

BACTERIOSCOPIA DA LEPRO TUBERCULÓIDE

LUIZ MARINO BECHELLI
Inspetor regional do 5. P. L (Araraquara)

É a bacterioscopia da lepra tuberculóide uma das partes da leprologia em que reina maior harmonia entre os estudiosos do assunto. A semelhança do que ocorre no tipo lepromatoso da lepra, onde todos os leprólogos estão de acôrdo sôbre a riqueza bacilar das lesões cutâneas e de outras pesquisas bacterioscópicas (no muco nasal, no suco ganglionar, e mesmo no sangue periférico), no tuberculóide também se observa a mesma uniformidade nas opiniões, aqui, naturalmente, tôdas elas confirmando serem muito raros ou ausentes os bacilos nas lesões características dêsse tipo de moléstia. É um ponto, insistimos, sôbre o qual não se admite a menor dúvida, como se deduz ao compulsar a extensa bibliografia referente ao assunto, desde o trabalho de JADASSOHN (19) até aos atuais.

Para podermos apreciar, de relance, quais os resultados das pesquisas bacterioscópicas efetuadas pelos vários AA., procuramos reunir, em um único quadro estatístico, todos os dados de interesse dos trabalhos que nos foram dados compulsar; com isso, também será fácil comparar o resultado dessas indagações com o obtido nas nossas. A maioria dos leprólogos praticou a pesquisa do bacilo de Hansen apenas nas lesões cutâneas e no muco nasal, sendo raros os que a pesquisaram no sangue, no suco ganglionar, ou em material dos assim chamados "abcessos" de nervo.

Dos AA. mencionados no quadro estatístico poucos são os que efetuaram as suas pesquisas em número razoavel de casos e assim mesmo esses dados são referidos de passagem, pois não constituíam o objetivo principal dos trabalhos que publicaram. O mesmo podemos dizer dos AA. que entram na estatística apenas com um caso. Um único trabalho, que é o de FERNANDEZ (12), tem por finalidade exclusiva estudar a bacterioscopia, porém somente em casos tuberculóides reacionais.

Evidentemente, tal ocorrência prende-se ao fato, por nós já assinalado e de todos sabido, de que é unânime o consenso dos leprólogos em admitir que as lesões tuberculóides são habitualmente ne-

NOME dos AUTORES	EXAMES BACTERIOSCÓPICO									
	Muco nasal		Lesão		Bacilémia		Função gânglio		Material a. nervo	
	+	neg.	+	neg.	+	neg.	+	neg.	+	neg.
Alonso e Poutier (1)		1 c.		1 c.				1 c.		
Büngeler e Fernandez (3) .		1 c.	1 c. TR.	4 c. TR.						
Bruusgard (5)				1 c.						
Fernandez (11 e 12)			12 c. TR.	2 c. TR.	1 c. TR.	3 c. TR.		2 c. TR.		
Garzella (13)		1 c.		1 c.						
Gougerot e Lortat (15) ...				2 c.						
Hamdi (16)		1 c.		1 c.						
Jacobsohn (18)		1 c.		1 c.				1 c.		
Jadassohn (19)		1 c.		1 c.						
Klingmüller (22 e 23)		1 c.		3 c.						
Lefrou e Essarts (25)		15 c.		15 c.						
Lowe (29)										
Mestre e Mylares (34) ...		1 c.		1 c.						
Moiser (35)	1 c.	5 c.	2 c.	4 c.						
Montel e Babbet (37)	1 c.	7 c.		8 c.						
Morais (38)		1 c. TR.		1 c. TR.						
Ota e Sato (43)			5 c.	11 c.						
Pautriez e Boez (44, 45 e 46)		1 c.	1 c.	2 c.						
Rabelo Jr. (50 e 51)		3 c.		1 c.						
Reiss (52)		3 c.		3 c.						
Roitberg (53)		1 c. TR.		1 c. TR.						
Ryrie (54)			1 c. TR.							
Sato (56)			2 c. TR.	2 c.						
Schujman (57 e 58)			2 c. TR.	5 c. TR.						
Soares (62)	1 c.	35 c.		36 c.				6 c.		
Soetopo (63)		1 c.		1 c.						
Stein (64)				1 c.						
Tebbut (65)		1 c.		1 c.						
Tisseuil (66)		5 c.		1 c.						
Urna Jr. (75)		1 c.	1 c.	4 c.						
Wade (79 e 80)			2 c. TR.	2 c. TR.						
W. Simon e Fernando (87)	1 c.	29 c.	5 c.	25 c.						
Zocchito (90)										

Abreviações: c. ~ casos; TR. — tuberculóide “reacional” ou “em reação”.

gativas ao exame bacterioscópico e que quando os bacilos forem presentes, eles são raros. As cifras expostas no quadro estatístico e as pesquisas pessoais de cada especialista servem de base a essa opinião, que é ainda esposada por muitos AA., alguns dos quais até agora não foram mencionados por nós: DARIER (8), DHARMENDRA e CHATTERJI (9), ETCHEVERRY (10), GOUGEROT (14), HUGHES (17), KLINGMULLER (24), LIE (26), MOTA (39), RABELLO JÚNIOR (48 e 49), WADE, RODRIGUEZ e TOLENTINO (87).

A única divergência que logramos observar entre os leprólogos, a respeito do assunto que abordamos, foi no estudo das pesquisas bacterioscópicas praticadas nos doentes "tuberculóides reacionais" ou em "reação tuberculóide". Realmente WADE (83 e 87) (*) e SCHUJMAN (57) afirmam que elas são pouco frequentemente positivas em tais casos, enquanto que FERNANDEZ (11) assegura serem os bacilos encontrados na maioria das vezes, quando a "reação tuberculóide" se encontra em início de desenvolvimento. Colocando-se no meio termo, YEPEZ (89) que é de opinião encontrar-se regular quantidade de bacilos nas lesões, em número apreciável de casos (**).

Nós nos reservamos, por enquanto, de manifestar o nosso parecer sobre tal questão, deixando isso para mais tarde, quando comentarmos os resultados das nossas pesquisas nas lesões cutâneas.

As indagações bacterioscópicas nos doentes tuberculóides que examinamos, foram efetuadas em materiais diversos: esfregaços de material das lesões cutâneas (obtido pela raspagem), de muco nasal, do sangue periférico, das punções de gânglio e de baço, e dos assim chamados "abcessos" de nervo. Era nossa intenção comentar o resultado das pesquisas primeiramente em relação aos tuberculóides que apresentam suas lesões em estado de "repouso" e, em segundo lugar, com referência aos casos em fase reacional. No entanto, fomos obrigados a desistir desse intuito, porque se tínhamos em mãos um razoável número de doentes tuberculóides reacionais, eram porém relativamente pouco numerosos os casos que apresentavam lesões em início de desenvolvimento. Por esse motivo tais casos serão considerados juntamente com os outros, embora venham a merecer comentários especiais, quando estes se tornarem oportunos e necessários.

(*) Em outro trabalho, WADE (78) afirma que em um ou dois casos tuberculóides reacionais os esfregaços foram negativos, mas os bacilos foram encontrados em outros três, em que a reação foi especialmente pronunciada e de longa duração.

(**) Em um caso ROTBERG (53) e MÓRAIS (38) em outro, não observaram bacilos nas lesões. Em um único caso, RYRIE (54) encontrou considerável número de bacilos nas lesões. Em dois menores com "reação tuberculóide supurativa", NELSON SOUSA CAMPOS (7) observou bacilos nas lesões, sendo que em um deles eram numerosos.

Dando início à exposição dos resultados de nossas pesquisas, abandonemos primeiramente os achados obtidos nas lesões cutâneas.

Pesquisa dos bacilos nas lesões cutâneas — Sendo-nos oferecida a oportunidade de lidar com doentes tuberculóides internados nos hospitais, onde são submetidos, com regularidade, a exames bacterioscópicos mensais, poderíamos mencionar os resultados dessas pesquisas relacionando-as a um único exame, o primeiro que fóra praticado ao internar-se o paciente ou a todos os que são efetuados durante a sua permanência no hospital. Optamos por esta última eventualidade, a fim de tomar mais acertada a nossa estatística.

QUADRO N.º 2

N.º de exames	N.º de casos	Positivos	Negativos
1 a 5 exames	73	6 (8,2 %)	67 (91,8 %)
6 a 10 "	75	10 (13,3 %)	65 (86,7 %)
11 a 15 "	119	17 (14,2 %)	102 (85,8 %)
16 a 20 "	78	15 (19,2 %)	63 (80,5 %)
21 a 25 "	53	13 (24,5 %)	40 (75,5 %)
26 a 30 "	33	9 (27,8 %)	24 (75,5 %)
Mais de 31 "	35	14 (40,0 %)	21 (60,0 %)
Total	466	84 (18,0 %)	382 (82,0 %)

Examinando, primeiramente, os resultados que correspondem a cada grupo de exames, observamos que a percentagem de pesquisas positivas sobe progressivamente à medida que aumenta o número de exames praticados. É assim que nos pacientes em que se fez apenas de uma a cinco pesquisas de bacilos nos esfregaços, a percentagem de positividade foi de 8,2; no outro extremo, nos doentes com mais de 31 exames bacterioscópicos, o resultado foi positivo em 40% dos casos. Registamos porém, alguns casos em que se procedeu inutilmente à pesquisa de bacilos em mais de 50 esfregaços.

Quanto à percentagem geral de exames positivos foi de 18 %. Essa cifra é, praticamente igual à obtida com a soma de todos os casos publicados na literatura e que reunimos no quadro estatístico n.º 1: com efeito, o total de pesquisas positivas nesse quadro ascende a 37 casos, em contraposição a 162 negativos, o que dá a percentagem de 186. Nesse quadro estatístico geral, que resume as pesquisas dos AA. nesse sentido, assim como no nosso, são considerados conjuntamente quer os tuberculóides com as lesões em fase de repouso quer em fase reacional.

Comparando a cifra por nós obtida (18 %) com a de outros AA. podemos afirmar que ela se aproxima da conseguida por WADE, SIMON e FERNANDO (86): 16,6% de casos com lesões bacterioscopicamente positivas, e é bem inferior da publicada por OTA e SATO (43), em cujos casos a frequência da positividade alcançou 31,6 %.

E' interessante a comparação com as estatísticas dos AA. nacionais, aliás dois apenas: uma delas a de NELSON SOUSA CAMPOS (7 e 8), feita no mesmo meio que o nosso, demonstrou que em 25 casos observados e publicados, havia 5 esfregaços positivos nas lesões, portanto em 20% dos casos, percentagem essa que é quasi idêntica à nossa. A outra, de J. A. SOARES (62), difere sensivelmente tanto da nossa como da de NELSON S. CAMPOS, pois em 36 casos nenhum teve exame bacterioscópico positivo.

É preciso fazer notar, mais uma vez, que os nossos achados baseiam-se em várias pesquisas bacterioscópicas e que na maioria dos casos apenas um exame foi positivo entre os muitos praticados. Em poucos casos um doente apresentava exame mensal de lesão, positivo mais de 2 vezes. Quando isso ocorria, verificamos tratar-se de pacientes "tuberculóides reacionais".

Entre Estes um caso merece destaque e foi observado cuidadosamente pelo nosso presado colega DEMÉTRIO TOLEDO, do Asilo Colônia Aimorés. Trata-se do doente A. S. A., de forma tuberculóide, com 9 exames bacterioscópicos mensais negativos, tanto de muco como de lesão, até a ocasião em que se deu a reativação da moléstia. Daí em diante os esfregaços das lesões tornaram-se positivos, em repetidos exames, a princípio mensais e depois semanais. Os bacilos em alguns esfregaços eram bastante frequentes, não chegando porém a constituir globias. Positivas mantiveram-se as pesquisas durante 11 meses seguidos, após os quais se tornaram novamente negativos. Nos esfregaços do muco nasal nunca foram evidenciados os bacilos, tanto antes como depois do surto reacional.

A respeito das pesquisas bacterioscópicas nas lesões tuberculóides reativadas, já assinalamos que J. M. M. FERNANDEZ (11 e 12) observou bacilos nos esfregaços em 12 pacientes de 14 que examinara afirmando em face desses dados, que os exames são positivos na grande maioria dos casos. Referimos também que WADE (83 e 84) e SCHUJMAN (57) são de opinião que isso ocorre pouco frequentemente, enquanto que YEPEZ (89) observou bacilos nos esfregaços de número apreciável de casos.

FERNANDEZ assinala ainda, sobre suas pesquisas nesses doentes, que o bacilo aparece na borda externa das lesões, durante o período inicial da reação; persiste por um tempo variável, durante a fase de estado e desaparece sempre no período de regressão.

Julgamos que a divergência de opinião dos AA. acima citados pode residir no fato de terem sido examinados esfregaços de lesões tuberculóides reacionais, em períodos variados de sua evolução.

Infelizmente, não nos foi possível seguir um número grande de casos "tuberculóides reacionais" em fase de início, a fim de dar um parecer seguro sobre tal ponto controvertido. Conseguimos observar 15 casos tuberculóides em "reação", aos quais juntamos os resultados de 38 pacientes, de outros hospitais. Em poucos casos, entretanto, os exames bacterioscópicos foram praticados na ocasião em que se manifestou o surto; na maioria deles as pesquisas foram feitas posteriormente, de um a vários meses e mesmo 2 anos, após o seu início.

Nos cinco casos em que a pesquisa de bacilos foi feita em lesões recentemente reativadas, o resultado foi positivo em quatro deles; em contraposição, em um doente (F. L.) que teve três surtos de "reação", os repetidos exames bacterioscópicos mensais foram negativos. Merece menção, ainda, neste particular, o caso citado por BÜNGELER e FERNANDEZ (3) : em um dos pacientes, que teve vários surtos reacionais (em 1932, 1936, 1937 e 1938) a pesquisa de bacilos, efetuada nos esfregaços de mais de 70 lesões, resultou sempre negativa.

Nos casos em que a pesquisa resultou positiva, foram encontrados bacilos pouco frequentes algumas vezes, numerosos em outras, chegando mesmo a formar globias, mas raramente. Como já mencionamos, em um caso (R. S. A., do Asilo Colônia Aimorés), os exames se mantiveram positivos durante onze meses seguidos e num outro durante quatro meses.

Em 18 doentes em que se procedeu à pesquisa bacterioscópica de um a vários meses e mesmo dois anos após o início da "reação tuberculóide", apenas em um caso o exame foi positivo. Em 32 pacientes, nos quais não pudemos apreender se as indagações bacterioscópicas foram feitas em lesões reacionais recentes ou antigas, os bacilos foram evidenciados em sete casos.

Os nossos achados, sempre levando-se em conta a ressalva apontada (poucos casos examinados bacterioscopicamente no início da "reação) são pois concordantes com os de FERNANDEZ: OS exames bacterioscópicos foram positivos em quasi todos os casos com lesões reacionais recentes (4 positivos em 5 doentes) ; baixou a frequência da positividade nas lesões em fase regressiva, que estavam perdendo os característicos da reativação. BUNGELER, em colaboração com FERNANDEZ (3), afirma também, neste particular, que "nas alterações provocadas por reações novas, recentes, especialmente na etapa de degeneração mucosa e fibrinóide do tecido conjuntivo, é possível por em evidência nos focos (mediante o emprêgo de coloração pelo mé-

todo de ZIEHL) bastonetes ácido-resistentes, os quais quasi sempre evidenciam alterações degenerativas francas (menor afinidade pelos corantes, desintegração granulosa e resolução em massa amorfas fracamente ácido-resistentes). Os focos antigos, ao contrário, aqueles que no curso de sua evolução chegaram ao estado de pequenos nódulos a células epitelióides, já não apresentam bacilos...".

Faz-se mister assinalar que em alguns casos "tuberculóides reacionais" o aspecto dermatológico das lesões e o grande número de bacilos no esfregaço do material das mesmas, pode levar a erro na classificação da moléstia, considerando-se lepromatoso um caso que na realidade é tuberculóide. Tal erro ocorreu conosco em um paciente (M. L.) que apresentava na fronte dois pequenos nódulos, considerados como lepromas por terem sido fortemente positivos os exames bacterioscópicos do material da lesão e do muco nasal (muco nasal: L. 5592 ++++; lesão, fronte: L. 5592 ++++). Concorreu também para que laborássemos em engano, o fato do doente ser preto, de modo que o aspecto de outras lesões do corpo — ligeira infiltração e descamação também pouco evidente, mas com bacilos numerosos nos esfregaços — era mascarado pela cor do tegumento. Tivemos mesmo a oportunidade de mostrar este caso a alguns colegas, que não titubearam em classificá-lo como lepromatoso.

O caso foi esclarecido ulteriormente quando, praticada a biópsia, a verificação histo-patológica feita pelo Prof. BUNGELER e pelo Dr. PAULO A. SOUSA demonstrou a presença de estruturas nodulares com alguns gigantecitos, tendo também encontrado numerosos bacilos. Idêntica alteração foi notada em outras biópsias. A determinação do índice protéico, feita pelo Dr. MOACIR SOUSA LIMA, também permitiu firmar o diagnóstico de lepra tuberculóide, tendo sido um dos índices mais baixos por ele observado.

Como vemos o aspecto dermatológico das lesões e o exame bacterioscópico fortemente positivo tanto no material destas como no do muco nasal, pode levar-nos a cometer erro de classificação da moléstia, em determinados casos.

OBEBDOERFFER M. J. e D. COLLIER (42) afirmam que o cuidadoso exame do lóbulo das orelhas revela a presença de bacilos em muitos casos nos quais a lesão é bacterioscopicamente negativa. Justificam a sua asserção, afirmando que a circulação mais lenta dos vasos mais dilatados do lóbulo da orelha favorece a implantação do bacilo da lepra.

Em um dos seus trabalhos WADE, em colaboração com SIMON e FERNANDO (86), assinala que três doentes tiveram exame positivo para bacilos em esfregaço de material do lóbulo da orelha (30 doentes foram examinados nesse trabalho).

RABELO JUNIOR (48), pelo contrário, afirma que é habitual a ausência de bacilos de Hansen tanto no lóbulo da orelha como nas lesões.

O resultado de nossa consulta às fichas de "Exames de laboratório" dos doentes tuberculóides do Asilo Colônia Cocais, onde trabalhámos, pode ser resumido no seguinte:

Lesão e lóbulo bacterioscopicamente negativos:	93	casos
Lesão negativa e lóbulo positivo	: 2	"
Lesão positiva e lóbulo negativo	: 8	"

Dos 93 casos em que os esfregaços tanto das lesões como do lóbulo foram negativos, em 23 foram praticados de 5 a 10 pesquisas em material do lóbulo; em 8 pacientes de 10 a 20 exames foram feitos, e em um foram examinados 22 esfregaços sem que os bacilos fossem encontrados. Tais cifras já bastariam para demonstrar que no material procedente do lóbulo e das lesões os resultados são geralmente negativos mas outros dados vieram a evidenciar que são relativamente pouco frequentes os casos em que os exames bacterioscópicos são positivos apenas no material do lóbulo das orelhas.

Apoia-se a nossa afirmação no fato de que em 8 casos, apenas a lesão foi positiva, enquanto que, só em dois, unicamente no lóbulo foram evidenciados os bacilos. Em um destes dois casos (Dolorata P. S.), apenas um, de 18 esfregaços do lóbulo, foi positivo, sendo encontrados numerosos bacilos (L. 253 +++).

Todos os esfregaços, não só de material de lesão cutânea, como de muco nasal, sangue periférico e de gânglio, foram corados pelo processo de ZIEHL-NEELSEN.

Por sugestão do Prof. BUNGELER, procuramos o Prof. FICKER, para pedir-lhe que examinasse alguns esfregaços pelo método de Osol (*). Muito gentilmente, examinou 40 esfregaços de 20 doentes (em cada caso 2 esfregaços da mesma lesão cutânea, que em dois

(*) COLORAÇÃO PELO MÉTODO DE OSÓL:

Reativos: fucsina fenicada de Zieh.

Acido sulfúrico a 10%.

Sulfito de sódio a 10%. Toma-se 1 parte de alcool e acrescenta-se a 5 partes da solução de sulfito de sódio.

O preparado é aquecido com a fucsina fenicada até formação de vapores e em seguida mantido em fervura durante 2 minutos e meio.

Lava-se com agua e descora-se durante 10 a 15 segundos no ácido sulfúrico, secando-o em seguida com papel de filtro.

Coloca-se no sulfito de sódio, até a descoloração completa.

Não é necessário fazer coloração de contraste.

ou três casos se apresentavam em franca regressão: em uma lâmina (5502) foram encontradas granulações ácidos-resistentes; em outra (L. 5509) um bacilo muito delicado; em uma terceira (L. 5512) alguns bacilos ácido-resistentes muito curtos; e em uma quarta (L. 5548), um lugar suspeito, com granulações ácidos resistentes. A de notar-se que, nesses mesmos casos, vários esfregaços foram examinados anteriormente pelo processo de ZIEBL-NEELSEN, com resultados negativos.

Entregamos, depois mais 12 lâminas ao Prof. FICKER, e o resultado de todas elas foi negativo. A frequência da positividade pelo processo de OSOL foi um pouco inferior a obtida pelo ZIEBL-NEELSEN (18%), devendo observar-se porém, que nesta última cifra um resultado positivo é a expressão de numerosos exames bacterioscópicos em cada caso, e de algumas dezenas em muitos pacientes.

Pesquisa dos bacilos no muco nasal: o resultado das pesquisas será referido tomando por base mais de um exame bacterioscópico, recorrendo-se a um quadro estatístico que obedece a mesma orientação adotada ao tratarmos da pesquisa dos bacilos nas lesões cutâneas.

QUADRO N.º 3

N.º de exames	N.º de casos	Positivos	Negativos
1 a 5 exames	49	1 (2,0 %)	48 (98,0 %)
6 a 10 "	64	2 (3,1 %)	62 (96,9 %)
11 a 15 "	129	7 (5,4 %)	122 (94,6 %)
16 a 20 "	92	8 (8,7 %)	84 (91,3 %)
21 a 25 "	61	8 (13,1 %)	53 (86,9 %)
26 a 30 "	39	15 (12,8 %)	34 (87,2 %)
Mais de 31 "	66	10 (15,1 %)	56 (84,9 %)
Total	600	41 (8,2 %)	459 (91,8 %)

Aqui, como no caso das lesões cutâneas, observamos que a frequência da positividade se torna tanto maior quanto mais elevado é o número de pesquisas levadas a efeito em cada paciente. A natural que assim suceda, pois, dentro de certos limites, um número maior de pesquisas aumenta a possibilidade de encontrar-se um esfregaço com bacilos. Casos houve em que apenas uma pesquisa foi positiva em 50 realizadas; em outros, registamos resultados negativos a-pesar de terem sido examinados mais de 50 esfregaços; destacamos um caso em que a pesquisa foi infrutífera em 87 lâminas.

A percentagem geral de exames positivos no muco nasal foi de 8,2. Essa cifra, embora baixa, ultrapassa de mais de duas vezes a obtida com todos os achados bacterioscópicos referidos pelos AA. Na literatura e reunidos no quadro n.º 1, isto é, em um total de 142 casos, apenas 4 tinham o muco nasal positivo (2,8 %).

Comparada a cifra que observamos com a conseguida isoladamente por alguns leprólogos, verificamos que ela é, ainda, mais elevada: WADE, SIMON e FERNANDO (86) obtiveram esfregaços positivos em 3,3 % (um caso positivo em 30) e SOARES (62) em 2,7 % (um positivo em 36 casos), enquanto que nas observações de SOUSA CAMPOS (6) e de LEFROU e ESSARTS (25) os exames sempre foram negativos.

De outro lado podemos deprender, pelas estatísticas já vistas, que os esfregaços das lesões cutâneas são bem mais frequentemente positivos (18 %) do que os de muco nasal (8,3%).

Nos casos de "reação tuberculóide" observamos que a percentagem de esfregaços positivos no muco nasal foi de 6: 3 exames positivos em 53 casos, a grande maioria em período de estado. Dos 3 pacientes em que a pesquisa foi positiva, em dois o material foi retirado ao iniciar-se o surto reacional.

Alguns esfregaços foram também examinados pelo prof. FICKER, utilizando-se ele do método de^scoloração de OSOL: em 20 esfregaços a pesquisa resultou negativa.

Referimo-nos, até o momento presente, ao material de muco conseguido pela simples colheita com o estilete envolto em algodão. Consideraremos agora o resultado dos exames no material obtido pela curetagem da mucosa nasal, dados esses que reunimos graças à gentileza dos colegas especialistas dos vários hospitais do S. P. L.

Em um total de 157 curetagens nasais, 153 foram negativas. Releva mencionar que dos 4 casos positivos, em dois o esfregaço foi fortemente positivo, sendo encontradas globias, e em um terceiro os bacilos eram numerosos, mas esparsos, no material da mucosa de uma das fossas, enquanto que na outra apenas 4 bacilos foram evidenciados.

A percentagem de exames positivos nas curetagens foi de 3,2, portanto inferior à da simples colheita do muco nasal. Aparentemente tal achado poderia depor depois contra o valor da curetagem como fornecedora de material mais provavelmente positivo; mas na realidade isso não ocorre, pois ela foi praticada apenas em doentes candidatos à alta e em segundo lugar, porque o resultado do exame do muco nasal foi relacionado, como dissemos outras vezes, a muitas pesquisas, das quais apenas uma ou duas foram positivas.

Pesquisa da bacilemia — Efetuamos a pesquisa no sangue periférico, recorrendo ao processo da gota espessa. Bste incorreria em grave causa de erro nos doentes lepromatosos, em que, mesmo na pele da polpa digital clinicamente sã, o exame histo-patológico demonstrou a presença de bacilos em número elevado de casos, segundo pudemos observar juntamente com J. B. Zoccnro (90) (de 24 casos biopsiados, 83,4% apresentavam processos lepromatosos na polpa digital clinicamente normal). Dessa maneira, em tais doentes, a pesquisa pela gota espessa perderia muito do seu valor, tornando-se necessário recorrer às técnicas de RIVAS-SMITH e de CROW, que se utilizam do sangue venoso e fornecem resultados mais seguros e rigorosos.

Sendo porém a pesquisa da bacilemia realizada em doentes tuberculóides, o método da gota espessa foi por nós preferido, não só pela sua técnica muito simples, como também pelo fato de que nesses pacientes, mesmo que existam lesões inaparentes na polpa digital, elas costumam ser abacilíferas, desaparecendo assim a causa de erro comum aos casos lepromatosos. Além disso, nos raros doentes com lesões palmares, tomamos a elementar precaução de picar um dos dedos em que elas estivessem ausentes.

Em 145 doentes efetuamos a pesquisa da bacilemia. Apenas em dois pacientes o resultado foi positivo: em um deles (E. G. do Asilo Colônia Santo Angelo), foi encontrado apenas um bacilo granuloso; no outro, (Luiz M. S., de nossa turma de tratamento em Cocais), com "reação tuberculóide", foram observados, além de granulações, raros bacilos, de pequenas dimensões, menores dos que são vistos nos lepromas.

E' preciso que se destaque o fato de que antes de nós FERNANDEZ (11 e 12), recorrendo à técnica de RIVAS, verificara a presença de bacilos no sangue de um doente "tuberculóide reacional", sendo a pesquisa negativa em outros três. Pelo contrário, ZOCCHIO (90) teve todas as suas pesquisas negativas nos tuberculóides que examinou — 26 pela gota espessa, 9 pelo método de CROW e 17 pelo de RIVAS-SMITH —, entre os quais alguns com "reação".

Como é muito provável que a reação tuberculóide seja determinada por uma disseminação hematogenica dos bacilos de Hansen, dispensamos especial atenção a três pacientes que a apresentavam.

Em um deles (M. 1vI.), repetimos a pesquisa durante 7 dias seguidos, com resultado sempre infrutífero, o mesmo sucedendo com outro caso (O. B.), durante 4 dias consecutivos. Em um terceiro caso (L. M. S.), um dos positivos assinalados acima, no primeiro dia de exame (na lâmina 2057 c) a pesquisa revelou granulações e raros bacilos, de pequenas dimensões; nos outros três dias que se lhe seguiram, nada foi encontrado.

Releva notar, a respeito dêstes três casos, que a "reação" estava em período de estado, quando, portanto, menos provável era o achado bacilar no sangue. As pesquisas negativas efetuadas em outros casos, a maioria nessas condições, mostra como é difícil a demonstração dos 'bacilos no sangue dêsses pacientes, e como é muitíssimo baixa a frequência de pesquisas positivas com êsse material. Comtudo, praticada logo que se desencadêia a "reação", é provável que o número de exames positivos seja mais elevado. Seria até interessante, para comprovar a importância da bacilemia na determinação dos surtos reacionais tuberculóides, realizar a pesquisa sistemática da bacilemia em alguns doentes que costumam ter "reação".

Pesquisa de bacilos no material de punção de gânglio — Foram praticadas 148 punções de gânglio e o exame bacterioscópico no esfregaço do material assim obtido foi positivo apenas 10 vêzes, portanto em 6,7% dos casos. Esta percentagem é bem mais baixa da conseguida por SOARES (62): 20%; é, ainda, evidentemente inferior à conseguida com as pesquisas de bacilos nas lesões cutâneas.

Em 4 casos os esfregaços foram fortemente positivos (+++), chegando a agrupar-se em globias; nos seis restantes, eram bem menos frequentes, sendo que em dois deles muito raros, não atingindo uma dezena. Quanto à morfologia dos bacilos, êles se apresentavam ora inteiros ora granulosos, alguns retos e outros ligeiramente encurvados. As granulações também eram vistas, agrupadas ou isoladas, sendo que em um ou dois esfregaços elas predominavam sôbre os bacilos inteiros. Ao que pudemos apurar, todos os doentes em que o exame, bacterioscópico foi fortemente positivo, com exceção de um, apresentavam-se com "reação". Nêsses casos eram encontrados tanto bacilos inteiros como granulações. Em um paciente predominavam os bacilos inteiros; em outro, fracamente positivo, as granulações eram mais frequentemente encontradas.

Pesquisa de bacilos no material de punção de baço — Há poucos anos praticamos êsse exame em alguns casos, com resultado negativo em todos êles, com exceção de um, em que um único bacilo foi encontrado no esfregaço.

Pesquisa de bacilos no material dos assim chamados "abscessos" de nervo — Essa pesquisa feita em 17 casos por NELSON Sousa CAMPOS, que gentilmente rios cedeu os resultados dêsses exames, foi negativa em todos os pacientes. LOWE (29) e WADE (79 e 81) foram mais felizes nos seus exames, tendo conseguido resultados positivos, o primeiro em 50% dos casos e o segundo várias vêzes.

Não quizemos, propositalmente, praticar a punção de nervo em nenhum dos nossos doentes, por motivos facilmente compreensíveis, inerentes a êsse processo de exploração.

Em suma, agora que acabamos de expor os resultados das várias pesquisas efetuadas, podemos fazer uma breve apreciação comparativa sobre as mesmas. O exame bacterioscópico que oferece maior percentagem de positividade é o do material das lesões cutâneas (18%), seguindo-se-lhe, por ordem de frequência, e com sensível diferença, o do muco nasal (8,2%) e da punção de gânglio (6,7%) e, por último, o do sangue periférico. De outro lado, na maioria dos casos, os bacilos eram relativamente pouco frequentes nos esfregaços, embora em muitos casos fossem tão numerosos a ponto de constituir algumas globias.

Depreende-se, e com isso confirmamos os numerosos trabalhos já publicados sobre o assunto, que na forma nervosa tuberculóide o especialista pouco pode contar com o resultado das pesquisas bacterioscópicas para firmar o diagnóstico de lepra, o qual, na grande maioria dos casos deve ser estabelecido pela apreciação em conjunto dos dados epidemiológicos, clínicos e anátomo-patológicos.

* * *

Agradecemos à direção do S.P.L. o convite honroso que nos fez, destacando-nos para a confecção do presente trabalho.

Nossos agradecimentos ao Prof. FICKER, aos Drs. HUMBERTO CERRUTI, MOACIR SOUSA LIMA, aos Snrs. Diretores e aos prezados colegas dos hospitais do S. P. L., ao Snr. JOSÉ PICARELLI e à Snra. LUIZA KEFFER, que colaboraram na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

O A. obteve os seguintes resultados nas suas indagações:

Pesquisa dos bacilos nas lesões cutâneas: lidando o A. com doentes tuberculoides internados em hospitais, onde são submetidos, com regularidade, a exames bacterioscópicos mensais, os resultados das pesquisas foram relacionados com os vários exames praticados durante o periodo de hospitalização. Observou, como era de esperar, que a percentagem de pesquisas positivas foi tanto mais elevada quanto maior o número de exames efetuados. Assim, em 73 doentes em que foram praticadas de 1 a 5 pesquisas bacterioscópicas, a percentagem de exames positivos foi de 8,2; no outro extremo, em 35 doentes com mais de 31 exames bacterioscópicos, o resultado foi positivo em 40 % dos casos (assinala porém, alguns casos em que se procedeu inutilmente à pesquisa dos bacilos em mais de 50 esfregaços).

Quanto à percentagem geral de exames positivos foi de 18%, sendo considerados conjuntamente quer os tuberculoides com as lesões em face de repouso quer em face reacional, perfazendo um total de 466 doentes. O A. faz notar que a cifra obtida se baseia em várias pesquisas bacterioscópicas e que, na maioria dos casos apenas um exame foi positivo entre os muitos praticados. Essas mesmas observações foram assinaladas ao considerar os resultados da

Pesquisa dos bacilos no muco nasal: No material de 600 doentes a percentagem geral de exames positivos foi de 8,2. No material conseguido pela curetagem nasal a positividade foi de 3,2% (4 curetagens positivas e 153 negativas).

Pesquisa de bacilemia: em 145 doentes foi pesquisada a bacilemia, estando presente em dois casos.

Pesquisa dos bacilos no material de punção de gânglio: em 6,7% dos casos o exame foi positivo (10 punções positivas e 138 negativas).

Pesquisa de bacilos no material de punção de baço: praticada em alguns doentes, sendo em um caso encontrado um única bacilo no esfregaço.

Pesquisa de bacilos no material dos "abscessos" de nervo: em 17 casos o exame foi negativo (material cedido pelo Dr. Nelson de Sousa Campos).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALONZO E POULLIER — "Lepra tuberculóide. (Tuberculo-papulosa y máculo anestésica) sin bacilos, en on enfermo de raza Blanca". Actas y trabajos, 1927:IV,666.
- 2 — BUEHLER — " Caso de lepra tuberculóide no dorso do pé esquerdo, aparecido após traumatismo. Zentralblatt, Berlin, 1926: XXI,38.
- 3 — BUNGELER, W. E FERNANDEZ, J. M. M. — "Estudo clínico histopatológico das reações alérgicas na lepra". Rev. Bras. Leprol., 1940:(3), 231.
- 4 — BRUUSGARD — "Contribuição ao estudo da lepra tuberculóide". Arch. f. Dermat. u. Syph. 1921 :XXIX, 225.
- 5 — BRUUGARD — " A lepra tuberculóide ". Zentralblatt, 1921 :1,186.
- 6 — CAMPOS, N. S. — "Aspects cliniques de la lépre tuberculóide chez l'enfant". Rev. Bras. de Leprol. 1937:V,99 n.º especial.
- 7 — CAMPOS, N. S. — "Evolução rara de dois casos de lepra na infância". (Reação leprática tuberculóide supurativa). Rev. Drug: de Dermat. y Sif. 1938:III-(9)114.
- 8 — DARIER — " Les tuberculoides de la lépre ". 3.ª Conf. Int. de la lépre". 1924,171.
- 9 — DEARMENDRA E CHATTERGI — "Total excision of early neuromacular lesions ". Leprosy in India, 1939 :XI- (4) ,117.
- 10 — ETCHEVERRY — " Situacion Medico-Social del Enfermo de Lepra tuberculóide". Rev. Bras. de Leprol. 1940 :VIII- (1),59.
- 11 — FERNÁNDEZ, J. M. M. — "La reacción leprosa tuberculóide ". Rev. Med. de Rosario, 1938:(2),105.

- 12 — FERNANDEZ, J. M. M. — "Bactériologie de la reaction lépreuse tuberculoïde. Rev. Bras. de Leprol. 1939:VII-(2),239.
- 13 — GARZELLA — " Sopra tin caso de lepra tuberculoïde ". Zentralblatt, 1922 :XXII- (6) ,280.
- 14 — GOUGEROT — "Lépre tuberculoïde". Nouv. Prat. Dermat. 1936, 883.
- 15 — GOUGEROT E LORTAT, J. — "Lépre circinée à structure tuberculoïde ". Bull. Soc. Fran. Dermal. Syph. 1934,1.665.
- 16 — HANDI, H. — "Über die Lepratuberkuloïde der Haut and der Dermoid-cysten". Zentralblatt, Berlin, 1929:XXX,833.
- 17 — HUGHES, W. — "Tuberculoid Leprosy". Tropical Diseases Bulletin, 1938 :XXXV,547.
- 18 — JACOBSON — "A case of tuberculoid leprosy" The Brit. J.. Dermat. Syph. 1937- (8) ,387.
- 19 — JADASSOUN — "Sôbre as lesões tuberculóides cutâneas da lepra não tuberosa". Dent. Dermat. Gessell. 1898,508.
- 20 — JABASSOHN — "Lésions tuberculides clans la lépre ". Bib. Int. Lepra. 1905: V,74.
- 21 — JEANSELME — "La Lépre", G. Doira. Edit., Paris, 1934,299.
- 22 — KLINGMÜLLER, V. — " Sôbre as lesões tuberculóides cutâneas com presença de células epiteloïdes e gigantes e necrose na lepra máculo-anes-tésica ". Bib. Intern. Lepra. 1900,30.
- 23 — KLINGMÜLLER, V. — "Uber tuberkuloïde lepra". Dermat. Woch. 1928:LXXXVI,369.
- 24 — KLINGMÜLLER, V. — "Lepra tuberculóide ". Die Lepra". Berlin, 1930,337.
- 25 — LEFROU, G. E ESSABTS, J. Q. — "Les problêmes de la lépre tuberculoïde". Bull. Soc. Path. Exot. 1935:XXVIII,301.
- 26 — LIE, H. P. — "Different forms of leprosy, especially lepra tuberculoides ". The Brit. JL of Dermal. 1923:XXXV, 387.
- 27 — LIE, H. P. — "Demonstration of the Leprosy bacillus in the leprides". Int. Jour. of Leprosy, 1935:II-(4),473.
- 28 — LIE, H. P. — "Problems of tuberculoid leprosy". Int. Jour. of Leprosy. 1935:III-(4),482.
- 29 — LOWE, J. — "A study of macules in nerve leprosy with particular references to the tuberculoid macule". Leprosy in India, 1936: (3),97.
- 30 — LOWE, J. — "A note on tuberculoid changes in leprosy as seen in *India*". Int. Jour. of Leprosy, Manila. 1936:IV-(2),125.
- 31 — LOWE, J. — "Tuberculoid changes in lymph nodes in leprosy". Bull. Inst. Pasteur. 1940:XXXVIII-(2),64.
- 32 — MERIAN — "Dois casos de lepra com lesões tuberculóides. Demonstração do bacilo nessas lesões pelo processo da antiiformina. "Mont. f. Prakt. Dermat. 1912 :LIV,637.
- 33 — MESTRE E MYIARES — "Lepra tuberculoïde". Vida Nueva, 1940:XLV-(3),192.
- 34 — MOSIER — " Tuberculoid leprosy in Southern Rhodesia". Int. Jour. of Leprosy. Manila, 1935:II,279.
- 35 — MOLLESWORTH, E. H. — "Leprosy ". An. Introd. to Dermat. 1937,161.
- 36 — MONTEL E BABLET — "La lépre tuberculoïde en Conchinchine". Int. Jour. of Leprosy, 1937:V-(2),135.
- 37 — MORAIS JR. — "Lepra. Um caso interessante de reação tuberculóide". Arch. Dermat. Syph. 1938:II-(1 e 2),26.

- 38 — MOTTA, Jr. — "Lepra tuberculóide". Separata. 1939.
- 39 — MOTTA, Jr. — "Lèpre tuberculoide. Manifestations cliniques". Rev. Bras. Leprologia. 1938:VI-(4),387.
- 40 — NAZAROV — "Paralytic lagophtalinos in tuberculoid leprosy". Int. Jour. of Leprosy, 1937:V-(4),547.
- 41 — OBERDOERFFER, J. E COLLIER, D. — "Réservoir à bacilles et lesions de la peau dans la lèpre tuberculoide". Dermat. Woch. 1939:CVIII,357.
- 42 — OTA, M. E SATO, S. — "Tuberculoid changes in leprosy". Int. Jour. of Leprosy, Manila. 1937:V-(2),199.
- 43 — PAUTRIER, E BOEZ — "A propos d'un cas de lèpre tuberculoide". Bull. Soc. Fran. Dermat. 1923,79.
- 44 — PAUTRIER, E BOEZ — "Lèpre tuberculoide probable chez un malgache". La Pres. Médicale. Paris, 1923:(27),308.
- 45 — PATTRIER, E BOEZ — " Cas de lèpre tuberculoide". 3." Conf. Int. de la lèpre. 1924,182.
- 46 — RABELO, Jr. — "Um caso de lepra tuberculóide". An. Bras. de Dermat. Syph. 1926-(1),36.
- 47 — RABELO, Jr. — "Sôbre o diagnóstico da lepra tuberculóide". An. Bras. Dermat. Syph. 1934-(4,5,6),113.
- 48 — RABELO, JR. — "Novas provas contrárias a inclusão da variedade tuberculóide da lepra na forma nervosa". Brasil Médico, 1936:L,397.
- 49 — RABELO Jr. — "Sarcóide de BOECK leprogénico ". Rev. Bras. de Leprol. Junho, 1936,123.
- 50 — RABELO JR. — "Lepra tuberculóide infantil. Cura expontânea". Ann. Bras. de Dermat. Syph. 1938-(3 e 4),158.
- 51 — REISS — "Tuberculoid leprosy amongst chinese". Delib. Cong. Dermat. Int. Butapest. 1936,583.
- 52 — ROTBERG, A. — "Considerações imunológicas em tômo de um caso de de reação leprótica tuberculóide". Rev. Bras. de Leprol. 1938:VI,127. n.º especial.
- 53 — RYRIE, G. A. — "Acute ulcerative or slonghing tuberculoid leprosy". Int. Jour. of Leprosy. 1938:M-(2),153.
- 54 — SAENZ, B. E PALOMINO, J. C. — "Tuberculoid leprosy". The year Book of Dermat. and Syph. 1939,371.
- 55 — SATO — Cher die sogenante Tuberkuloide Veranderung bei Lepra". Zentralblatt. 1932:(42),229.
- 56 — SCHUJMAN, S. — "Reacion Leprosa Tuberculoide ". Separata. 1935. Buenos Aires.
- 57 — SCHUJMAN, S. — "Coexistencia de abcesso nervioso y lepra tuberculoide". Rev. Bras. de Leprologia. 1935:11,277.
- 58 — SCHUJMAN, S. — "Tuberculoid leprosy. A clinical and Histological Study". Trop. Dis. Bull. 1936:XXXIII-(4),298.
- 59 — SCHUJMAN, S. — "Classification and evolution of tuberculoid leprosy ". Int. Jour. of Leprosy, 1937:iV e V,96 e 367.
- 60 — SEMINORIO E CAVINA — "Lèpre tuberculoide". An. Dermat. et de Syph. 1930,1059.
- 61 — SOARES, J. A. — "Lepra tuberculóide. (Estudo clinico 'epidemiológico)". An. Bras. de Dermat. e Sif. 1940-(2),79.
- 62 — SOETOPO — "Um caso de lepra tuberculóide". Zentralblatt, Berlim, 1934 :XLVII,81.
- 63 — STEIN, A. A. — "Tuberculoid changes in leprosy". Int. Jour. of Leprosy. 1941): VIII-(1), 41.

- 64 — TEBBUT — "Tuberculoid leprosy". The Jour. Med. of Australia, 1926: II-(12),381.
- 65 — TISSEUIL, J. — " Lèpre tuberculoide primitive en Nouvelle Caledonie". Bull. Soc. Path. Exot. 1930:XXIII, 772.
- 66 — TISSEUIL — " Contribution à l'étude des tuberculoides de la lèpre. State tuberculoide Inachevé ". Bull. Soc. Path. Exot. 1931:XXIV,898.
- 67 — TISSEUIL, J. — "State tuberculoide intermédiaire dans revolution d'un cas de lèpre ". Bull. Soc. Path. Exot. 1931:XXIV,453.
- 68 — TISSEUIL, J. — "Sur un cas de lèpre nodulaire à evolution tuberculoide secondaire ". Bull. Soc. Path. Exot 1931:XXIV,17.
- 69 — TISSEUIL, J. — "Essai de classification des tuberculoides de la lèpre". Bull. Soc. de Path. Exot 1936:XXIX,238.
- 70 — TISSEUIL, J. — "De revolution et de la classification de la lèpre tuberculoide". Bull. Soc. Path. Exot. Paris, 1938 :XXXI-(9),803.
- 71 — TISSEUIL, J. — "Differentiation par greffes dermo-épidermiques des différentes zones des taches de lèpre tuberculoide". Bull. Soc. Path. Exot. Paris, 1938,696.
- 72 — TISSEUIL, J. — "De la lèpre tuberculoide". Arch. Dermato-Syphiligraphiques ". 1939 :XI,307.
- 73 — TOMIKAWA E OBI — "Histologische Untersuchung uber die Tuberkuloide u. die Makulöse Lepra". La Lepro,Osaka, 1937:VIII-(5),49.
- 74 — UNNA JR., P. — "Um caso de lepra tuberculoide". Dermat Woch. 1914,133.
- 75 — WADE, H. W. — "South Africa tuberculoid leprosy". The British Jour. of Dermat. Syph. 1932 :XLIV,315.
- 76 — WADE, H. W. — "Demonstration of South Africa Tuberculoid Leprosy". Leprosy: Sum. of Rec. Work. 1932:XXIX-(12),847.
- 77 — WADE, H. W. — "Tuberculoid changes in leprosy. Lepra reaction in tuberculoid Leprosy ". Int. Jour, of Leprosy. Manila. 1934 :II-(3),279.
- 78 — WADE, H. W. — "I — Tuberculoid changes in leprosy. II — Lepra reaction in tuberculoid leprosy. III — Pathology of nerve abcess ". Int. Jour. of Leprosy. Manila. 1934:II,213.
- 79 — WADE, H. W. — "Les lesions tuberculoides daps la lèpre. "Ann. Dermat. Syph. 1935-(1),65.
- 80 — WADE, H. W. — " Tuberculoids changes in leprosy. IV — classification of tuberculoid leprosy ". Int. Jour. of Leprosy. 1935: III-(2),121.
- 81 — WADE, H. W. — "Tubercuoid leprosy and its classification". Int. Jour. of Leprosy. 1935-(1),99.
- 82 — WADE, H. W. — "Regional variations of leprosy with special reference to tuberculoid leprosy in India ". The Ind. Med. Gazette. Calcuttá, 1936-(11),653.
- 83 — WADE, H. W. — "Relation ship of tuberculoid leprosy". Int. Jour. of Leprosy, Manila. 1936 :IV,364.
- 84 — WADE, SIMON E FERNANDO — "The Skin lesions of neural leprosy. V — Observations in Ceylon". Int. Jour. of Leprosy. 1938-(2),19.
- 85 — WADE, H. W. 5 RODRIGUEZ, J. M. — "Development of major tuberculoid leprosy". Int. Jour. of Leprosy. 1939:VII-(3),327.
- 86 — WADE, H. W. E RODRIGUEZ, J. M. E TOLENTINO — " The course of open cases of tuberculoid leprosy at the Cebu Leprosarium". Int. Jour. of Leprosy. 1939:VII-(4),473.
- 87 — YEPEZ — "La Lepra tuberculoide. "Col. Min. de San. y Ass. Soc. 1939 :IV-(2) ,64.
- 88 — ZOOCHIO — "Bacillemia na lepra ". Rev. Bras. Leprol. 1940-(3),269.

DISCUSSÃO

Trabalho do Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON.

Dr. HUMBERTO CERRUTI: Pedimos a palavra para fazer dois comentários de caráter geral relacionados com os diversos temas que foram apresentados nesta reunião. Os nossos comentários são feitos principalmente em relação aos trabalhos do Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON, não só por estar muito relacionado a eles, como também, pelo fato de termos bastante liberdade com o A. e portanto sentirmo-nos muito mais à vontade.

Há alguns anos atrás, quando trabalhávamos na Secção de Anatomia Patológica do então Departamento de Profilaxia da Lepra, nos casos por nós diagnosticados histologicamente como lepra tuberculóide, na maioria das vezes a pesquisa do bacilo de Hansen não era feita, isto é, era dispensada em concordância com a noção que se tinha de que em geral daria negativa ou fracamente positiva. Entretanto, devido a certas reclamações e constantes pedidos de melhores verificações para publicação de trabalhos científicos, nós às vezes fazíamos a pesquisa do bacilo de Hansen nessas formas e efetivamente o encontramos com certa frequência, aliás de acôrdo com o que foi comunicado hoje pelo Dr. ALAYON. Esse fato que naquela ocasião, devido a nossa saída do serviço, não pôde ser convenientemente estudado, merece alguns comentários em face dos dados apresentados nessa reunião até certo ponto contraditórios. Assim sabemos que quando se faz o estudo comparativo, em qualquer entidade nosológica de agente etiológico conhecido, entre a parte bacterioscópica e a bistopatológica, vemos como sóe acontecer na blastomicose, na leishmaniose, na lepra, enfim na grande maioria dos granulomas, que os esfregaços ou os exames bacterioscópicos, via de regra dão resultados muito mais satisfatórios quanto à positividade. Entretanto, quando se fazem pesquisas nesse mesmo material em cortes histológicos, verificamos sempre a menor frequência de agentes etiológicos, devido mui naturalmente não só às alterações próprias que a técnica de inclusão e de preparo dos cortes trazem, como também em certos casos aos depósitos de pigmentos de formol sôbre os bacilos, que em muito dificulta a sua identificação e ainda mais porque o material que se examina é sempre em pequena quantidade, pois se trabalha em geral com cortes de 5 a 7 micros.

Entretanto, se fizermos um apanhado geral do que foi comentado nas diversas sessões dessa reunião, veremos que há nítida discrepância ou melhor, verdadeira contraoposição em relação ao que acabamos de expor. Assim, em exames bacterioscópicos de esfregaços de lepra tuberculóide, enquanto a média dos AA. é por volta de 18% de positivos, tivemos aqui exemplos que variam de 0,0% de SOARES até 22% de DEMGTRIO Vasco DE TOLEDO, com as percentagens intermediárias de PATE° com 0,5%, de BECHELLI com 18% e de SOUSA CAMPOS com 20%. De outro lado nas pesquisas de bacilos em cortes histológicos, ALAYON apresenta a sua estatística com 42% de positividade. Este fato poderia ter explicação à primeira vista no seguinte: é sabido que a grande dificuldade em se corar os bacilos alcool-resistentes em cortes histológicos, já foi resolvida de modo satisfatório pelo Departamento da Lepra, o qual ainda usa o método "standard" que foi por nós introduzido, de acôrdo com a técnica descrita pela primeira vez por um auxiliar de laboratório do Instituto Biológico de São Paulo, isto é, o processo do reengorduramento de FARACO. Não obstante, somos da opinião que desde que se padronize a co-lheita dos esfregaços das lesões de lepra tuberculóide, ter-se-á muito mais exames bacterioscópicos positivos do que histológicos. Achamos que o melhor método de se verificar Este tema será aquele que quando se fizer a biopsia

da lesão para verificação histológica, na superfície do corte do fragmento. retirado, depois de remover cuidadosamente todo o sangue, fazer a raspagem com bisturi ou careta e com a polpa ou material obtido, fazer os esfregaços. Desse modo, os resultados bacterioscópicos positivos serão certamente maiores do que os apresentados pelo Dr. ALAYON, o que virá provar que as lesões tuberculóides não são tão abaciares como se tem pensado até então.

Em segundo lugar, queríamos considerar as duas modalidades interessantes que são sempre observadas na lepra tuberculóide em relação à questão histológica. E' verdade que vamos passar a mencionar uma opinião que temos há 10 anos. Como porém, nas diversas sessões não foi muito ventilada a histologia da lepra tuberculóide, pedimos licença para fazer essas considerações afim de ouvirmos as possíveis explicações que poderão ser dadas pelos, competentes e abalisados histopatologistas presentes, que estão mais do que nós ao par do assunto. E' dúvida que temos há muito tempo, como dissemos e que nesta reunião nos parece não foi resolvida muito satisfatoriamente, segundo nosso ponto de vista. Assim, existem casos de lepra tuberculóide onde as lesões histo-patológicas são de localização muito altas, isto é, no derma superficial. Poderíamos chamar lesões foliculares como lembrou o Dr. RADELLO, ou melhor, lesões liquenóides onde a lesão além de ser alta tem verdadeira difusão do processo, sendo que o tecido conjuntivo que a cerca reage igualmente de modo muito evidente. O outro tipo, completamente diverso desse, é constituído por lesões mais profundas formando verdadeiros cordões de estrutura tuberculóide onde o tecido conjuntivo em absoluto não reage. Há limite nitido entre a estrutura tuberculóide e o conjunto praticamente bem conservado. A esse último quadro histológico que poderíamos, si é possível, de lepra tuberculóide a tipo sarcóide de BOECK, seria a denominação que deveríamos usar com mais frequência. As primeiras sendo muito mais raras do que as segundas, são encontradas com certa frequência nas crianças e com bastante raridade nos adultos, ao passo que as segundas são mais frequentes e encontradas nos adultos. Segundo ALAYON, as primeiras são muito pouco ricas em bacilos, enquanto que as segundas são mais ricas, principalmente em correspondência com as lesões dos filetes nervosos. Sanam dois estados diversos de imunidade que seriam devido à diversidade reativa da alergia local ou devido, talvez, a processo patogênico geral diferente, isto é, no primeiro caso haveria penetração ou localização direta do agente etiológico (bacilos ou toxinas), dando essa via exógena lesões foliculares ou liquenóides mais comuns na criança e raríssimas no adulto e no segundo caso a disseminação seria de origem hematógena, muito mais frequente, naturalmente, no adulto, e lembrariam portanto a estrutura histológica do tipo sarcóide de BOECK. Temos a impressão que, como se trata de assunto ainda não bem esclarecido, e que poderia ter bastante importância como referencia ao problema da patologia geral da leprose, poderíamos, lançando mão da verificação das alterações histocitárias, pelo método de pesquisa por esfregaços sistemáticos das lesões tuberculóides, lembrado muito oportunamente na sessão hoje à tarde na comunicação de SOARES GANDRA, abrir novos horizontes nesse particular e talvez poder explicar-se as diferenças observadas no ponto de vista hi.sto-patológico, tam efetivamente relação com a diversidade da imunidade.

Dr. FERNANDO LECHFRFN ALAYON: Quero fazer um comentário aos apartes do Dr. H. CERRUTM. Encontrei na minha estatística 22% de positividade na pesquisa direta e nos cortes histológicos encontrei 59%. Alias, a minha estatística é muito pequena.

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: Em aditamento às observações do Dr. CERRUTI à cerca dos resultados bacterioscópicos na lepra tuberculóide, quer na pesquisa direta, quer nos cortes histológicos, creio que seja um fato perfeitamente justificado desde que seja considerada a forma clínica da lepra tu-

berculóide. Desde que os estudos se baseiem em casos de lepra tuberculóide reacional, fatalmente esta estatística dará percentagem mais elevada de positividade. Porém, desde que se trate de casos de lepra tuberculóide clássica quiescente ou casos primários, ou qualquer denominação que se dê, essa percentagem será muito inferior e creio que em qualquer estudo que se realize deverá ser perfeitamente delimitada ou determinada a forma de lepra tuberculóide, para se ter assim uma conclusão geral.

Prof. W. BUNGELER: Quero dizer o seguinte a respeito dos achados de bacilos no material histológico. Nunca me interessei pelo assunto, porque a lepra tuberculóide certamente é uma alteração que está ligada a uma infecção pelo bacilo de Hansen e é certo que encontramos nestes casos poucos bacilos, porque numa alta imunidade dá-se logo a destruição dos bacilos. Existe um método muito bom e acho que este método dá em 100% um resultado positivo para o exame bacterioscópico. E' um método muito usado na tuberculose, assim como na tuberculose da pele, onde é difícil achar-se o bacilo. Faz-se então laminas de congelação de 30 a 40 micra e trata-se esta lâmina com antiformina e isto dá 100% de resultados positivos. E' isto que temos que fazer na lepra. Fazer biopsias e fazer lâminas grossas e tratá-las pela antiformina, o que talvez vá terminar a discussão a respeito dos achados de bacilos na lepra tuberculóide. A respeito do diagnóstico diferencial entre a lepra tuberculóide e outros granulomas nodulares, não pode haver dúvida nenhuma que não existe diferença alguma no tecido de granulação em muitas moléstias alérgicas. Um tubérculo da tuberculose é absolutamente igual ao tubérculo da lepra tuberculóide. Outras moléstias como o linfogranuloma inguinal sempre apresentam o mesmo quadro, quer dizer, um diagnóstico diferencial entre o tecido de granulação é absolutamente impossível; o que é possível entretanto é um diagnóstico diferencial pela localização deste tecido de granulação. Um método de distinguir a lepra tuberculóide da tuberculose da pele é a frequência das alterações nervosas na lepra.

Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON: Agradeço o interesse que o Dr. CERRUTTI tomou pelo trabalho, achando razoável a sua idéia de padronizar o método de colheita do material para que se uniformizem os resultados. Seria mesmo interessante adotar-se o sistema de fazer o esfregaço do corte depois da comprovação histopatológica. A localização mais profunda dos filetes nervosos subcutâneos, que à escarificação comum escapam, explica, a meu ver, a diversidade de resultados observados com os vários métodos de pesquisa. Quanto ao mecanismo ético-patogênico pelo qual procura explicar as lesões superficiais e as profundas, isto é, que as primeiras sejam devidas a infecções exógenas e as últimas se devam a disseminações hematogênicas, não estou de acôrdo. Sendo os vasos do corpo papilar os de calibre mais fino e os mais superficiais penso que por razão óbvia aí fossem parar os êmbulos bacilares, o que por si só invalidaria, a meu ver, a hipótese levantada pelo distinto colega e amigo.

Quanto ao Dr. TOLEDO, creio que os resultados de suas observações, venham confirmar a minha verificação.

Quanto ao Dr. NELSON, estou de acôrdo em que, naturalmente a percentagem de bacilos deva ser maior nas formas reacionárias. Porém, no nosso material, o número de formas reacionárias é indiscutivelmente pequeno, de modo que não acredito que isto tenha servido para alterar o resultado geral da percentagem. Em todo caso, estou de pleno acôrdo em fazer a pesquisa separando por tipos a forma tuberculóide e estou certo que teremos mais resultados positivos nos casos reacionais.

Com o Prof. BUNGELER concordo inteiramente. Seria apenas a questão de uma maior ou menor intensidade. De modo geral, afirmo, as lesões tuberculóides são paucibacilares. Eu insisto também que o granuloma tuberculóide, representando uma modalidade reacional, alérgica, do organismo, não oferece mesmo sinal morfológico para um diagnóstico diferencial seguro e que este

seja realmente difícil. Considerando por outro lado, que só na lepra encontramos lesões de peri-nevrite, quando seja possível encontrar nos cortes estas alterações ou mesmo os bacilos dentro do nervo, o que parece não ocorrer em outras infecções, então será possível estabelecer o diagnóstico diferencial e, por isto, estou com Ele de acôrdo, que só presente esta particularidade é que diagnóstico diferencial pode ser feito.

Trabalho do Dr. LAURO DE SOUSA LIMA.

Prof. WALTER BÜNGELER: Quero chamar a atenção nesta conferência, para o seguinte. O Dr. LAURO DE S. LIMA, mostrou o caso citado pelo Prof. A. Puro, e é justamente Este o caso que acho interessante. O Senhor citou a possibilidade da transformação da lepra lepromatosa em tuberculóide. Julgo que seria um trabalho muito útil em casos de lepra lepromatosa curados, examinar depois, a pele para ver si apresentam alterações tuberculóides.

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: Há um caso conhecido, do doente Araldi, que foi uma forma lepromatosa e que teve a sua alta, depois da alta, teve uma reativação clínica das lesões de aspecto tuberculóide, confirmado pela biopsia.

Trabalho do Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS.

Prof. W. BUNGELER: O Dr. NELSON disse que se considerarmos uma bacilemia, como reação espontânea na lepra tuberculóide, deve também ser notada uma disseminação fora. Acho que esta opinião não é muito aceitável, porque existem certas moléstias com disseminação e de localização exclusivamente secundária, como na tuberculose miliar, onde existem certos casos que a disseminação é nas meninges, produzindo uma meningite tuberculosa, e outros fenômenos só observados na tuberculose miliar para os pulmões, não vejo porque na lepra tuberculóide não se possa dar uma localização exclusivamente para a pele.

Dr. NELSON DE S. CAMPOS: A minha idéia, absolutamente não é essa. Nos casos biopsiados não se encontram lesões viscerais, embora o fossem em pequeno número. E provável que se for feita uma autópsia de um caso de lepra tuberculóide em fase aguda reacional, haja a possibilidade de se encontrar lesões viscerais.

Trabalho do Dr. ABRAHAO ROTBERG.

Prof. MÁRIO ARTOM: Ouí com grande interesse todas as comunicações relatadas nestes dias e creio que possa ser interessante para os Senhores, ouvir as impressões de um indivíduo não leprólogo, um "homem do povo", sôbre as comunicações e as discussões aqui feitas.

Todas as comunicações foram de excepcional importância, os problemas da anatomia patológica, da clínica, da patologia geral, das pesquisas de laboratório, da imunidade em relação à lepra tuberculóide foram discutidos, dissecados, esclarecidos, expostos em seus particulares, pelos diversos Autores, aos quais apresento as minhas mais vivas congratulações.

A comunicação do colega ROTBERG interessou-me particularmente, por referir-se à um assunto por mim cultivado. Dir-lhe-ei logo que estamos plenamente de acôrdo sôbre a indissolubilidade dos fenômenos alérgicos e dos fenômenos imunitários e sôbre a importância que o estado de reatividade alérgica tem na determinação dos diversos quadros morfológicos da lepra.

Acho que se deva ainda estudar muito a questão da imunidade na lepra. Qual o tipo de imunidade existente nos diversos instantes da evolução da doença? Os brilhantíssimos estudos feitos sobre a reação de Mitsuda, por alguns dos estudiosos aqui presentes, fazem pensar, por muitas razões, que seria longo enumerar, na existência de uma imunidade histógena local ou de uma imunidade tissular que precede e depois acompanha a evolução da imunidade geral. A preponderância de uma ou outra dessas duas modalidades da defesa imunitária, o modo diverso de se combinar entre si, tem sem dúvida, grande importância no condicionar a evolução clínica da doença, no determinar o tipo da manifestação mórbida e no provocar a mesma alteração anatomopatológica. De outro lado, ao determinar uma ou outra forma de imunidade, intervem indiscutivelmente, diversos fatores: inicialmente a constituição do indivíduo no sentido lato da palavra, depois o modo pelo qual se manifesta a infecção e o ponto na qual ela se fixa; finalmente podem contribuir intercorrentes ou anteriores, fatores de ambiente, possíveis reinfecções ou super-infecções, enfim, um complexo de elementos dificilmente enumerável.

O problema da patologia geral da infecção leprosa e especialmente aquele do estado imano alérgico que a doença pode determinar durante a sua evolução é tão importante quanto complexo. Julgo que seja necessário um trabalho analítico feito por diversos experimentadores os quais aproveitando cada um dos diversos aspectos, facilitem o trabalho de síntese, o qual trará as conclusões, dando as concepções mais exatas sobre a patologia geral da lepra. Sobre o mecanismo da produção das diversas manifestações, sobre as razões que coadjuvam o andamento clínico da afecção. Talvez então, se possa discutir sobre novas bases os problemas agora focalizados; sobre a classificação, sobre a clínica, sobre a terapêutica, e sobre a infecção leprosa, dando ao médico prático, talvez novas concepções ou maiores esclarecimentos sobre esta grande moléstia que socialmente, clinicamente, cientificamente assume no Brasil, uma enorme importância.

Trabalho do Dr. JOSÉ MENDONÇA DE BARROS.

Dr. FRANCISCO AMÊNDOLA: Peço a palavra para dizer que estou de acôrdo com o que o dr. MENDONÇA DE BARROS relatou. Os comprometimentos oculares na lepra tuberculóide são raros, limitando-se quasi sempre aos anexos. Quero referir-me a um caso interessante que tivemos no Asilo Colônia Santa Angelo. Uma paciente há quatro anos atrás, apresentou-se ao nosso consultório, com reação típica tuberosa, a qual era acompanhada de lesões gravíssimas para o lado da córnea, iris e úvea. Curou-se após dez meses de tratamento enérgico. Há um ano esta doente apresentou-se com um outro tipo de reação geral; mostrando aos colegas, foi diagnosticado como reação do tipo tuberculóide, não apresentando comprometimento algum para o lado ocular; tendo no entanto, as lesões plásticas do processo agudo da primeira reação.

Dr. J. MENDONÇA DE BARROS: A propósito do caso que o Dr. AMÊMDOLA

cita, há apenas a dizer, colocando-se de lado a possibilidade da transformação de uma lepra lepramatosa em tuberculóide, que se trata de mais um caso em que teria havido uma reação tuberculóide sem comprometimento ocular direto, o que parece ser a regra, pelo menos em nossa experiência. O que há de interessante neste caso, si se confirmar histologicamente o diagnóstico de reação tuberculóide é observar a evolução das lesões oculares.

Trabalho do Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUSA.

Dr. LUIZ MARINO BECHELLI: Peço a palavra nesta Reunião, assim como pedi em sessões da Sociedade Paulista de Leprologia, para bater-me mais urna vez, contra a idéia agora manifestada pelo colega e eventualmente por outros anteriormente, que é a da internação de doentes tuberculóides com mutilações. Sendo estas lesões de natureza trófica, acho que tais doentes, tendo recursos não devem ser afastados da sociedade, para evitar-lhes, e às suas famílias, a situação desagradável comum aos doentes de lepra, que depois de internados em um hospital assim são considerados por tóda a vida, tenham ou não obtido alta de um leprosário, ainda mesmo que alta definitiva.

Dr. ARGEMIRO R. SOUSA: Agradeço ao Dr. BECHELLI.

Trabalho do Dr. LUIZ MARINO BECHELLI.

Dr. FERNANDO LECHEREN ALAYON: Penso que o ponto mais interessante dêste trabalho é que tendo em vista os dois quadros projetados, a medida que o número de exames se multiplica, a percentagem de casos positivos que era inicialmente pequena sobe a 40%. Penso que se êstes exames fossem feitos em maior escala chegaríamos a uma percentagem total maior de casos positivos. Não posso concordar com a percentagem média apresentada pelo A., porque até certo ponto o Dr. BECHELLI soma parcelas que correspondem a casos nos quais se fez o exame bacterioscópico em número diverso de vêzes e não é possível tirar uma percentagem total média, baseando-se em casos que foram examinados em 5, 10 vêzes, etc. Não me parece bem certo falar-se em uma percentagem geral de 18%, porquanto há um princípio de matemática segundo o qual não podemos somar parcelas heterogêneas. No caso presente, a cifra de 18% representa a média tirada a partir de uma soma cujas parcelas são evidentemente *de* natureza diversa.

Dr. RABELO JÚNIOR: É possível que êstes exames tenham se tornado mais frequentemente positivos desde uma pesquisa até 35 exames. No que respeita a essa questão de percentagem, os números que Ele nos apresenta são suficientes. São 500 casos, e isto é de uma grande importância. Lembro-me, que certa vez, reuni 120 casos, não tendo encontrado nem um positivo. Julgo que seja preciso um grande número de observações para êstes estudos. Nada mais tenho a dizer, sino elogiar o Dr. BECHELLI,

Dr. LUIZ MARINO BECHELLI: Agradecendo ao Prof. BUNGELER, temos a informar que foi empregado o método de gota espessa.

Ao Dr. ALAYON, devemos dizer que de fato ele tem razão ao observar que são somadas parcelas diferentes; mas se assim procedemos para obter a percentagem geral de exames positivos, foi porque julgamos incorrer em menor causa de erro do que se tomassemos em consideração apenas o resultado de uma única pesquisa bacterioscópica. Entre as duas causas de erro, optamos pela menor. A adoção desse critério nos permitiu conseguir, percentagem mais elevada de positividade, por isso que, dentro de certos limites, quanto maior o número de exames praticados tanto maior a possibilidade de se obter resultados positivos.

Ao PROF. RABELO JÚNIOR, fico muito grato pelas suas palavras.

ENCERRAMENTO

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: Agradecendo a todos os colegas a cooperação que trouxeram a esta Sexta Reunião dos Médicos do Serviço, reconheço que, se por um lado não ficou determinado um conceito seguro sobre a lepra tuberculóide, por outro lado, todos os temas trouxeram opiniões novas e resultados aparentemente discordantes e estranhos, o que longe de desanimarmos pelo que acabamos de concluir nesta Reunião, seja, pelo contrário, um ponto de partida e um estímulo para que cada um de nós que ainda tem muito que aprender e que se dedique e aproveite futuramente estes estudos para numa observação de longo curso, pela experiência e pela observação, possam futuramente, em época mais tardia, apresentar uma conclusão mais definitiva sobre este curioso e interessante problema da lepra tuberculóide.

Para a nossa Reunião do ano que vem, não está determinado ainda um tema. E' provável que o tema "Reação Leprótica" seja o objeto da futura reunião e para isso depende de um entendimento prévio entre os Drs. LAURO DE SOUSA LIMA e LUIZ MARINO BECHELLI, que estão no estudo de um sumário que sirva de orientação, de uniformização do estudo da reação leprótica.