

LEPRA TUBERCULÓIDE REACIONAL

NELSON DE SOUSA CAMPOS
Médico do S. P. L

INTRODUÇÃO

Sob a denominação de reação leprótica tuberculóide foi descrita pela primeira vez por WADE (1) (*) e depois por SCHUJMANN (2) (**), por FERNANDEZ (3) (***) e mais recentemente por outros AA., um estado reacional tuberculóide com aspecto clínico, bacteriologia e imunologia particulares e que, para esses leprólogos, foi considerada como uma reação leprótica na acepção clássica do termo, sobrevivendo em casos de lepra tuberculóide.

Pelo que se conclue dos trabalhos acima citados, essa forma aguda da lepra tuberculóide incidiria sistematicamente em doentes portadores de forma clinica tuberculóide anterior, e suas manifestações clinicas se enquadrariam na concepção que temos da Reação Leprótica, variando sua significação em relação apenas ao terreno no qual incidiria.

Todavia estão de acôrdo os AA. em reconhecer grandes diferenças entre a "reação leprótica tuberculóide" e a "reação leprótica comum". LOWE (4) foi o primeiro a apresentar suas dúvidas quanto

(*) WADE, foi o primeiro a chamar a atenção sôbre o fato de que certos casos de lepra tuberculóide apresentarem formas sub-agudas de reações exportâneas, que são interpretadas como novos focos tuberculóides ou como uma forma de reativação de focos tuberculóides antigos, que se encontravam em vias de regressão.

(**) Diz SCHUJMANN — Asi como en la lepra cutanea se suele observar... poussées agudas de reaccion leprosa, en la lepra tuberculóide... pueden presentarse reacciones periodicas de las lesiones, pero las cuales se manifiestan por tin quadro clinico, bacteriológico e histo-pathológico muy distinto al anterior".

(***) e FERNANDEZ assim se refere: — " Les formes tuberculoides de lépre, de même que les formes cutaneas, peuvent presenter, au cours de leur evolution, des periodes d'activite extraordinaire. C'est cela qu'on appelle "réaction lépreuse".

à idêntica natureza das reações sobrevindo nos casos nodulares (lepromatosos) e nos casos máculo-anestésicos não concordando mesmo na idêntica designação para fixar processos diferentes, que se instalam em doentes em condições clínicas, bacteriologia e imunologia diversas.

FERNANDEZ (3) igualmente estranha a designação (*) mas a admite e aceita, porque as diferenças clínicas, histológicas e imunobiológicas, assim como seu distinto diagnóstico não dependem da reação em si, mas do terreno — forma clínica de lepra no qual incidiria a reação, sendo que a inflamação aguda é o que caracteriza o termo reação.

Evidentemente não é feliz a denominação de reação leprótica a este aspecto particular da lepra tuberculóide, e nem ela reflete a realidade dos fatos. A reação leprótica comum incidindo quase de um modo absoluto nas formas lepromatosas da lepra, difere sem dúvida, sob todos os pontos de vista, da denominada reação leprótica tuberculóide.

Por reação leprótica nós estamos acostumados a designar e ver um quadro clínico infeccioso, agudo ou sub-agudo, constituindo uma intercorrência do processo leproso, acompanhado quase sempre de um estado febril ou sub-febril, umas vezes de caráter transitório, outras vezes duradouro, frequentemente recidivante, afetando sempre o estado geral do doente, com reativação clínica das lesões preexistentes, aparecimento de novas, caracterizada sempre pelo aparecimento de nódulos e manchas do tipo eritema polimorfo ou nodoso.

Ela é sobretudo e primordialmente unia intercorrência na evelução da forma lepromatosa, quer cutânea, quer do nervo, e até visceral, quando ela constitue então a manifestação cutânea da moléstia.

O desaparecimento de um surto de reação leprótica em um doente, não implica em afirmar o desaparecimento dos demais sintomas de lepra nesse mesmo doente, que continuará com as mesmas lesões preexistentes, na maioria das vezes peorado de sua moléstia.

Na denominada "reação leprótica tuberculóide", pelo contrário, ela constitue "a moléstia mesma" se assim pudéssemos dizer e o seu desaparecimento, após um tempo mais ou menos longo, coincide com a cura clínica do paciente. Não há febre, o estado geral pouco, se altera e não raro ela constitue a manifestação inicial e quiçá única da moléstia.

(*) Diz Ele: — "As correto designar con un mismo termino-reaccion leprosa — procesos que clinica e immunologicamente se diferencian y que quiza sean originados por causas distintas?"

Ao contrario da reação leprótica comum, ela só é excepcionalmente recidivante. Não ha pois termo de comparação entre um quadro clinico e outro, para que recebam a mesma denominação.

O quadro da reação leprótica comum, tão bem estudado por FERNANDEZ (5) e um quadro clinico agudo; seu decurso se faz em questão de dias, raramente de meses. Frequentemente assume uma forma crônica, pela frequência e intercorrença de recidivas. Na de- nominada reação leprótica tuberculóide esse decurso e longo, nunca menos de 3 meses, podendo ir ate mais de ano.

Outro fato referido pelos AA. atrás referidos, que mais de perto se tem dedicado a este assunto, e o da incidência dessa "reação" em formas tuberculóide anteriores. O fato desse quadro clinico apresentar uma reação tecidual tuberculóide, alias muito especial, bastante característica e não confundível com a reação tecidual da lepra tuberculóide primária ou clássica, não é o bastante para se pressupor a presença de forma clínica tuberculóide anterior.

Ao contrário do que afirmam esses AA., e de acôrdo com a opinião de RYRIE (6), somos de opinião que essa modalidade clinica de "reação leprótica" não incide exclusivamente entre os portadores de lepra tuberculóide. Na grande maioria das vezes a incidência se dá entre doentes portadores de forma clinica incharacteristica, quando não seja em doente sem manifestação nenhuma de moléstia, a "reação" constituindo sua primeira exteriorização.

Fomos dos que, desde o inicio, não concordaram com a denominação de "reação leprótica" a esse surto agudo de lepra tuberculóide. Propusemos então a denominação de "lepra tuberculóide reacional" em substituição as de "reação leprótica tuberculóide", proposta por WADE e aceita por FERNANDEZ e SCHUJMANN.

Todavia, essa modalidade clinica de lepra, somente agora melhor conheci-la em sua significação e na sua evolução, nos leva a considerá-la uma modalidade especial da forma tuberculóide, uma "acute tuberculoid leprosy" conforme uma feliz denominação de RYRIE (6) (*).

Não há dúvida que existem fundamentais diferenças, clinica, histológica, bacteriológica, evolutiva e ate mesmo imuno-biológica entre as duas variedades clinicas de lepra tuberculóide, isto é, entre a forma reacional ou "acute tuberculoid leprosy" e a lepra tuberculóide clássica, primária, segundo as descrições iniciais de JADASSOHN e KLINGMULLER.

(*) Diz RYRIE: — "as in ordinary acute tuberculoid leprosy, the lesions often appears on the site of old and apparently inactive simple lepride".

Essas diferenças poderão ser sintetizadas no quadro seguinte:

TUBERCULOIDE CLÁSSICA

TUBERCULÓIDE AGUDA **"Acute Tuberculoid Leprosy"**

CLÍNICA

Lesões circinadas ou figuradas, quiescentes, crônicas em sua evolução, individualizadas pelos bordos, que as delimitam.

São quase sempre em pequeno número. Apresentam uma evolução centrífuga com cura central, podendo atingir grandes dimensões.

Casos existem de lesões de tipo nodular ou papulóide, sarcóidicas. Qualquer que seja o aspecto clínico com que se apresentem, a vitropressão demonstra um aspecto amarelo geléia, característico dessas lesões.

São quasi sempre lesões primárias, podendo incidir em casos nervosos antigos.

Lesões polimorfas, partindo de um nódulo as grandes placas e entre uma e outra, tôda urna série formas e aspectos. Caráter eruptivo, agudo, das lesões, quase sempre generalizadas. Coloração característica vermelho-arroxeadada, succulentas; à vitro-pressão na fase aguda, não apresentam a coloração geleia das formas clássicas.

Apresentam-se com frequência secundárias as lesões incharacterísticas preexistentes, inativas ou não, podendo aparecer em lesões habitadas.

BACTERIOLOGIA

O encontro de germe é absolutamente excepcional.

O encontro de germe é muito freqüente, sobretudo na fase inicial.

EVOLUÇÃO

Evolução crônica, de anos às vezes; tendência lenta à cura espontânea, partindo do centro da lesão, com leve atrofia da epiderme. Nunca evolue para a forma lepromatosa.

Evolução mais rápida. Após surto agudo as lesões se desinfiltram, se achatam até o desaparecimento total com acentuada atrofia de epiderme. Freqüente e rápida cura espontânea. Pode, embora excepcionalmente, evoluir para a forma lepromatosa.

HISTO-PATOLOGIA

Quadro histológico caracteriza pela formação de pequenos nódulos, que mostram uma estrutura semelhante aos nódulos da tuberculose. No centro, geralmente a presença de célula gigante, rodeada de células epitelióides em disposição radiada e

O quadro histológico apresenta além das lesões do quadro tuberculóide, uma forte hiperemia, edema e vacuolização dos elementos epitelióides com infiltração linfocitária difusa, focos de degeneração e mesmo fibrinóide.

na periferia, envolvendo os nódulos, linfócitos, algumas células conjuntivas. Os infiltrados tuberculóides se estendem desde o corpo com o tecido celular sub-cutâneo, não há células de VIRCHOW, bem bacilos.

Essa imbição fibrinóide pode ir até à degeneração e à necrose. O encontro de bacilos, nos casos agudos, é freqüente.

IMUNOLOGIA

Reação de Mitsuda sempre fortemente positiva. Dificilmente o seu resultado se modifica.

Com freqüência a reação de Mitsuda é negativa, sobretudo na fase aguda. O resultado evolue com o caso.

Assim a positividade é maior e mais freqüente na fase regressiva.

Como se ve são bastante diversos os quadros clínicos dos dois aspectos tuberculóides de lepra. Se eles tem aspectos comuns, ou melhor, semelhantes, sobretudo histológicos e imunobiológicos, por por outro lado eles se separam nitidamente quanto à bacteriologia, à clinica e à evolução.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

A denominada "reação leprótica tuberculóide" pode se apresentar como um quadro eruptivo sub-agudo, sobrevindo abruptamente, sem sintomas podrômicos ou senão ela se instala mais ou menos lentamente pela exacerbação de lesões preexistentes.

Esse surto eruptivo agudo, constitue geralmente a manifestação inicial da moléstia; outras vezes porem, são secundárias à uma lepra preexistente e esta nem sempre de natureza tuberculóide. Já vimos aparecer a lepra tuberculóide reacional em doentes que referiram apenas uma zona de anestesia antiga, em outros existia uma macula rósea, habitada, de estrutura histológica incarateristica, e que de um momento para outro tiveram um surto eruptivo com aparecimento de novas lesões, que juntamente com as antigas assumiram um aspecto clássico da erupção tuberculóide. Uma vez o novo quadro clinico implantado, ele absorve completamente a forma inicial, que desaparece quando se dá a involução e cura.

Quando a reação se processa com carater eruptivo agudo, mais ou menos exantemático, o aspecto das lesões pode simular, com fundamento, um surto de urticária, de um eritema polimórfo, uma toxidermia etc. e é somente mais mais tarde, quando as lesões se apresenta-

rem com o seu aspecto definido, é que o diagnóstico se orienta para a lepra.

Uma vez instalado o quadro eruptivo, êle é defintivo (a recidiva entre nós é excepcional) e as lesões assim se mantêm até a sua involução total, o que se dá em um tempo variável de 6 meses a 2 anos.

O surto eruptivo não é acompanhado de nenhum sintoma geral;

não há febre, o estado geral ao mais das vezes nada sofre, apenas alguns doentes se queixam de ardor, de dores mesmo, ao nível das

lesões. Quando a lesão se assesta igualmente nos nervos, há então

um processo agudo de nevrite, duradouro, que acarreta uma impotência funcional do membro atingido e não raro amiotrofia secundária.

ASPECTO CLÍNICO

O aspecto clínico das lesões da lepra tuberculóide reacional é bastante especial e característico e não há quem não os tendo visto uma vez que não os reconheça e diagnostique depois. As lesões podem se apresentar com aspecto variado não só quanto ao tipo morfológico, como quanto à extensão do surto.

a) *Surto agudo*: As lesões se apresentam no início como erupção rósea, que à medida que se infiltram, se tornam eritematosas, para quando o surto instalado, após 15 a 30 dias, o aspecto ser absolutamente característico; são lesões de grande polimorfismo, guardando entretanto um traço comum : a coloração vermelho-vinhosa e a intensa infiltração ou congestão que as tornam succulentas ao tacto. De início se apresenta no geral como formações tuberosas ou papulóides, com aspecto francamente sífilóide; por confluência de lesões, ou por extensão, podem aparecer grandes máculas ou placas reacionaes de aspecto erisipelatóide. As lesões se tornam logo congestivas, se infiltram, fazem nítida saliência com a pele sã, saliência tanto mais perceptível quanto menores sejam, assumem um coloração vermelho-arroxeadada, de superfície lisa e brilhante. Ao serem biopsiadas dão ao bisturi uma sensação de tecido friavel.

Ê nessa fase mais aguda, quando a reação é por demais intensa que as lesões podem se ulcerar. Essa ulceração, que é um fato observado com frequência por RYRIE e referido igualmente por SCHUJMANN, é de verificação rara entre nós.

Quando essas grandes manchas se localizam na face e abrangem, por exemplo, uma hemi-face, sobrevem muito frequentemente uma paralisia do nervo facial, com aparecimento dos sinais clássicos dêsse síndrome, e como reliquat após a sua involução, resta um lagoftalmo.

b) *Surto sub-agudo*: Ao lado desse surto agudo eruptivo, observa-se com muita frequência um surto de reativação de antigas lesões. Neste caso o começo se faz sempre de urna forma lenta e insidiosa e reduzindo-se o quadro clinico dos seguintes sintomas: eritema ao nivel dos bordos das lesões preexistentes, que apresentam uma leve infiltração, tornam-se salientes e congestivas; em estado mais avançado o eritema pode se estender para o centro da lesão confluindo, formando então placa eritematosa. Esse quadro, que sempre o da reativação de uma lesão preexistente, regredida e em inatividade aparente, pode assim permanecer por algum tempo sem evoluir para formas agudas. E' frequente observar-se esse tipo de reativação clinica em doentes em alta.

Casos há porem, em que essa reativação clinica assume um aspecto verdadeiramente reacional e as lesões se infiltram acentuadamente como nos surtos agudos. Foram casos assim, os observados por SCHUJMAN e FERNANDEZ, o que levou esses AA, a considerar lepra tuberculóide reacional, secundária a formas tuberculóides anteriores.

Nunca observamos um fato citado por SCHUJMAN (4): "ao lado de elementos tuberculóides sin estado de reaccion... elementos com reaccion leprosa, que se destacan de los otros porque los bordes son más infiltrados, más elevados, etc."

Um característico clinico interessante da forma reacional tuberculóide e já estudada por nós (9) e o da localização das lesões.

De um modo geral elas se localizam de preferencia na face e nos membros. Na face elas se distribuem assimétrica e irregularmente, podendo atingir as pálpebras superiores e sobranceiras, as azas do nariz, lábio superior e inferior e mento. A conjuntiva é atingida com frequência, assim como a mucosa e semimucosa nasal localizando-se na face posterior do pescoço, atingem frequentemente o couro cabeludo. Nos membros se distribuem irregularmente, localizando-se porem com frequência na palma e no dorso das mãos, na planta e no dorso dos pés. Tem-se verificado casos nos órgãos genitais tanto no homem como na mulher.

Essa modalidade clinica de lepra possui pelo que temos observado nítidos característicos de localização que a diferencia das demais formas da lepra,

EVOLUÇÃO

Uma vez o surto eruptivo estabelecido, a regressão das lesões se faz em tempo variável, sendo que há uma regressão inicial, expontânea, imediata ao período eruptivo : a infiltração das lesões começa a ceder, e com isso a tensão e o brilho das mesmas. Uma leve des-

camação se instala, mais acentuada nas lesões maiores. Há um desaparecimento gradual de todos os sintomas inflamatórios, e uma atrofia começa a se instalar. Logo depois a descarnação aumenta se processa, ou à maneira de uma descarnação furfurácea, ou por largas escamas; a isso se segue um fino enrugamento ou pregueamento da superfície das lesões que assumem uma coloração mais escura.

As lesões menores podem não apresentar o processo descarnativo. Concomitantemente a isso, com ou sem tratamento, as lesões se desinfiltram, (o que corresponde ao pregueamento observado), ficam ao nível da pele, depois se deprimem, e a coloração dos elementos se torna fúlvea, ou marron-escuro.

Num período final de regressão se observa uma atrofia acentuada da epiderme, que se enruga e se pregueia, de uma maneira absolutamente característica; é o reliquat final da lesão. As lesões menores apresentam uma depressão ao toque com a polpa digital, única elemento às vezes para se as diagnosticar. Nas lesões maiores a coloração permanece arroxeadada, ou marrou, ou mesmo apenas eritematosa, ainda por muito tempo, e só muito tardiamente vem e desaparecer.

Em alguns casos permanece um eritema irremovível, porém, inativo. Algumas lesões, sobretudo as de pouca infiltração, podem desaparecer sem deixar vestígios. O espessamento do nervo quando presente, diminui, porém não desaparece, e ele se torna, muita vez elemento cutâneo indicador de uma lesão tuberculóide anterior. Esse espessamento pode ser acompanhado ou não de dilatações (abcessos) que permanecem inativos durante anos.

Essa evolução benigna de lepra tuberculóide reacional é sempre a regra? Todos os casos evoluem para a cura? São perguntas que se justificam no presente momento. Com frequência se ouve a notícia da existência de casos de lepra tuberculóide reacional que se transformaram em lepromatosos.

Sem infirmar aqui essa excepcional possibilidade e mesmo admitindo-a, como adiante exporemos, quer-nos aparecer todavia que essa questão precisa ser bem posta, para que não se firmem conceitos apoiados em premissas falsas.

Antes de mais nada é necessário que seja firmado com toda exatidão o conceito de lepra tuberculóide.

A generalização do termo, para o que muito tem concorrido uma precipitada interpretação dos resultados histopatológicos, é sem dúvida a principal das causas.

Denominam hoje lepra tuberculóide qualquer caso clínico cuja estrutura tecidual apresenta — *um esboço* de estrutura nodular" — ou — *uma tendência* ã, disposição nodular "ou mesmo" em *alguns pontos* uma tendência à estrutura nodular".

Ora, evidentemente, esses resultados não justificam de modo algum o conceito de lepra tuberculóide que devemos ter sempre em mente. Esquecem de que o diagnóstico da lepra tuberculóide se assenta em um tripé — Clínica-histologia-imunidade — e que a falta de um destes elementos é suficiente para que o diagnóstico não se mantenha de pé.

A clínica precisa ser exata no seu diagnóstico, já que o advento das formas reacionais veio alargar muito o aspecto das lesões, e estas podem frequentemente ser confundidas com formas lepromatosas, quer na sua modalidade tuberosa, quer maculosa, ou mesmo com as formas transicionais, intermediárias.

Por sua vez o histopatologista não pode dar um diagnóstico absoluto, desde que os elementos de que dispõe não o autorizam a isso. Nas formas intermediárias, frequentemente transicionais a estrutura tem que ser incaracterística, ela ainda não se fixou no quadro cínico definitivo polar, e os aspectos que apresenta em detalhe de estudo, só podem levar o clínico a uma conclusão de tendência de evolução para o pre-tuberculóide.

A prova de Mitsuda finalmente, e muitas vezes esquecida e ela é também fundamental. Nos casos reacionais, com resultado duvidoso ou negativo, ela deve ser repetida mais de uma vez, já que no início da reação, quando há presença de germe, esse fato pode se tornar frequente.

Dissemos atrás, admitir a transformação citada de forma tuberculóide reacional para forma lepromatosa e isso por conhecermos 3 casos em nosso Serviço em que essa "virada" está, cremos, provada. RYRIE (*) também observou essa transformação e que segundo uma "enquete" de SCHUJMANN (9) no *International Journal of Leprosy* é excepcional.

BACTERIOLOGIA

A questão da bacteriologia ou do achado bacilar nas lesões reacionais da lepra tuberculóide tem sido objeto de conclusões ou resultados bastantes discordantes entre os autores. Enquanto que

(*) Diz RYRIE "Most of the eases that Y have seen degenerate in a year or two to the cutaneous stage, with rapidly spreading lesions".

SCHUJMANN (2) (*) em 7 casos que observou apenas em 2 encontrou raros bacilos por campo e WADE (1) em 6 casos apenas encontrou em um, FERNANDEZ (8) encontrou sobre 10 dos 12 casos por &lc estudados, e em 1 caso, sobre 4, no sangue circulante.

Na realidade o encontro do bacilo, sobretudo na fase inicial do surto, quando as lesões ainda se apresentam eritematosas, é frequente. Casos há porem, em que, ou por condições particulares do mesmo, ou porque a pesquisa se procedeu tardiamente esse achado é negativo. Essa positividade é contudo transitória. Em questão de alguns dias ou alguns meses os bacilos desaparecem das lesões, coincidindo esse desaparecimento com a fase de desinfiltração das mesmas. A positividade do muco nasal é excepcional.

Tivemos oportunidade de observar casos em que lesões maculosas habitadas, após o surto, tiveram desaparecidas os germes que desde então não mais foram encontrados A. pesquisa direta.

REAÇÃO DE MITSUDA

A reação de Mitsuda é frequentemente positiva na lepra tuberculóide; e considerada mesmo como uma de suas características básicas. Entretanto, nos surtos agudos de lepra tuherculóide, sobretudo quando a pesquisa de germe é positiva, a reação é negativa ou fracamente positiva. A positividade da reação está em relação com a bacteriologia. Assim é que frequentemente negativa ou fracamente positiva no início da erupção, a positividade se acentua no decurso da evolução do caso, para se tornar bem positiva no período de declínio. Essas nossas observações não coincidem com as de FERNANDEZ (5) (**) que observou uma sistemática positividade do Mitsuda.

ETIOPATOGENIA

A causa determinante da lepra tuberculóide reacional tem sido vária.

SCHUJMANN observou em 7 casos, 3 vezes aparecimento expontâneo, 3 vezes no decurso do tratamento pelo chaulmoogra e uma vez secundário ao tratamento pelas anilinas. Os casos de apareci-

(*) Diz SCHUJMANN — " un echo que llana mucho la atencion es la negatividad bacteriologica de las lesiones apesar de sua actividad, de su infiltracion y de su aspecto nodular. En la mayoria de los casos no se encuentra el micobacterium a nivel de las lesiones ni nel muconasal".

(**) FERNANDEZ diz : " ya que nunca hemos observado un caso de lepra tuberculoide — confirmado pelo estudio-histologico — en el cual leprolin test fuera negativo".

mento espontâneo são referidos pelos doentes como secundários a choques morais ou físicos.

WADE verificou o aparecimento do surto em seguida à ingestão de iodoreto de potássio e em outro o aparecimento espontâneo.

FERNANDEZ refere como causas determinantes, 2 vezes a ingestão de iodo, 3 vezes após urna emoção violenta; em 2 doentes após o parto e em 5 casos não pode determinar a causa. Mas o que é interessante: em 7 casos que observou os doentes não faziam tratamento chaulmógrico anterior.

Não nos parece que a causa determinante da reação leprótica tuberculóide esteja na dependência do uso dêste ou daquele medicamento, dêste ou daquele choque moral ou físico. A sua natureza íntima que nós ainda desconhecemos, está muito provavelmente na dependência dos inumeros fatores que modificam o estado de alergia do indivíduo.

A lepra tuberculóide primária, quiescente, tem sido considerada desde o primeiro caso descrito, como a manifestação clínica de um estado de resistência ou imunidade do organismo em face da infecção hanseniana. Embora divirjam as opiniões na designação dêste estado de resistência, se devida a um estado de alergia, se a um estado de imunidade, uma ou outra designação fixam porém o mesmo fato: a benignidade dessa forma clínica, em contraposição à forma lepromatosa, considerada maligna. Reflexo dêsse estado de alergia, de resistência, é o resultado da reação de Mitsuda — choque antígenoanticorpo.

E' aceito hoje que a reação leprótica é um fenômeno alérgico, ou paralérgico, segundo MENDES e GRIECCO. BÜNGELER alvitrou a hipótese de que se trata apenas de surtos bacilêmicos.

A patogenia da lepra tuberculóide reacional, ou melhor dêste surto agudo de lepra tuberculóide, não está ainda bem clara e definida.

FERNANDEZ considera como sendo a resultante de uma disseminação hematógena de bacilos que provocaria a reativação de focos em estado de repouso. Admite ainda a existência de focos viscerais ou ganglionares, bloqueados durante um certo tempo, pelas defesas do organismo e sob a influência de causas várias, poriam em circulação os germes que provocariam a reação.

Em seu estudo com BÜNGELER (7), com fundamento nas alterações teciduais dos casos reacionais, Ele alvitra que — "a causa da reação tuberculóide seja uma disseminação hematógena do bacilo de Hansen" com localização preferencial para a pele. Isso é importante porque, se há urna disseminação hematógena uma verdadeira bacilemia, deverá haver igualmente uma localização visceral, fato ainda

não verificado por um dos AA. (BUNGELER) nas autopsias dos casos tuberculóides por êle realizadas. E' muito provável que essas autopsias tenham incidido em casos tuberculóides quiescentes, ou mesmo tuberculóides reacionais já na fase de regressão total.

Achamos, à luz da observação dos vários autores, que o surto agudo de lepra tuberculóide seja uma resultante de uma reinfeção endógena, hematogenica, partindo de focos viscerais ou ganglionares e por conseguinte, em organismos já sensibilizados por uma contaminação anterior.

Essa disseminação incidindo em organismos dotados de grande imunidade, produz por parte do tecido uma reação de tipo alérgico, isto e, degeneração e necrose fibrinóide, com formação nodular base de células epitelióides.

Assim teríamos, como conclusão geral:

A denominada "reação leprótica tuberculóide" que nós preferimos chamar "lepra tuberculóide reacional", pelo seu aspecto clinico, evolução, sua bacteriologia, pelo seu significado imuno-biológico, assim como pela sua histopatologia, é uma modalidade clinica da lepra tuberculóide.

Ela corresponde sem dúvida, a uma manifestação clinica de natureza alérgica da lepra tuberculóide.

A imunidade do terreno, ou melhor um estado de resistência do organismo à infecção, e a condição primordial para a existência da lepra tuberculóide em um doente. Esse estado, ou êsse fator X, será êle fixo e não modificável por fatores de ordem geral? As reinfeções ou mesmo as super-infeções que esse doente receberá na sua passagem pelo hospital, não hão de modificar esse estado de resistência ou de imunidade, com queda das mesmas e dai ser possível a mutação de forma?

BIBLIOGRAFIA

- 1 — WADE, H. W. — "Tuberculoid changes in leprosy" — II. "Lepra reaction in tuberculoid leprosy". Int. Journ. of Leprosy, Manila, 1934: II-(3),279.
- 2 — SCHUJMAN, S — " Reaccion leprosa tuberculoide ". Rev. Arg. de Dermatosifilologia. Buenos Aires, 1935:XIX-(3),44.
- 3 — FERNANDEZ, J. M. M. — "La Reaccion Leprosa Tuberculoide ". Rev. Bras. de Leprologia, S. Paulo, 1937:V-(3),419.
- 4 — LOWE, J. — "A study of macules in nerve leprosy whit particular reference to the tuberculoid macula". Leprosy in India. Calcutta, 1936: VIII-(3), 97.

- 5 — FERNANDEZ, J. M. M. — "El cuadro clinico de la reaction leprosa". La Semana Medica. Buenos Aires, 1937:XLIV-(20),1392.
- 6 — RYRIE, G. A. — "Acute ulcerative or sloughing tuberculoid leprosy. Int. Journ. of Leprosy. Manila, 1938:VI-(2),153.
- 7 — BÜNGELER & FERNANDEZ — "Estudo clinico e histopatológico das reações alérgicas na lepra". Rev. Bras. de Leprologia. S. Paulo, 1940:VIII(2),231.
- 8 — FERNANDEZ, J. M. M. — "Bacteriolie de la reaction lépreuse tuberculoide". Ann. Bras. de Dermat. e Sifilografia. Rio de Janeiro, 1939: XIV-(1),15.
- 9 — CAMPOS, N. S. — "Aspectos de localização da Lepra Tuberculóide". Rev. Bras. de Leprologia. S. Paulo, 1938:VI,71 (N.º Esp.).