA EM PESSOAS SÃS DO LAZARETO DE CONTRATAÇION"



Azulay emite igual opinião sobre experiências realizadas com lepromina entre 1944 e 1955<sup>2</sup>: "A positividade da reação é nula durante o primeiro ano de vida, mas aumenta gradualmente com a idade, provavelmente à custa de contatos com o *Mycobacterium leprae* ou *Mycobacterium tuberculosis*, ou outros fatores ainda desconhecidos".

Souza Campos opina que, em geral, não se deve herdar uma imunidade que decresce nos três primeiros anos, sendo substituída pela imunidade adquirida, que aumenta durante a vida <sup>23</sup>.

O Prof. Bejarano<sup>3</sup> é da mesma opinião, segundo nossas estatísticas, sobre maior frequência da doença na criança do que na mulher e que nas zonas endêmicas se manifesta crescente resistência à infecção.

#### CASOS DE LEPRO ENCONTRADOS DURANTE A REVISÃO

A seguir apresentamos breve estudo dos casos de lepra encontrados durante a revisão dermatológica, entre os quais se faz notória a ausência de casos lepromatosos novos; os que figuram nos quadros correspondem a histórias clínicas já existentes no Dispensário e que em sua totalidade chegam a 14, o que vem a ser 20,9% sobre o total de crianças doentes (67 casos: 5,7% da população infantil).

Em 1956, o Prof. J. Bejarano registrou 21 doentes entre as idades de 1 e 9 anos e de 106 entre 10 e 19 anos, no Lazareto de Contratación, em relação com um total de 1.574 doentes de lepra do Lazareto<sup>3</sup>. Em 31 de dezembro do ano anterior sobre 4.365 doentes de lepra recolhidos em Agua de Dios se encontravam 32 menores de 9 anos e 308 entre 10 e 19 anos.

Se estabelecermos uma comparação entre os dados anteriores e os atuais, fornecidos pelo Serviço de Estatística do "Lazareto de Contratación", podemos observar que sobre 1.400 enfermos só 76 são menores de 19 anos, dos quais 30 são mulheres. No ano de 1956 registrou-se 8,6% de menores doentes em Contratación e 7,79% no "Lazareto de Agua de Dios", sendo que no momento só alcançam 5,44% sobre o total de doentes em Contratación e 5,39% em relação à população infantil (1.176).

Sobre o assunto é interessante comparar os dados obtidos no censo com o movimento dispensarial do ano de 1959, conforme dados do Instituto Frederico Lleras, no qual sobre um contróle de 35.650 comunicantes foram encontrados 1.499 casos novos, ou seja 4,2%.

Os casos de lepra incompleta encontrados durante a revisão foram raros e acrescentados aos já existentes no Dispensário, somaram 25, ou seja, 37,31% do total da população infantil hanseniana.

Quanto aos casos de lepra tuberculóide infantil, que constituíam o principal objetivo da revisão, poderíamos dizer que os resultados foram desconcertantes, se considerarmos como tais os casos encontrados com cicatrizes residuais de tuberculóides.

Sobre 67 histórias de doentes de lepra menores de idade, 28 eram do tipo tuberculóide, e se a esses casos juntarmos 73 casos com cicatrizes residuais tuberculóide abortiva, teremos 101 casos, ou seja 72,14% sobre o total de doentes com menos de 19 anos.

O Dr. J. I. Chala, em 1946<sup>4</sup> encontrou 9,35% de tuberculóides (crianças e adultos) entre 513 casos estudados, fazendo a propósito um comentário de interesse para nossos estudos: "Os dados epidemiológicos confirmam a tese de que as formas lepromatosas indicam atividade da endemia. Entretanto, a tuberculóide seria uma forma clínica especial da doença, própria de organismos dotados de certa resistência específica para o bacilo de Hansen".

## ENFERMOS DE LEPRO MENORES DE 18 ANOS (1958-1959)

Anos		Anos	
1 -- Q.M.A.	8 -- Tbc. figurada	35 -- B.B.A.M.	5 -- Incaracterística
2 -- C.M.R.	8 -- Incaracterística	36 -- M.O.B.	6 -- T. figurada
3 -- C.S.	9 -- Cicat. T. Sarc.	37 -- G.C.L.F.	6 -- Cicat. T. Nodul.
4 -- G.C.M.E.	9 -- Cicat. T. Liquen.	38 -- M.H.	7 -- T. figurada
5 -- G.E.M.I.	11 -- Incaracterística	39 -- L.S.L.F.	8 -- T. figurada
6 -- M.S.B.	12 -- Lepromatosa	40 -- C.L.A.	8 -- T. Liquenóide
7 -- R.M.H.	12 -- Lepromatosa	41 -- A.G.A.	8 -- Incaracterística
8 -- G.B.T.	12 -- Lepromatosa	42 -- L.O.V.	9 -- Incaracterística
9 -- C.M.C.	12 -- Cicat. T. Nodul.	43 -- R.N.	10 -- T. Figurada
10 -- R.R.M.R.	12 -- Cicat. T. Nodul.	44 -- V.C.P.	10 -- T. Liquenóide
11 -- C.B.M.	12 -- T. figurada	45 -- S.G.R.	10 -- Incaracterística
12 -- F.A.M.	12 -- T. figurada	46 -- T.V.B.	10 -- Lepromatosa
13 -- C.L.O.	13 -- T. figurada	47 -- C.J.J.R.	11 -- Lepromatosa
14 -- V.G.M.I.	13 -- T. figurada	48 -- B.D.P.A.	12 -- Lepromatosa
15 -- A.R.M.	13 -- Incaracterística	49 -- T.F.J.E.	12 -- Lepromatosa
16 -- R.R.M.I.	13 -- Incaracterística	50 -- B.G.L.J.	12 -- Incaracterística
17 -- O.O.L.R.	13 -- Incaracterística	51 -- M.N.M.	12 -- T. neural
18 -- S.F.B.	13 -- Incaracterística	52 -- Q.R.P.A.	12 -- Incaracterística
19 -- G.C.R.	14 -- Incaracterística	53 -- G.C.H.	12 -- T. figurada
20 -- C.A.I.	15 -- Incaracterística	54 -- L.L.	13 -- T. figurada
21 -- F.M.Z.	15 -- Lepromatosa	55 -- A.O.E.	13 -- T. figurada
22 -- A.A.L.	15 -- Lepromatosa	56 -- D.J.A.	13 -- Lepromatosa
23 -- L.B.M.	15 -- Lepromatosa	57 -- O.C.J.	14 -- T. figurada
24 -- P.P.A.J.	15 -- Incaracterística	58 -- J.C.N.	14 -- Incaracterística
25 -- M.H.G.	16 -- Incaracterística	59 -- S.V.	14 -- T. Neural Cicat.
26 -- G.P.II.	16 -- Incaracterística	60 -- M.N.R.	15 -- Incaracterística
27 -- R.B.M.E.	16 -- Lepromatosa	61 -- V.G.I.	15 -- Incaracterística
28 -- T.S.I.	16 -- T. Neural	62 -- S.A.	15 -- T. Sarcóide
29 -- M.M.A.	17 -- Lepromatosa	63 -- M.R.E.	16 -- Incaracterística
30 -- R.R.H.	17 -- Incaracterística	64 -- L.M.J.	16 -- Incaracterística
31 -- G.T.R.	2 -- T. Nodular	65 -- C.R.C.	17 -- Lepromatosa
32 -- E.J.C.	3 -- T. Nodular	66 -- M.P.R.H.	17 -- Lepromatosa
33 -- M.R.	3 -- T. Nodular	67 -- P.G.J.	13 -- Incaracterística
34 -- P.G.	3 -- T. Nodular		

Assim resumido:

Idade	Tuberculóide				Incaract.	Lepromatosa	Total
	Fig.	Sarc.	Nod.	Neural			
0- 5	0	0	4	0	1	0	5
6-10	4	1	1	1	3	0	10
11-15	8	1	1	3	14	11	38
16-18	4	0	0	0	6	4	14
Total	16	2	6	4	24	15	67

## QUADRO COMPARATIVO DE CRIANÇAS SAS E DOENTES

Total de crianças examinadas (sãs e doentes)	1.243
Doentes de lepra, menores de 18 anos	67 ( 5,39%)
Cicatrizes de tuberculóide infantil	73 ( 5.87%)

## CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES MENORES DE 18 ANOS

Tuberculóides: Nodulares	8
Líquênóides	3
Sarcóides	2
Figurados	12
Neurais	3
Total	28 (41,79%)
Incaracterística	25 (37,31%)
Lepromatosos	14 (20,90%)

## LEPRA TUBERCULÓIDE INFANTIL (REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA)

Em estudos sobre lesões iniciais de lepra infantil, Lara e Vera descreveram, em 1935, pela primeira vez, lesões de lepra nodular infantil. Porém, foi em 1937 que Souza Campos estudou detalhadamente a origem, a clínica, a histologia, a bacteriologia e as condições imunoalérgicas em que se desenvolvem as lesões incipientes da lepra nodular, assim como seu prognóstico essencialmente benigno.

Na bibliografia colombiana encontramos um estudo das lesões tuberculóides infantis, realizado pelo Prof. Chala, publicado em 1946 na Revista da Faculdade de Medicina da U.N.; considera essas lesões como uma forma "monossintomática e abortiva" da infecção, conceituando que a sua freqüência entre os comunicantes fala bem claro do alto grau de contagiosidade da doença, ao mesmo tempo que demonstra a grande resistência verificada em áreas endêmicas, nesse grupo etário.

Clinicamente, classifica os elementos em três grandes grupos: um compreendendo nódulos, elementos papulóides e elementos tuberóides, outro constituído por elementos líquênóides e finalmente o grupo das formas sarcóides.

Considera a lesão inicial como uma formação que aumenta progressivamente de tamanho; assim, a pápula que inicialmente pode se assemelhar a uma de prurido, vai crescendo até formar uma pápula de maior tamanho e logo um nódulo eritematoso túmido, de aspecto infiltrado, de superfície lisa, brilhante e, geralmente, solitário, situado em lugares expostos ao contato, como no rosto, braços e nádegas. Após alguns meses atinge maior tamanho, começando o período de reabsorção para terminar deixando apenas como vestígio uma pele atrofica e enrugada, deprimida ao tato, que constitui a "cicatriz vermicular de Rabello", que na maior parte dos casos permite um diagnóstico retrospectivo de lesões antigas de lepra abortiva.

Simulando eczematites foliculares, pitíriasis rubra pilaris, sífilides líquenóides ou líquen escrofuloso, observa que podem se apresentar as formas líquenóides da lepra que são igualmente uma forma infantil e cuja formação guarda relação com alguma placa discrômica e que desaparece ao cabo de

uns meses, deixando, entretanto, máculas discrônicas. Descreve, também, os tipos sarcóides que podem simular "angiolupóides do tipo Brock-Pautrier", telangiectásicos, de pele lisa, únicos ou múltiplos.

Quanto à coloração, descreve: rosados, côr de amora, violáceos ou amarelos, podendo, por vitropressão, assemelhar-se ao lúpus vulgar.

Nas fases iniciais, a bacterioscopia positiva é possível, tornando-se negativa até o final da evolução, ao passo que se manifesta uma reação positiva à lepromina; êsses dados configuram o quadro de lesões típicas da infância e características das formas tuberculóides benignas<sup>4</sup>.

O Dr. Nelson Souza Campos apresentou, em 1938, ao Congresso de Lepra do Cairo, um estudo pormenorizado das formas infantis da lepra, intitulado: "Lepra Tuberculóide na Criança", onde alguns capítulos se revestem de especial importância, definindo muito nitidamente o quadro clínico característico da doença.

"A lepra tuberculóide primária (lepra clinicamente tuberculóide) é caracterizada por aspecto clínico e histológico próprio, pelo índice de sedimentação baixo, pela raridade ou ausência de germes, pelo seu prognóstico benigno e pela sua positividade constante do "leprolin-teste".

É interpretada não sômente como uma forma clínica bem delimitada, como também uma entidade imunobiológica e um estado de verdadeira defesa do organismo ante o embate do bacilo de Hansen.

"Os casos que apresentam todos êsses sinais, constituem, sem dúvida, uma forma de lepra bem determinada e à parte, quando as lesões sô resultam de reações de defesa do organismo, em face da infecção e de uma manifestação evidente de alergia e de imunidade".

Baseado na conformação dos elementos dermatológicos, classifica-os em quatro grandes grupos:

- a) Lesões nodulares
- b) Lesões papulóides
- c) Lesões liquênóides de pápulas miliares
- d) Lesões clássicas subdivididas em: maculosas e tipo sarcóide de Boeck.

Descreve as lesões nodulares como os elementos mais incipientes da lepra tuberculóide nas crianças.

"Apresentam-se como formas nodulares bem determinadas, sempre isoladas, de superfície lisa, brilhante e de aspecto túmido".

Iniciam como pápulas anêmicas mais ou menos semelhantes às de *Estrophulus*, que crescem rapidamente, levando alguns meses para atingir o tamanho de uma ervilha:

"São de coloração eritêmato-violácea, arredondadas, duras ao toque, ligeiramente elevadas em relação à pele sã".



Existem diferenças clínicas apreciáveis pela vitropressão e que permitem separá-las das lesões lúpicas:

"Não se obtém a coloração corrente amarelo-geléia das lesões lúpicas, mas somente uma ligeira isquemia à volta da lesão de cor rosada. Diferem, ainda, dos nódulos lúpicos na prova do estilete "rombe", onde não apresentam aspecto friável".

A histologia corresponde em todos os casos a um granuloma do tipo tuberculóide e em alguns é similar ao sarcóide de Boeck. A baciloscopia é inicialmente positiva, porém, logo se torna negativa. Evoluem por reabsorção e só deixam uma cicatriz deprimida, de bordas regulares bem limitadas, redonda ou oval<sup>18</sup>.

Os elementos papulóides têm uma evolução similar à anterior, porém alcançam maior tamanho, sendo notório um halo acrômico ou hipocrômico à volta da lesão. A cicatriz que deixam é, naturalmente, maior.

Descreve muito claramente as lesões liqüenóides como constituídas por pápulas foliculares confluentes, dispersas ou isoladas, do tamanho de uma cabeça de alfinete, brilhantes, rosadas, amarelas ou eritematosas; a lesão, geralmente, é fraca, sem infiltração, a menos que seu número seja muito grande e se tornem confluentes. Quando desaparecem deixam uma zona hipocrômica; como peculiaridade especial têm tendência a se apresentarem nas crianças de maior idade, adolescentes e adultos.

Tôda pesquisa à procura de bacilos tem sido infrutífera.

Antes do Congresso do Cairo (1938), apareceu uma publicação de Souza Lima e Souza Campos, sobre os aspectos clínicos e evolução das manifestações precoces da lepra, dividindo a classificação em três grandes grupos:

- a) lesões próprias da infância: tuberóides, papulóides e liqüenóides;
- b) lesões comuns a crianças e adultos, entre as quais são incluídas juntamente aos sarcóides, as lesões tricofitóides, ou seja, as anulares típicas de lepra tuberculóide, definindo assim os sarcóides:

"Essas lesões se apresentam em placas elevadas, túmidas e de superfície irregular, de cor avermelhada, redondas, ovais ou de formas irregulares com distúrbios da sensibilidade".

Descrevem as lesões tricofitóides ou anulares como as clássicas placas de centro hipocrômico, bordas nítidas formadas por micropápulas que os tornam mais realçados, eritematosos ou não e com distúrbios da sensibilidade<sup>21</sup>.

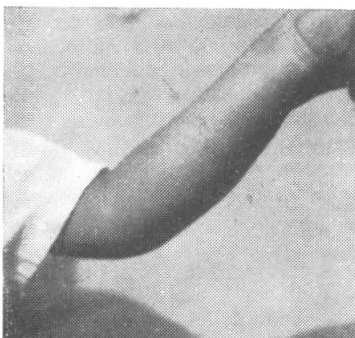
#### CASOS DE LEPRO NODULAR TUBERCULÓIDE INFANTIL

Nossa coleção se iniciou com um caso diagnosticado em outubro de 1958 pelo Dr. Souza Campos e os subseqüentes foram aparecendo no curso de inquérito dermatológico no transcurso de um ano.

CASO 1 — Ficha clínica 021. R.G., de 2% anos. Filho de pai fortemente lepromatoso, bacífero, operário, com quem viveu desde seu nascimento, em péssimas condições ambientais. A mãe é sã, porém os avós maternos são doentes do mal de Hansen, tendo convivido muito freqüentemente com o neto, sem que houvesse preocupação de evitar o contágio.

Revisado pela primeira vez em 13 de outubro de 1958, foram encontradas lesões nodulares de lepra tuberculóide infantil nas nádegas, pernas e an-

tebraços; no antebraço esquerdo havia duas lesões, uma na face posterior, quase totalmente reabsorvida, onde só se observava a típica cicatriz residual, de pele atrófica, enrugada, deprimida, com margens nítidas e um halo hipocrômico periférico.



Na face anterior do mesmo antebraço esquerdo havia um nódulo ou, mais propriamente, uma pápula de um centímetro de diâmetro, de pele lisa, tensa e levemente vascularizada. Ao tato apresentava consistência de infiltração branda, não aderente aos planos profundos e de coloração amarelo-pardo.

A baciloscopia cutânea tomada dessa pápula foi positiva (+++) para o bacilo de Hansen e negativa do muco nasal. O material para biopsia foi retirado e ministrado tratamento para piodermite associada que desapareceu na semana seguinte.

Mediante dados fornecidos pela mãe verificou-se que esses elementos dermatológicos começaram a se apresentar em junho de 1958; a baciloscopia negativa foi registrada em janeiro de 1959.

Até o mês de julho de 1959 desapareceram os elementos nodulares das nádegas e das pernas em número de três e duas, respectivamente, só persistindo a da face anterior do antebraço esquerdo que na ocasião começava a apresentar centro deprimido, perdendo sensivelmente tensão e infiltração; a cor amarela tornou-se mais escura.

A reação de Mitsuda, aplicada em outubro de 1958, não chegou à supuração, possivelmente por ter sido aplicada com muita profundidade, porém, o nódulo subcutâneo produzido foi suficientemente notório para a leitura acusar duas cruzes (++). No mês de março de 1959 foi novamente praticada a leprominoreação com resultados francamente positivos. Considerando-se que a evolução geral da lepra tuberculóide nodular infantil é benigna e de cura espontânea, não foi ministrado tratamento específico ao pequeno paciente<sup>1, 4, 10, 19</sup>.

Controlado em janeiro de 1960, apresentava um nódulo quase totalmente extinto, conservava uma leve infiltração com elevação das bordas, de onde foi retirado material para uma nova biopsia. A lesão havia se tornado bastante mais escura e a baciloscopia da pele e muco continuava negativa. Na cicatriz da face posterior do antebraço esquerdo o halo hipocrômico periférico era pouco visível, porém evidente. Nas duas cicatrizes do antebraço esquerdo era observada a característica sensação de falta de tecido subcutâneo. A evolução, aproximada, da lesão da face anterior do antebraço esquerdo foi de 18 meses, enquanto que a lesão da face posterior do mesmo antebraço durou uns 4 meses, tal como a das pernas e nádegas.

Atualmente, continua em íntima convivência com seu pai, lepromatoso, avós maternos e duas tias maternas, igualmente doentes de lepra.

A baciloscopia não foi positivada em nenhum dos últimos exames, bem como não se apresentaram outros sinais suspeitos de forma evolutiva de lepra. Ao exame clínico geral não foram encontrados gânglios hipertrofiados. Foi verificado um intenso parasitismo intestinal e os dentes se encontravam em péssimas condições. Em 31 de março de 1960, chegou-nos um relatório do Instituto Carlos Finlay, correspondente à biopsia tomada das bordas da cicatriz, com o seguinte resultado: "M. 3351 — R.G. Epiderme normal. Derme com granulomas tuberculóides e presença de células gigantes.Ziehl-Paraco: negativo".

Caso 2 — P.S.G. Ficha 49. Nascido em 15-4-1956; pai lepromatoso. Convive com os avós paternos, lepromatosos, em péssimas condições de higiene. Seu aspecto geral era de desnutrição, e estava fortemente infestado de parasitos intestinais. Revisado inicialmente em novembro de 1958, não apresentava sinal dermatológico suspeito de lepra. A lepromino-reação praticada naquela oportunidade foi negativa.

Em outubro de 1959 apresentou-se novamente no consultório, para revisão, e foi observado um elemento papulóide eritematoso pardo, regularmente infiltrado com superfície de pele lisa saliente sobre a pele circundante. Notava-se um círculo hipocrômico peripapular.

Segundo dados fornecidos pela mãe, verificou-se que esse elemento havia se apresentado há dois ou três meses. O elemento a que nos referimos se achava localizado no cotovelo direito. Revisado o resto do corpo não foi encontrada lesão similar nem nodular subcutânea suspeita de lepra. A exploração do sistema linfático também não apresentou dados sobre engorgitamento, fora alguns elementos ganglionares cervicais. Foi praticada lepromino-reação de controle e então se manifestou positividade com duas cruces (++). A baciloscopia para muco nasal foi negativa, porém, na pele tomada de elemento papulóide do cotovelo foram encontrados alguns bacilos, embora em pequeno número.

A biopsia tomada em 11-1-1960 foi descrita da seguinte forma : "M. — 3.309 — G.P., de 3 anos, lesão tuberculóide nodular do cotovelo direito, baciloscopia positiva. Mitsuda positivo, evolução 3 meses. Resultado: a epiderme aparece com sua espessura habitual. Na pele há um infiltrado difuso, sem formações tuberculóides, composto, principalmente, de linfócitos. O Ziehl-Faraco foi negativo para bacilos. O quadro que se observa não é o que observamos em casos anteriores, entretanto julgo que se poderia classificar de tuberculóide. (a) Dr. Gast Galvis, Diretor do Instituto Carlos Finlay".

Controlado pela última vez, em março de 1960, foi observado que a lesão do cotovelo se achava em fase de franca reabsorção, pele franzida ou enrugada com apreciável atrofia central e um círculo hipocrômico periférico pronunciado.

Repetidas baciloscopias praticadas depois do primeiro exame foram negativas, não sendo encontrado outro elemento similar ou nodular incipiente que fizesse suspeitar a formação de novos elementos. O tempo aproximado de evolução do elemento único do cotovelo pode ser avaliado em 8 meses.

CASO 3 — E.V. — Ficha 063. 3 anos de idade. Filho de pais lepromatosos. Sempre viveu com seus pais, desde o nascimento, em extremas condições de pobreza e promiscuidade. Em julho de 1959, ao ser praticada a revisão dermatológica rotineira, foram encontrados dois elementos papulóides de lepra tuberculóide nodular infantil, localizados na região direita do mento. O elemento de maior tamanho era de aparência papulóide, de pele lisa e com pequena ramificação vascular; ao tato dava a sensação de uma infiltração média, de cor eritematosa parda; apreciando-se na periferia da pápula um tênue halo hipocrômico; o elemento media, aproximadamente, 1 centímetro. A baciloscopia foi negativa em tôdas as investigações.



O segundo nódulo, próximo ao primeiro, medindo aproximadamente 1 milímetro, tinha aparência similar ao anterior, exibindo, também, um pequeno halo hipocrômico periférico; sua evolução foi mais curta, pois, praticamente, desapareceu 6 meses depois.

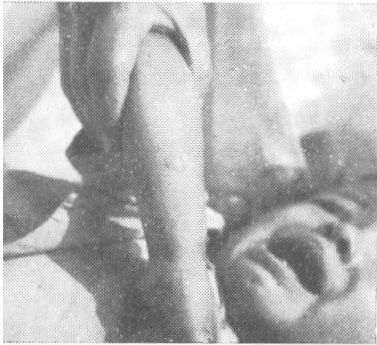
Na face posterior do cotovelo direito existem outros elementos, dois dos quais são papulóides e outros, em maior número, microfoliculares; a duração aproximada desses elementos foi a mesma da lesão do mento, desaparecendo sem deixar cicatriz apreciável, exceto uma sensação de depressão ao tato.

Controlado pela última vez em março de 1960, verificou-se total desaparecimento da lesão satélite do mento e dos elementos existentes no cotovelo direito; a lesão papulóide que persistia na região do mento, à direita, estava quase completamente reabsorvida. Sua pele era enrugada, deprimida no centro, percebendo-se um halo hipocrômico periférico. A baciloscopia continuava negativa e a resposta à lepromina apresentava-se fortemente positiva, com três cruces (+++).

Sem tratamento específico, a evolução de quase tôdas as lesões, até à cura clínica, realizou-se em um tempo aproximado de 9 meses.

A biopsia apresentou o seguinte resultado: "M. 3.355: E.V. Epiderme de aspecto normal. Intenso infiltrado da pele com granulomas tuberculóides e células gigantes. Ziehl-Faraco negativo. (a) A. Casti Galvis — Instituto Carlos Finlay".

CASO 4 M.R. Ficha 064. Sexo masculino, 3 anos. Filho de pais lepro-  
natosos, com os quais conviveu desde o nascimento. Em setembro de 1959



observou-se à borda cubital do antebraço direito um elemento papular de 1 centímetro de diâmetro, bordas em relêvo, infiltrado de cor eritematosa parda com tendências ao violáceo, ligeiramente deprimi-lo ao centro. O halo hipocrômico ao redor da lesão era pouco perceptível. A baciloscopia foi negativa e a reação de Mitsuda acusou uma forte positividade de três cruces (+++). Controlado em dezembro de 1959 notou-se o elemento anterior com a parte central francamente deprimida, e a pele enrugada no elemento papulóide; a

coloração era francamente mais escura e a consistência mais branda. A baciloscopia de controle, realizada pela segunda vez, foi igualmente negativa. Procedida cuidadosa revisão dermatológica em todo o corpo não foram encontradas lesões similares ou suspeitas de novos elementos de lepra. Em 11-3-1960 foi feita biopsia, com o resultado seguinte: "M. 3.352 — R.M. Epiderme normal. Na derme, intenso infiltrado linfocitário e granulomas tuberculóides com células gigantes. Ziehl-Faraco negativo. (a) A. Cast Galvis, Diretor do Instituto Carlos Finlay". O exame clínico geral acusou: dentes em péssimas condições, adenopatia cervical e aspecto geral de desnutrição, e uma "coxa vara" bastante notória. Não foi ministrado tratamento específico contra o bacilo de Hansen, que evoluiu até a reabsorção, num período aproximado de 8 meses. No momento, abril de 1960, só as bordas da lesão apresentam-se ligeiramente realçadas e cor de vinho. O centro está completamente deprimido e ao tato dá a sensação de ausência do tecido elástico subdérmico.

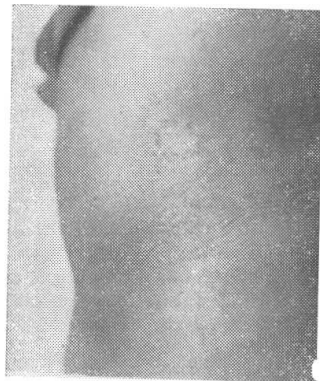
CASO 5 C.L.A. Ficha 055. Sexo masculino. Nascido em junho de 1951. Mãe lepromatosa e avô materno hanseniano. Nasceu e se criou em zona rural em íntima convivência com seus parentes doentes, sempre em más condições sanitárias. Seu estado geral era satisfatório. Segundo dados fornecidos por sua própria mãe, soube-se que há um ano, mais ou menos, foi notada mancha circular eritematosa na nádega direita que, progressivamente, foi se realçando e tornando mais escura sua cor eritematosa. Em outubro de 1959 foi encontrado um elemento liqüenóide, eritematoso amarelado, composto de numerosas micropápulas, especialmente evidentes nas bordas. O tamanho aproximado era de 2 centímetros de diâmetro. As bordas eram nítidas e o centro deprimido e de pele atrófica. Era evidente a anestesia no centro da lesão.



Na região ilíaca direita encontrava-se uma placa acrômica, de pele atrófica, com reação histamínica incompleta e francamente anestésica. Tratava-se de uma cicatriz residual de um antigo elemento liqüenóide, assunto que será abordado novamente.

A reação de Mitsuda praticada em novembro de 1959 deu forte positividade, três cruces (+++). A baciloscopia da lesão foi negativa em diferentes oportunidades. Em março de 1960 foi realizada uma biopsia, com os seguintes resultados: "M. 3.354. A.C. Epiderme normal. Pele com granulomas tuberculóides, células gigantes. Ziehl-Faraco, negativo. (Instituto Finlay)". Controlado em abril de 1960, a lesão se encontrava totalmente sombreada, restando apenas uma distrofia da pele com acromia e anestesia e reação de histamina incompleta.

CASO 6 — P.C.V. Ficha 048. 10 anos de idade. Apresentou-se em outubro de 1959 para revisão dermatológica, quando foi descoberta uma lesão liqüenóide, ovalada, de uns 3 centímetros de diâmetro, composta por micropápulas de cor eritematosa parda, particularmente notórias nas bordas. O centro da lesão apresentava pela acrômica, atrófica e anestésica. As bordas são nítidas, notando-se um pequeno halo hipocrômico.

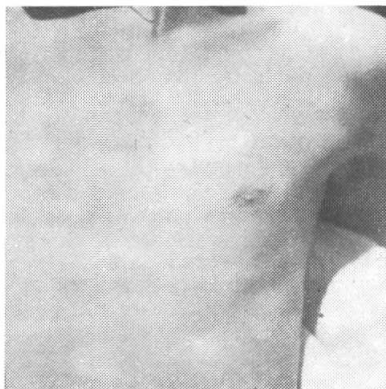


Segundo dados fornecidos pela avó (lepromatosa), soube-se que a placa liqüenóide a que nos referimos, começou a se formar há um ano. Apenas há dois anos foi trazido ao Lazareto; os oito anteriores foram passados em convivência com dois tios doentes de lepra, residentes fora desse hospital. A lesão descrita estava localizada na região dorsal direita e as pesquisas realizadas em busca de novas lesões, ou outras similares de lepra foram negativas. A reação de Mitsuda praticada em outubro de 1959 deu resultado intensamente positivo três cruces (+++). As investigações microscópicas em busca de bacilo de Hansen foram negativas. A biopsia realizada em 11 de janeiro de 1960 apresentou o seguinte resultado: "M. 3.308. P.V. Epiderme de aspecto normal. Derme infiltrada com granulomas tuberculói-

des apresentando células gigantes e linfócitos. A prova Ziehl-Faraco foi negativa. Lepra tuberculóide. (Inst. Finlay)". Repetida a biopsia em março de 1960, registrou um resultado parecido: "M. 3.353 — P.C.V. Epiderme normal. Derme com infiltração linfocitária discreta e granulomas tuberculóides. Ziehl-Faraco negativo. (Instituto Finlay)". Na última revisão praticada em abril de 1960 só restava uma tênue borda de micropápulas sobre uma placa de pele atrófica, acrômica e anestésica, com reação de histamina incompleta. Sem tratamento o caso evoluiu em 18 meses, aproximadamente, se dermos por certos os dados fornecidos pela avó.

CASO 7 — A.S. Ficha 053. 15 anos. Pai e mãe doentes do mal de Hansen; há 3 anos foi internado no Asilo "San Bernardo" (Guacamayo) para filhos de doentes.

Em janeiro de 1959 foi encontrada uma lesão de 3 centímetros de diâmetro, mais ou menos circular, de bordas nítidas, saliente sobre a pele da região glútea esquerda, centro deprimido, atrófico, acrômico e hipoestésico, as bordas bem definidas eram constituídas por micropápulas fortemente confluentes e de coloração eritematosa parda. Não chegou a obter dados sobre o início, já que o próprio paciente ignorava a existência da referida lesão. A evolução, em geral, foi muito lenta e com pouco aumento em extensão até à periferia. A exploração clínica geral não oferece dados de anormalidade. O sistema linfático também se encontra clinicamente normal e não se lembra de haver sentido sintomatologia pulmonar. A baciloscopia foi negativa para o bacilo de Hansen e a reação de Mitsuda foi intensamente positiva (+++).



A biopsia tomada em janeiro de 1960 apresentou o seguinte resultado: "M. 3.306. A.S., 15 anos. Lesão tuberculóide benigna com um ano de evolução. Resultado: em um fragmento de pele é observado adelgaçamento da epiderme. Na derme se observa infiltrado de tipo tuberculóide, mais intenso onde a epiderme está ausente. Esse infiltrado é de aspecto difuso. Lepra tuberculóide. (Inst. Finlay)".

Em março de 1960 repetiu-se a biopsia e os resultados foram os seguintes: "M. 3.350. A.S. Epiderme normal. Derme com granuloma tipo tuberculóide. Ziehl-Faraco negativo. (Inst. Finlay)". Atualmente a lesão se apresenta com muito pouca reabsorção e a baciloscopia continua negativa. Este caso, por apresentar um único elemento e pela sua morfologia, enquadra-se na classificação de sarcóide, porém por sua conformação e sua

extensão poderia se assemelhar a um tipo de lepra tuberculóide figurado, como o que ilustra a fotografia retro, de doente de 14 anos, que depois de haver ingerido algumas doses de BCG oral, apresentou forte reativação de lesões antigas, acrômicas e anestésicas, catalogadas como incharacterísticas. O resultado da biopsia feita em maio de 1959 foi muito parecido com a anterior: "M. 3.355. Biopsia de J.O.C. Ao exame histopatológico a pele se mostra ligeiramente atrofiada. Observa-se na derme um infiltrado difuso de tipo tuberculóide com numerosas células gigantes. Mais profundamente o infiltrado é focal, rodeado de algumas glândulas sudoríparas. Diagnóstico: Lepra T. (Instituto Finlay)".

#### COMENTÁRIOS SOBRE OS CASOS ESTUDADOS

O total de doentes encontrados entre 1.200 menores de 18 anos atingiu, apenas, a 67, o que corresponde a 5,7% sobre a população infantil. Essa percentagem perde sua gravidade se considerarmos que as modalidades tuberculóides da lepra, atualmente aceitas como formas benignas<sup>1, 4, 8, 10, 18, 19, 21</sup> não contagiantes e de evolução espontânea até à cura, chegam a 28, ou seja 41,79% sobre os enfermos menores de 18 anos. A incidência real de casos lepromatosos e de incharacterísticos, que por sua instabilidade não permitem prognóstico mais ou menos certo, só chegaria a 3,13%. No que respeita aos casos tuberculóides, nem todos correspondem à modalidade nodular, mas se distribuem com franca preponderância em formas figuradas e em segundo plano em nodulares. Estas apreciações se modificam profundamente, se considerarmos os dados que adiante estudaremos, resultantes de achados de grande quantidade de cicatrizes residuais de tuberculóide infantil.

Entre os casos nodulares infantis e de acôrdo com a classificação adotada por N. Souza Campos em 1937<sup>18</sup>, estudamos 4 papulóides, 2 formas liquenóides e 1 de aparência sarcóide. Os demais casos que figuram no Dispensário como nodulares infantis não se computam, por corresponderem a lesões já completamente reabsorvidas que melhor se enquadram dentro do estudo das formas residuais que veremos próximamente.

O tempo de evolução dos 7 casos observados é muito variado, porém, pode-se dizer que oscila entre 1 e 2 anos. Evidentemente referimo-nos às lesões mais típicas, já que alguns casos (1 e 3) apresentaram lesões múltiplas que evoluíram mais rapidamente. No primeiro caso verificamos que, enquanto na face posterior do antebraço encontrava-se uma, cicatriz residual deprimida, com o halo característico hipocrômico, negativa à baciloscopia, na face anterior se observava um elemento papulóide bacilífero e em plena atividade. Por outro lado os elementos nodulares subcutâneos de nádega e pernas desapareceram sem deixar cicatriz nem sinal de sua presença, salvo a sensação de depressão subcutânea. Como se pode observar na maioria dos casos, nem todos os elementos evoluem ao mesmo tempo. Outro fato interessante é o da reação de Mitsuda, em alguns casos, ser inicialmente positiva com duas cruces (++), acompanhando a baciloscopia também positiva, porém mais tarde, quando a reação se mantinha francamente positiva, a baciloscopia era negativa.

Durante os 3 primeiros anos foram observadas somente formas nodulares de tipo papulóide, enquanto que as formas liquenóides se manifestaram em idades maiores.

A cor da lesão guardava certa relação com o tempo de evolução, assim, a cor amarela inicial se tornava eritematosa cor de vinho, no decorrer do tempo.

A forma nodular papulóide, segundo o conceito de alguns autores, manifesta positividade à baciloscopia nos períodos iniciais, enquanto que a liqüenóide e a sarcóide são sempre negativas<sup>21</sup>. Quanto à reatividade positiva à lepromina, todos os autores coincidem afirmando que representa um estado defensivo particularmente forte.

Em 6 dos casos estudados, os pequenos pacientes eram íntimos comunicantes de doentes lepromatosos, em sua grande maioria (pais, avós, tios, etc.). Nenhum tinha precaução alguma contra a enfermidade ou seu possível contágio; apenas o último caso, de 15 anos, há uns 3 anos, foi isolado num Preventório para filhos de doentes. Naquela época seus exames foram negativos para qualquer lesão dermatológica, sendo que a forma sarcóide começou a se apresentar posteriormente, depois de isolado. No decorrer de um ano alcançou, relativamente, maior tamanho que os elementos de casos anteriores; sua evolução foi muito vagarosa.

Não foram encontrados casos ativos no sexo feminino durante o tempo de observação, e o pequeno número de achados em homens impede que se emita qualquer opinião sobre a incidência de lesões nos dois sexos. Paradoxalmente vamos encontrar lesões residuais em grande quantidade de cicatrizes observadas no sexo feminino. No que diz respeito à histopatologia parece haver certa contradição entre a primeira e a segunda biopsia do primeiro caso. A primeira foi relatada como lepromatosa enquanto que a segunda correspondia a uma lesão tuberculóide. Nos demais elementos a estrutura foi mais ou menos definida como tuberculóide. É oportuno lembrar o conceito que sobre o assunto emite o Dr. Paulo Rath de Souza observando que o edema intra e intercelular e a vacuolização nas células epitelióides emprestam-lhes aspecto similar ao das lesões tuberculóides reacionais no adulto<sup>12</sup>.

Gómez Orbaneja faz um comentário a respeito, muito interessante: "É mais freqüente encontrar a vacuolização celular que o edema separando os elementos celulares notados em fases reacionais muito intensas ou na fase inicial. Essa edematização com vacuolização pode dar aos elementos epitelióides aspecto semelhante ao das células dos infiltrados lepromatosos"<sup>10</sup>. Por outro lado comenta o mesmo autor ser possível que a presença de bacilo ácido-álcool-resistente nas lesões induza à classificação do tecido como lepromatoso.

#### CICATRIZES RESIDUAIS DE TUBERCULÓIDE NODULAR

Salomon Schujman<sup>17</sup>, referindo-se a lesões nodulares infantis, de 2 a 10 anos de idade, diz: "Evolução e prognóstico da lepra tuberculóide: se no centro da lesão existir uma acromia, ela persistirá durante anos como único indicio de uma lesão preexistente, ao nível da qual podemos, com histaminoreação, fazer um diagnóstico retrospectivo da lepra no adulto e, particularmente, na criança". Mais adiante, quando se refere a tubérculos e nódulos, escreve: "Outras vezes, entretanto, são observados nos lugares ocupados por tubérculos, simples pontos ou pequenas zonas deprimidas do tamanho de um pequeno grão de chumbo, porém sumamente característicos por sua coloração escura rodeada de halo acromico".

Assim se refere à involução das lesões propriamente ditas: "Ao regredir, apenas a sua consistência se faz mais branda, mais deprimida, para dar lugar, finalmente, a uma cicatriz deprimida, arredondada ou oval, de margens bem definidas. Nas lesões mais extensas a regressão é central e a cicatriz serve como base de diagnóstico retrospectivo".

Gómez Orbaneja fala sobre uma cicatriz particular, derivada de uma caseificação neural: "Uma forma especial dessa afecção nervosa da lepra



está representada pela chamada caseificação ou abscesso do nervo, que é sempre expressão de uma lesão tuberculóide. Clinicamente se observa, como em um nosso caso, o engrossamento extraordinário invadindo o trajeto do nervo em determinada extensão e que termina em fistula até o exterior, determinando uma cicatriz infundibuliforme com aderência do nervo à superfície cutânea<sup>10</sup>.

Fernandez<sup>8</sup> acentua a importância de uma lepromino-reação positiva concomitante com a presença de lesões residuais de tuberculóide nodular: "Julgamos interessante o valor dessa cicatriz, quando é associada a uma hiperegria à lepromina, particularmente sob o ponto de vista epidemiológico".

Souza Campos, em 1937<sup>18</sup> descreveu as cicatrizes redondas ou ovais, de bordas regulares e com sensação especial de vazio ao tato e ligeiro desnível com relação à pele circunvizinha. Esses aspectos morfológicos autorizam um diagnóstico retrospectivo quando são acompanhados de reação positiva à lepromina.

Aceitas as lesões cicatriciais como uma entidade clínica de grande valor no diagnóstico retrospectivo das lesões incipientes de lepra nodular tuberculóide<sup>4, 7, 9, 10, 17, 18, 19</sup>, anotamos cuidadosamente as lesões encontradas no curso da pesquisa dermatológica, excluídas aquelas que por sua pouca claridade apresentavam dúvidas quanto à sua origem. Para maior segurança anotamos, apenas, as cicatrizes que apresentavam algum sinal característico da lepra como hipostesia, logo suspeita em crianças de pouca idade, porém muito patente sobretudo nos casos de cicatrizes residuais de lesões liquenóides onde se constata também a atrofia dos tecidos elásticos subdérmicos e ausência de reação à histamina. As cicatrizes, classificadas de acordo com o seu aspecto e o possível elemento que lhes deu origem, foram agrupadas em três seções: 1 — cicatrizes residuais de nódulos ou pápulas; 2 — possíveis lesões residuais liquenóides e sarcóides; 3 — cicatrizes de tuberculóides figuradas que, por seu maior tamanho e sua franca hipostesia, são mais frequentemente diagnosticadas. Essas cicatrizes, como bem diz seu nome, não correspondem a elementos de tuberculóide nodular infantil, propriamente, porém por serem encontradas em menores de 18 anos, falam a favor da valorização do problema do contágio e premunicação nas duas primeiras décadas da vida.

Apreciados os resultados numéricos das cicatrizes encontradas na população infantil revisada, nota-se que nos três primeiros anos nenhuma cicatriz foi encontrada, o que coincide com o tempo de evolução das lesões nodulares, que são as mais incipientes, e com o aumento progressivo das percentagens de imunidade à medida que aumentam as idades, segundo a curva de positividade ao Mitsuda.

A maioria das cicatrizes encontradas correspondia a lesões nodulares ou papulóides e muito poucas a outros fatores. Quanto ao sexo, também foi encontrada maior prevalência no sexo feminino, o que estaria em concordância com os resultados imunológicos do censo, porém acusando disparidade com os estudos de Cochrane, Simón y Fernandez, que encontraram 2% mais de lesões nodulares em crianças do que em mulheres<sup>12</sup>. Souza Campos e Souza Lima encontraram igualmente maior incidência de lesões tuberculóides nodulares entre os homens<sup>21</sup>. Tolentino é de opinião que ambos os sexos são igualmente suscetíveis e Fernandez encontrou 61% de predominância dessas formas benignas na mulher até os 14 anos<sup>12</sup>.

Quanto ao foco de contágio, em todos os casos foi possível estabelecer íntima convivência com parentes doentes de lepra, a maioria deles do tipo lepromatoso.

Igualmente todos os casos com cicatrizes apresentavam forte positividade à reação de Mitsuda, com expulsão de material caseoso.

## CASOS DE CÍCATRIZES DE TUBERCULOIDE INFANTIL

Nº	Nome	Idade	P. Doente	Nº Cícat.	Localização	Lits. Nº	Nome	Idade	P. Doente	Nº Cícat.	Localização	Mits.
1	G.L.A.	4	P.As.	1	Nádega D e	+++	J.P.A.	12	P.	4	Nádega	+++
2	G.L.P.	4	P.M.As.	7	Antebraço D, náde- gas, coxa E	+++	M.B.I.	12	P.	3	Nádegas, braço D	+++
3	M.B.	5	P.	2	Peitoral E, perna E	+++	F.M.	12	M.A.	1	Face ant. coxa D	+++
4	C.O.	9	M.	1	Peitoral D	+++	R.R.	12		3	Antebraço E e face	+++
5	S.E.	12	P.	3	Glúteo	+++	B.G.	11		2	Perna e Glúteo E	+++
6	L.M.	13	M.	2	Glúteo	+++	A.E.	12		1	Braço D	+++
7	F.B.A.	14	P.	2	Antebraço e nádega	+++	C.R.	12	P.	1	Braço D	+++
8	P.M.	14	P.	2	Glúteo E e coxa E	+++	A.F.	13	P.	2	Nádega D e E	+++
9	P.L.F.	15	M.	1	Glúteo E e D	+++	V.A.	13		2	Braço D	+++
10	V.L.F.	16	P.M.	1	Coxa D	+++	A.R.D.	13		1	Coxa D	+++
11	L.A.	10	P.Ms.	1	Peitoral D	+++	M.A.	13		1	Coxa D	+++
12	C.G.R.	9	M.	1	Glúteo E	+++	C.A.I.	13	M.	2	Antebraço D	+++
13	L.I.	15		1	Dorso naris	+++	C.A.I.	13		2	Maxilar E e braço D	+++
14	A.I.	14		1	Glúteo E	+++	M.C.A.	13		2	Face e coxa D	+++
15	D.P.	14		1	Glúteo D	+++	R.L.	13	P.A.I.	4	Face e braço E	+++
16	P.R.	12		1	Coxa E	+++	B.V.R.	13	P.	2	Coxa D	+++
17	C.F.	10		2	Hombro e braço D	+++	R.S.S.	13		1	Coxa D	+++
18	L.J.A.	11	P.	2	Braço E, Glúteo D	+++	C.C.R.	14		1	Antebraço E	+++
19	G.M.	9	M.	1	Braço D	+++	R.A.L.	14		1	Antebraço E	+++
20	V.R.	10	M.	1	Coxa D	+++	M.R.H.	14		2	Face	+++
21	V.I.	7	M.	1	Região costal D	+++	G.E.B.	14	M.	2	Coxa E e perna D	+++
22	A.M.A.	8	P.M.	1	Braço E	+++	C.R.R.	14		1	Maxilar E	+++
23	A.F.	8	P.M.	1	Mentoniana	+++	C.M.O.	14	F.	1	Glúteo D	+++
24	G.H.	8	P.M.	2	Nádega e face	+++	V.R.O.	15		1	Face	+++
25	F.I.	8	P.	1	Braço D e face	+++	C.R.B.	16	P.	1	Glúteo E e face D	+++
26	L.L.	9	P.	1	Braço E	+++	S.C.B.	16		1	Face	+++
27	C.S.	9	P.	1	Coxa E	+++	A.P.S.	16	M.	4	Braço D e Antebraço D e E	+++
28	P.O.	9	M.	3	Face	+++	S.H.	16	M.	2	Glúteo D e face E	+++
29	C.M.	10	M.	1	Maxilar E	+++	C.I.	16		2	Face D e braço E	+++
30	J.E.	11	P.	3	Braço D e E.	+++	E.C.F.	17	P.	1	Nádega D e face E	+++
31	A.R.M.	11	P.	2	Nádegas	+++	V.M.M.	17	M.e tio	4	Glúteo E e braço E e D	+++
32	V.A.L.	11	P.	3	Coxa D e antebraço E	+++	B.K.R.	17		1	Face E	+++
33	A.A.D.	11	P.	4	Antebraço E e Glú- teo D	+++	M.T.	17		1	Glúteo E	+++
34	A.B.D.	12	P.	3	Perna E, Glúteo D e antebraço	+++	I.M.M.	17		1	Antebraço D	+++
35	P.D.B.	12	P.	3	Glúteo E	+++	B.P.I.	18		1	Nádega D	+++
36	A.E.	12	M.	2	Antebraço E e ante- maxilar E e ante- braço D	+++	J.J.I.	18		1	Braço E	+++
						+++	P.E.	18		2	Face e braço D	+++

A grande maioria das lesões anotadas no quadro sinótico precedente, foram observadas pelo Dr. Nelson Souza Campos, quando da sua passagem pelo leprocômio, em fins de 1958.

QUADRO COMPARATIVO DA INCIDÊNCIA DE CICATRIZES POR IDADE E TIPO

T i p o	1a5 anos	6a10 anos	11a14 anos	15a18 anos	Total
Nodulares	1	7	30	18	56
Liquenóides	2	5	3	0	10
Figuradas	0	1	4	1	6
T o t a l	3	13	37	19	72

RESUMO

Foram revistos 1.282 menores de 18 anos, tendo sido encontrados apenas 67 casos de lepra, dos quais 25 do grupo indeterminado e 14 do tipo lepromatoso, sendo os demais do tipo tuberculóide.

Comparando os resultados com os dados de 1954 em Agua de Dios e Contratación, verifica-se que diminuíram os casos em comunicantes em relação ao número de doentes nessas coletividades; em 1954 oscilaram entre 7,79% (Agua de Dios) e 8,06% (Contratación). Atualmente chegam a 5,7% em Contratación. Se, porém, tomar-se como específicas as cicatrizes referidas nos casos citados, o percentual duplica com o aumento das formas benignas de prognóstico mais favorável. De 67 doentes e 73 casos com cicatrizes, se obtém o total de 140, o que equivale a 11,26% sôbre a população infantil. Dêsses 140 doentes, 101 são tuberculóides, isto é, 72,14%, sôbre o total de doentes menores de 18 anos, o que corresponde a uma elevada percentagem de formas benignas.

Os casos TNI (tuberculóides nodulares infantis), sem tratamento, evoluem até a cura espontânea, por serem portadores de uma alta imunidade ou resistência. Estes dados falam de uma grande contagiosidade da moléstia, especialmente entre os conviventes, porém, ao mesmo tempo, falam de uma grande resistência ou imunidade frente à infecção.

Foram estudados 7 casos de forma infantil tuberculóide com seus caracteres clínicos, histológicos, bacteriológicos, imunológicos, de prognóstico benigno, que evoluíram lentamente, sem nenhuma terapêutica. Todos os casos eram contatos de focos lepromatosos profundamente bacilíferos, com convivência íntima e prolongada.

A incidência de lepra entre os conviventes revisados em Dispensário em 1959 foi de 4,2%, enquanto que o censo realizado por nós foi de 5,7%, ascendendo a 11,20%, se agregarmos as formas cicatriciais, abortivas.

CONCLUSÕES

1.º — A incidência de contágio entre os menores conviventes no Leprocômio de Contratación foi considerável (11,20G) incluindo as formas cicatriciais abortivas.

2.º — As formas abortivas e cicatriciais da doença constituíram a maioria entre a coletividade infantil.

3.º — As formas nodulares tuberculóides são essencialmente benignas, de bom prognóstico, de cura espontânea.

4.º — Não se observou nenhum caso de viragem para a forma maligna da lepra.

5.º — As formas nodulares são as mais precoces na manifestação da lepra, a que se seguem em ordem de frequência as liquenóides e sarcóideas.

6.º — A duração média dessas manifestações oscila entre 2 a 3 anos.

7.º — A maioria das formas tuberculóides infantis deixa uma cicatriz patognomônica de grande valor para o diagnóstico retrospectivo e daí para a valorização do problema epidemiológico.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ARNOLD, H. L., Jr. - Sarcoid and tuberculosis. Arch. Derm. (Chic.) 47:408, 1943.
2. AZULAY, R. D. - Our experience with the lepromin test from 1944 to 1955. Arq. Min. Leprol. 17:325, 1957.
3. BEJARANO, J. - La lepra en el niño colombiano. Arch. Pediat. Urug. 27: 599-606, 1956.
4. CHALA, J. I. - Lesiones dermatológicas y nerviosas en la lepra tipo tuberculoide. Rev. Fac. Med. (Bogotá) 15:9, 1946.
5. CHIYUTO, S. - Leprolin test. Monthly Bull. Phillip. Health Serv. 12:300307, 1932.
6. FERNANDEZ, J. M. M. - La reacción leprosa tuberculoide. Rev. Brasil. Leprol. 5:419, 1937.
7. Idem - Cicatriz residual da lepra tuberculóide infantil. Rev. Brasil. Leprol. 9:337, 1941.
8. Idem. Ibidem, pág. 339.
9. Idem. La infección leprosa en el niño. Rosário, Editorial Rosário, 1947.
10. GOMES ORBANEJA & GARCIA PEREZ - Lepra. Madrid, Paz Montalvo, 1953.
11. Immunology: the lepromin reaction. VII Internat. Cong. Lep. Tokyo, 1958. *In* Internat. J. Leprosy 26:385, 1958.
12. PESSOA MENDES, J. - Contribuição ao estudo das lesões nodulares da lepra tuberculóide infantil. Tese - Fac. Med. Univ. Pôrto Alegre, 1956.
13. RODRIGUES, D. - Considerações sobre a patologia da lepra infantil. Rev. Brasil. Leprol. 9:3, 1941.
14. ROTBERG, A. - Some aspects of immunity in leprosy and their importance in epidemiology, pathogenesis and classification of forms of the disease. Rev. Brasil. Leprol. 5(nº especial):45, 1937.
15. Idem. Ibidem, pág. 57.
16. SCHUJMAN, S. - Reacción leprosa tuberculoide. Rev. Argent. Derm. 19:411, 1935.
17. Idem. Evolución y prognóstico de la lepra tuberculoide. Rev. Brasil. Leprol. 7:1, 1939.
18. SOUZA CAMPOS, N. - Aspects cliniques de la lèpre tuberculoide chez l'enfant. Rev. Brasil. Leprol. 5(nº especial):99, 1937.
19. Idem. Evolução rara de dois casos de lepra na infância. Rev. Brasil. Leprol. 7:395, 1939.
20. Idem. Considerações em torno de um caso de lepra na infância. Rev. Brasil. Leprol. 9:411, 1941.
21. SOUZA LIMA, L. & SOUZA CAMPOS, N. - Clinical aspects and evolution of the early manifestations of leprosy. Rev. Brasil. Leprol. 5(nº especial):27, 1937.
22. WADE, H. W. - Tuberculoid changes in leprosy. II. Lepra reaction in tuberculoid leprosy. Internat. J. Leprosy 2:279, 1934.