

LEPRA TUBERCULÓIDE DOS NERVOS

LINNEU MATTOS SILVEIRA
Cirurgião do Asilo-Colônia Pirapitinguí

As manifestações clínicas da neurite na lepra tuberculóide, diferem muito pouco, ou quasi nada, das demais formas de lepra. Sob o aspecto anátomo-patológico, no entanto, as diferenças são nítidas. Porém, esse prisma da questão não nos interessa neste relatório.

Comumente a sintomatologia da neurite tuberculóide surge discretamente, instalando-se as perturbações tróficas e da sensibilidade pouco a pouco, não obstante já se poder observar espessamento acentuado do tronco nervoso afetado.

Em certos casos a sintomatologia é vivíssima, acompanhada de dores intensas e prolongadas, apresentando-se a pele ao longo do nervo, hiperemiada, distendida e brilhante. E' o tipo da neurite aguda, em tudo semelhante as manifestações das formas lepromatosas. Êsses surtos agudos exigem intervenção imediata medica ou cirúrgica, visando a sedação da dor que submete o doente a terrível sofrimento.

As localizações preferentes do processo de neurite tuberculóide são as mesmas das demais formas de lepra. Assim o nervo cubital o mais frequentemente afetado. Segue-se o mediano, braquial cutâneo interno, o ramo auricular da plexo cervical e outros.

O que comumente observamos é o espessamento fusiforme do nervo, que pode ser muito acentuado, atingindo por vezes o calibre de um dedo indicador. O tronco nervoso apresenta-se também endurecido, doloroso ou não à apalpação, notando-se às vêzes a existência de nódulos duros, que ulteriormente podem se amolecer e chegar ate a fistulização e dar vasamento à massa caseosa. Forma-se então uma fistula aberta para o exterior. Essa fistula pode curar espontaneamente, dando lugar a uma cicatriz retraída, aderente ao nervo.

Não podemos afirmar que a caseificação do nervo seja um fenômeno característico da lepra tuberculóide. LOEWE, em seu conhecido trabalho sôbre abcessos de nervos na lepra, diz te-lo encontrado em tôdas as formas da doença.

No fichário do Asilo-Colônia Pirapitingui, encontramos a observação de uma donte do DR. LICÍNIO PIRIS DOS SANTOS, de forma niti-

damente lepromatosa, que apresentava no cubital do braço direito dois nódulos duros, que foram operados pelo DR. EURICO BRANCO RIBEIRO — tendo sido encontrado no centro dos tumores focos de caseose.

De acôrdo com o que pudemos ler na ficha dessa doente (n.º do prontuário — 2.455 — 24-X-1933), a paciente apresentava muco nasal e lesão cutânea positivos para bacilos de Hansen, e estava classificada como forma mista.

Sabemos também que os elementos encontrados em tórno de um foco de caseose não são absolutamente específicos. Essa estrutura e encontrada na infecção tuberculosa e em todos os tecidos onde existe uma inflamação crônica devida a corpos estranhos não reabsonríveis (óleos minerais, fragmentos de fios de suturas) ou a parasitas (actinomycose, esporotricose, cisto hidático, sífilis).

A patogenia do foco de coliquação é explicada de maneiras diversas por diferentes autores. Uns a atribuem a fenômenos alérgicos — os bacilos agindo em terreno previamente infectado, dão lugar a reações intensas, produzindo grandes infiltrações celulares, que chegam até a necrose. MAC-CALLUM pensa ser a caseose consequência de produtos tóxicos resultantes da desintegração bacilar. NELSON DE SOUSA CAMPOS dá grande importância aos traumatismos, pois a caseose é mais frequente nos nervos mais expostos. A importância que LOEWE atribue is reações lepróticas, não parece razoável, pois esses doentes silo pouco sujeitos a reações. MUIR e CHATTERGI responsabilizam uma forma invisível de bacilo. RABELLO FILHO muito judiciosamente considera os focos de coliquação como resultantes de necrose por desnutrição por obliteração vascular. Essa última hipótese é sem dúvida a mais interessante e mais objetiva.

A extrema raridade do fenômeno leva-nos a considerar a caseose como um acidente na evolução do processo da neurite leprótica.

De acôrdo com o que revelam os exames anátomo-patológicos, são frequentes as lesões dos vasos dos nervos, sendo particularmente interessantes, para o nosso caso, as endovascularites obliterantes. VICENTE GRIECO pôs em evidencia as lesões de arteríolas que se apresentam com as tônicas muito espessadas. A intima com frequência e sede de acentuada proliferação, podendo acarretar a obliteração da luz do vaso. A obliteração de um vaso, não havendo circulação colateral compensadora, tem como consequência a formação de foco de necrose por desnutrição. Em tórno desse foco os tecidos reagem, tendo-se como resultado a estrutura típica dos granulomas.

* * *

Pudemos observar dois casos interessantes de lepra tuberculóide, cujos exames anátomo-patológicos revelaram para a pele estrutura

tuberculóide típica e que no entanto para o nervo encontrou-se estrutura característica das formas lepromatosas, como se poderá verificar pelos relatórios que se seguem:

1.º CASO

Biopsia n.º 4.308 — Doente V. G. — Qualidade da peça: pele da região dorsal. Diagnóstico anátomo-patológico: granuloma de estrutura tuberculóide com nítida vacuolização dos elementos celulares e edema intersticial. Foram encontrados raros bacilos álcool-ácido resistentes. (a) *Dr. Paulo Sousa*.

Foram feitos exames de muco nasal e de suco ganglionar, que foram negativos para bacilos de Hansen.

Biopsia n.º 4.307 — Doente V. G. — Trata-se do mesmo doente da biopsia n.º 4.308. Qualidade da peri-nervo cubital. Diagnóstico anatomo-patológico: intensa infiltração do nervo por células vacuolizadas, contendo numerosos bacilos álcool-ácido resistentes, com forte reação linfocitária difusa. Em um ou outro ponto notam-se esboços de pequenas estruturas nodulares. (a) *Dr. Paulo Sousa*.

2.º CASO

Biopsia n.º 3.619 — Doente L. Z. B. — Qualidade da peça: pele do tórax. Diagnóstico anitomo-patológico: granuloma de estrutura tuberculóide. Bacilos negativos. (a) *Dr. Paulo Sousa*.

Biopsia n.º 4.279 — Doente L. Z. B. — Qualidade da peça: nervo cubital. Diagnóstico anátomo-patológico: intensa infiltração linfocitária difusa do nervo e infiltração concomitante por numerosas células vacuolizadas, contendo grande número de bacilos álcool-ácido resistentes, (a) *Dr. Paulo Sousa*.

Clinicamente esses dois casos apresentavam todos os caracteres de lepra tuberculóide.

A interpretação desses resultados é assunto de grande interesse. Trata-se de doentes que foram apresentados para alta hospitalar e que não eram portadores de qualquer espécie de reação na ocasião em que foram submetidos à biopsia. Pode-se admitir que se trate de formas de passagem de um tipo de lepra para outro. Mas, pode-se levantar a hipótese de que talvez não sejam tão distintas e separadas por fronteiras tão nítidas, as diversas formas de lepra conhecidas atualmente. Ficamos, porem, nas hipóteses que nos sugeriram os casos anteriormente referidos. Temos em mira investigar amplamente esse assunto, que nos parece bastante interessante.

* * *

A terapêutica das neurites visa quasi sempre a dor e, na medida do possível, a correção das perturbações tróficas.

No tratamento da nevralgia leprótica, tem-se conseguido ultimamente ótimos resultados com o emprego da histamina em injeções

intradérmicas, ao longo do trajeto do nervo afetado. Os resultados muitas vezes são surpreendentes e tem-se a impressão de que se consegue mais do que a simples sedação da dor, isto é, regressão pelo menos parcial do processo inflamatório do nervo. Nas formas iniciais da neurite, os resultados são brilhantes. Havendo, porém, fibrose intersticial, com estrangulamento das neuro fibrilas, os resultados são inferiores e nesses casos só a cirurgia consegue resultados mais ou menos definitivos. As curas pela histamina são duradouras.

LUIZ BATISTA obteve resultados interessantes com o emprego da acetil-colina intradérmica e estuda atualmente as possibilidades de associá-la com a histamina, agindo esta sobre os capilares e aquela sobre as arteríolas, destruindo assim os espasmos vasculares, que provavelmente são os responsáveis pelo fenômeno dor.

Os estudos referentes à histamina trouxeram novas luzes à interpretação da dor e esclareceram muitos fatos até então obscuros. Em recente trabalho J. LOEWE e CHATTERGI tratam dos bons resultados obtidos com a injeção intradérmica dos preparados de hidnocarpus, dizendo porém não ser bem conhecido o mecanismo de ação dessa terapêutica. Hoje em dia sabemos que a injeção intradérmica, mesmo de água destilada, tem a propriedade de transformar a histidina, normalmente existente na pele em histamina — conseguindo-se assim a sedação de certas dores. O hidnocarpus, como um grande número de substâncias, age da mesma maneira, o que se constata pelo aparecimento da triade de LEWIS.

Experimentamos o emprego da anestesia local pela scurocaína no tratamento das nevralgias lepróticas, inspirados pelos bons resultados obtidos no tratamento de vários tipos de dores (entorses-orquites). Fizemos a anestesia do tronco nervoso, obtendo alguns resultados interessantes. Em alguns casos houve melhoria ou desaparecimento das dores por longo tempo. Em outros casos, porém, os resultados foram nulos. Ultimamente estamos observando os resultados da infiltração pela scurocaína do gânglio estelar. Esses casos, porém, ainda continuam em observação. Os resultados obtidos com a scurocaína e histamina não variam com a forma de lepra.

Nas formas infiltrativas graves, agudas ou crônicas, muitas vezes, os processos conservadores fracassam totalmente, restando como terapêutica única a descapsulização e dissociação longitudinal do nervo, que sempre dá bons resultados. A operação é de técnica simples, podendo ser realizada até com anestesia local. Nas formas agudas com fenômenos dolorosos intensíssimos, muitas vezes os próprios doentes reclamam a narcose. Não descreveremos a técnica empregada

e seus fundamentos por já ter isso sido feito em trabalho que publicamos anteriormente.

* * *

Nos casos com caseose do nervo a nossa experiência é mínima. Tivemos apenas dois casos. O primeiro tratava-se de uma menina, portadora de um abscesso em um dos ramos do nervo músculo cutâneo do antebraço direito e que foi extirpado em bloco. O segundo caso, trata-se de um doente com manifestações berrantes de lepra tuberculóide localizada apenas no membro superior esquerdo. O cubital apresentava grande espessamento fusiforme, onde se encontravam dois nódulos duros. O diâmetro desse nervo era aproximadamente igual ao de um dedo indicador. Abordado o cubital fez-se a extirpação da cápsula em toda a extensão do espessamento. Abriu-se a seguir o nervo longitudinalmente e encontrou-se no centro dos nódulos focos de caseose que foram esvaziados e curetados suavemente. Procedeu-se a seguir a dissociação longitudinal das zonas infiltradas e fibrosadas. Suturou-se a seguir os diversos planos, evitando-se a aderência do nervo A cicatriz cutânea.

Todos os autores são unânimes em considerar a caseose como problema eminentemente cirúrgico.

EURICO BRANCO RIBEIRO acha que a intervenção precoce, entre outras vantagens, tem o de evitar a fistulização e a destruição maior do nervo, permitindo também melhor regeneração das neuro-fibrilas.

Havendo trajeto fistuloso já aberto, BRANCO RIBEIRO aconselha a sua extirpação, excisão dos tecidos fibrosados e libertação do tronco nervoso, procedendo-se a seguir à neurólise endoneural.

DISCUSSÃO

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: O trabalho do Dr. LINEU M. SILVEIRA, é bastante interessante, sobretudo num ponto de vista de suas observações, onde refere a possibilidade do encontro de abscessos de nervo em forma lepromatosa. Nós já tivemos oportunidade de tratar dessa possibilidade que eu, embora não a tenha encontrado, admito-a, todavia. Pedi ao Dr. LINEU para, em companhia do Dr. LICÍNIO, fazer a pesquisa sistemática nos doentes lepromatosos na Colônia de Pirapitingui, do denominado abscesso de nervo. Eu tenho uma casuística, mais ou menos elevada, de abscesso de nervo, cerca de 20 casos, mas todos eles foram observados em doentes de forma tuberculóide e admito mesmo que o abscesso de nervo seja um fenômeno eminentemente tuberculóide. Admito, mas só admitirei o fato em contrário após ter visto um abscesso de nervo em forma lepromatosa. Outro fato interessante do trabalho do Dr. LINEU, é a possibilidade do encontro de estrutura tuberculóide na pele e estrutura lepromatosa no nervo. Eu peço para que ele leia o relatório dos dois casos para depois ouvir a opinião dos anátomo-patologistas que se encarregaram desta parte.

Dr. LINEU M. SILVEIRA: Faz a leitura da verificação histopatológica das duas observações.

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: Eu consultava ao Dr. PAULO RATE DE SOUSA se o quadro clínico não se enquadraria no quadro da lepra tuberculóide reacional.

Dr. PAULO RATH DE SOUSA: Não parece. A impressão que se tem é que se trata de um granuloma de natureza tuberculóide sem fenômenos de reação. Êste caso será objeto de um estudo em colaboração com o colega Dr. ALAYON, o qual será lido amanhã. Aliás, achamos interessante e é por isso que vamos publicá-lo.

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: Consultaria também se o quadro era tipicamente lepromatoso.

Dr. PAULO RATH DE SOUSA: Dentro dos nossos conhecimentos, deve per considerado lepromatoso, principalmente um deles, no qual não se encontrou nenhum abcesso.

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: De modo que, vemos que do primeiro caso resta já uma dúvida ligeira, que é esta tendência a estrutura nodular. Evidentemente não quero prejudicar, mas tenho a impressão que neste quadro clínico estava se fazendo uma reação tuberculóide e pediria ao Dr. LINEU acompanhar a observação do mesmo e repetir, se possível, as biopsias da pele e do nervo.

Dr. LINEU M. SILVEIRA: A biopsia foi repetida e confirmou o diagnóstico: o Mitsuda era levemente positivo e clinicamente tratava-se de lepra tuberculóide. O interessante nesta doente é que a sintomatologia era muito discreta e apenas chamavam atenção dores continuadas no cubital, rebeldes a todo tratamento conservador, o que nos levou a biopsiá-lo.

Tratava-se de um caso que ia ser apresentado para alta e quando fizemos a biopsia do cubital, a doente não apresentava o menor sinal de reação. O resultado do exame anátomo-patológico foi o seguinte: "intensa infiltração linfocitária difusa do nervo e infiltração concomitante por numerosas células vacuolizadas, contendo grande número de bacilos álcool resistentes".

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: A presença de bacilos nas formas reacionárias tuberculóides é a regra A vacuolização é possível.

Dr. LINEU M. SILVEIRA: Não havia sinais de reação.

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: Mas pode se processar primeiramente uma reação do nervo para secundariamente se dar a da pele. A confirmação dêste caso traria indiscutivelmente seria alteração no conceito que se forma desta analogia, que se presume, exista entre as lesões da pele e do nervo. Neste caso, trata-se realmente de estrutura lepromatosa da pele e nervo e todos nós do Serviço teríamos o máximo prazer de ver a continuação de observações posteriores dêstes casos que não deixam de ser sumamente interessantes.

Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON: Reputa o trabalho do colega muito interessante e queria trazer o testemunho de outro caso, adiantando a comunicação que será feita em colaboração com o Dr. PAULO RATH DE SOUSA, porque nosso caso, até certo ponto, superpõe-se a esse. Em primeiro lugar, não vejo razão muito forte para se extranhar a possibilidade da coexistência de alterações lepromatosas e tuberculóides. Não há dúvida nenhuma que os casos tuberculóides clássicos existem e os lepromatosos também. Mas, do ponto de vista anátomo-patológico, não há nada que nos impeça dizer que existem formas de passagem, se bem que isto seja a exceção e não a regra. As levies cutâneas dêsse paciente eram maculares, de cor característica marron com descamação central e bordas salientes, anestésicas e a biopsia deu como resultado um granuloma tuberculóide, sem fenômenos reacionais. Era êste bem circunscrito, sem vacuolização e não foram encontrados bacilos. Algum tempo depois, as lesões clínicas apresentavam o mesmo aspecto, mas como o doente estivesse preocupado

com uma garra que se esboçava e tivesse o cubital D espessado, foi feito um exame elétrico que mostrou uma reação de degeneração parcial. Dentro da possibilidade de uma regeneração mandei proceder a neurólise e pedi ao cirurgião que tirasse dois fragmentos de nervo que se apresentavam alterados macroscopicamente. O exame destes dois fragmentos mostrou num deles pequeno foco de caseose circundado por um tecido de granulação no qual se encontravam alguns gigantócitos tendendo a organizar o processo e no outro a estrutura, pelo menos do ponto de vista histológico, era lepromatosa pela presença de células vacuolizadas com numerosos bacilos de Hansen. Disse que não era um fenômeno reacional pelo seguinte: As alterações clínicas cutâneas não tinham modificações no seu aspecto para piora estando, ao contrário, em regressão; o doente trio apresentava por esta ocasião fenômenos gerais, nem febre, dores, etc., que acusassem um surto reacional, como aconteceu no aparecimento das primeiras lesões; Reação de Mitsuda fortemente positiva, pois apresentou no ponto de injeção um nódulo que se ulcerou na terceira semana e creio que, do ponto de vista imunobiológico, estivesse bem presente um estado de alergia. E' preciso considerar que o Mitsuda, reação eminentemente histógena, tem o valor de revelar, principalmente, um estado de alergia local, opinião esta que, alias, penso esteja documentada com o trabalho do Dr. GIL CERQUEIRA, que observou diferenças de reações em pontos diferentes no mesmo doente, pelo que também é possível que na forma lepromatosa um tecido reage de uma maneira e outro tecido de outra. Assim sendo, não deve causar tanta surpresa a possibilidade de se encontrar lesões de tipos diversos em órgãos diversos e com estes dados penso se expliquem até certo ponto as considerações do Dr. LINEU e a possibilidade da existência de períodos ou formas transicionais na lepra, isto é, de formas-passagem do tipo tuberculóide para o lepromatoso.

Dr. LINEU M. SILVEIRA: O Dr. NELSON, considera a caseose como fenômeno eminentemente tuberculóide. Vou ler um trecho da observação clínica de um caso de forma lepromatosa e que era portadora de abscesso de nervo — (segue-se a leitura).

O nervo cubital foi operado pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO e tratava-se de uma forma lepromatosa, classificada como forma mista — CINI. Aberto cubital, foram encontrados dois focos de caseose que foram esvaziados. E' um exemplo típico que confirma o que eu disse. O resultado da biopsia desse caso, se foi feita, deve estar num trabalho publicado pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Dr. NELSON DE S. Campos: Trata-se de uma menina de Campinas, que foi fichada por mim. Quando foi fichada, era uma forma nervosa pura e que não se podia portanto classificar como forma mista.

Dr. LINEU M. SILVEIRA: Quanto ao aparte do Dr. ALAYON, tenho a dizer que todo o interesse que achei nos casos discutidos, foi o mesmo que o levou a estudá-los sob o ponto de vista anátomo-patológico.

Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON: Estou de pleno acôrdo com o interesse dêste caso porque vem mostrar que este exagero em se querer separar em compartimentos estanques a lepra é absurdo, razão por que eu quis apoiá-lo trazendo à casa o conhecimento de mais um caso.

AO ENCERRAR A PRIMEIRA SESSÃO

Dr. UMBERTO PASCALE: Antes de proferir a palavra de encerramento que coube a mim por gentileza e honra, queria dizer algumas palavras em tórno do que realizamos e do que vós outros realizásteis, de seis anos a esta parte.

Em face do tumulto da vida contemporânea, o comparecimento a uma reunião como esta constitui um descanso espiritual, como que um oasis em que a gente se refaz dos tormentos da vida. Nós estamos ao apagar das luzes do ano de 1940 e é portanto, a época dos balanços; fazem-se balanços de toda ordem, e vós estais fazendo o balanço científico das vossas atividades e seria interessante a vós outros saberdes que em referência a um detalhe do discurso do Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS, de 1938 a esta parte, no Departamento de Saúde, se realizaram 516 trabalhos científicos entre Conferências, Trabalhos publicados e comunicações de sociedades científicas. Pois bem, a Lepra contribuiu, neste balanço, com 189 trabalhos! Um têrço é de vossa autoria e isto é sobremodo honroso para um dos setores da administração do Estado que tão bem se destaca e tão bem se define em face dos demais setores e eu não poderia perder o ensejo que se me depara em felicitar calorosamente os senhores.

Graças a esta periodicidade com que se realizam estas reuniões, através das quais os senhores mantêm-se em contacto e onde se pesam as brilhantes divergências, a produção dos trabalhos científicos nos outros setores resultou da realização, também, destas reuniões onde os cultores da ciência se aproximaram. Elas se realizaram no Instituto Butantã, Instituto Bacteriológico, Centros de Saúde da Capital, do Interior, no Instituto Clemente Ferreira, onde houve até um curso muito interessante realizado pelo Professor BÜNGELER, que realizou também um curso de fisiologia que constituiu para nós um dos estímulos, porquanto ultrapassou a nossa expectativa tão só pelo número de trabalhos apresentados, pela proficiência dos autores, como também pelo grande número de médicos que se interessam pelo problema. Portanto, esta reunião constitui um fato alvigareiro em São Paulo, sobretudo porque os resultados que já vem fazendo notar constituem um desmentido à noção errônea que se tem que aqui só se cultiva a prática ou trabalhos materiais e que aqui há como que um desvio das questões espirituais da vida e isto é, para nós, positivamente estimulante e a vós outros que de seis anos a esta parte vêem trabalhando.

Permitam que ao encerrar esta Reunião, eu vos felicite calorosamente aproveitando o ensejo para felicitar o Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS que, substituindo o grande patriarca SALES GOMES, vem honrando o cargo que ocupa.