

# **CONSIDERAÇÕES SÔBRE A NOVA CLASSIFICAÇÃO DA LEpra, EM ESTUDO NO S. P. L.**

**DEMÉTRIO VASCO DE TOLEDO**  
Médico do Asilo-Colônia Aimorés

A Revista Brasileira de Leprologia, em seu número 2, do volume VII, divulgou o ponto de vista de um grupo de leprólogos sôbre classificação da lepra; o número 3 do mesmo volume, da mesma revista, explanou melhormente a nova classificação.

Sob o ponto de vista doutrinário ressalta, à primeira vista, a grande importância dada à forma tuberculóide, uma das três formas fundamentais da nova classificação, primariamente constituída pelas formas turberculóide, incaracterística e lepromatosa.

No entretanto, nem todos os leprólogos estão de acôrdo em que as alterações tuberculóides sejam suficientes para caracterizar um tipo ou mesmo um sub-tipo da moléstia.

Referindo-se ao trabalho feito, com vários colegas, nas Filipinas, China, India e Ceilão, WADE (1) diz que "they report the finding of the tuberculoid changes of varying degrees in all leprides, even many of the "simple" flat ones. Similar findings have been reported by OTTA and SATO and by LOWE, and those of LEFROU and DESESSARTS are in consonance".

Em carta dirigida ao pranteado Prof. EDUARDO RABELO, carta publicada no número 3 do volume VI da Revista Brasileira de Leprologia, WADE, referindo-se As laminas examinadas no Rio de Janeiro, diz :

"Não vi cortes de máculas ativas que pudessem ser denominadas histologicamente "simples" (isto e, nem tuberculóides ou sub-tuberculóides), e o Dr. Portugal concordou que as preparações que foram diagnosticadas "simples" poderiam ter sido residuais ou poderiam mostrar ligeiras alterações tuberculóides em cortes seriados. O último fato foi claramente demonstrado nas preparações seriadas feitas, a meu pedido, de um espécimen que não mostrava alterações tuberculóides na preparação original".

LOWE, o ilustre leprólogo de Calcutá, que trabalhando no maior foco de lepra do mundo, onde a forma nervosa se aproxima de 60% dos casos verificados, tem oportunidade de ver anualmente varias centenas de doentes de lepra macular, diz (2): "In nerve leprosy in Calcutta we find practically no macules in which there is no evidence of present or past inflammatory change of "tuberculoid" nature".

OTTA e SATO terminam o trabalho citado por WADE com a seguinte afirmação : "A lepra tuberculóide não pode, portanto, ser considerada uma forma especial da doença". (3)

Em carta dirigida ao Dr. Nelson de Sousa Campos, HILDEBRANDO PORTUGAL (4) escreve: "apesar de eu ter sido um dos primeiros a defender a autonomia da forma tuberculóide, não estou atualmente inteiramente convencido desse fato".

\* \* \*

Admitindo a nova classificação, achamos que, na prática, teremos que encontrar casos nos quais se ficará em dúvida se as alterações histológicas são em grau suficiente para que a lesão possa ser considerada tuberculóide ou se deva ainda ser considerada simplesmente macular ou incharacterística e que teremos que cair nos casos "bordeline" que tantas críticas provocaram a respeito da classificação de Manilha.

#### OBSERVAÇÃO N.º 1

Doente P. R. — Pront. n.º 16.982 — Biopsia n.o 3.560: "infiltração inflamatória crônica do córion apresentando esboços de estruturas nodulares e atrofia correspondente da epiderme. O quadro histológico no é ainda típico para a estrutura tuberculóide. Bacilos: negativos".

Não temos conhecimentos especializados de anatomia patológica mas, pelo estudo feito nos laudos das biopsias de nossos doentes, achamos que as lesões tuberculóides apresentam uma estrutura muito pouco estável, regredindo, rapidamente, para a chamada forma incharacterística. Aliás, essa é a opinião de LOWE que, no seu já citado trabalho (2) escreve: "Tuberculoid changes are, we believe, often only a temporary phase in leprous lesions".

Termos dez observações nesse sentido; o número é pequeno, não há dúvida, pois não costumávamos biopsiar nossos doentes depois de dada a alta, mas achamos impressionante a grande maioria dos casos observados portar-se da mesma maneira.

#### OBSERVAÇÃO N.º 2

S. P. — Pront. n.º 12.637 — Biopsia mo 1.163 (5/7/1937): "lepra tuberculóide tipo sarcóide de Boeck". — Biopsia n.º 3.357 (5/12/1939): "discretas infiltrações linfocitárias perifoliculares e vasculares. Bacilos: negativos".

### OBSERVAÇÃO N.º 3

J. F. — Front. n.º 15.248 — Biopsia n.º 2.418 (17/1/1939): "lepra tuberculóide com pequena reação linfocitária. Bacilos: negativos". — Biopsia n.º 4.328 (10/10/1940) : "epiderme atrófica. No córion moderada esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Infiltração inflamatória perivascular e glandular, sem caráter específico. Bacilos: negativos".

### OBSERVAÇÃO N.º 4

A. S. — Pront. n.º 6.758 — Biopsia n.º 3.143 (18/9/39): "granuloma de estrutura tuberculóide. Em um ponto atrofia da pele por compressão, raros bacilos álcool-ácido resistentes". — Biopsia n.º 4.087 (3/9/40): "no córion ligeira infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, sem caráter específico. Raríssimos bacilos álcool-ácido resistentes no interior de um filete nervoso".

### OBSERVAÇÃO N.º 5

R. B. — Pront. n.º 16.389 — Biopsia n.º 3.194 (2/10/39): "granuloma de estrutura tuberculóide com forte vacuolização dos elementos celulares. Bacilos: negativos". Biopsia n.º 4.213 (30/9/40): "Córion hiperemico mostrando ligeira esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Em torno dos vasos e glândulas pequena infiltração inflamatória crônica sem caráter histológico de especificidade. Foram encontrados raríssimos bacilos álcool-ácido resistentes no interior de filetes nervosos".

### OBSERVAÇÃO N.º 6

G. G. — Pront. n.º 16.392 — Biopsia n.º 3.200 (2/10/39): "granuloma de estrutura tuberculóide. Em um ponto atrofia da pele por compressão. Bacilos: negativos". — Biopsia n.º 4.212 (18/9/40): "no córion ligeira hiperemia e infiltração inflamatória crônica perivascular e glandular sem caráter específico. Bacilos: negativos".

### OBSERVAÇÃO N.º 7

J. M. B. — Pront. no 16.034 — Biopsia n.º 3.258 (25/10/39): "granuloma de estrutura tuberculóide. Foi encontrado um bacilo álcool-ácido resistente". — Biopsia n.º 4.211 (30/9/40): "Córion hiperemico mostrando ligeira esclerose e hialinização do tecido conjuntivo. Em torno dos vasos e glândulas pequena infiltração inflamatória crônica sem caráter específico. Bacilos: negativos".

### OBSERVAÇÃO N.º 8

P. A. S. — Pront n.º 16.345 — Biopsia n.º 3.401 (6/12/39); "granuloma de estrutura tuberculóide. Bacilos: negativos — Biopsia n.º 4.189 (26/9/40) : "no córion moderada esclerose e hialinização do tecido conjuntivo e discreta infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, sem caráter específico. Bacilos: negativos".

### OBSERVAÇÃO N.º 9

D. E. — Pront. n.º 16.767 — Biopsia n.º 3.465 (30/12/39): " granuloma de estrutura tuberculóide. Foram encontrados alguns bacilos alcool-ácido resistentes — Biopsia n.º 4.371 (19/11/40): "no córion infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, sem caráter histológico de especificidade. Raríssimos bacilos alcool-ácido resistentes".

Temos apenas dois casos em que as alterações tuberculóides tem se mostrado persistentes:

### OBSERVAÇÃO N.º 10

B. J. S. — Pront n.º 14.423 — Biopsia n.º 1.762 (4/7/1938): "lepra tuberculóide com reação linfocitária grau médio". — Biopsia n.º 3.073 (26/8/1939): "no córion, e em situação peri-vascular, folicular e glandular predominante, infiltrações inflamatórias constituídas principalmente por elementos epitelióides que se apresentam fortemente vacuolizadas, e linfócitos, estes em situação marginal. Estas infiltrações apresentam tendência a formação de estruturas nitidamente nodulares e, ao Ziehl-Neelsen, apreciável número de bacilos alcool-ácido resistentes. Há ainda um certo grau de edema intersticial. O quadro em geral se assemelha ao da lepra tuberculóide em reação". — Biopsia n. 3.866 (6/7/1940): "granuloma de estrutura tuberculóide. Foram encontrados raríssimos bacilos alcool-ácido resistentes".

### OBSERVAÇÃO N.º 11

S. L. — Pront. n.º 6.916 — Biopsia n.º 1.902 (29/8/1938): "lepra tuberculóide. Bacilos: negativos". — Biopsia n.º 4.088 (3/9/1940): "no córion infiltração inflamatória crônica peri-vascular e glandular, com formação de estruturas nodulares. Bacilos: negativos".

Dos dez casos acompanhados, com biopsias feitas com intervalos regulares, verificamos que apenas em dois casos as alterações tuberculóides se conservaram por prazo superior a dois anos; em dois casos essas alterações desapareceram em menos de dois anos (E se tivéssemos feito biopsias com intervalos menores possivelmente teríamos

encontrado um prazo menor para o desaparecimento dessas alterações); em seis casos as alterações tuberculóides desapareceram em menos de um ano.

\* \* \*

Encaremos agora a nova Classificação de Lepra, sôbre o ponto de vista prático.

A Revista Brasileira de Leprologia, no número 2 do volume VII, escreve: "A classificação primária das formas de lepra, obedecerá fundamentalmente ao critério clínico das lesões, ao que corresponde sempre uma particular estrutura anátomo-patológica, e subsidiariamente à imunologia e à bacteriologia".

No número 3 do mesmo volume, a Revista Brasileira de Leprologia escreve: "A nova classificação baseia-se fundamentalmente num critério anitomo-patológico, ao que corresponde sempre um aspecto clínico particular".

Achamos que a razão está com a Revista no seu número 3; esta, também, e a opinião de SCHUJMAN (5) quando diz "que se trata de uma classificacion esencialmente, fundamentalmente anátomo-patológica".

No serviço de rotina, ficamos muitas vezes sem saber como classificar o doente, pois o aspecto clínico nem sempre é suficiente e algumas vezes é enganador, o laudo de anatomia patológica demora via de regra um mês e a própria reação de Mitsuda requer um determinado prazo para a leitura; e quando se trata de doente ainda não fichado pelo serviço temos, geralmente, de mandar a ficha de observação, para a sede do Serviço, poucos dias depois do doente entrar no hospital; na pratica, o critério usado no Asilo-Colônia "Aimorês" é classificar tais casos na forma incaracterística mas, pessoalmente, consideramos errado esse critério pois, dentro da nova Classificação, a forma incaracterística corresponde a uma determinada estrutura histológica.

E sendo o critério da Classificação o anátomo-patológico, como classificar os tuberculóides depois de parcialmente regredidos, como os doentes das observações de números 2 a 9? Na forma incaracterística juntamente com os lepromatosos também em regressão? São, porém, casos que, clinicamente, em nada se assemelham.

Para a Classificação dos doentes a Revista manda que, subsidiariamente, se obedeça à imunobiologia e à bacteriologia.

A imunobiologia é baseada na reação de Mitsuda que, segundo a Revista, na forma lepromatosa é positiva em 2 e negativa em 98% dos casos, na forma incaracterística é positiva em 50 e negativa em 50% dos casos, e na forma tuberculóide é positiva em 90 e negativa em 10% dos casos.

A questão da reação de Mitsuda é, porem, um dos capítulos da leprologia onde mais se desentendem os pesquisadores, não havendo uniformidade de técnica e de critério para a leitura que e feita desde 48 horas (6) até 81 dias (7); e a interpretação da reação também varia muito, de acôrdo com o critério pessoal do pesquisador; uma mesma reação pode ser considerada positiva por um medico, negativa por um segundo e duvidosa por um terceiro.

Além disso, o valor da reação de Mitsuda já começa a ser pôsto em dúvida, entre outros motivos pelo fato de poder ser encontrada "uma positividade elevada em indivíduos são, mesmo naqueles que nunca estiveram em contactos com doentes, inclusive nos que habitam países não leprosos", conforme escreve GIL DE CASTRO CERQUEIRA (8).

CORRÊA DE CARVALHO (6), em 46 doentes de lepra mista, com R. L., encontrou 36 com Mitsuda positivo, ou sejam 78%, atribuindo a alta porcentagem da positividade da reação de Mitsuda à R. L.; RODRIGUES (7), contrariamente, acha que "those who are negative to leprolin continued to be negative as a rule during reaction phase" e que "as a general rule, the result of this test remains unchanged during an attack of reaction of the cutaneous type".

Ante a discordância flagrante dos dois leprologos, o de Baurú e o das Filipinas, acho interessante citar a opinião de AGUIAR PUPO, ilustre professor da Universidade de São Paulo: "O aparecimento da reação leprótica nos casos de lepromatose, constitue um índice de bom prognóstico, pois evidencia uma tendência ao estado alérgico ou à normergia com imunidade relativa, compatíveis com a evolução para as formas inflamatórias simples e tuberculóide". (9).

No seu citado trabalho, RODRIGUES relata o resultado da maneira como reagiram diferentes animais de laboratório, todos sabidamente imunes à lepra, que foram submetidos ao teste da lepromina: ao passo que gatos, macacos, galinhas, porcos, ratos e urna tartaruga reagiram negativamente, cachorros, cabras e coelhos reagiram positivamente.

GIL DE CASTRO CERQUEIRA, em interessante trabalho (8), revela "a possibilidade de poder existir a um tempo, num mesmo paciente, mesmo usando-se de uma mesma técnica e dose de antígeno e em regiões diversas, reações discordantes ou diferentes, isto é, positivas nuns pontos e negativas noutros".

Dada a possibilidade de encontrarmos doentes lepromatosos com R. Mitsuda positiva, de encontrarmos doentes tuberculóides com R. Mitsuda negativa e de, na forma incaracterística a positividade e a negatividade da R. de Mitsuda serem de igual porcentagem, julgamos que pela referida reação não poderemos tirar ilações concretas sôbre a provável estrutura histológica do caso a ser classificado.

Poderíamos resumir as nossas considerações sobre a reação de Mitsuda com um trecho do comentário que a Revista Brasileira de Leprologia faz a um trabalho de SCHUJMAN: "Parece-nos que o terreno da imunologia é ainda bastante obscuro, e portanto inseguro, para sôbre ele se lançar as bases de uma classificação. Acrescente-se ainda as divergências que existem na interpretação dos resultados da reação, na falta de padronização e na diferença de técnica de preparo do antígeno e, finalmente, no prazo para a sua leitura e veremos que, neste particular, estamos muito longe do que necessitamos para uma compreensão menos imperfeita dos aspectos imuno-biológicos da lepra". (10).

\* \* \*

No que diz respeito à bacteriologia, a nossa observação não afina com os dados percentuais enumerados pela Revista Brasileira de Leprologia.

Concordamos que, na forma tuberculóide, a porcentagem de muco nasal positiva e deveras muito baixa; quanto à lesão cutânea, porém, temos encontrado cifras bem mais elevadas do que os 5% enumerados pela Revista. Na pesquisa direta, feita pelo processo comum de escarificação da lesão com pena de vacina, encontramos, durante o corrente ano de 1940, 22% de positividade nos casos tuberculóides. Nos cortes histológicos, feitos no Laboratório de Anatomia Patológica do S.P.L., tivemos, em nossos doentes de lepra tuberculóide, durante o corrente ano 59% de positividade, o que vem de encontro à opinião de LOWE (2): "the percentage of cases in which we found bacilli rose to about sixty. We believe that careful examination will reveal bacilli in nearly all macules showing definite clinical signs of activity".

No entretanto, as altas porcentagens de positividade que obtivemos nos casos de lepra tuberculóide não nos leva a negar que a mesma seja pauci-bacilar, visto como na maioria dos casos, os bacilos encontrados foram poucos e mesmo raríssimos em alguns deles; contudo, convém não esquecer que poderemos encontrar casos fortemente positivos tanto no muco como na lesão cutânea; temos no Asilo-Colônia "Aimorés", um caso (E.S. — P. 17.694. Biopsia n. 4.031) de lepra tuberculóide que, por ocasião da internação, apresentava três cruces no muco e três na lesão cutânea.

Na forma incaracterística temos observado uma porcentagem de positividade bem inferior aos 50% da Revista; achamos mesmo que, nessa forma, a porcentagem de positividade possa ser inferior à da forma tuberculóide.

Sôbre o assunto, em carta dirigida ao Dr. Nelson de Sousa Campos, JOAQUIM MOTA (11) diz : "Com respeito a essa forma, cabe-me ainda fazer uma ressalva quanto à presença do germe nas lesões cutâneas, admitida no relatório na percentagem de 50% dos casos, cifra essa que me parece extremamente elevada e não concorda com minha observação".

Sôbre o mesmo assunto, HILDEBRANDO PORTUGAL, em sua já citada carta ao Dr. Nelson de Sousa Campos (4) escreve: "Parece-me que a bacteriologia deve ser negativa principalmente no que se refere a lesão cutânea".

E, AGUIAR PUPO (9), escreve a respeito da forma incomparável: "Esta forma clínica da leprose, manifesta-se benigna pauci-bacilar" e "As lesões da pele são frequentemente negativas aos exames bacteriológicos comuns pelo método da escarificação das lesões; o muco nasal apresenta-se às vezes positivo à baciloscopia".

Sôbre a bacteriologia da forma lepromatosa, achamos alta a percentagem de 95% de positividade para o muco nasal; asseverados pelo serviço de rotina não tivemos tempo de compulsar tôdas as fichas do Asilo-Colônia "Aimorés" que sobem para mais de 2.000; tomando, porém, ao acaso, 100 fichas, as 100 primeiras do fichário relativas aos doentes internados em 1939 e 1940, a percentagem de positividade encontrada foi de 73%. Sôbre a positividade da lesão cutânea na forma lepromatosa, já vimos casos em que a pesquisa direta do bacilo foi negativa e a positividade só foi conseguida nos cortes histológicos.

\* \* \*

Feitas estas considerações sôbre as formas primárias da lepra na nova classificação, procuremos estudar os sub-tipos propostos.

E' evidente que, para os sub-tipos, o critério adotado, na nova classificação, foi o simplista.

A sub-divisão em cutânea, nervosa e cutânea-nervosa para as formas TUBERCULÓIDE e INCARACTERÍSTICA e em cutânea, nervosa e completa para a forma LEPROMATOSA (não vejo qual a razão por que o último sub-tipo da forma lepromatosa também não foi chamado cutâneo-nervoso, visto como as outras formas também podem apresentar lesões viscerais e devem existir casos lepromatosos cutâneo-nervosos sem comprometimento visceral) está sujeita às mesmas críticas que a classificação de Manilha; com efeito, provocou muitas críticas a divisão da lepra em duas formas, cutânea e nervosa, abrangendo a última os casos maculosos com evidentes lesões cutâneas.

Como dividir a forma tuberculóide em cutânea, nervosa e cutâneo-nervoso, quando o sistema nervoso é sempre afetado? Tôda



forma tuberculóide é nervosa e, portanto, poderia a mesma ser dividida em nervosa e cutâneo-nervosa, isto sim.

Quanto a sub-divisão da forma lepromatosa, acho-la teórica, pelo menos na nossa observação pessoal; não tivemos nem um caso — e classificamos para mais de 300 doentes — que pudesse ser classificado como lepromatosa cutânea visto encontrarmos sempre perturbações da sensibilidade o que denota lesão do sistema nervoso; tivemos um caso (M.D.P. — Pront. n.º 16.414), sem lesão aparente do sistema nervoso, mas a biopsia do nervo cubital esquerdo (Biopsia n.º 4.264) deu o seguinte resultado: "Infiltração lepromatosa do nervo, em grau moderado. Bacilos: ++).

Da antiga forma nervosa pura, só tivemos um caso que pôde ser classificado no segundo sub-tipo da forma lepromatosa, isto é, lepromatosa nervosa (I. S. — Pront. n.º 5785 — Biopsia n.º 3457: "intensa infiltração lepromatosa do nervo. Bacilos: +++); em conversa, porém, com o nosso prezado amigo Dr. Nelson de Sousa Campos, este nos sugeriu que fizéssemos biopsia de pele da orelha, ou do cotovelo ou do joelho que, possivelmente, encontraríamos lesões lepromatosas. Em vez de biopsiar um dos três lugares, biopsiamos logo os três e os resultados foram os seguintes:

Orelha direita. Biopsia n.º 4.172: "no córion vaso dilatação e infiltração infiltração de caráter específico, em situação peri-vascular. Bacilos: negativos".

Cotovelo direito. Biopsia n.º 4.170: "no córion infiltração inflamatória da peri-vascular e glandular, sem caráter histológico de especificidade. Todos os bacilos álcool-ácido resistentes".

Joelho direito. Biopsia n.º 4.168: "no córion pequenas infiltrações lepromatosas peri-vasculars e glandulares. Bacilos: ++".

E se não tivéssemos feito a biopsia da pele do joelho, o que nos peemitiu classificar o referido doente como um caso lepromatoso completo, como seria o mesmo classificado? Lepromatoso do nervo e incaracterístico da pele? Esta forma não cabe na sub-divisão proposta.

Em rigor, balanceadas as quatro biopsias do doente I.S., deveria o mesmo ser classificado como forma lepromatosa do nervo combinada com formas lepromatosa e incaracterística da pele.

E compulsando o nosso arquivo, encontraremos vários casos de lesões lepromatosas e incaracterísticas concomitantes, lesões tuberculoides e incaracterísticas concomitantes e um caso de lesões lepromatosas e tuberculóides no mesmo doente.

Em estudo feito sôbre a nova classificação, AGUIAR PUPO (9), escreve: "Forma combinada ou Transicional. Esta forma clinica da leprose é observada quando se verificam simultaneamente sintomas próprios a duas formas originárias da moléstia, sendo mais comum

a associação da forma inflamatória simples primitiva is formas lepromatosa e tuberculóide". E mais: "Revestindo aspectos clínicos diversos das formas combinadas acima referidas, pode-se verificar a intercorrência de lesões tuberculóides dentro do quadro clinico da lepromatose".

O caso do nosso arquivo que apresenta lesões lepromatosas e tuberculóides é o seguinte:

### OBSERVAÇÃO N.º 12

C. C. — Pront. n.º 10.949 — Biopsia n.º 1.914: Pele do dorso: "pequenas infiltrações leprosas do córion, em situação peri-vascular predominante, com formação de algumas extruturas nodulares. Bacilos: +". (3/9/1938). Biopsia n.º 2.147: Pele da fronte: "lepra nitidamente tuberculóide com forte edema e infiltração linfocitária colateral. Bacilos: positivos". (24/10/1938). Biopsia n.º 3.410: Pele da nádega esquerda: "no córion infiltração lepromatosa peri-vascular e glandular. Bacilos: +++". (7/12/1939).

Escrevendo a respeito da reação tuberculóide, FERNANDEZ (12) diz que "aún la histopatologia puede simular un cuadro lepromatoso" e sabemos que esse fato não deve ser desprezado no caso que analisamos.

\* \* \*

E' possível que a nossa observação sobre a nova classificação da lepra venha de encontro a de outros trabalhadores da especialidade. "Quand un fait n'est connu que par un seul témoignage, on l'admet sans beaucoup d'hésitation. Les perplexites commencent lorsque les evenements sont rapportes par deux ou plusieurs témoins; car leurs témoignages sont toujours contradictoires et toujours inconciliables", escreveu ANATOLE FRANCE (13).

### CONCLUSÕES

1 — No nosso serviço de rotina, no Asilo-Colônia Aimorés, a nova classificação da lepra, em estudo no S.P.L., não satisfaz plenamente.

2 — O critério fundamentalmente anátomo-patológico da nova classificação, torna-a pouco prática para a grande maioria dos médicos, mesmo especializados em leprologia.

3 — O critério anátomo-patológico força a colocar na mesma chave, nos casos em todo ou em parte regredidos, doentes leproma-

tosos e doentes tuberculóides, com aspectos clínicos visceralmente diferenciados.

4 — Teoricamente achamos que o sub-tipo "tuberculóide cutânea" deve ser abolido e, praticamente, achamos que os sub-tipos "lepromatosa cutânea" e "lepromatosa nervosa" são teóricos.

5 — Desde que o critério anátomo-patológico é o adotado, achamos que, à nova classificação, deveria ser acrescentada mais uma forma, a forma Combinada ou Transicional, conforme a designação de AGUIAR PUPO.

6 — Seria de grande vantagem, para melhor estudo da lepra, a instalação de Laboratórios de Anatomia Patológica em todos os leprosários do S.P.L.

7 — Seria de conveniência que, para o serviço de rotina do S. P. L., fôsse padronizada a reação de Mitsuda em todos os seus detalhes, desde a preparação do antígeno ate o prazo para leitura.

## **RESUMO**

O autor faz um estudo da nova classificação da lepra, proposta pela Revista Bras. de Leprologia, de acôrdo com o resultado de sua observação no A.C. Aimorés. Acha que, sob o ponto de vista doutrinário, é dada uma grande importância à forma tuberculóide, a qual, segundo grande número de leprólogos, não deve ser classificada como tipo ou sub-tipo A parte visto quasi tôdas as máculas da forma nervosa apresentarem alterações tuberculóides. Baseando-se, subsidiaria-mente, a nova classificação, na reação de Mitsuda, o autor faz um estudo critico desse teste, achando que pelo mesmo, não se pode tirar ilações concretas sôbre a possível estrutura anátomo-patológica dos casos observados. Sobre a bacteriologia da lepra diz que, na sua observação, a forma tuberculóide dá, nas lesões cutâneas, 22% de positividade na pesquisa direta e 59% nos cortes histológicos; na lesão cutânea, acha a cifra de 50% de positividade muito alta para a forma incaracterística e, na forma lepromatosa encontra a porcentagem de 73% de positividade para o muco nasal e cita casos de doentes lepromatosos em que a pesquisa direta do bacilo pode ser negativa sendo a positividade encontrada somente nos cortes. Estuda os sub-tipos propostos achando que, teoricamente, o sub-tipo "tuberculóide cutânea" deve ser abolido e que, praticamente, os sub-tipos "lepromatosa cutânea" e "lepromatosa nervosa" são teóricos. Nas conclusões, sugere a instalação de Laboratórios de Anatomia Patológica em todos os leprosários e a padronização da reação de Mitsuda para o serviço de rotina do S.P.L.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — WADE, H. W. — "A proposed revision of the Memorial Conference classification of leprosy". The Amer. Journ. of Trop. Med. Baltimore, 1937 :XVII-(6) 773.
- 2 — LOWE, J. — "A study of macules in nerve leprosy with particular reference to the tuberculoid "macule" — Leprosy in India, Calcutta, 1936: VIII-(3),97.
- 3 — OTA, M. e SATO, S. — Tuberculoid changes in leprosy. Int. Jour. of Leprosy — Vol. 5, N.º 2.
- 4 — REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA — 1940 :VIII- (2),195.
- 5 — SCHUJMAN, S. — A proposito de uma nueva classificacion de lepra. Rev. Bras. de Leprologia, 1940:VIII- (2) , 111.
- 6 — CORRÊA DE CARVALHO, J. — Reação Leprótica e Alergia. Rev. Bras. de Leprologia, 1936 :IV-27 (N.º Especial).
- 7 — RODRIGUEZ — Observations on the leprolin (Mitsuda) reaction. Monthly Bull. of Bur. of Health, 1937 :XVII, 389.
- 8 — CASTRO CERQUEIRA, G. — Um interessante caso de lepra mista. Rev. Bras. de Leprologia, 1938:VI-(3),341.
- 9 — AGUIAR PUPO, J. — Das formas clinicas da Lepra. Rev. Bras. de Leprologia, 1939 :VII-(4) ,357.
- 10 — REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA — S. Paulo, 1940: VIII-(2), 189.
- 11 — REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA — S. Paulo, 1940: VIII-(2), 194.
- 12 — FERNANDEZ, J. M. M. — La Reaccion leprosa tuberculoide. Rev. Bras. de Leprologia, S. Paulo, 1937:V-(4),419.
- 13 — FRANCE, ANATOLE — L'Ile des pingouins.

## DISCUSSÃO

Dr. ANTENOR SOARES GANDRA: A observação de milhares de doentes que a organização do Serviço da Lepra nos faculta, veio, de um modo geral, demonstrar que a atual classificação, pelo menos na atualidade, se ajusta aos fatos clínicos e é suficiente para ordenar sistematicamente a conduta do médico. Baseando-se em elementos de ordem clínica, imunológica e anátomo-patológica, essa classificação, mais do que qualquer outra, oferece base menos empírica.

E' de se assinalar, mesmo na evolução da moléstia, que os fenômenos se passam segundo uma certa sequência de fatos clínicos, e imunológicos que conduzem a esta ou àquela forma de moléstia. Os fatos se evidenciam mormente com referência às formas incaracterísticas quando evoluem para as tuberculóides. Nestes casos, pela observação acurada e frequente dos doentes, nota-se a mais estreita consonância da observação clínica com os achados anátomo-patológicos e imunológicos, desde os pródromos da transição, o que permite compreender o início da transformação, com impressionante antecipação.

Da observação de grande número de doentes em tratamento no Pôsto da Sede do S. P. L., trazemos a nossa contribuição ao trabalho do prezado colega, nesse sentido. E' da rotina de nosso serviço ambulatório a prática sistemática e repetida dos exames anátomo-patológicos e da reação de Mitsuda, em paralelo com os acidentes que a observação clínica for ofere-

cendo. Assim, por exemplo, é frequente, em doentes de forma incaracterística, clinica e anátomo-patologicamente, com Mitsuda negativo ou fracamente positivo (+), observarem-se transmutações no quadro clinico sob a forma de discreta modificação no eritema, mediante reacção discreta ou mesmo violenta que sugere o quadro de uma lepra tuberculóide.

Costumamos assinalar, então, no prontuário: "lesões tais, com aparência de tuberculóides". Procedemos, então, à nova biopsia e inoculamos a leprolina. O resultado do exame anátomo-patológico vem, então, do laboratório com a anotação de que se observa, em alguns pontos, "tendência à formação de estruturas nodulares". A reacção à leprolina, que, anteriormente, fôra negativa ou fracamente positiva, passa a ser fortemente positiva. Paralelamente, os exames de material das lesões, que eram frequentemente positivos anteriormente, passam a ser negativos. Os exames clinico, anátomo-patológico e imunológico posteriores confirmam a franca evolução para tuberculóide, em perfeita concordância. Nesses casos, com impressionante antecipação, o exame clinico pôde entrever a mutação da forma da doença, o que demonstra uma certa lógica na evolução dos fatos que se enquadram, com precisão, na classificação que ora se discute.

Vários argumentos tem sido aduzidos para diminuir o valor da reacção de Mitsuda como ponto de apóio para o diagnóstico das várias formas sugeridas na nova classificação. Ainda sobre esse meio de pesquisa, dispomos de material abundante que, oportunamente, traremos ao conhecimento dessa sociedade, por hoje diremos, apenas, que já fizemos cerca de 1000 inoculações no serviço ambulatório do Posto da Sede, e que essas pesquisas robusteceram, cada vez mais em nosso espirito, a convicção da classificação proposta é a mais consentânea com os fatos.

As divergências aludidas devem ter origem na diferença de critério leitura de Mitsuda, quer quanto ao prazo quer quanto à interpretação da reacção em si, pelo seu aspecto fisico.

Do estudo do nosso abundante material, pudemos concluir que a leitura, 150 deve ser procedida nunca antes de decorridos, pelo menos, 40 dias. O que caracteriza a reacção positiva é a formação de um nódulo, de tamanho variável, conforme o grau reacional. Esse nódulo é ainda identificável, sempre, de 1 a 6 meses depois, o que vem em abono da leitura tardia. Feita precocemente, ela corre o risco de se basear em fenômenos inflamatórios ou reflexos banais. Estes são enganadores e estão, também condicionados a maior ou menor quantidade de antígeno injetado, o que merece a maior atenção.

Acreditamos que é útil injetar sempre a mesma quantidade de antígeno (0,05 de cc.) parecendo-nos de relativa importância a sua concentração. Nas nossas observações, colhemos resultados idênticos com antígenos de concentração diversa (MUIR ou HAYASMY) tendo apenas notado que a reacção variava, até certo ponto, conforme a quantidade usada, razão por que passamos a usar constantemente aquela quantidade.

Os resultados obtidos confirmam em alta porcentagem os achados que nos oferecem a clinica e o laboratório.

Eram estas as considerações que desejávamos fazer em relação ao trabalho do Dr. DEMETRIO VASCO DE TOLEDO.

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: A comunicação do Dr. DEMÉTRIO VASCO DE TOLEDO, viria sem dúvida, revolucionar as conclusões d'aqueles que estão se dedicando ao estudo de uma nova classificação da lepra, se sobre ela não tivéssemos muito que discutir, ou que dizer a respeito de suas conclusões. O

tempo é curto e a ocasião talvez não seja propícia para alongarmos as discussões.

O fundamento de sua oposição é de que a nova classificação se baseia exclusivamente no critério anátomo-patológico. Na realidade, a classificação se baseia essencialmente num estado anátomo-patológico, ao que corresponde, porém, um aspecto clínico particular. Quando nós dizemos, ou quando nós rotulamos uma forma clínica de lepromatosa, *ipso facto*, qualquer leprólogo já conclue do aspecto clínico das lesões que possam apresentar esse doente. Basta que se defina lepromatosa, para ver um doente de mau prognóstico, com máculas eritemato-pigmentadas ou com lepromas únicos ou múltiplos, enfim, uma forma que agrupa na sua denominação em número considerável de aspectos clínicos. Quando dizemos que a forma clínica é tuberculóide, forma clínica, aliás, que o prezado colega não quer admitir como entidade perfeitamente individualizada dentro do quadro da lepra, não sei no que ele se baseia. A forma tuberculóide é uma forma perfeitamente individualizada dentro do critério clínico, anátomo-patológico e imunobiológico. Há uma tendência de generalização do termo tuberculóide, para estruturas histológicas não bem características, mas ninguém faz referências A imunologia destes casos e nem mesmo ao aspecto clínico. Conhecemos hoje o quadro da lepra tuberculóide reacional que se presta perfeitamente a confusão no seu aspecto clínico e esta forma reacional, poderíamos chamar, dentro do quadro da lepra tuberculóide, um quadro transicional. De início, a presença do bacilo traz como consequência a imunologia negativa, mas com o estabelecimento do quadro histológico mais definido, vemos a imunobiologia corresponder à evolução clínica. Não vejo dúvida nenhuma em se diferenciar um quadro clínico tuberculóide para que ele não possa ser perfeitamente individualizado. São de tal monta os seus caracteres clínicos, imunobiológicos e histológicos que é indiscutível uma diferenciação da forma tuberculóide. O Dr. DEMÉTRIO chegou a uma conclusão verdadeiramente estranha: encontrou uma percentagem maior de positivos na lepra tuberculóide que na forma incaracterística. Aquela percentagem que a Revista publicou, de 50% de positividade do muco e lesão na forma incaracterística, são números que colocamos como media, sem uma base que ainda não tínhamos. A forma clínica incaracterística, na realidade poderíamos concluir não ser uma forma definitiva. Ela pode evoluir, como evolue com muita frequência, para a forma tuberculóide, como pode evoluir para a forma lepromatosa, assim como pode ser o resultado da involução dessas duas formas clínicas. Deixo de tecer comentários a respeito da bacteriologia, do Mitsuda, da histopatologia, sobre a possibilidade de associação de várias estruturas, porque seria alongar de muito esta sessão e creio que os outros colegas teriam interesse em discutir o assunto.

Dr. DEMÉTRIO VASCO DE TOLEDO: A respeito do comentário do Dr. GANDRA, tenho a dizer que os fatos que ele tem verificado no seu serviço de ambulatório, nós também verificamos no Asilo-Colônia "Aimorés", porém, temos verificado resultados um pouco diferentes. Um caso mais ou menos característico: Observação de Lima lepra extinta que estava com alta desde 1934. Aparece uma bôlha com forte reação e é feita a biopsia que dá justamente a estrutura tuberculóide com presença de bacilos, não obstante o doente ter tido numerosos exames negativos. Temos verificado casos de doentes com máculas de estrutura incaracterística que quando estas máculas clínica e anátomo-patologicamente passam A estrutura tuberculóide o bacilo passa a ser positivo. A respeito, existem autores, que acham que a maior ou menor diluição dos bacilos não influe no teste da lepromina.

Sobre as considerações do Dr. NELSON, agradeço a sua contribuição e discussão, desejando apenas dizer que, quando me referi a classificação, referi-me

apenas aos casos intermediários e os casos difíceis, pois que de modo geral, todas as classificações servem. O doente que entra, não sabemos se é ou não tuberculóide, neste caso, só o exame anátomo-patológico pode dizer. Há casos que são tipicamente tuberculóides, e estes é que eu queria fotografar e não foi possível. O Dr. NELSON, quando foi examinar, na comissão de alta, anotou um caso que não tinha nada de tuberculóide e cuja estrutura anátomo-patológica deu tuberculóide e a pesquisa do bacilo, positiva. Sobre a questão da bacteriologia, não sou eu o único a dizer. Cito opiniões de outros colegas. Na antiga forma nervosa, que não era considerada tuberculóide, eu, durante vários anos, observei a existência de bacilos justamente nos casos tuberculóides, e dos mais típicos.