.2

Êste livro deve ser devolvido na última data carimbada

Impresso para registro de datas, mod. - D. M. E. - 279 Imp. SNES

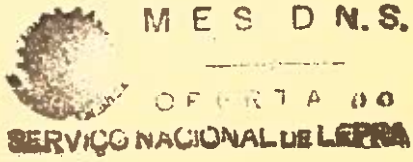
388

Bibl. S.
06.21566
03.10.78

8

6.998
C198

M. E. S. SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA D. N. S.



LEPRA NA INFANCIA

DRS. NELSON SOUZA CAMPOS
LAURO DE SOUZA LIMA

10001000307
BIBLIOTECA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
REGISTRO L 246 DATA 12/07/79
PREÇO D ex. 1
L 2867-12/11/80-ex. 2
NG
6-002.73-053.2
B823l
199 p.
1950
ex 2

RIO DE JANEIRO — BRASIL
1950

M. DA SAÚDE
BIBLIOTECA DO S.N.E.S.
Em 7/8/56
N. 1450

BIBLIOTECA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
REGISTRO 246 DATA 12/07/79
PREÇO ex. 1

Direitos autorais reservados ao
Serviço Nacional de Lepra

ÍNDICE

Nota preambular 9
Do conceito da hereditariedade na lepra 17
Aspéctos clínicos da lepra na infância 35
Introdução 37

Grupo indiferenciado 41
Lesões primárias — Morfologia — Baciloscopia — Estrutura — Evolução: a) Evolução regressiva — b) Evolução progressiva

Formas de transição 53
Lesões acrômicas elevadas — Estrutura — Lesões hipocrômicas elevadas — Estrutura — Lesões eritematosas elevadas — Estrutura

Tipo tuberculóide 61
a) Variedade nodular — Morfologia — Localização — Baciloscopia — Reação de Mitsuda — Evolução — Prognóstico — Estrutura
b) Variedade Figurada — Baciloscopia — Reação de Mitsuda — Prognóstico — Estrutura
c) Variedade Reacional — Estudo clínico — Baciloscopia — Reação de Mitsuda — Prognóstico — Estrutura

Tipo lepromatoso 107
Tipo lepromatoso incipiente — Baciloscopia — Estrutura

Das Mutações 119
Mutação tuberculóide progressiva — Mutação tuberculóide abrupta — Mutação do grupo indiferenciado no tipo lepromatoso — Mutação lepromatosa progressiva — Mutação lepromatosa abrupta — Mutação do tipo tuberculóide em lepromatoso

Sintomatologia nervosa 137
Zona de anestesia — Baciloscopia — Estrutura — Diagnóstico — Nevrites — Amiotrofias — Mal perfurante

Terapêutica 145
Tratamento pelos derivados das sulfonas

Imunidade 151
Lepromino-reação — Sexo e imunidade

Epidemiologia 177
Incidência segundo o sexo — Incidência segundo o período da infância — Incidência pelo tipo clínico — Situação atual

Profilaxia 197

INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte das publicações levadas a efeito pelo Serviço Nacional de Lepra, na objetivação do seu programa de difusão de conhecimentos sôbre a leprologia, mediante concursos de monografias.

Seus autores concorreram com esta memória sôbre a lepra na infância, ao concurso instituido pelo Serviço Nacional de Lepra no ano de 1948, tendo logrado classificação no primeiro lugar, conforme parecer emitido pela comissão julgadora que foi assim constituida: Prof. Dr. Francisco Eduardo Acioli Rabelo, Dr. Orestes Diniz e João Batista Risi.

Analisando o trabalho, a comissão considerou-a merecedora do 1.º prêmio, e no seu parecer teceu as melhores referências, quanto à exposição do assunto, à documentação apresentada e aos conceitos firmados pelos autores.

O Serviço Nacional de Lepra se rejubila em poder oferecer à literatura médica especializada, mais uma obra de grande merecimento.

NOTA PREAMBULAR

Dando prosseguimento ao seu programa de divulgação de conceitos da moderna leprologia, destinados àqueles cujos misteres se exercem na especialidade, bem como aos clínicos, em geral não familiarizados com a lepra, escolheu o Serviço Nacional de Lepra como temas de suas monografias, para o corrente ano "A lepra na infância" e a "Reação leprótica".

Compreendeu bem o Dr. Diretor do Serviço Nacional de Lepra a importância dessas duas questões.

Para o clínico, o pediatra e o leprólogo, assume a lepra na infância, objeto da presente monografia, importância que não precisamos encarecer. A criança deve merecer de todos que têm parcela de responsabilidade na administração pública, o carinho a que faz jus, não só por ser elemento ponderável de nosso Brasil de amanhã, como também por simples questão de humanidade e caridade cristã.

O tema abrange tôda a leprologia. Por lepra na infância não podemos entender apenas os aspectos clínicos da questão, mas também a epidemiologia, a profilaxia e a terapêutica. Não basta divulgar o que, clìnicamente a lepra apresenta de peculiar à infância, sem dúvida, com alguns caracteres que lhe são próprios; há ainda, que encarecer a importância da epidemiologia, que nos orienta nas medidas profiláticas, ressaltar a importância da imunologia, assunto que, dia a dia, assume maior relêvo e também a terapêutica, com as exigências que essa época da vida impõe para uma assistência médica perfeita.

Como se vê "lepra na infância" é assunto extenso e complexo, que abrange todos os capítulos da leprologia. Sintetizá-lo em uma monografia é nosso objetivo. Fugiremos, por conseguinte, das longas citações bibliográficas, das quais muitas apresentam ùnicamente interêsse histórico, marcando época de conceitos, hoje abandonados por não mais refletirem a realidade dos fatos. Restringir-nos-emos, assim, às conclusões que nossa observação tem indicado, quanto à epidemiologia, à clínica e à imunidade, referentes a 1095 crianças registadas no serviço ao qual dedicamos nossa atividade, muitas das quais estiveram, sob observação por mais de um decênio.

Agora, quanto mais intensa e extensamente se estuda a lepra, constituem apenas curiosidade histórica, os conceitos referentes à hereditariedade da moléstia e nem mesmo a possibilidade da lepra congênita, é assunto que mereça atenção na campanha profilática.

Mas o conhecimento dêstes casos, raros embora, descritos na literatura, obriga-nos a uma recapitulação sumária do assunto e, ao mesmo tempo, sugerir que se o retome, hoje que se dispõe de melhores elementos para o estudo da questão.

A epidemiologia da lepra na infância, como a epidemiologia em geral, apresenta características regionais e geográficas, próprias de cada país, e para cada país, varia de uma zona para outra, de acôrdo com o clima, e como consequência, diferentes índices de humidade, padrão de vida, endemicidade geral, difusão maior ou menor da endemia leprosa, tempo da endemia etc., fatores que condicionam a maior ou menor gravidade do foco.

A importância que pode ter o conhecimento do problema em outros países tem interêsse secundário, apenas comparativo; importa-nos, primordialmente, o problema no Brasil, embora possam ser os dados nacionais falhos ou incompletos; mais particularizadamente interessa-nos a Unidade Sanitária a que pertencemos, pois, dispondo de dados mais completos, justo é que possamos chegar à conclusões mais exatas.

A epidemiologia constitui ciência, ou especialização pouco conhecida e por isso pouco divulgada, para que possamos tirar conclusões condizentes com sua importância, frente a endemia que nos atinge.

Não há, com exceção do censo intensivo de Candeias, realizado pelo Serviço Nacional da Lepra, em que esse foco foi estudado com os cuidados e as exigências da moderna epidemiologia, um inquérito epidemiológico generalizado isento de senões; o que se tem realizado e publicado são sòmente resultados a "grosso modo", em que apenas se considera a incidência, não se evidenciando, como era de esperar-se, as condições mesológicas, alimentares, e endêmicas de modo geral. Ora, está a incidência de determinada moléstia condicionada a vários fatôres, que a agravam ou atenuam, e dêsses fatôres é que resulta a exata apreciação do índice endêmico. O que se verifica com a maioria absoluta dos dados conhecidos, inclusive os nacionais, é que, na questão epidemiológica tem sido apenas encarada a relação numérica da incidência, sem a apreciação dos outros fatôres. Ressente-se, nosso estudo igualmente dessas falhas, mesmo adstrito a uma unidade sanitária do Brasil, com organização profilática considerada boa, pois não tem, nem nunca teve, seção especializada para estudos epidemiológicos. Assim sendo, limitar-nos-emos a julgar e avaliar exclusivamente os dados numéricos, comparados com outros, sobretudo nacionais, os que mais nos interessam.

A clínica, sem dúvida a parte mais importante desta monografia, reflete nossa opinião pessoal sôbre o assunto. Não acreditamos em aspectos clínicos regionais, para as manifestações precoces da lepra, e sim em predominância de tipos clínicos de acôrdo com os característicos de cada foco, e quiçá do conhecimento maior ou menor dos leprologistas que os têm descrito. Sobretudo na questão de constituição para-leprosa dos filhos de hansenianos, com aspectos particulares da epiderme, de causas predisponentes, da gravidade da lepra na infância, etc., temos opinião própria, fruto de largos anos de observação, discordantes da maioria dos Autores estrangeiros, especialmente dos filipinos, que mais têm se dedicado a êste assunto.

É na infância que nos é dado apreciar com maior freqüência, um dos mais interessantes aspectos clínicos da lepra: o fenômeno de mutação de forma, ou, de tipo clínico.

Predominante, como é o grupo de casos indiferenciados (incaracterísticos da classificação Sul-Americana) e pelo qual se objetivam inicialmente as manifestações de lepra, vêmo-lo definir-se em um ou outro dos tipos clínicos fundamentais, o tuberculóide e o lepromatoso, segundo as características imunobiológicas do paciente, podendo muitas vêzes acompanhar paripasso tôdas as fases, tôdas as etapas dessa transformação.

Não caberia nos limites de uma monografia de divulgação, como soe ser o escopo desta, o estudo minucioso de tôdas as manifestações clínicas da lepra na infância, mòrmente, daquelas nas quais em nada se diferenciam das do adulto, o que seria repetição desnecessária; assim sendo, destas faremos, apenas, uma descrição sumária, reservando-nos espaço para mais particularizadamente tratar do que apresentar maior interêsse em referência à infância, seja por lhe ser peculiar, seja por nela ser mais freqüente. Dest'arte, destacaremos em nosso estudo clínico, três capítulos: o do grupo indiferenciado predominante na infância; o do tipo tuberculóide, variedade nodular, que lhe é peculiar, e no tipo lepromatoso ressaltaremos os aspectos clínicos incipientes, que sem lhes serem próprios, predominam, durante certo tempo.

Conhecidas as manifestações clínicas quer cutâneas, quer nervosas, encerramos êste estudo, pelo dos fenômenos de mutação, acompanhando ,com a minúcia necessária, a transformação de casos indiferenciados no tipo tuberculóide ou no lepromatoso.

— o —

O estudo da imunidade, que vem assumindo de dia para dia maior importância em leprologia, sobretudo na infância e nos conviventes de leprosos, de modo geral, é assunto menos cuidado em outros centros de leprologia, que a êle, ou não dedicam a atenção devida, ou dêle não tem a experiência que nosso meio permite.

A importância do assunto será por nós demonstrada. Exp remos devidamente documentados, nossos pontos de vista, res tado de larga observação.

Chamamos a atenção dos leprólogos, para que nossa expe ência seja repetida, e confirmados nossos pontos de vista, acre tamos que possam vir a ter grande influência na futura orientaç profilática.

— o —

A denominação genérica de "Lepra na Infância", abran como já dissemos, toda a patologia da lepra. A moléstia é "un e com raros aspectos particulares, seus quadros clínicos superpõem na infância aos do adulto. Pode haver e há predom nância de tipo clínico, se considerarmos de modo geral a inc dência no adulto e na criança, verificada em determinada zo endêmica. Essa predominância de tipo, todavia, se for considerad em um estudo censitário intensivo e extensivo, talvez seja men que a diferença estabelecida entre os dados de um censo perm nente e intensivo, como o que se realiza hoje em alguns Estado do Brasil, pois a descoberta das formas incipientes, no exame d contrôle e de revisão, revelarão a predominância do grupo indi ferenciado (ou incaracterístico) que na maioria dos casos, repre senta o início da moléstia, tanto na infância como no adulto. Nã queremos dizer com isso, como julga MANALANG, que tôd lepra do adulto é adquirida na infância. A lepra se adquire em qualquer idade e as estatísticas revelam existir sempre notáve predominância de incidência no grupo etário de 15 a 30 anos sôbre as demais idades, e que há também, nítida predominânci de grupo indiferenciado na criança, comparado com o adulto, e mesmo predominância de tipo tuberculóide sôbre o lepromatoso nos primeiros anos de vida.

Do ponto de vista epidemiológico, pois, há aspectos particulares de incidência de tipo clínico. Compulsando as estatísticas quanto ao sexo, vemos que há universalmente predominância do sexo masculino, sôbre o feminino. Êsse fato para alguns autores, é devido à maior exposição do homem ao contágio, pelo seu próprio método de vida; para outros é devido a uma natural imunidade da mulher. Na infância, a predominância do sexo masculino é muito menor (52% para 48%), quando no quadro estatístico geral essa predominância é de 60,8% e 39,2%. Ora, na infância, sobretudo na primeira, de 0 a 5 anos, o ambiente é o mesmo para os 2 sexos, sendo que sòmente a partir da idade escolar, o menino começa a permanecer menos no ambiente familiar que a menina.

— o —

O edital de concurso não determina o limite de idade para se considerar "infância". Entre os pediatras, MARTAGÃO GESTEIRA (1) diz o seguinte: "Pediatrias de origem alemã,

1) GESTEIRA, M.: — Tratado de Pediatria. Ed. Pan-Americana S. A.

BARTEIZ e STRATZ dividem a infância em:

1.ª infância — de 0 a 7 anos
2.ª " — de 8 a 15 anos
Puberdade — de 16 a 20 anos;

Incluindo na 2.ª infância o período da puberdade que indiscutivelmente é o período crítico para ambos os sexos. MARFAN (2) diz:

> "A infância é o período da vida que se estende do nascimento à puberdade, a qual se estabelece de 12 a 15 anos, um pouco mais cedo nas meninas, que nos meninos. A divisão da infância em períodos é arbitrária e varia segundo os países, segundo apreciações de fisiologistas, médicos ou juristas. A divisão que se adota é a seguinte: A primeira, ou pequena infância que vai do nascimento à primeira dentição até 2½ anos, mais ou menos (30 meses) a criança é chamada latente. Até o 1.º mês reserva-se-lhe o nome de recem-nascido. A segunda, ou média infância, se estende do início da 1.ª dentição até os 6 ou 7 anos. A terceira, ou grande infância, se extende dos 7 anos até a puberdade.

Resulta aí nítida a diferença entre a escola alemã e a francesa ao estabelecer o período da puberdade. Enquanto que para a escola alemã o período da puberdade vai até os 20 anos (!) a escola francesa fica em 15 anos.

JUAN GARRAHAN (1) divide a infância em:

1.ª infância — 0 a 30 mêses
2.ª " — 2½ ano aos 13 anos para as meninas e 13/14 anos para os meninos.

STRATZ (2) divide a 1.ª infância em latente até 12 meses e infância neutra até os 7 anos; 2.ª infância ou infância bi-sexual dos 8 aos 15 anos.

Infância bi-sexual ou 2.ª infância, seria aquí o período da puberdade que o Autor estabelece a partir dos 8 anos. Essa idade é baixa, mesmo considerado sòmente para o sexo feminino, pois é excepcional que a menarca se estabeleça nessa idade, mesmo nos países em que ela é mais precoce.

MITCHELL e NELSON (3) assim dividem a infância:

1.ª infância os dois primeiros anos de vida.
Idade pré-escolar — dos 2 aos 5 anos
Idade escolar — dos 5 aos 14 anos.

Considerando que a puberdade é um período de transição da infância para o adulto, período em que o organismo começa a sofrer profundas transformações de natureza somática e endócrina e que êste é variável de povo para povo e em um mesmo

1) JUAN B. GARRAHAN: — Medicina Infantil — 6. Ed., 1946. B. Aires, El Ateneu.
2) STRATZ: — Tratado de Pediatria de Pfander — Schlossmann Vol. 28, 47.
3) MITCHELL e NELSON: — Textbook of Pediatry, Philadelphia — 1945, 14º Edição, 4.
2) MARFAN — Clínica das moléstias da primeira infância — Masson — 1931.

povo, com épocas variáveis em sua instalação, tornando-se por conseguinte difícil fixar-se dentro de um grupo geral, a idade média exata, resolvemos não considerar a puberdade no período da infância, estabelecendo por isso o limite máximo de 10 anos para o nosso estudo. E assim procedendo apoiamo-nos na opinião de NOBECOURT (1).

PUBERDADE: — RUDOLF NEURATH (3) assim se exprime:

"A época da puberdade representa o período de transição entre a infância e a idade adulta e caracteriza-se em ambos os sexos, pelo fato de iniciar-se em tal data a eliminação de células germinais, pelo rápido crescimento do organismo e pelo aparecimento dos chamados caracteres sexuais secundários. O que na realidade lhe imprime sêlo característico, é a produção de gametos maduros, manifestada nas meninas pelo aparecimento do primeiro fluxo menstrual, e nos meninos, menos distintamente, pela primeira polução".

O quadro abaixo, organizado pelo professor AGUIAR PUPO de S. Paulo e referido por J. DUARTE DO PATEO, (2) que baseia a divisão dos grupos etários na sucessão natural dos caracteres bio-fisiológicos do ser humano, idênticos até os 10 anos de vida, diferenciando-se dos 10 aos 60 para cada sexo, conforme bem elucidativo quadro geral, aqui reproduzido apenas, na parte referente à infância:

	Denominação do período	Caract. biológicos
0 a 15 dias	Recém-nascido	Queda do cordão umbelical
+ 15 dias a 1 ano	Pequena infância	Latente-aleitamento materno
+ 1 ano a 2 anos + 2 a 6 anos	Média infância	1.ª dentição vai do 6.º ao 30.º mês Período de turgor que vai do 2.º ao 5.º ano
		Turgor primus período de alongamento que vai do 5.º ao 6.º ano
+ 6 a 10 anos	Grande-infância	Inicio da 2.ª dentição com aparecimento do pré-molar aos 6 anos
		O 2.º período de turgor que vai do 6.º ao 10.º anos.

1) P. NOBECOURT: — Précis de Medicine Infantile, Paris 1912.
2) PATEO, J. D.: — Estudo epidemiológico da lepra nos fócos familiares — 2.ª Conf. Pan. de Lepra — Rio de Janeiro — Vol. 1, 38.
3) NEURATH, R.: — Fisiologia e Patologia da Puberdade. — Tratado de Pfander e Schlossmann.

Restringindo nosso trabalho às crianças até 10 anos, o fator sexual, ou melhor o fator puberdade, não interfere na incidência e eclosão da moléstia, muito embora, seja ainda assunto contravertido ter a puberdade influência no aparecimento ou agravamento da mesma.

Consideramos pois infância, o período em que as crianças do sexo masculino e feminino, são neutras ou indiferenciadas do ponto de vista sexual, em que o método de vida é mais ou menos idêntico e iguais as condições ou possibilidades de contágio.

Todavia, nos dados estatísticos, para relacioná-los comparativamente com outros, reunimos os casos observados até a idade de 14 anos, de acôrdo com o que estabeleceu as Conferências Internacionais de Lepra, inclusive a última, em Cuba, em suas conclusões de ordem epidemiológica.

Na relação dos casos que reunimos, consideramos a data da observação do caso e não a do início da moléstia, dado que nunca podemos julgar com exatidão, mòrmente na criança, pois depende na maioria das vêzes, de informação de familiares, sobretudo dos pais, que nem sempre sabem informar exatamente.

— o —

DO CONCEITO DA HEREDITARIEDADE NA LEPRA

DO CONCEITO DA HEREDITARIEDADE NA LEPRA

Era a lepra considerada moléstia hereditária, pela maioria dos autores, até a descoberta do seu agente etiológico por A. Hansen. Mesmo após esse fato muitos autores ainda perseveraram no conceito de hereditariedade, sobretudo devido à incidência entre os descendentes de doentes e pela sua raridade entre os ascendentes e a da lepra conjugal. Hoje está sobejamente demonstrado que a lepra é moléstia que se transmite pelo contágio. Os casos de hereditariedade não são mais que casos de contágio familiar. E já era essa a opinião de Hansen, segundo LELOIR (1).

> "penso que a lepra é moléstia de família, não porque seja hereditária mas porque é contagiosa e é na família que mais fàcilmente se realiza o contágio".

E' isto admissível e compreensível. A pequena incidência entre os casais, em que apenas um dos cônjuges permanece enfêrmo, explica-se, atualmente, pelo estado de imunidade ou de resistência à infecção, fator que condiciona igualmente a ausência de outros casos entre certas famílias de doente, ao lado da incidência baixa ou elevada em outros focos.

Nem todo infetado se torna doente. Êste conceito admitido hoje para outras enfermidades, sobretudo para a tuberculose, aplica-se igualmente para a lepra.

Condições de resistência à infecção, particulares e individuais, congênitas ou adquiridas, preservam o indivíduo, embora sujeito a infecções e super-infecções, como sucede na vida conjugal, quando um dos cônjuges é doente, entre os funcionários sadios ainda no ambiente familiar ou no hospitalar. A imunidade explica-se hoje muitas das dúvidas e fatos apresentados pelos hereditaristas.

ZAMBACO PACHÁ (1) sem dúvida o maior defensor da hereditariedade da lepra, levou ao Congresso Internacional de Lisboa, em 1907, um trabalho em que, defende sèu ponto de vista, afirmando ser a lepra moléstia hereditária que pode ser congênita, e se manifesta frequentemente na puberdade. Diz êle:

> "Ela pode saltar uma geração e mesmo muitas e aparecer longe de tôda contaminação. A hereditariedade da lepra é homóloga e heteróloga; os filhos e os netos de um leproso tuberoso podem apresentar a mesma forma de moléstia, ou também outra, e a forma originária aparece mais tarde".

1) LELOIR: — Traité pratique et theorique de la lèpre. Paris, 1886, 289.
1) ZAMBACO PACHÁ: — L'hérédité de la lèpre. - Presse Medicale, Paris 1908: 16 (92) 778.

ZAMBACO PACHA é o criador da "para-leprose", isto é, da herança de uma constituição leprosa, com estígmas lepróticos, a exemplo do que se processa na sífilis, e para alguns, na tuberculose.

Assim, para êle, observar-se-iam na descendência dos leprosos, perturbações e má formação, que sem serem de natureza leprosa, indicariam todavia uma "impregnação tóxica" pelo germe. Esta teoria contestada desde logo por DÜHRING (2) teve porém adeptos e fez certa escola na época. HIRSCHBERG (1) sem aceitar a hereditariedade admite todavia a predisposição familiar hereditária, distinguindo a para leprose da lepra congênita; esta é moléstia infecciosa que se transmite "in utero" à outra, um estado constitucional conseqüênte à lepra dos pais, e, provàvelmente, tóxica. Refere HIRSCHBERG os seguintes sintomas clínicos desta constituição: alterações da nutrição em geral e do desenvolvimento, keratose da pele (linchen pilar, eczema crônico), lesões dentárias e unguiais, anestesias (sic) e alterações na conformação do nariz.

Com o mesmo ponto de vista de HIRSCHBERG, HOPKINS (2) considera não ter a hereditariedade importância no problema da lepra; a predisposição, ou uma capacidade diminuida de resistência, explicaria o número elevado de doentes entre os membros de uma mesma família; a ausência dêsses fatôres entre marido e mulher, explicaria para essa A. a pouca frequência da lepra entre os casais.

DÜHRING (3) não sendo hereditarista, todavia admite que a lepra dos pais pode produzir entre as crianças uma diminuição de vitalidade traduzindo-se por grande mortalidade e por menor resistência às diversas infecções. Refuta em outro trabalho — loc. cit. — as teorias de ZAMBACO, KAPOSI e BAELS, hereditaristas, para concluir ser a lepra uma moléstia infecto-contagiosa, e, felizmente de difícil transmissão.

BESNIER (1) estudando o papel da hereditariedade na transmissão da lepra, e o papel dos geradores leprosos sôbre seus produtos, diz que ela

> "não é una, nem indivisível, nem constante: é múltipla, complexa, contingente e compreende pelo menos dois fatos:

---

2) DUHRING, E. von: — Leprosy, contagion and heredity. — Brit. J. Dermat. Londres, 1898: 10, 424.

1) HIRSCHBERG: — Della lepra famigliare coniugale e delle degenerazioni leprose ereditarie. Giorn. It. Mal. Ven. e della Pelle, Milano, 1907: 48, 389.

2) HOPKINS, R.: — Heredity in Leprosy — Chap. IV. Tuberculosis and Leprosy, Lancaster, 1938: 1, 112.

3) DUHRING, E. von: — De l'hereditá de la lepra — Ann. Dermat. et Syph., Paris, 1909: 10, 588.

1) BESNIER, E.: — Role étiologique: I — de l'hérédité. II — de l.ª transmissibilité dans la production de la lèpre. Ann. Dermat. et Syph., Paris 1897, 953.

1.º: Criação entre os produtos de um estado protoplasmático e bioquímico interferente, do qual derivam a predisposição, a imunização, as atrepsias, as atrofias, as distrofias e as degenerescências; 2.º: transmissão da moléstia em natureza ou heredocontágio".

O primeiro caso não seria outra cousa que a para-leprose de ZAMBACO PACHÁ. Mas, se por um lado, é pela toxigênese leprosa que procura explicar as distrofias degenerativas, as atrepsias lentas ou agudas, que se observam entre os filhos de leprosos, indicando um estado protoplasmático constitucional patogenético, por outro, "ela confere a essa mesma toxigênese ação mais interessante sôbre o produto leproso". Mais positivo e mais notável — diz êle:

"é a produção toxigenética, entre as crianças filhas de leprosos, de um estado bioquímico conferindo-lhe **imunidade mais ou menos durável**, manifestada pela ausência prolongada, e, algumas vêzes, definida, de tôda a contaminação, embora criados e vivendo em meio leproso e colocados durante a primeira infância nas condições mais favoráveis a esta contaminação".

"Os geradores leprosos podem criar (pela ação toxigenética sôbre o elemento espermático ou sôbre o óvulo) entre os produtos, um estado protoplasmático constitucional, que os coloca em estado de resistência enfraquecida, seja às diversas contaminações em geral, seja algumas em particular; é a predisposição hereditária constitucional (p. ex. na tuberculose)".

"Entre as crianças filhas de leprosos, nada de semelhante, nada que indique uma predisposição constitucional particular para a lepra. Todos têm predisposição de qualquer espécie e podem tornar-se leprosos ou tuberculosos, mas a predisposição dos filhos de leprosos à lepra, se ela existe, é certamente menos acentuada, menos particularizada e sobretudo menos caracterizada que a das crianças filhas de tuberculosos à tuberculose".

BESNIER focalizava, já em fins do século passado e em começos do presente, quando apenas se esboçava o papel de imunidade, os conceitos que hoje servem de base à explicação de resistência individual ou constitucional de certos conviventes, à infecção, e que constituiam o argumento maior dos hereditaristas, a raridade da lepra conjugal entre os que, tinham convivência direta com o doente de lepra, pela natureza do trabalho ou por outras razões.

Se é exato, apresentarem as crianças filhas de genitores leprosos um deficit constitucional, que lhes eleva à mortalidade, em comparação com outras coletividades infantis, todavia a rigorosa observação de recém nascidos, filhos de leprosos, demonstra que são crianças iguais às demais crianças, do ponto de vista geral de predisposição às infecções ou moléstias comuns às coletividades infantís.

Há entre elas, crianças perfeitamente sadias, como há crianças débeis, atrépsicas. Mas, não se pode dizer ser a lepra de algum modo responsável por êsse deficit constitucional, que depende do estado geral dos genitores e, sobretudo, da assistência médica que lhes é prestada após o nascimento.

Quanto ao 2.º fato referido por BESNIER, a questão do heredo-contágio, assim se exprime êsse A:

> "se pode existir a transmissão de tendências e estados imunitários, não há o mesmo fato para a hereditariedade da lepra em natureza, isto é, transmissão do agente patogênico em natureza, vivo, seja nas células seminais, seja no óvulo, ou mesmo no feto, depois de sua organização efetuada".
>
> "O latente, em definitivo — resume GERMAINE DREIFUS (1) apresenta durante os primeiros 6 meses de vida, e em menor grau, até um ano, modos de defesa bem particulares, um passivo humoral, outro ativo, tissular e que enxertados transitóriamente sôbre um terreno constitucional hereditário, durável, conferem à patologia uma fisionomia muito especial, uma individualidade biológica bem diferente da do adulto".

Datam dos primeiros trabalhos de EHRLICH, em 1892, as experiências sôbre camondongos imunizados contra venenos vegetais, o conhecimento da imunidade congênita passiva, e que demonstra que só a mãe transmite a proteção transitória, cuja passagem se faz por dupla via, a transplacentária, principal e a mamária, secundária ou accessória.

Recentemente, investigações biológicas sôbre a passagem das aglutininas, com dosagem comparativa no sangue do cordão e no sangue materno, forneceram resultados igualmente comprovantes. E por fim, as numerosas provas clínicas concordam com as observações experimentais baseadas sôbre estudos de diversas epidemias e da anunciada contaminação do latente, cujos pais são doentes. Só esta imunidade congênita passiva pode explicar a raridade da infecção leprosa, excepcional nos primeiros meses. E só a imunidade congênita passiva e transitória, simples transferência da mãe ao filho, pode explicar a pequena incidência da lepra nos primeiros meses de vida.

DANIELSSEN e BOECK (1) comentando a raridade da moléstia até o 5.º ano, e admitindo que a lepra pode atacar o feto, afirmaram nunca ter visto um feto ou um recém-nascido, que apresentasse sinais de lepra, e 4 anos mais tarde, LELOIR, quando de sua estadia na Noruega, não poude achar feto ou recém-nascido atingido de lepra. A essa mesma conclusão chegou uma comissão de médicos ingleses, que em 1893 — cit. de BESNIER — no auge das discussões entre hereditaristas e contagionistas se dirigiu às Indias, onde após demorada observação de fatos, concluiu:

1.º — Nunca se registrou caso autêntico de lepra congênita, nem se viu nenhum neste país;

2.º — Só se puderam obter histórias familiares verdadeiras em 5 a 6% de casos;

3.º — Ocorrem muitos exemplos de crianças que foram contaminadas, ao passo que os pais permaneceram perfeitamente sadios;

4.º — A percentagem de filhos que se tornaram leprosos, resultado de casamento entre leprosos, é demasiado pequena, para "garantir" a crença na transmissão hereditária da moléstia;

5.º — Os fatos obtidos no orfanato de "Almora Asylum" desaprovam a existência de predisposição hereditária específica;

6.º — Só 5 a 6% de filhos, nascidos depois da manifestação da moléstia dos pais tornam-se subsequentemente contaminados;

7.º — As histórias de irmãos e irmãs de leprosos, com uma verdadeira ou falsa hereditariedade parecem mostrar que pouca importância pode ser dada a herança como agente de perpetuação".

GUILHERME HERRERA, (1) em trabalho apresentado ao V.º Congresso Internacional de Lepra em Cuba, apresenta 6 observações de recém-nascidos que teve a oportunidade de registrar e nas quais faz referência a um tipo especial de dermatose, acompanhada de adenopatia e vesículas que, todavia, não considera de natureza leprosa. O 2.º caso é interessante, pois que no 4.º ou 5.º dia do nascimento apresentou, no tronco e membros, manchas eritematosas que duraram 3 dias, substituidas depois por pápulas róseas, análogas às do sarampo, algumas com micro vesículas. O exame do raspado das lesões pápulo-vesciculosas, revelou a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes,

1) DANIELSSEN, D. C. & BOECK, W.: — Traité de la Spédalskhed ou Éléphantiasis des Grecs, Paris, 1848.

1) HERRERA, G.: — Le edad y el sexo en la lepra — Trab. apresentado ao V Congresso Internacional de Lepra em Cuba.

inclusive formas cocóides. A criança faleceu aos 2 meses. A pesquisa de germe foi negativa no mesmo tipo de lesões da observação 5.ª. Na observação 6.ª a criança apresenta aos 15 dias do nascimento uma erupção de numerosas vesículas, com forte reação ganglionar. A pesquisa baciloscópica mostrou numerosos bacilos álcool-ácido-resistentes, inclusive formas cocóides e aos 6 meses, mais ou menos, a criança não apresentou lesão externa de lepra. Não referiu o autor o tempo de duração da positividade baciloscópica, nem a evolução das lesões dermatológicas e também, si essas crianças permaneceram ou não com os genitores doentes. Estudou ainda a data do aparecimento em 170 casos não tendo observado nenhum abaixo de 2 anos.

HERONDINO DE BARROS (1), estudando em 1945, 131 crianças que passaram pela Creche do Asilo Terezinha de S. Paulo, encontrou os seguintes dados, referentes a entrada na Creche:

> "14 (10,6%) pesavam mais de 3.500 gr. — sendo 11 do sexo masculino e 3 do feminino;
> 49 (37,4%) pesavam de 3.001 a 3.500 gr. — sendo 23 do sexo masculino e 3 do feminino;
> 31 (23,6%) pesavam de 2.500 a 3.000 gr. — sendo 18 do sexo masculino e 13 do feminino;
> 37 (28,2%) pesavam menos de 2.500 gr. — sendo 19 do sexo masculino e 13 do feminino".

Houve uma percentagem de 28,2% de prematuros entre os nascidos nos leprosários, elevada, comparada com o Serviço da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, que foi de 11,39%. Para esse A. a causa de tão alta percentagem de prematuridade deve estar ligada à infecção leprosa, mas acredita que também outras causas diretamente ligadas à gestante, possam ser responsáveis: alimentação, deficiência de assistência especializada, segregação nos leprosários, lues etc.

São ainda do mesmo pediatra os seguintes dados:

> "Das 127 mães, 110 (86,6%) eram de forma lepromatosa, 14 de forma clínica incaracterística e 3 tuberculóide".
> "32 mães tiveram reação leprótica durante a gravidez".
> "As mães dos prematuros eram, em 91,1% dos casos, doentes de forma lepromatosa".
> "Dos 37 prematuros, excluindo-se 16 falecidos, e 1 que conta apenas dias de idade, as curvas de pêso, foram: 12 (60%) tiveram um aumento de 500 gr. ou mais no 1.º mês, aos 6 meses, 4 em 16 casos (25%) pesavam mais 6.000 gr.; aos 12 meses, 4 em 16 casos

1) BARROS, H. de — Alguns dados referentes às crianças retiradas ao nascer e cuidadas pela Ass. Therezinha do Menino Jesús. Segunda Conferência Nacional de Ass. aos Lázaros. — R. de Janeiro, 1945, 76.

(25%) tinham peso superior a 8.000 gr. "Quanto à estatura, em 16 casos 14 (87,5%) cresceram mais de 20 cm. no 1.º ano".

"A recuperação do primeiro pêso entre os abrigados na Creche se deu, nos admitidos com horas de vida, em 20% dos casos na 1.ª semana e 40% na 2.ª, enquanto que nos admitidos com 1 dia, 47% na 1.ª semana e 39% na 2.ª".

"O fato das crianças na "creche" apresentarem uma grande percentagem de pesos e estaturas abaixo do padrão é devido, sobretudo, às condições de vida na própria "creche".

"Causas outras, certamente, concorrem para a alta morbilidade verificada e deficiente progresso dos internados e, então, a sífilis se apresenta numa percentagem altíssima, 63 casos nos 131 recebidos ou quasi 50%".

Extendemo-nos um pouco na citação do trabalho do HERONDINO DE BARROS. Sua opinião é valiosa, pois maneja elevado número de casos e trata-se de técnico de reconhecido valor. Podemos concluir dele que, 1.º: — a elevada percentagem de prematuros entre os filhos de hanseanianos, corre por conta de elevada percentagem de forma lepromatosa nas mães (91.1%) e da incidência da reação leprótica entre elas; 2.º: — que apesar disso, 48% das crianças tiveram pêso superior a 3.000 gr.; 3.º: — que a capacidade de reação — aumento de pêso e estatura — dessas crianças é grande; 4.º: — que cêrca de 50% dos casos eram igualmente heredo-sifilíticos; 5.º: — que as deficiências de "creche" eram responsáveis pelo fato das "crianças apresentarem uma grande percentagem de pesos e estaturas abaixo do padrão".

Por todos êsses fatos, somos de opinião de que a lepra dos pais tem importância muito relativa no desenvolvimento ponderal das crianças, que apesar de apresentarem um deficit de pêso e estatura, condicionado por causas gerais outras, sobretudo a sífilis, têm uma capacidade de reação grande, idêntica às demais crianças, desde que se lhes proporcione adequada assistência.

Em seguida à teoria hereditarista, e consequente a esta, estabeleceu-se o conceito de que os filhos de hanseniano seriam mais predispostos à infecção, seja por predisposição congênita caracterizada por menor resistência, refletida no deficit geral orgânico, seja pela maior exposição ao contágio. E desde ZAMBACO PACHÁ, estabeleceram-se caracteres clínicos como sinais da para-leprose, e da mesma forma e na mesma época, estabeleceu-se uma constituição para-tuberculosa.

A primeira parte dêsses conceitos a experiência demonstrou ser errônea. Si entre os filhos de hanseanianos há, de um modo geral, um deficit de pêso e estatura, e como conseqüência um

estado atrépsico predominante, deve-se de modo geral ao mau estado materno, e não à herança da moléstia pròpriamente dita. Isso ficou demonstrado claramente quer nos trabalhos de OTAVIO GONZAGA, quer nos de HERONDINO DE BARROS, pediatras do Asilo Santa Terezinha de S. Paulo, que têm mais de 20 anos de observação de recém-nascidos, filhos de genitores hansenianos. Se uma grande parte nasce com pêso e estatura abaixo do normal, outra parte nasce com pêso, estatura e estado geral absolutamente normais, e aqueles desde que colocados em boas condições de higiene e de alimentação, adquirem logo a normalidade de desenvolvimento, comportando-se como a maioria das crianças recolhidas em creches.

Não há, por outro lado, para essas crianças, predisposição especial às enfermidades de modo geral e muito menos para a lepra. Nestes 20 anos de observação, no Asilo Santa Terezinha, a modelar organização preventorial de S. Paulo, nenhum recém-nascido se tornou leproso.

E mais, nenhuma criança — e para mais de 600 foram observadas — nasceu com qualquer manifestação cutânea suspeita que, de longe pudesse fazer supôr estar na dependência da infecção leprosa. O trabalho de W. BUENGELER e ALAYON (1), que necropsiaram mais de 50 crianças falecidas de causas outras, exclue de modo irretorquível a possibilidade de uma lepra congênita ou hereditária.

Separado ao nascer, o filho de hanseniano é, frente à infecção leprosa, idêntica à quaisquer outras crianças. Não é predisposta e nem apresenta caracteres que indiquem sua ascendência, como sucede com freqüência para os filhos de genitores luéticos. Não herdam nenhum estigma. Postos nas condições higiênicas e alimentares exigidas, são crianças que apresentam desenvolvimento absolutamente normal.

Quando ingressamos no serviço preventorial em 1932, procuramos desde logo fixar nossa atenção para a possibilidade da existência de um estado constitucional para-leproso. E, assim, além da assistência, sob o ponto de vista de lepra pròpriamente dita, procuramos no aspecto da epiderme, elementos particulares que pudessem fazer supor a existência de algum carácter específico.

Logo despertou-nos a atenção a freqüência de três estados do tegumento, que nos mereceram particular cuidado. 1.º) Um aspecto livedóide, cútis marmórea ou livedo-cutis, frequente, muito intenso em algumas crianças, sobretudo nas de pele branca e de descendência européia, menos intensa em outras, que mais se acentuava na estação fria. 2.º) Um estado de espinulosismo, igualmente frequente, sobretudo na fase posterior dos braços, nádegas, e face posterior e externa das coxas. 3.º) um aspecto

1) GONZAGA, CAMPOS, N. S. BUNGELER, W. ALAYON, F. L. — O filho do hanseniano em face da infecção leprosa. Monografia, S. Paulo, 1941.

xerodérmico, "glossy skin", localizado preferencialmente nas pernas, em variado grau de intensidade e extensão.

Essas crianças mereceram de nós cuidadoso exame para evidenciação da lepra, seja pela punção de gânglio, seja pela biopsia destas manifestações, resultando todos os exames negativos.

Procedemos, então, visando estes mesmos aspectos da epiderme, a mesma pesquisa em um orfanato, onde as crianças apresentavam, idênticas condições de vida e idade, e verificamos a existência dos mesmos aspectos, concluindo que o aspecto livedóide era comum às crianças de pele branca, que o espinulosismo seria provàvelmente consequente a um tipo de avitaminose B, tanto que a terapêutica produzia relativos resultados e que o aspecto xerodérmico ou a xerodermia mais predominante nas épocas frias do ano, estava na dependência de estados constitucionais.

Assim, nossa experiência confirma, que não há nenhum estado cutâneo que possamos asseverar ser especial aos filhos de hansenianos, ou que permita filiá-los à heredo-predisposição, constituindo um carater particular às mesmas.

Se em algumas instituições preventoriais a mortalidade entre os filhos de leprosos é grande, acima da média normal, devemos procurar na própria organização dessas casas de assistência as causas da maior mortalidade e não atribuí-las à lepra.

A maior exposição ao contágio é o único fator que condiciona o aparecimento da lepra na infância.

Acreditamos mesmo que, na maioria dos casos referidos na literatura como lepra congênita ou hereditária, se trate, na realidade, de lepra post-natal.

Não podemos por uma dúvida, é claro, os casos em que o achado de bacilos em lesões de crianças com dias de vida, fale em favor da contaminação fetal. Mas são êstes casos de tal modo excepcionais, que não podem, de forma alguma, destruir a teoria da contagiosidade da moléstia.

Mais do que nunca o problema da lepra tem merecido a atenção dos estudiosos. Em quase todos os paises, leprólogos se dedicam à resolução dos inúmeros problemas de leprologia. Entretanto, nestes últimos anos, tem sido muito raros os casos registrados na literatura de possível contágio, in-útero, e esses mesmos de exatidão discutível.

Resta, pois, considerar o contágio post-natal como responsável pela incidência da lepra na infância.

E' natural que a criança, filha de genitores leprosos, criada e amamentada por mãe leprosa esteja sujeita a também tornar-se leprosa. As estatísticas revelam alta incidência da lepra entre os filhos de doentes, tanto mais alta quanto mais grave e endêmia. Mas essas mesmas estatísticas, inclusive as do Brasil e muito particularmente a que apresentamos sôbre a incidência da lepra

em nosso Estado, revelam por outro lado, particularidades que merecem ser focalizadas. Em primeiro lugar está a absoluta raridade da lepra abaixo de um ano. Ora, este simples fato já nos indica que o recem-nascido até um ano, parece possuir um estado de resistência à infecção que o preserva, até essa idade, e mesmo até os 3 anos; porque, se bem que existe, a lepra abaixo dos 3 anos é rara. Êsse fato mereceu-nos uma explicação, talvez teórica, mas que não deixa de ter certo fundamento: a de que a criança possua uma imunidade congênita que a preserva até essa idade, e daí até os 5 anos, de modo geral, êsse mesmo estado imunitário a preserva de uma infecção grave, pois quando acometida, o é, sob forma benigna, predominantemente tuberculóide que o tipo clínico característico do organismo resistente à infecção. Em nossa observação de mais de um milhar de casos de lepra abaixo de 10, tivemos apenas um caso de forma lepromatosa aos 3½ anos. Por conseguinte, o filho do doente de lepra herda um estado de resistência que, talvez não seja específico; êste estado de imunidade é o mesmo que a preserva de outras moléstias infecciosas que não incidem abaixo de 1 ano ou na tenra idade. Específica ou não, o fato é que a criança apesar de contato diuturno com os genitores, não adquire a moléstia abaixo de um ano. Êste fato tem sua explicação, na existência de um período mais ou menos longo de incubação da moléstia.

Em segundo lugar, e isto é assaz importante, a lepra abaixo dos 5 anos é predominante sob a forma tuberculóide, benigna. Ao mais das vêzes tem evolução para cura espontânea, mesmo permanecendo no foco.

Esta observação fala muito concludentemente na existência de uma grande resistência da pequena infância. Quando a criança é recebida em Preventório e que a possibilidade de super-infecção não existe, êste fato mais se acentua, pois é frequente verificar-se a involução dos casos tuberculóides e indiferenciados. Em nossa observação no Preventório, nenhum caso evoluiu para forma lepromatosa.

Nos leprocômios os fatos se passam diferentemente. Cêrca de 60% dos casos indíferenciados evoluem seja para o tipo tuberculóide, seja para o tipo lepromatoso.

A super-infecção, fato que acreditamos ser normal no meio hospitalar, deve ser responsável por essa mudança do estado de resistência da criança, e daí a mutação de seu tipo clínico.

Já não sucede a mesma coisa com a criança, quando dos 4 anos em diante, é que recebe o primeiro contágio, pelo aparecimento da moléstia na família. Sua imunidade congênita já desapareceu e ela é então sensível à molestia e se torna doente geralmente sob forma mais grave. E' esta situação que estabelece o conceito da maior receptividade da criança e dos cuidados que

se necessita para preservá-la.

Concluindo, diremos que o filho do hanseniano, desde que colocado em condições ideais de assistência, não apresenta deficit somático e de desenvolvimento, pelos quais seja responsável a moléstia dos pais; que não houve em nossa longa observação preventorial nenhum caso em que se pudesse pensar na possibilidade de uma lepra congênita e muito menos hereditária; que até os 5 anos a criança, possue grande resistência à infecção leprosa, como demonstram, não só a raridade da moléstia abaixo dos dois anos, como a maior incidência de tipos tuberculóides nesse grupo etário; que a forma grave, lepromatosa, começa a aparecer geralmente aos 5 anos ou acima, quando nessa idade sofrem as primeiras contaminações; que a super-infecção, quer do meio familiar, quer do hospitalar, pode modificar êsse estado de resistência, refletido pela positividade à reação à lepromina, mudando o prognóstico do caso.

Assim, a existência da lepra congênita, apesar de intensamente pesquisada em todos os tempos e em todos os lugares, até os nossos dias ficou restrita às escassas observações referidas e a algumas poucas outras que nos são deconhecidas. Não há na literatura brasileira e mesmo na Sul-Americana, observação alguma concludente de lepra congênita.

Não admitida como moléstia hereditária resta-nos considerar as possibilidades da transmissão congênita, placentária e germinativa. Esta contaminação intra-uterina do feto, muito embora excepcional, tem sido descrita. As observações são raras e discutíveis. RESCHETILLO (1), fazendo revisão da literatura até 1903, só pode encontrar 8 casos nos quais, parece provada a transmissão transplacentária da lepra da mãe ao filho, dos quais apenas 2 são concludentes. Êste autor durante 8 anos, teve oportunidade de assistir a 28 partos de mulheres leprosas e em 3 achou sinais mais ou menos pronunciados de lepra congênita nos fetos. Em um caso o diagnóstico foi confirmado pelo laboratório: no 3.º dia a criança apresentava com a forma clínica.

> "tubérculo-eritematosa (?) com bolhas penfigóides onde foram encontrados bacilos".

Curioso é notar como nem mais um caso semelhante houvesse sido registrado na atualidade, quando o problema da lepra está, mais do que nunca em foco com um grande número de médicos dedicados à especialidade, permitindo a existência de preventórios para recolher os recém-nascidos, filhos de hansenianos logo após o nascimento, prestando-lhes eficiente assistência médica, em muitos países e para mais de 20 anos. Em São Paulo, onde desde 1927, mais de 600 crianças, tôdas recém-nascidas, foram recolhidas na Créche do Asilo Santa Terezinha, submetidos a

1) RESCHETILLO, D. F. — Plusieurs cas de lèpre chez les nouveau-nés et leur signification au point de vue de l'hérédité de la lèpre. — Bull. Inst. Pasteur, Paris, 1903: 1, 619.

rigorosa assistência médica, nem um caso de lepra congênita foi observado. O mesmo fato em menor escala, ns demais Estados do Brasil tem também sido observado. Não há descrito na literatura médica brasileira, um só caso de lepra congênita.

MONTERO, (1) teve oportunidade de observar no Hospital Nacional de Costa Rica, um caso de lepra em uma criança prematura de 8 meses, nascida de mãe leprosa e separada ao nascer. Exames procedidos na placenta, no sangue placentário e do cordão umbelical, no líquido aniótico, revelaram bacilos álcool-ácido-resistentes. Com um mês e meio de idade essa criança apresentou lesões penfigóides generalizadas e distúrbios intestinais, vindo a falecer, sem ter sido possível proceder-se à autópsia. Foram igualmente encontrados bacilos álcool-ácido-resistentes, no líquido sêro-sanguinolento de bôlha penfigosa. A cultura e a inoculação dêsse material resultaram negativos. Para MONTERO, neste caso, a moléstia se transmitiu por via útero-placentária, e mais, considera de causa leprosa todo parto prematuro ou todo abôrto em doente de lepra sujeito a Reação Leprótica e leprosos êsses produtos.

Interessante é esta pesquisa não ter sido realizada em outros centros médicos, para confirmação, ou pelo menos para verificar-lhe a incidência. Parece-nos, todavia, que o A. generalizou um pouco suas conclusões, sabido que também causas outras condicionam os abortos e partos prematuros.

GOUGEROT, (2) cita as observações de GOODHUE e MAC COY, de crianças separadas da mãe leprosa algumas horas depois do nascimento, tornadas leprosas 8 a 13 meses depois.

Não sabemos, nem foi referido, o ambiente onde se criaram essas crianças.

RODRIGUEZ (1) igualmente citado por GOUGEROT, refere 6 crianças de 3 a 6 meses que apresentavam manchas suspeitas. sendo que em 3 dentre elas se demonstravam, entre 2 a 3 anos, bacilos ao exame. Estas crianças foram criadas em ambiente doente.

RODRIGUEZ (1) também nunca observou lepra congênita em Culion e não acredita na transmissão de predisposição.

NAVARRO (2) na Colombia, diz ter observado 2 casos de lepra congênita: um já nasceu com máculas e depois de 3 meses apresentou lepromas nos cotovelos e joelhos, o outro já apresentava nódulos desde o nascimento.

CURRIE (3) refere que a literatura médica de 25 anos (até 1915) apenas poude reunir 14 casos de contágio pré-natal. Admite a possibilidade da passagem dos germes da mãe ao feto, mas

1) MONTERO, A.: — La Lepra, además de ser contagiosa es una enfermidad hereditária Bull. Inst. Pasteur, Paris, 1928: 26 (12) 573.
2) GOUGEROT, H.: — Lèpre: Hérédité "Nouvelle Pratique dermatologique". Paris, 1936: 3. 859.
1) RODRIGUEZ: — Citado por GOUGEROT.
2) NAVARRO: — Citado por KLINGMULLER (Die Lepra — Handbuch der Haut — und Geschlechtskrankeiten, 1930: 2).
3) CURRIE: — Citado por KLINGMULLER.

acredita que a contaminação raramente se dê. Em 871 crianças nascidas em Culion até 1924, não encontrou nenhum caso de lepra congênita. O caso mais precoce nesse leprocômio, observado por RODRIGUEZ, foi em criança de 3 meses de idade.

TARDIEU (4) observou no leprocômio Qua-Can em Tonkin uma criança com 3 anos amamentada pela mãe de forma lepromatosa bacilífera que apresentava mácula na face e muco nasal positivo.

Procurando interpretar êsses fatos, JEANSEIME (4) rotula êsses casos de infecção de crianças aos 3 a 6 meses, como de contaminação "in útero".

Essas citações de lepra congênita, referidas na literatura, são discutíveis, porquanto delas não há rigorosa comprovação que afaste quaisquer dúvidas, seja sôbre a natureza leprosa das lesões registradas, seja sôbre a realidade da contaminação pré-natal, como querem fazer crêr, ou post-natal como parecem ser.

A ausência da lepra congênita e a grande raridade da lepra no primeiro ano de vida, indicam o que a embriologia e patologia geral já afirmam: a ausência da contaminação leprosa das células germinais do óvulo, e a exceção da contaminação fetal.

Resta-nos finalmente estudar o encontro do bacilo de Hansen na placenta, no cordão umbelical, no sangue placentário, etc., que tem sido objeto de um grande número de trabalhos. Para alguns autores o achado do germe, seja na placenta, no sangue placentário ou no cordão umbelical é uma prova indiscutível da existência de uma contaminação intra-uterina do feto e dai consideraram essa via de contágio, responsável pela lepra dessas crianças. Para outros autores, todavia, esse fato nada significa — WADE e RODRIGUEZ (1) (ver cit. de Klingmüller) são de opinião que as crianças sendo separadas ao nascer, não se tornam doentes, apesar do achado de germes na placenta e no sangue do cordão umbelical. CHRISTIAN (2) referindo-se aos bacilos encontrados por vários investigadores, SUGAI (1913), CHUYO (1916), RODRIGUEZ (1926), PINEDA (1927) no feto, cordão umbelical e placenta, conclue:

> "A experiência geral dos que trabalham nos leprocômios é que as crianças, quando separadas dos pais infectantes, logo após o nascimento, só em desprezível proporção, desenvolvem a lepra".

No leprosário de Molokay, refere BERNY (3) entre 109 crianças retiradas ao nascer, nenhuma se tornou leprosa, ao passo

4) TARDIEU: — Note sur un cas de lèpre chez un enfant de cinq mois — léproserio de Qua-Cam-Bac — Ninh. — Trop. Dis. Bull., London, 1919: 13 (1) 3.

1) JEANSELME, E.: — "La lèpre" Chap. IX — Etiologie: E. — La lèpre est elle héréditaire? — Paris, 1934, 269.

1) WADE e RODRIGUEZ: — Citado por KLINGMULLER.

2) CHRISTIAN, E. B.: — Study of the transmission of leprosy in families — Leprosy in India, 1935: 7 (4) 161.

3) BERNY: — Quel est l'avenir des enfants nés de mères lépreuses? — Bull. Soc. Path. Exot., 1936: 29 (5) 469.

que entre as que permaneceram junto às mães, 56% se tornaram doentes.

Êsse fato vem demonstrar que se a mãe leprosa não transmite ao filho em relação à molestia, uma imunidade hereditária, pròpriamente dita, não deixa de conferir-lhe nos primeiros meses de vida, como nas outras moléstias infecciosas, uma imunidade congênita, passiva e transitória, propriedade comum a todos os recém-nascidos durante os primeiros meses de superatividade celular e visceral.

No caso da lepra materna, sobretudo em se tratando de forma lepromatosa, as condições para a contaminação intrauterina, são favoráveis, mòrmente si se considerar a frequência do estado bacilêmico quase permanente nesse tipo clínico. Mas apesar dessas condições favoráveis, os casos de contaminação placentária são raros.

Assim é que os trabalhos clássicos de PINEDA (1) que baseou seus estudos em copioso material, apesar de encontrar em numerosos casos de lepra, bacilos na placenta e no cordão umbelical, histològicamente não encontrou qualquer lesão, ou alteração de natureza leprosa. Os bacilos foram encontrados ora livres no sangue circulante da placenta, ora no endótelio dos vasos das vilosidades placentárias, no tecido conjuntivo frouxo deste órgão e no cordão umbelical. Usando método próprio, DE PINEDA encontrou bacilos em um total de 104 casos de placentas provenientes de mães leprosas, 57 vêzes nos esfregaços e 15 vêzes em centrifugados. Entretanto não encontrou lesões histológicas nesses órgãos, aceitando que o germe da lepra chega ao organismo da criança em número considerável de casos, mas que "na maior parte perece".

Também BAUMGARTEN (1) acha que sòmente a destruição dêsses germes no organismo infantil, poderia explicar a ausência da lepra entre as crianças separadas ao nascer, filhas de genitores doentes.

RODRIGUEZ encontrou bacilos 4 vêzes em 15 placentas e cordões umbelicais examinados e acompanhou a evolução de 19 crianças nascidas e criadas por mães que tiveram reação leprótica, acompanhada de bacilemia, 3 das quais ou 16%, se tornaram doentes.

SUGAI e MONOBE (2), durante os anos de 1910 e 1912,

---

1) DE PINEDA: — Transf. for cast. Assoc. trop. med. 7 Congr. 1929:2, 390.
Leprosy as a cause of death, Philip. Island Med. Assoc., Manila, 1925:5 (2) 360.
Studies on negative lepers: The persistence of the bacilli in deep foci. — Philip. Island Med. Assoc., Manila, 1927:7 (4) 109.
On the persistence of mycobacterium leprae in the negative leper. — Philip. Island Med. Assoc., Manila, 1927:8 (2) 65.
Philip. Island Med. Assoc., Manila, 1920:4, 169, 373.

1) BAUMGARTEN: — Welch Anschungs weise spielt bei der Tuberkulose des Menschen die Wichtigste Rolle? — XVI inter. Med. Kongress, Budapest, 1909 Deutsch. Mediz. Wochenschrift, 1910, 40. — Virchow's Archiv, 1925, 254.

2) SUGAI e MANOBE: — The examination of lepra bacilos in circulating blood of the new borns. — Jr. Tokis Med. Ass. Toxin, 1913:27 (8).

estudaram cuidadosamente, uma série de 13 partos, em relação a bacilos de lepra. Em 11 vêzes, encontraram no sangue circulante dos recém-nascidos, admitindo que aí tivessem chegado através dos capilares das vilosidades placentárias. Em 9 casos acharam 5 vêzes alterações leprosas seguras e em 3 suspeitas, na placenta.

Entre nós, dos poucos que dedicaram a êsses estudos, CERRUTI e BECHELLI (3), apresentaram um estudo bacterioscópico e histopatológico baseado em 5 placentas, sete cordões umbelicais, três autópsias de recém-nascidos e uma de um feto de 4 meses. Encontraram bacilos no córion das vilosidades placentárias em um caso, no sangue do cordão umbelical de outro, não tendo encontrado lesões de natureza leprosa, que justificassem a presença de lepra congênita. Igualmente não encontraram bacilos no sangue periférico de um recém-nascido, nem no sangue e nos órgãos do feto e das crianças autopsiadas.

Pesquisas positivas, ainda são referidas por BABES, MOSSOW, RABINOVITH, SAN JUAN, citados por KLINGMÜLLER (loc. cit.). Pesquisas negativas foram referidas por LE DENTU, FERRARI, JEANSELME, SANDES, etc.

A transmissão de moléstia infecciosa através da via placentária é sem dúvida fato admitido e aceito, sem contestação, como demonstraram os achados na tuberculose, na sífilis, no tifo, na escarlatina, etc. E' possível a passagem de bacilos através das vilosidades placentárias, não só por alterações traumáticas, como patológica da mesma, desaparecendo com isso seu papel protetor.

Essas lesões placentárias são assim resumidas por KÜESS.

1.º — Lesões anatômicas banais, tais como fócos hemorrágicos, alterando em qualquer parte a barreira placentária, poderão permitir a passagem de germes;

2.º — Simples alterações epiteliais do revestimento celular viloso, podem permitir a chegada dos germes aos vasos fetais através das vilosidades;

3.º — Lesões necróticas, produzidas pelos próprios germes, destruiram as barreiras placentárias, permitindo assim sua passagem.

Entretanto, si êsse fato foi demonstrado na tuberculose, segundo os estudos de KÜSS e BUCHNER (1) o seu achado na lepra tem sido excepcional como verificamos na análise dos estudos de vários autores.

Entre nós há um único trabalho verdadeiramente documentado sôbre a lepra congênita e realizado por BÜNGELER e ALAYON (2), que procederam ao estudo das alterações anátomo-

---

3) CERRUTI, H. & BECHELLI, L. M.: — A infecção leprosa congênita em face da Reação Leprótica durante a gravidez. — Rev. Bras. Lepr., São Paulo, 1936:4 (n. especial) 199.

1) KÜSS e BÜCHNER: — Uber Angeborene Tuberkulose Deutsches Tuberculose Blatt, 1939/13 (9) 223.

2) BÜNGELLER, W. e ALAYON, F. L.: — O filho do hanseniano em face da infecção leprosa — Monografia, S. Paulo, 1941, 77.

patológicas, em 51 autópsias de crianças filhas de genitores leprosos, a maioria delas separadas ao nascer e que recolhidas na Creche do Asilo Santa Terezinha de S. Paulo, aí vieram a falecer de moléstias inter-correntes. E dizem êsses Autores:

"Si admitimos a possibilidade de transmissão intra-uterina da lepra, isto é , que seja possível teòricamente, a passagem do bacilo de Hansen, através de um placenta intacta ou com alterações leprosas, devemos aceitar para êste modo de infecção as mesmas regras conhecidas em outras moléstias infecciosas crônicas, que apresentam transmissão intra-uterina, e especialmente a sífilis e a tuberculose. Caso se desse intra-uterinamente o contágio do feto, deveriam encontrar, em primeiro lugar e mais intensamente, alterações de natureza leprosa no território terminal da veia umbelical.

Por êsse motivo, dedicamos especial cuidado em nossas pesquisas anatômicas ao exame macro e microscópico do fígado, dos gânglios linfáticos portais, da cadeia linfática entre a veia porta e a cava inferior e dos gânglios linfáticos peritoniais".

Devemos deixar consignado que o material por nós estudado constitui base extraordinária para o estudo de infecção intra-uterina, porque preenche tôdas as condições exigidas pela natureza destas pesquisas".

A transmissão congênita, pelo menos teòricamente, pode ser admitida como possível. O fato de alguns autores terem encontrado bacilos de Hansen no esperma de doente de lepra, não é de se estranhar, quando sabemos que no tipo lepromatoso, os doentes estão sujeitos a surtos de orquite e orquiepididimite e que as necrópsias de tais casos têm revelado nítidas lesões lepromatosas, nos testículos, no epidídimo cordão espermático e próstata. Essa localização da moléstia traz como consequência a atrofía do testículo com consequente perda da capacidade geradora. BÜNGELER e ALAYON (loc. cit.) tiveram oportunidade de encontrar não obstante a infiltração leprosa no testículo, do epidídimo e da próstata, a espermotogenese conservada, e bacilos de Hansen na luz dos canalículos testiculares e na secreção prostática. Dai ser possível a presença de bacilos no líquido espermático. Mas apesar dêsse fato, a infecção do óvulo pelo esperma contaminado é provável, como já demonstrou JADASSOHN. Apesar disso não se conhece na literatura nenhum caso de infecção congênita que tenha ocorrido de pai doente e mãe sã.

∴

Aspectos Clínicos da Lepra na Infância

1) — Introdução.

2) — Grupo indiferenciado

   a) Formas de transição morfologia e estrutura.

3) — Tipo tuberculóide

   a) Variedade nodular

   b) Variedade figurada

   c) Variedade reacional.

4) — Tipo lepromatoso.

5) — Das mutações.

ASPECTOS CLÍNICOS DA LEPRA NA INFÂNCIA

Introdução.

Não seria possível, nos estreitos limites de uma monografia, o estudo minucioso dos aspectos clínicos da lepra na infância. Isto equivaleria à descrição pormenorizada de tôda a clínica da lepra, pois que tudo pode ser encontradiço na infância. Por outro lado, seriam sacrificados em sua minudência, alguns aspectos especiais, que mais de perto interessam à infância, seja por se apresentarem com características próprias à essa época da vida, seja por nela serem mais frequentes. Isto posto, outra alternativa não nos restava, ao encarar os aspectos clínicos da lepra na infância, que sumariar em rápidos traços, tudo que lhe fôsse comum com o adulto, aliás já amplamente divulgado, detendo-nos, mais por miúdo, naquêles que, pela frequência ou pelas peculiaridades decorrentes da própria idade, mereçam destaque.

Dito isto, explicado está porque assumem desenvolvimento maior, 3 parágrafos deste capítulo: o que trata do grupo indiferenciado, o do tipo tuberculóide, variedade nodular e o das fases incipientes do tipo lepromatoso.

O grupo indiferenciado apresenta um interêsse todo particular, justificado por duas razões principais: a primeira, por ser predominante neste grupo etário; a segunda, por que representando, geralmente, as primeiras manifestações objetivas da lepra, permite-nos apreciar um dos aspectos mais interessantes da patologia da lepra, os fenômenos de mutação, pelos quais se definem, em um ou outro dos tipos básicos, a maioria dos pacientes do grupo indiferenciado.

Assim é que segundo as características imuno-biológicas de cada caso indiferenciado, podemos seguir-lhe a transformação, seja no tipo lepromatoso, seja no tuberculóide, ou, ainda, sua estabilização, durante certo tempo, no grupo a que pertence, para regredir depois, espontâneamente, desaparecendo, tôdas as manifestações objetivas da lepra. Dentro destas três possibilidades, circunscreve-se tôda a patologia do grupo indiferenciado, quando manifestação inicial da lepra.

É óbvio, dest'arte, que merecem estudo minucioso, os fenômenos de mutação, mòrmente sabendo-se que se observam na sua quase totalidade, justamente na infância. Dedicaremos um parágrafo especial ao estudo de tôdas as modalidades do fenômeno de mutação, depois de travado conhecimento com os aspectos morfológico, baciloscópico e estrutural, dos tipos fundamentais.

No tipo tuberculóide, as manifestações cutâneas da sua variedade tórpida, clássica, de lesões figuradas, e das fases agudas, conhecidas por tuberculóide reacional, nada apresentam de espe-

cial à infância. Repetem-se na criança todos os aspectos clínicos característicos do tipo no adulto. Mas, há no tipo tuberculóide, um aspecto especial, próprio, peculiar à infância: é a que denomimanos variedade nodular, que, até onde nossa experiência alcança, nunca vimos incidir no adulto.

Característico da primeira e da segunda infância, a variedade nodular do tipo tuberculóide, merecerá de nossa parte, estudo minucioso, a que seguirá a resenha sumária dos conhecimentos das variedades figurada e reacional.

Nada há, também, no tipo lepromatoso, que distinga ou diferencie as manifestações clínicas do adulto das da criança; nesta, entretanto, até certo ponto, e durante certo tempo, predominam as fases precoces, os estados incipientes do tipo lepromatoso, que, a pouco e pouco, no evolver crônico da lepra, vão atingir os estágios mais avançados.

Inexistentes na primeira infância, estas fases avançadas são raríssimas na segunda, tornando-se mais frequentes depois da puberdade, com uma curva ascendente de gravidade da lepromatose, a partir da puberdade para a idade adulta.

Há crianças, contudo, nos quais a lepra lepromatosa parece assumir virulência desmedida; encontram-se então, nestes pequenos pacientes, como que resumida em seus poucos anos de vida, tôda a evolução crônica da lepra, que no adulto medeia entre 15 a 20 anos. Felizmente são raros estes casos; em nossa experiência de leprosário, em mais de 1 milhar de menores, dêles não registamos ainda 10.

Para o lado das manifestações do comprometimento do sistema nervoso periférico, pouco, ou nada, há que referir na infância, que lhe não seja comum com o adulto. Faremos, assim, a recapitulação da sintomatologia nervosa, sem discriminação especial do tipo ou grupo, salientando, aqui e alí, o que fôr de interêsse maior na infância.

Em alguns casos, do mesmo modo que nas manifestações cutâneas, deparamos com sintomatologia nervosa tão acentuada, que não parece corresponder ao limitado tempo de evolução, que a pouca idade do paciente permite presumir.

Ao estudo da morfologia dos elementos próprios dos tipos fundamentais e do grupo indiferenciado, adicionaremos as noções iindispensáveis sobre a baciloscopía, a estrutura, a evolução e o diagnóstico diferencial. As considerações sôbre o estado imunobiológico e sua influência no prognóstico foram, pela importância reunidas em capítulo especial.

Fica, assim, o capítulo destinado ao estudo dos aspectos clínicos da lepra na infância, dividido nos seguintes parágrafos:

1. — Grupo indiferenciado
2. — Tipo tuberculóide, com referência particular à variedade nodular da infância.
3. — Tipo lepromatoso, considerando, principalmente, os estádios incipientes.
4. — Fenômenos de mutação do grupo indiferenciado, para os tipos tuberculóide e lepromatoso.
5. — Sintomatologia nervosa.

∴

1.º GRUPO INDIFERENCIADO

1.º) GRUPO INDIFERENCIADO

O grupo indiferenciado do Congresso Internacional de Cuba, antiga forma incaracteristica da classificação sul-americana (1) e sub-tipo macular simples da classificação do Cairo (2), é o mais simples, do ponto de vista clínico, e o mais complexo do ponto de vista da evolução.

Considerado sob o aspecto clínico, a denominação que lhe deu o Congresso Internacional de Cuba, continua merecendo as mesmas críticas que se fizeram à designação incaracteristica das classificações sul e pan-americana; clìnicamente, sua objetivação está perfeitamente caracterizada, nìtidamente diferenciada, da dos dois tipos fundamentais.

Neste grupo, deparamos, na infância, predominando francamente sôbre o adulto, duas classes de lesões: **a)** lesões primárias, que são habitualmente as manifestações iniciais da lepra, caracterizada pelo aspecto morfológico (lesões planas) e pela estrutura (inflamatória simples); **b)** lesões de transição, de morfologia mais complexa, que representam as primeiras etapas de transição das lesões dêste grupo, para as dos tipos fundamentais, podendo estruturalmente conservar o carater primordial do grupo, ou já ter avançado, apresentando as estruturas iniciais dos tipos fundamentais.

Estudaremos, agora, por miúdo, o aspecto morfológico de cada uma das variedades de lesões, para considerar-lhe depois a evolução.

LESÕES PRIMÁRIAS

MORFOLOGIA

Três são as variedades de lesões primárias do grupo indiferenciado, que se deparam na criança e que enumeraremos por ordem de frequência: **a)** lesões hipocrômicas ou acrômicas; **b)** lesões eritêmato-hiprocrômicas; **c)** lesões ritematosas simples.

a) **Lesões hipocrômicas ou acrômicas** — São as lesões acrômicas, ou hipocrômicas, as mais banais, as mais simples das manifestações tegumentares da lepra.

Deparamo-las como áreas circunscritas, cujas dimensões variam dos tamanhos mínimos, que não excedem a 1 cm. até as grandes áreas de 10 a 20 cms. ou mais, de diâmetro. Os limites são nítidos, com, às vêzes, um halo periférico hipercrômico, que as destaca bem da pele vizinha. Outras apresentam-se como áreas difusas, cujos limites não podem ser traçados, pois esmaecem gradativamente na pele que os circunda. Em tôdas supõem-se existir distúrbios da sensibilidade, difíceis, no geral, de verificar em pacientes de pouca idade.

---

1) Revista Brasil de Leprologia — Resolução do Congresso Internacional de Habana.

2) Inter. Journ. of Leprosy — Congress Number.

Localizam-se de preferência nas nádegas, nas regiões lombares, no terço superior da face posterior das coxas, nas regiões trocanterianas, na parte média da face anterior das coxas, e na posterior dos braços. Também frequente é a localização destas lesões na dobra axilar, assim na parte anterior, como na posterior; é interessante consignar a evolução malígna de quase todos os casos, nos quais registamos a presença de lesões acrômicas nessa localização, mòrmente quando pequenas e múltiplas.

Localizadas nos membros assumem, no geral, forma elítica, com o eixo maior no sentido do comprimento do membro; raramente são circulares. Nas nádegas, ocupam, quase sempre, disposição simétrica, de modo que a extremidade inferior da borda superior de um se une à do lado oposto, na parte superior do sulco inter-glúteo, ficando o conjunto com o aspecto das asas abertas de uma borboleta. E' comum terem a borda superior bem desenhada, enquanto que a inferior é quasi imperceptível, ou mal delimitada na parte média da região, onde a lesão se difunde gradativamente na pele normal. Nas regiões lombares são, na maioria das vêzes, elíticas, com o eixo maior orientado no sentido dos nervos intercostais. Na região axilar são quase sempre circulares.

E' a lesão acrômica primária uma discromia por falta de pigmento, que se não apaga pela pressão do dedo, e que, de regra, persiste durante muito tempo. Nas áreas acrômicas muito frequentemente há queda ou rarefação dos pêlos, de modo que mais se contrasta com a pele vizinha.

b) **Lesões eritêmato-hipocrômicas** — Representam as lesões eritêmato-hipocrômicas, ou, como também são designadas, eritêmato-discrômicas, um grau mais avançado em complexidade, que as acrômicas.

A despigmentação, que caracteriza as lesões acrômicas, junta-se nas eritêmato-hiprocrômicas, um novo elemento: o eritema. São lesões nas quais há combinação, em graus variáveis, de acromia e eritema, ora predominando um, ora o outro dêstes caracteres.

Nada apresentam de particular, em relação aos caracteres morfológicos gerais, limites, forma, dimensões, nem tão pouco em referência à localização. O carater morfológico dominante, mais importante, que os define e individua, é a concomitância de eritema e acromia; ora o eritema e acromia distribuem-se uniformemente sôbre tôda a superfície da lesão, que é então acrômica com eritema discreto, ou simplesmente, lesão eritêmato-hipocrômica plana; ora o eritema se localiza na periferia, formando um anel externo, ficando o centro acrômico ou levemente róseo, designando-se lesão eritêmato-hipocrômica plana com eritema marginal.

c) **Lesões eritematosas simples, ou planas** — A terceira variedade de lesões primárias do grupo indiferenciado é a lesão

eritematosa simples, ou eritematosa plana. São lesões que se apresentam com eritema e sem infiltração; nelas está, portanto, presente um só dos sinais de atividade, o eritema. Distribue-se êste, como regra, uniformemente por tôda a superfície do elemento, mas algumas há em que o eritema se acentua, aqui e alí, na área da lesão.

De tamanho muito variável, elas têm limites que podem ser nítidos, bem destacados da pele vizinha, ou difusas, esmaecendo as lesões gradativamente na pele que as circunda, sem que se possa traçar a linha de separação entre uma e outra.

BACILOSCOPÍA

Os resultados das pesquisas baciloscópicas são ligeiramente variáveis nas três variedades de lesões primárias do grupo indiferenciado.

De um modo geral, predominam os resultados negativos nas pesquisas feitas em esfregaços de pele da lesão, aumentando o índice de positividade nos cortes histológicos, em escala ascendente das acrômicas, para as eritêmato-hipocrômicas e eritematosas simples.

Por outro lado, a pesquisa de germes nos esfregaços de material da mucosa nasal dos pacientes portadores de lesões do grupo indiferenciado resulta, quase sistemàticamente negativa; excepcionalmente deparar-se-ão resultados positivos, achados que, na sua raridade conservam a mesma escala ascendente de positividade, já assinalada, das lesões acrômicas, às eritêmato-hipocrômicas e às eritematosas simples.

ESTRUTURA

Do ponto de vista estrutural são, na maioria, de estrutura inflamatória crônica sem carater histológico de especificidade. Esta é indubitàvelmente a estrutura que predomina no grupo indiferenciado, pelo menos no nosso centro.

Encontram-se todavia, lesões acrômicas, eritêmato-hipocrômicas e eritematosas simples, que apresentam estrutura tuberculóide em organização, evidenciando estar o processo histopatológico mais adiantado, sem ainda objetivação clínica; do mesmo modo, em certa percentagem de casos, o processo histopatológico avança ainda mais, encontrando-se lesões do grupo indiferenciado cuja estrutura já é o infiltrado tuberculóide plenamente organizado.

Por outro lado, há também lesões acrômicas, eritêmato-hipocrômicas e eritematosas simples, com estrutura que já representam os primeiros estadios de lepromatosa, bem como outros há nos quais a estrutura já é francamente lepromatosa.

Fácil, é dest'arte, compreender-se quão complexo é o grupo indiferenciado, do ponto de vista estrutural, tendo sido, nos últimos tempos, o ponto de discordia, entre os leprologistas, mòrmente no que concerne à classificação das formas da lepra.

EVOLUÇÃO

Evolvem, na criança, as lesões primárias do grupo indiferenciado, como soem evolver tôdas as lesões da lepra, isto é no sentido regressivo e no progressivo.

EVOLUÇÃO REGRESSIVA

A evolução regressiva processa-se paulatinamente, tendendo ao desaparecimento total da lesão. Vejamos em síntese para cada uma das 3 variedades no que consiste o processo regressivo:

a) **Lesões acrômicas** — a evolução regressiva é mais demorada, tendendo ao desaparecimento total da lesão pela repigmentação da área acrômica, do centro para a periferia, na generalidade dos casos, ou difusamente em tôda a extensão da área da lesão.

b) **Lesões eritêmato hipocrômicas** — a evolução regressiva processa-se em duas etapas, na primeira há o desaparecimento gradual do eritema, que é o elemento característico da lesão, finda a qual no elemento primitivo permanece apenas a acromia; na segunda, a regressão se faz, como para as lesões acrômicas, isto é, pela repigmentação da área de acromia, seja do centro para a periferia, seja difusamente na superfície da lesão.

c) **Lesões eritematosas simples** — Nestas as tranformações de ordem regressiva são muito simples, pois há, inicialmente, um único elemento a considerar-se: o eritema. Êste que se distribue, como regra, uniformemente, por tôda a superfície da lesão, esmaece gradativamente, substituindo-se, a pouco e pouco, por por acromia, o que vai convertendo, num primeiro estádio, a lesão eritematosa, em eritêmato hipocrômica; outras vêzes, a regressão do eritema é mais rápida, ou mais intensa, na parte central do elemento, que, neste primeiro estádio, se converte em eritêmato-hipocrômica com eritema marginal. O processo nunca cessa, entretanto, neste primeiro estádio; êle prossegue, o esmaecimento do eritema continua, até ser total, e a lesão converte-se em lesão acrômica. Daí por diante, a regressão far-se-á pela repigmentação da área acrômica, tal como já assinalamos, ao tratarmos da regressão daquelas lesões.

O processo regressivo das três variedades de lesões do grupo indiferenciado evidencia-nos uma patente correlação entre elas, sugerindo-nos serem três estádios diversos de um mesmo processo patológico.

EVOLUÇÃO PROGRESSIVA

A evolução progressiva compreende os processos pelos quais as lesões do grupo indiferenciado se diferenciam no sentido dos tipos fundamentais.

Indica-nos a observação de numerosos pacientes menores, portadores dessas lesões, serem elas lesões iniciais de lepra por

representarem a primeira manifestação cutânea objetiva com que deparamos. Como lesões primárias, dão origem a novas lesões, que delas resultam por transformação clínica e estrutural, em lesões próprias dos tipos fundamentais, tuberculóide ou lepromatoso.

E' ao conjunto de fenômenos que se realizam durante a conversão dessas lesões em lesões dos tipos fundamentais, que se dá geralmente o nome de evolução progressiva.

E' interessante consignar-se que nem pelo aspecto morfológico, nem pelos resultados baciloscópicos, tão pouco pelos da reação de Mitsuda, nos é dado prever seguramente a orientação que tomará o processo da evolução progressiva.

Estudaremos em sua linhas gerais, no que consiste a evolução progressiva das lesões do grupo indiferenciado, tal qual a observamos na infância, deixando a descrição pormenorizada do processo, para outro passo, depois que houvermos estudado, em minúcia os aspectos clínicos dos tipos fundamentais.

Demonstra-nos ainda a observação de crianças com lesões do grupo indiferenciado que, em certo número, essas lesões permanecem sem sofrer alteração, durante períodos variáveis de tempo, para depois converter-se em lesões dos tipos extremos, tuberculóide e lepromatoso. Em geral, essa transformação não mais se opera, depois de 4 a 5 anos de permanência com os caracteres do grupo.

Realiza-se por 2 processos a conversão das lesões do grupo indiferenciado nas de tipo tuberculóide, semelhantes na essência, estes dois processos divergem no resultado da transformação, pois que, de um dêles resulta sempre uma lesão tuberculóide tórpida, de aspecto figurado, e, do outro, uma lesão da variedade reacional.

No primeiro, a lesão indiferenciada atravessa progressivamente fases sucessivas, até atingir a morfologia figurada, de modo que, entre a lesão inicial, indiferenciada, e a lesão tuberculóide, há tôda uma gama de formas de transição.

No segundo, não existem fases intermediárias, a lesão inicial, indiferenciada, abrutamente, sem sinais premunitórios converte-se em lesão tuberculóide da variedade reacional.

Vê-se, ainda, mais raramente, uma outra modalidade de transformação, que se filia à conversão progressiva; sôbre a lesão indiferenciada implantam-se os elementos tuberculóides sob a forma de pequenas pápulas, que ora se alinham progressivamente na periferia, ora disseminam-se por tôda a superfície da lesão.

Há na conversão de lesões do grupo indiferenciado no tipo lepromatoso, certa similitude com os processos de mutação no tipo tuberculóide.

Nêle, observar-se-á uma transformação progressiva, na qual a lesão indiferenciada vai, a pouco e pouco, convertendo-se em lepromatosa, passando por fases intermediárias, até atingir a

Serviço Nacional de Educação Sanitária

morfologia lepromatosa franca. Há também uma transformação abruta, na qual, sùbitamente, o caso está convertido em lepromatoso; ora a conversão se realiza por um surto de lesões eritematosas infiltradas, que lembram um surto urticariano, ora é uma reação à eritema nodoso que se instala, anunciando a transformação, ou melhor, a lepromatização do caso.

Entre as duas direções opostas da atividade progressiva que podem tomar os casos do grupo indiferenciado, há, como se acaba de vêr, semelhança nos processos de mutação; nesta similitude, entretanto, salienta-se uma diferença digna de registro: na mutação de indiferenciado em tuberculóide acompanha-se a conversão de cada lesão; é, por assim dizer, a lesão "individualmente" que se transforma, ao passo que na mutação em lepromatosa são lesões novas, geralmente, as que denunciam a transformação.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial das lesões do grupo indiferenciado da lepra e lesões semelhantes de outras entidades morbidas, não oferece maiores dificuldades. Dentre as lesões deste grupo, as acrômicas ou hipocrômicas, são as que podem oferecer uma possibilidade remota de confusão na criança com os nervos acrômicos, a pitiríase versicolor acromiante, o vitiligo e o pitiríasis simples circunscrito.
Faremos uma sumária revista dos elementos, que podem estabelecer o diagnóstico diferencial.

Nevos acrômicos — O carater congênito, a sensibilidade normal, a prova da histamina completa, diferenciam nitidamente, o neva da lesão acrômica da lepra.
Pitiríasis versicolor acromiante — O diagnóstico diferencial é de extrema facilidade pelos antecedentes, pelo rápido desenvolvimento e pelo sinal da unha, característico da pitiríase. Além disso, não há distúrbios da sensibilidade e a resposta à reação da histamina é completa.

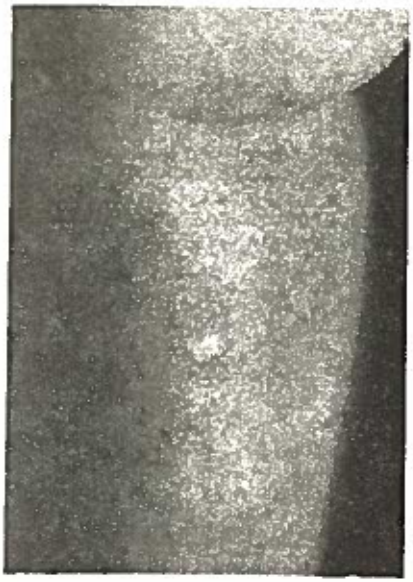
Vitiligo — O diagnóstico diferencial com as lesões acrômicas da lepra se impõe pela ausência de distúrbios da sensibilidade e pela reação à histamina. Na lepra, por outro lado, a acromia não atinge os pêlos, que conservam a coloração normal.
Pitiríasis simples circunscrita — E' contagiosa e muito frequente nas coletividades infantis; nos preventórios a importância do diagnóstico diferencial é maior.

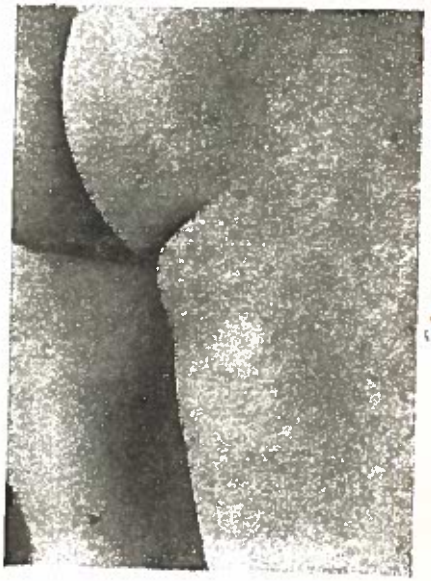
Também é denominado dartro volante, assesta-se de preferência na face e nas partes glabras. E' característica da infância, localizando-se, de preferência, em volta da boca, nas regiões malares, nas temporas e na fronte, muito raramente nos troncos e membros. Apresenta-se, no geral, sob a forma de manchas esbranquiçadas, furfureaceas, de forma arredondada ou ovalar, de contornos mais ou menos nitidos. O diagnóstico diferencial se faz com extrema facilidade pelo aspecto rugoso da superficie da lesão, pela sensibilidade normal e reação completa à histamina.

* *
*

ESTAMPA

GRUPO INDETERMINADO





Figs. 1 e 2 — Lesões acrômicas, características do grupo

Figs. 3 e 4 — Lesões acrômicas, características do grupo

ESTAMPA
GRUPO INDIFERENCIADO

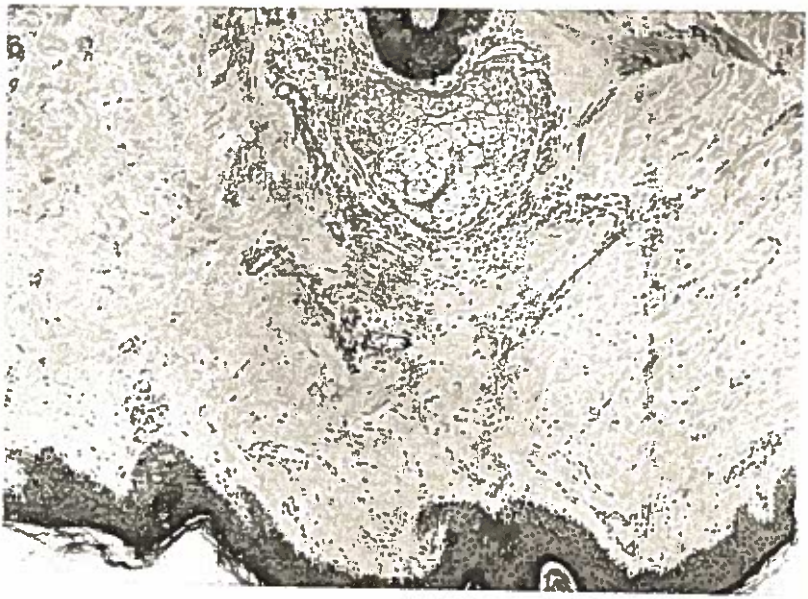
Fig. 1 — Lesões hipocrômicas, discreta, difusa.

Fig. 2 — Numerosas lesões acrômicas, de tamanhos variados, limites nítidos

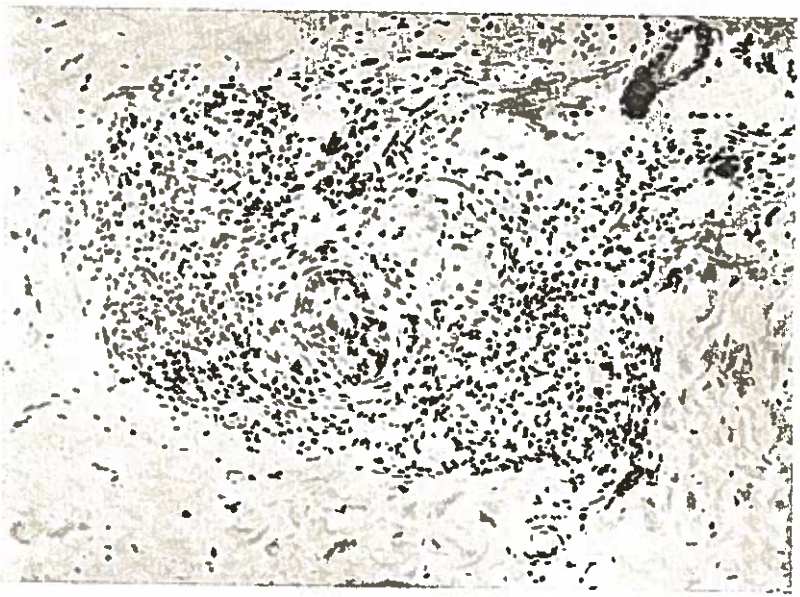
Fig. 3 — Pequenas lesões acrômicas, ao redor da axila, localisação frequente, quando se transformam em lesões lepromatosas.

Fig. 4 — Extensas lesões eritêmato-hipocrômicas ocupando as nádegas e face posterior das coxas.

ESTAMPA



Micro-foto 1 — Micro 367 - Lâmina 1.038. D. L. — Pequenos infiltrados inflamatórios crônicos sem caracter histológico de especificidade. Baciloscopia.



Micro-foto 2 — Micro 372 - Lâmina 272 - L. N.
Pequenos focos de infiltração pré-tuberculóide. Bacilos.

FORMAS DE TRANSIÇÃO

Morfologia e estrutura

FORMAS DE TRANSIÇÃO

MORFOLOGIA E ESTRUTURA

As lesões indiferenciadas típicas são, como vimos, essencialmente planas. Nelas deve faltar sempre um dos caracteres habituais das lesões dos tipos lepromatoso e tuberculóide, que é a infiltração. Por outro lado, dos primeiros sinais de transformação que se observa nessas lesões, é o aparecimento de infiltração, que as torna muito ligeiramente elevadas, visto que ela é sempre discreta, ficando levemente acima da pele vizinha. Quanto êste fato acontece, já se processaram, geralmente, alterações estruturais na lesão, que deixou de ser, sob êste aspecto, indiferenciado. Acontece, entretanto, que o aparecimento de infiltração, definindo-as do ponto de vista estrutural, não as define do ponto de vista morfológico, pois clìnicamente, não se pode ainda determinar-lhes a natureza, ou o sentido em que se orientará a transformação que a infiltração anuncia. Isto significa que, de certo modo, podem elas ser indiferenciadas e para sermos completos neste nosso estudo, devemos dedicar-lhes algumas linhas, onde sejam, como fizemos para as lesões planas, consideradas a morfologia, a estrutura e a significação, que assumem ao se tornarem elevadas.

LESÕES ACRÔMICAS ELEVADAS

Aspecto morfológico raro é tornarem-se as lesões acrômicas infiltradas, sem aparecimento de eritema, convertendo-se, assim, em lesões acrômicas elevadas. Não têm localizações preferenciais, mas parecem mais frequentes nos ombros e na região axilar, tanto na face anterior como na posterior, tendo sido encontradas também no dorso.

Depois de certo tempo com êste aspecto, perdem a infiltração, ficando novamente planas, e algumas se pigmentam do centro para a periferia. Temo-las visto, com frequência em casos que mais tarde se converteram na forma lepromatosa. A baciloscopia dessas lesões é quasi sempre positiva, sem que isso tenha significação absoluta no sentido da evolução. Em outros casos, vimo-las aparecer em pleno curso de formas estabilizadas, no curso de tipos lepromatosos e tuberculóides.

Considerando os resultados da reação à lepromina em 13 de nossos casos, registou-se a conversão do resultado negativo e duvidoso em positivo forte num, e, fraco em outro; o fato é interessante, porque tal mutação costuma ser concomitante com a transformação clínica e estrutural. Aqui a história clínica dos dois casos é idêntica, mas nenhum dêles se definiu; em ambos houve regressão da infiltração, volta à acromia e nas duas lesões a baciloscopía continuou positiva.

A evolução dêstes 13 casos é ilustrativa. Em um, com lepromina fortemente positiva, houve conversão das lesões em leprides tuberculóides reacionais. O fato é digno de registro, porque as lesões acrômicas dêste paciente eram baciloscòpicamente positivas; outra particularidade apresenta ainda êste caso: o aparecimento de muco nasal positivo antes da eclosão do surto reacional. Êstes fatos confirmam nossa afirmação sôbre o valor da reação à lepromino, fortemente positiva, e a nenhuma significação do ponto de vista da evolução, dos achados baciloscópicos positivos, quer no muco nasal quer na pele. Estes só adquirem significação quando considerados no tempo, pela permanência dos resultados, sendo inexpressivos no momento.

Em outros quatro casos as lesões perderam a infiltração, retornando à morfologia acrômica banal, conservando, contudo, a baciloscopia positiva. Nos casos restantes, as lesões acrômicas elevadas surgiram em pleno curso de formas lepromatosas, o que as define, como lesões dessa mesma natureza.

ESTRUTURA

Os achados estruturais, em sete lesões biopsiadas como acrômicas elevadas, demonstram que o aspecto indiferenciado com que se apresentam, não corresponde à natureza real. Estruturalmente, são lesões já definidas, seja pela estrutura pré-tuberculóide, encontrada em duas delas, seja pela estrutura leprosa, com grande número de bacilos e algumas células vacuolizadas, que mostram estarem elas definidas no sentido da estrutura lepromatosa.

LESÕES ERITÊMATO-HIPOCRÔMICAS ELEVADAS

Nas lesões eritêmato-hipocrômicas o aparecimento de certo grau de infiltração é muito mais comum que nas acrômicas. Sendo lesões de transição, apresentam logo sinais de alterações que devem convertê-las em lesões dos tipos fundamentais polares; já existindo eritema, a infiltração passa a ser o primeiro sinal da transformação em início.

É sempre discreta, à princípio, localizando-se, seja em tôda a superfície da lesão, que recebe a denominação de eritêmato-hipocrômica elevada, seja apenas na borda que fica como um anel elevado na periferia do elemento, dando como consequência a acentuação do eritema nesse ponto, e a lesão passa a denominar-se eritêmato-hipocrômica com eritema e infiltração marginais. Daí continuam os fenômenos de transformação, que serão estudados por miúdo, no capítulo apropriado.

Devemos considerar aqui, portanto, as duas variedades de lesões que resultam do aparecimento da infiltração nas lesões eritêmato-hipocrômicas planas, e que, apesar dela, podem ser consideradas como lesões clínicamente indiferenciadas.

Verificou-se pelas alterações posteriores dessas lesões, que o aspecto morfológico não permite realmente pre-determinar-se o sentido em que elas se orientarão; em 13 casos de lesões eritêmato-hipocrômicas com eritema e infiltração marginais, quatro converteram-se em tuberculóide, cinco sofreram alterações regressivas, retornando a acrômicas ou a eritêmato-hipocrômicas, planas, e as restantes converteram-se em lepromatosas. É digno de registo, entretanto, que naquelas que se transformaram em lesões tuberculóides, os pacientes apresentavam resultado positivo da reação à lepromina ou negativo, que se transforma juntamente com as lesões, em contraste com as que se converteram em lepromatosas, cuja reação foi permanentemente negativa.

Seis casos apresentaram lesões eritêmato-hipocrômicas elevadas, isto é, nas quais a infiltração discreta se distribuia uniformemente pela superfície da lesão.

Nestes seis casos apenas uma se definiu, transformando-se em lepromatosa; nos demais ou houve regressão à morfologia inicial de lesões planas, ou não houve alteração no aspecto, justificando ainda sua inclusão no grupo das lesões clínicamente indiferenciadas.

ESTRUTURA

O aparecimento, entretanto, de infiltração, que clínicamente é sem significação, define as lesões do ponto de vista histopatológico.

Tôdas as lesões em 12 casos, ficaram perfeitamente caracterizadas do ponto de vista estrutural, seja como lesões tuberculóides, ou tuberculóides em organização, seja como lepromatosas. Poder-se-ia, sem grandes possibilidades de êrro, designar como lesões pré-tuberculóides, no sentido clínico, a essas lesões eritêmato-hipocrômicas com eritema e infiltração marginais, tôdas às vezes que os casos apresentassem reações à lepromina positiva forte, pois a transformação em tuberculóide típica é a regra.

Em relação às lesões eritêmato-hipocrômicas elevadas os resultados em 6 de nossos casos foram: 4 com estrutura pré-tuberculóide e 2 com estrutura lepromatosa franca.

Em todos êles, como no grupo anterior, cujas lesões permaneciam clínicamente indiferenciadas, já se encontraram caracteres estruturais definidos.

LESÕES ERITEMATOSAS ELEVADAS

Como para as duas outras variedades de lesões indiferenciadas planas, podem as eritematosas, num momento dado, apresentar discreta infiltração, sem, entretanto, definir-se clìnicamente. Não são numerosos os casos com essa variedade de elementos, cujo número não ultrapassou 10 pacientes.

Tal como para as lesões elevadas derivadas das outras duas variedades não se pode pre-determinar o sentido das transforma-

ESTRUTURA

ções por que passarão; neste grupo de casos chamou-nos atenção a negatividade de reação à lepromina.

Os achados histopatológicos nestes pacientes com lesões eritematosas discretamente infiltradas, mostram nesse período, apesar de clinicamente indiferenciadas, já estão, de regra, estruturalmente definidas; aqui, neste grupo, em 8 casos, três fizeram exceção, apresentando as lesões biopsiadas estruturas representada por infiltrados inflamatórios crônicos inespecíficos, e todos os demais estruturas definidas, três lepromatosas e duas tuberculóides.

ESTAMPA

FORMAS DE TRANSIÇÃO

Fig. 1 — Lesão eritêmato hipocrômica com infiltração e eritema marginais; mutação para tuberculóide

Fig. 2 — Lesões acrômicas, levemente infiltradas; mutação para tuberculóide.

Fig. 3 — Lesões eritêmato-hipocrômicas infiltradas; mutação para tuberculóide.

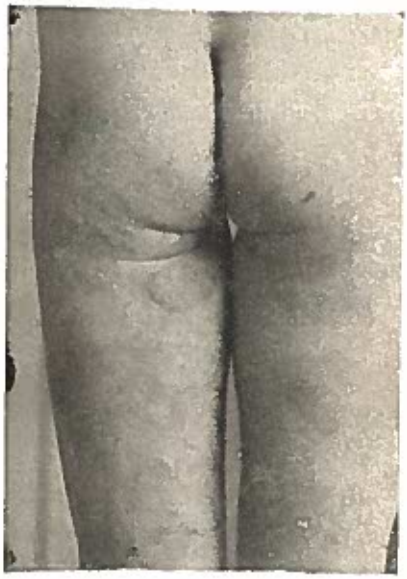


Fig. 4 — Lesões eritêmatosas, levemente infiltradas; mutação para lepromatosa.

ESTAMPA

Micro-foto 1 — Micro 355 — Lâmina 951 — S. J. O. — Infiltrado inflamatório crônico, pré-leprom atoso, que a não ser pela presença de bacilos (++) seriam inespecíficos.

Micro foto 2 — Micro 362 — Lâmina 1.258 — P. B.
Infiltração lepramotosa discreta. Bacilos +++.

TIPO TUBERCULÓIDE

TIPO TUBERCULÓIDE

O tipo tuberculóide é, segundo a definição que lhe deu o Congresso Internacional de Cuba, a forma benígna de lepra caracterizada pelo granuloma tuberculóide, desabitado, com resposta positiva à reação à lepromina, em alta percentagem.

Na divisão dêste tipo em seus sub-tipos, adotou a Comissão de Classificação daquêle Congresso:

a) variedade elevada { major / minor

b) " máculo-anestésica
c) " polineurítica

Nós preferimos, manter neste estudo nossa própria classificação, baseada nos achados estruturais que essencialmente é o mesmo para tôdas elas, apresentam contudo, particularidades que lhe permitem a divisão.

Nossa primeira variedade tem como estrutura o granuloma tuberculóide, em organização, representando clìnicamente pelas lesões de aspecto morfológico indiferenciado, tanto primárias, como em suas formas de transição e da qual se originam pelos fenômenos de mutação, as lesões tuberculóides típicas: damo-lhes a denominação, por contrastes com estas, tuberculoides atípicas, correspondendo ao que o Congresso de Cuba designa como tuberculóide máculo-anestésico.

A segunda variedade é representada pelas lesões cuja estrutura é o granuloma tuberculóide clássico, constituindo fócos de infiltração bem compactos, seja do tipo sarcóide, seja do tipo lupóide, ou misto, isto é uma combinação de ambos; nesta variedade distinguimos: (a) as leprides tuberculóides figuradas, tórpidas, que são o tipo clássico de lesões tuberculóides, e cuja estrutura é o granuloma tuberculóide predominantemente do tipo sarcóide; (b) as leprides nodulares, caracteríticas da primeira infância, cuja estrutura, é o granuloma tuberculóide, predominantemente do tipo lupóide, ao qual o Congresso de Cuba não faz referência.

Na terceira variedade incluimos as fases agudas do tipo tuberculóide, representadas estruturalmente pela superposição do granuloma tuberculóide clássico dos sinais agudos, isto é: vaso-dilatação mais ou menos intensa, edema intra e intercelular, produzindo vacuolização dos elementos celulares e afrouxamento dos focos da infiltração. Clínicamente são designadas como leprides tuberculóides reacionais, correspondentes às tuberculóides major da Classificação do Congresso de Cuba.

No quadro anexo, sintetizamos a nossa sub-divisão do tipo tuberculóide.

Tipo Tuberculóide (Granuloma tuberculóide)	a) fases de organização ou pré-tuberculóide.	Leprides tuberculóides atípicas. (Tuberculóide máculo- anestésica de Cuba)
	b) Granuloma tuberculóide tórpido.	Leprides figuradas predominantemente (Tuberculóide minor de Cuba)
		Leprides nodulares predominantemente lupóide (Não mencionadas em Cuba)
	c) Granuloma tuberculóide com sinais agudos.	Leprides tuberculóides reacionais (Tuberculóide major de Cuba).

1.º — VARIEDADE NODULAR

Chamamos nodulares à primeira variedade de manifestações cutâneas do tipo tuberculóide, denominação que deriva do aspecto morfológico.

Estas lesões constituem um grupo à parte no quadro clínico do tipo tuberculóide. A não ser pela estrutura, as leprides nodulares não apresentam qualquer conexão com as outras variedades, as maculares, as figuradas e as reacionais. Entre estas há uma íntima relação resultante do ciclo evolutivo, de tal sorte que, até certo ponto, podem sèr consideradas como fases de um mesmo processo, dando uma origem às outras, e estas, podendo retornar ao ponto de partida na fase final de evolução.

De fato, as leprides maculares dão origem às figuradas e às reacionais; estas, por sua vez, retornam à morfologia macular, na fase final do processo regressivo. As leprides figuradas associam-se às reacionais, no mesmo paciente, quando do aparecimento de surtos agudos, e, algumas vêzes, nelas se convertem. Há além disso autores que afirmam ter visto a conversão de leprides reacionais em figuradas, como consequência da regressão

Com as leprides nodulares nada disso se observa; elas estão isoladas no quadro clínico da lepra tuberculóide, não havendo nenhuma relação, do ponto de vista de evolução, entre elas e as outras variedades; são primárias, nodulares ab-initio, e assim se mantêm até as últimas fases da evolução.

Ao lado das características que lhe são comuns com as outras variedades e das que lhe são próprias e permitem sua individuação como variedade, apresenta a lepride nodular um carater especial: o de incidir sòmente na criança até uma determinada idade. Foram desta variedade as lesões mais precoces observadas em nosso meio, como manifestações próprias da lepra tuberculóide da primeira infância.

E'-nos permitido afirmar que são lesões exclusivas da primeira infância, pois em nossa longa observação de casos de lepra, nunca vimos outra forma clínica, que a tuberculóide nodular, em crianças de menos de 3 anos.

Os dois únicos casos de lepra que observamos em crianças de menos de 1 ano, foram da variedade nodular do tipo tuberculóide, um aos 7 e outro aos 8 mêses.

Os casos mais precoces registrados na literatura observados por LARA e VERA (1) em crianças, eram do mesmo aspecto: em 10 casos por êles estudados, 8 tinham menos de 3 anos e em dois, um tinha 5 e o outro 3 anos; as lesões encontradas por esses autores, como se verá mais adiante, eram idênticas às de nossos pacientes.

1) LARA, C. B. & VERA, B. : — "Lepra precoce em crianças filhas de pais leprosos, com registro de casos" — Journ. Philip. Island Med. Ass. 1935 : 15 (5) 252.

Releva registar, entre as formas infantis da lepra o caso de uma nossa paciente, que aos 3½ anos, teve a eclosão da moléstia sob o tipo lepromatoso, sendo o caso de lepromatose mais precoce que conhecemos na casuística infantil.

Específicas da primeira infância, estas formas nodulares podem, contudo, aparecer em crianças mais idosas, algumas vêzes com o mesmo aspecto que naquela; outra, com pequenas alterações na morfologia.

Em um mesmo paciente, as lesões têm tôdas essencialmente o mesmo aspecto, com as modificações morfológicas naturais, que resultam da evolução.

SOUZA CAMPOS (1) chamou atenção para o aspecto todo particular da lepra na infância, muito diverso do que se observa no adulto.

Assim é que nunca vimos criança com menos de 3 anos, portadora do tipo lepromatoso, mesmo em suas manifestações mais precoces. O tubérculo, que é manifestação característica da lepromatose não incide na primeira infância.

Êste fato, talvez, possa ser explicado pela imunidade, específica ou não, de que são portadoras. Esta preservaria a criança até um determinado limite de idade, depois do que haveria modificação nas condições imunobiológicas, e, consequentemente, na incidência do tipo clínico.

Por outro lado, a frequência do tipo tuberculóide na criança, nascida ou criada no meio doente, é questão inconteste, de verificação rotineira por todos os que trabalham em ambulatórios e preventórios, e êsse fato também só pode ser explicado por uma resistência especial à infecção. O conceito clássico que a criança é mais predisposta à infecção aplica-se sòmente àquelas que sofreram contaminação, já passada a primeira infância, isto é, atingidos os 5 ou 6 anos, sendo mais frequente a eclosão da moléstia na puberdade, ou pouco antes.

Deve existir algum fator, ainda desconhecido, que determina as diferenças morfológicas do tipo tuberculóide na criança e no adulto. Aquela, até os 5 anos, pelo menos segundo nossa verificação, não apresenta as variedades figurada e reacional.

Se distintos são os aspectos clínicos do tipo tuberculóide na infância, também diversa é a sua situação quanto à epidemiologia, à imunologia e especialmente à evolução. Por todos estes aspectos especiais como veremos, não nos restam dúvidas de que a criança apresenta uma variedade tuberculóide que se destaca nítidamente no quadro geral dos tuberculóides da lepra do adulto.

MORFOLOGIA

Dois são os aspectos morfológicos com que deparamos as leprides nodulares: a forma nodular e a plana, aquela predomi-

(1) — CAMPOS, N. S. — Aspectos cliniques de la lèpre tuberculóide chezl'enfant. Rev. Bras. Leprologia, 1937 : 5 (N. Especial) 99.

nando largamente sôbre esta, em nossa casuística, mòrmente até os 3 anos, esta aumentando progressivamente de frequência até os 8 anos.

Tanto em uma como na outra, os elementos variam grandemente de tamanho: a nodular, desde os de uma pequenina pápula peripilar, até os nódulos das dimensões de uma ervilha; a plana, com elementos pequenos como a cabeça de um alfinete, até as lesões numulares, que atingem o tamanho de 1 a 2 centímetros de diâmetro.

Em geral, os nódulos são arredondados, de coloração rósea ou eritêmato-arroxeados e ainda eritêmato-pardacenta; fazem sempre saliência em relação à pele sã que os circunda e da qual se destacam nìtidamente pela côr e pela translucidez. A superfície é lisa e brilhante, de aspecto túmido. De regra isolados, em pequeno número, o mais das vêzes; excepcionalmente, generalizados; muito frequentemente únicos.

Em alguns casos observa-se, a um exame mais atento, intensa vascularização venosa, sobretudo próximo da margem, com carater irradiante, à ponto da lesão poder ser confundida com o angio-lupoma.

Contrariamente ao lupoma, não dão coloração geléa pela vitro-pressão, nem se realiza a prova do estilete rombo. Contudo, ao serem biopsiadas, percebe-se o aspecto ligeiramente friável do tecido, tal como se verifica em lesões da variedade reacional. Nas crianças morenas ou pretas, é comum observar-se um halo acrômico circundando as lesões.

Nas crianças de maior idade predomina, como já vimos, a lesão plana. Esta tem origem, seja em uma lesão nodular, que aumenta de tamanho, ou se apresenta desde o início como lesão pápulo-nodular a princípio eritematosa, depois eritêmato-arroxeada e, finalmente, eritêmato-acastanhada, de contôrnos ora regulares, ora irregulares, infiltrados, de superfície lisa e brilhante, ora áspera.

Os casos descritos por LARA e VERA (1) superpõem-se, do ponto de vista da morfologia, aos nossos; eis como estes autores descrevem o aspecto morfológico das lesões, em vários estádios de desenvolvimento.

> "A pápula recentemente formada, quando observada pela primeira vez, era do tamanho de uma cabeça de alfinete ou de uma semente de "mongo" (2 a 3^{mm}), levemente brilhante, de côr ligeiramente pálida, arroxeada ou pardacenta, de consistência elástica e firme. Era redonda ou oval, leve e moderadamente achatada, mais que hemisférica ou acuminada e erguia-se bem nìtidamente da pele de aparência normal. Não era tenra, nem circundada

1) LARA, C. B. & VERA, B. : — loc. cit.

por zona eritematosa. Quando crescia se tornava cada vez mais brilhante e tensa, tornando-se também mais acentuada a coloração avermelhada ou vermelho-pardacenta. O crescimento máximo observado alcançou o tamanho de um nódulo, quase de 2 cms. de largura na base. Ao regredir, a pápula gradualmente diminuia, usualmente se tornava pregueada, vermelho-parda-escura, enquanto a consistência se tornava mais macia, se bem que uma ligeira induração na base possa persistir. A pápula completamente regredida aparece como uma cicatriz, brilhante, pardo-violácea, ou vermelho-pardacenta escura, levemente elevada, plana ou ligeiramente deprimida. Uma zona pálida, ou halo habitualmente se formava ao redor das pápulas mais velhas ou maiores, e êste halo persistia depois da resolução das lesões. As pápulas necróticas nunca foram encontradas agrupadas".

LOCALIZAÇÃO

Não deixa de ter certo interêsse a observação da localização preferencial das lesões na criança. Assim é que sua grande frequência na face, nas coxas, nos ante-braços e nos braços, parece ter explicação no contacto mais direto dessas regiões com o doente contagiante (pai ou mãe). Nada menos de 37 vêzes nos casos por nós observados, as crianças tinham lesões na face, sendo que em 10, essa era a localização exclusiva; 23 vêzes as lesões localizavam-se nas coxas, e dessas, 9 casos tinham lesões localizadas nos membros superiores, 13 vêzes elas só existiam aí, sendo 3 no braço, 1 no cotovelo, 5 no ante-braço, 1 no punho e 3 na mão. Somando os casos que apresentavam apenas lesões isoladas nessas regiões, vemos que em 37 casos, justamente 50%, apresentavam lesões em local de mais contacto com o doente.

BACILOSCOPIA

A baciloscopía das lesões nodulares, é em geral, negativa. Apenas em 4 casos tivemos oportunidade de encontrar regular quantidade de bacilos ao exame direto. Esta positividade é transitória e em pouco tempo desaparece, tornando-se a lesão definitivamente negativa. Acreditamos que a porcentagem de positividade poderia ser maior, se mais repetidamente praticada na evolução das lesões, sobretudo se fossem surpreendidas em seu início.

Nos 10 casos estudados por LARA, C. B. & VERA, B. (1) a porcentagem de positividade foi elevada, pois 7 tinham lesões positivas, e alguns com grande quantidade de germes (++++). Assim se expressam êles sôbre a permanência da positividade em dois de seus casos:

1) LARA, C. B. & VERA, B. : — loc. cit.

"As lesões nos dois casos seguintes, por ordem de tamanho, regrediram grandemente, mas eram ainda levemente positivas para bacilos a 4 e 6 meses respectivamente".

Não tivemos ocasião de observar tão largo período de positividade em nossos casos.

Com os casos portadores de lesões nodulares não se verificou a positividade de muco nasal, mesmo por exceção, como soe acontecer, tanto nas leprides maculares, como nas típicas figuradas e reacionais.

REAÇÃO DE MITSUDA

A reação de Mitsuda foi positiva em todos os casos em que foi praticada. A positividade é variável, não havendo relação entre a variedade clínica e a idade; tão pouco a positividade baciloscópica das lesões teve interferência no resultado da reação. Os resultados desta reação em nossos casos, assim se distribuem:

Reação de Mitsuda	++	—	47
	+	—	8
	+	—	0
	—	—	—
			55

O estudo dêstes resultados nos revela, antes de mais nada, que 47 dos casos tiveram o resultado positivo forte da reação, no total de 55, nos quais foi praticada. Igualmente não se observou diminuição da positividade nos casos em que a prova foi repetida.

EVOLUÇÃO

As leprides nodulares, como as outras leprides tuberculóides, apresentam um ciclo evolutivo, no qual se distinguem uma fase progressiva e uma regressiva, com um período de estádio, no qual permanecem com tôdas suas características morfológicas.

As duas fases do ciclo evolutivo das leprides nodulares constituem um de seus caracteres mais proeminentes e diferenciam-se destacadamente das variedades, macular, figurada e reacional. Nestas a evolução se processa por fases sucessivas: primeiro progressivas, com inicio em uma lesão de aspecto banal, eritematosa, ou eritêmato-hipocrômica, a cada uma das quais corresponde uma morfologia própria, que se desenvolve até atingir a morfologia típica da variedade; regridem depois, também por fases suscessivas, para retornar à morfologia banal inicial, antes do desaparecimento total.

Para as leprides nodulares da infância, o ciclo evolutivo consiste no aparecimento da lesão, em seu crescimento, na estabilização morfológica da variedade, e, depois, na regressão, para desaparecer deixando uma cicatriz peculiar. Em síntese, elas são sempre primárias, isto é, não derivam de outras lesões, evolvem para uma determinada morfologia, e atingida a fase de estádio,

regridem lentamente, para desaparecer, sem se transformar em lesão da mesma ou de outra forma clínica.

Releva assinalar na evolução das leprides nodulares, um fato de grande importância e que contrasta fortemente com o que é corrente na evolução das outras variedades: é a ausência de surtos agudos. Para as leprides nodulares não há fases agudas, não há reação leprótica tuberculóide, não há reativação dos caracteres clínicos, antes, durante e depois da regressão, fatos que avultam de importância, quando se considera o prognóstico dos casos.

Vejamos, agora, em que consistem as duas fases do ciclo evolutivo destas leprides.

Evolução Progressiva — A evolução progressiva para as leprides nodulares compreende sòmente seu modo de origem e de crescimento.

Os elementos nodulares iniciam-se como um pequeno nódulo anêmico, semelhante ao estrófulo, que ràpidamente aumenta de tamanho, faz-se saliente, eritematoso, até atingir a conformação clássica de um tubérculo do tamanho de uma ervilha, ou menor, de coloração eritêmato-arroxeada, que é como se apresenta habitualmente. Acontece, frequentemente, que estas lesões aumentam lentamente e ao se extenderem, achatam-se ligeiramente, assumindo aspecto pápulo-nodular.

As lesões planas que predominam, como já vimos, nas crianças de maior idade, têm sua origem em uma lesão papulosa, que aumenta de tamanho, ou se apresenta desde o início, como lesão nodular, à princípio eritematosa, depois eritêmato-acastanhada, de contôrnos ora regulares, ora irregulares, infiltradas, tal como descrevemos na morfologia.

Evolução Regressiva — Atingida a morfologia típica da variedade, a lesão permanece inalterada por tempo variável, que é seu período de estádio, e depois começa a regressão. Esta se realiza em prazo que varia de 6 meses a 2 anos; excepcionalmente mais curto, nunca o vimos mais prolongado. Processa-se também a evolução regressiva sem que se distingam fases, caracterizadas por morfologia própria, como acontece nas outras variedades tuberculóides.

O processo regressivo difere ligeiramente nos dois tipos de lesões, o nodular e o plano, entretanto o resultado final da regressão é idêntico para ambos.

As leprides tórpidas nodulares começam a involução tornando-se mais moles ao toque, sobretudo no centro, assumindo coloração mais escura; ao mesmo tempo elas se achatam, para ficar ao nível da pele, apresentando-se como mácula arroxeada escura, ou **marron**, de superfície fina e pregueada e que apresenta um carater muito especial e próprio: são depressíveis ao toque, tendo-se a impressão de vasio. A pouco e pouco, a coloração esmaece e a lesão se apresenta, afinal, como uma cicatriz depri-

mida, arredondada ou ovalar, de bordas regulares, nítidas, muito características.

Nas lesões maiores, pápulo-nodulares, a evolução se processa um pouco diversamente. A regressão se inicia pelo centro da lesão, que se achata, depois se deprime, permanecendo a borda elevada. Nota-se ainda, uma depressão nítida e o centro se apresenta, atrófico e pregueado; elevando-se a borda, estabelece-se nítido contôrno para a lesão. Com o tempo dá-se igualmente o achatamento da borda, que fica ao nível da pele e o centro da lesão se apresenta atrófico, deprimido, a superfície irregular, como miolo de pão.

Em alguns casos costuma-se observar a um exame atento, pequenos pontos brancos, no centro ou na borda da área cicatricial, constituidos de quistos sebáceos, assemelhando-se ao milium.

O resultado final da regressão, é tanto em uma como na outra das lesões, idêntico; uma cicatriz típica, característica, quase podemos dizer patognomônica, pois que é possível diagnosticá-la com relativa segurança, nas crianças que tiveram convivência com doentes de lepra.

Estas nossas observações foram confirmadas por FERNANDEZ (1) de Rosário, que chamou atenção para seu valor diagnóstico retrospectivo da lepra tuberculóide na criança. Êste autor determinou sua especificidade, fazendo a injeção sub-cutânea de 0,5 a 1 cc. de antígeno de Mitsuda, o que determina 48 horas depois, o aparecimento de eritema ao nível da cicatriz, ou seja uma reação focal, índice de alergia persistente.

Para as leprides nodulares, como para as outras variedades de lesões tuberculóides, não é possível determinar-se a influência de quaisquer fatôres sôbre o tempo e o resultado da evolução regressiva, pois de um lado, o resultado da regressão foi o mesmo para todos os casos, independentemente da idade dos pacientes e do resultado de sua reação de Mitsuda, por outro ficou demonstrado que a involução se realiza espontâneamente, isto é, sem a intervenção de qualquer terapêutica, tal como se deu nos nossos pacientes, em que a cura se processou espontâneamente.

De todos os nossos casos com lesões nodulares, apenas dois apresentaram no decurso da evolução uma fase não observada nos demais, cujo ciclo foi uniforme. Nestes dois, houve um período de franca supuração dos elementos pápulo-nodulares, antes da cicatrização das lesões.

PROGNÓSTICO

E' benígno o prognóstico dos casos com leprides nodulares, e, a nosso juizo, o mais favorável dentro do tipo tuberculóide.

A benignidade extrema desta variedade pode ser deduzida dos quatro fatos seguintes, que já deixamos demonstrados nas páginas precedentes.

1) FERNANDEZ, J. M. M. : — Cicatriz residual da lepra tuberculóide infantil. Rev. Brasil. de Leprologia, 1941 : 9 (4) 337.

1. Tendência à cura espontânea. — Neste particular, entretanto, as leprides nodulares não se diferenciam das outras variedades, que também são espontâneamente resolutivas; essa é, fora de dúvida, uma característica do tipo tuberculóide.

De fato, em nenhum dos nossos casos houve intervenção terapêutica e a regressão até a fase final de cicatrização realizou-se em prazo máximo de 3 anos.

2. Não incidência de surtos agudos. — Nos pacientes com leprides nodulares não se verificou nenhuma vez o aparecimento de surtos agudos, o que equivale a dizer que não há reação leprótica tuberculóide para êles. Sem entrar na questão da influência benéfica, ou maléfica, que esta condição possa exercer sôbre a evolução dos casos, é evidente que, mesmo que se a considere benéfica a incidência de um ou mais surtos agudos retarda o desaparecimento das lesões. Mas, o que é mais importante, é que terminado o processo regressivo com a cicatrização das lesões, está definitivamente realizada a cura clínica, não havendo, como é relativamente freqüênte para as outras variedades, reativação decorrente da incidência de surtos agudos mais ou menos intensos. Sob êste aspecto as leprides nodulares apresentam-se indubitàvelmente com considerável vantagem sôbre qualquer das variedades do tipo tuberculóide.

3. Estabilidade do tipo — Êste é indisputàvelmente o aspecto mais favorável do prognóstico das leprides nodulares.

Enquanto para as demais variedades do tipo tuberculóide registam-se desvio de ciclo evolutivo normal, dos quais alguns resultam na conversão dos casos para o tipo lepromatoso, na variedade nodular a evolução se processa sempre normalmente.

Isoladas no grupo dos tuberculóides da lepra pelo seu modo de origem, pela sua incidência exclusiva na infância, elas ainda mais se destacam pela evolução.

Para os casos com leprides nodulares não há reativação das lesões, como não há mutação de tipo, convertendo-se os casos do tipo benígno para o malígno. As crianças uma vez atingidas, ficam como que imunizadas, não surgindo nenhuma anomalia de evolução, que caminha para a cura clínica, mesmo quando por largo tempo, depois de cessado o processo, continuam a viver no meio altamente contagiante, em convivência com lepromatosos.

4. Não comprometimento aparente do sistema nervoso periférico. Sob êste ponto de vista as leprides nodulares contrastam também largamente com as demais lesões tuberculóides, que em maior ou menor percentagem de casos apresentam concomitantemente comprometimento do sistema nervoso periférico, que se constituem, por suas sequelas, em estigmas permanentes.

No caso das leprides nodulares, pelo menos até onde nossa longa experiência nos permite avançar, não há aparentemente comprometimento do sistema nervoso periférico: os pacientes

estão isentos de seu comprometimento e de suas sequelas.

Apenas em um caso tivemos secundàriamente a formação de um abcesso de nervo, que aliás não trouxe qualquer alteração, ou perturbação do trofismo muscular.

Por tôdas essas razões, baseadas em fatos de observação, em casos acompanhados já por largo tempo, podemos afirmar a extrema benignidade do prognóstico da variedade nodular do tipo tuberculóide.

QUADRO ESTRUTURAL

As leprides nodulares que fazem parte do grupo das leprides típicas, juntamente com as leprides figuradas, apresentam-se com um quadro estrutural semelhante ao destas, quando em fase de quiescência.

O único aspecto, que de modo geral, lhes parece peculiar, é a predominância do tipo estrutural lupóide sôbre o sarcóide, ao passo que nas leprides figuradas, êste predomina largamente sôbre aquele.

É, assim, o quadro estrutural das leprides tuberculóides tórpidas nodulares, representado pelo granuloma tuberculóide, predominantemente lupóide, constituindo focos infiltrativos mais ou menos compactos, com ausência dos sinais reacionais: vaso dilatação, edema inter e intra-celular, produzindo a dissociação e afrouxamento dos elementos infiltrativos.

ESTAMPA

TIPO TUBERCULÓIDE — LESÕES NODULARES

Figs. 1 e 2 — Lesões nodulares na face (Observação de Nelson de Souza Campos)

Fig. 3 — Lesão nodular na mão. Fig. 4 — Lesão nodular no punho.

(Observação de Nelson de Souza Campos)

ESTAMPA

TIPO TUBERCULÓIDE — LESÕES SARCOÍDICAS

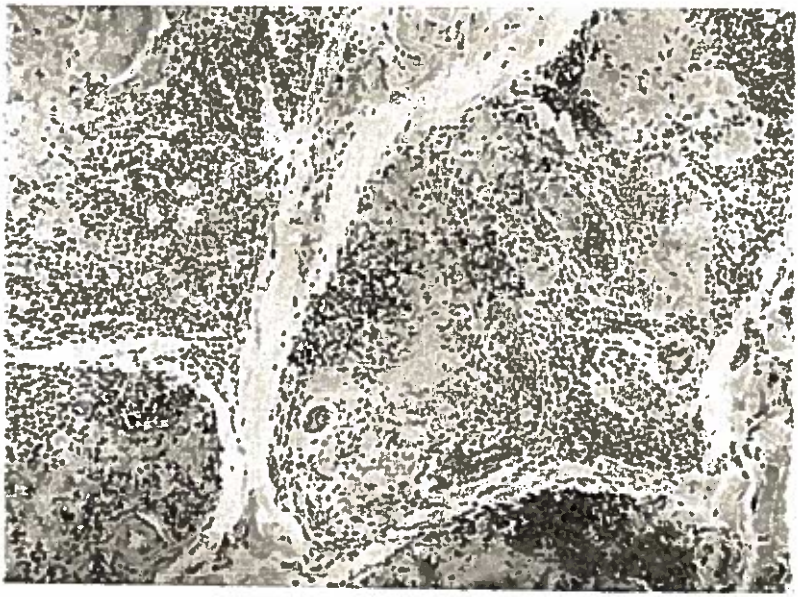
Figs 1 e 2 — Lesões sarcoidicas da face (Obs. de N. Souza Campos)

Fig. 3 — Involução da lesão de tipo nodular, sarcoídico.

Fig. 4 — Aspecto cicatricial (Obs. de N. Souza Campos).

ESTAMPA

Micro-foto 1 — Micro 377 - Lâmina 1909 - A. D.
Granuloma tuberculóide tipo sarcoide.



Micro-foto 2 — Micro 375 — Granuloma tuberculóide. Tipo lupóide

TIPO TUBERCULÓIDE

2.º Variedade figurada

2.ª VARIEDADE FIGURADA

A variedade figurada de tipo tuberculóide não apresenta características próprias na infância, que a distinguam da que se observa no adulto.

Denominamos leprides tuberculóides figuradas, as lesões constituidas por uma borda infiltrada, papulosa, recoberta ou não de descamação, eritematosa, eritêmato-acastanhada, eritêmato-arroxeada, vinhosa ou violácea, circundando uma área de pele acrômica, ou eritêmato-hipocrômica, ou, ainda, de aparência normal.

Representam, como mais adiante veremos, do ponto de vista da evolução, uma das formas para que tendem as lesões do grupo indiferenciado, o que não impede que as possamos encontrar de início, com a morfologia que lhes é própria, significando que tanto podem ser lesões primárias, como secundárias.

De tamanhos variáveis, apresentam-se mais comumente, como forma anular ou ovalar, de diâmetro maior orientado segundo o segmento do corpo, onde se localizam; assim, nos membros têm-no paralelo ao eixo do membro; no dorso, paralelo ao eixo das costelas; nas nádegas predomina a configuração anular; no rosto, são frequentemente anulares. Geralmente isoladas podem, entretanto, várias lesões reunir-se formando desenhos caprichosos. Outras vêzes encontram-se lesões de duplo contôrno, isto é, uma lesão dentro de outra.

As leprides figuradas têm, como carater morfológico comum, a área central diferenciando-se as várias modalidades pelos caracteres da borda.

A área central da lepride figurada corresponde, habitualmente, ao aspecto da lesão indiferenciada (macular simples) da qual se originou: é assim, geralmente acrômica, ou eritêmato-hipocrômica, destacando-se nìtidamente da borda e da pele sã, que circunda a lesão, acontecendo às vêzes, poder distinguir-se nela fina e discreta descamação furfurácea. Seu nível pode ser o mesmo que o da borda e da pele sã, que a circunda, ou ligeiramente deprimindo em relação a ambos. Comumente não tem nenhuma infiltração podendo, ao contrário, ter a superfície ligeiramente atrófica.

Em certo número de casos, principalmente nas lesões muito extensas, a área central não apresenta, aparentemente, alteração de qualquer natureza, sendo de aspecto normal, ficando, então, o elemento constituido apenas pela borda, que é um anel periférico circundando uma porção de pele normal.

Junto ao limite interno da borda, pode observar-se na área central, pequena faixa atrófica; esta corresponde ao local da antiga borda regredida e cicatrizada que foi envolvida por uma borda nova, quando a lesão entrou novamente em atividade.

Uma única vez, deparamos com uma lepride figurada de borda muito infiltrada, circundando estreita faixa acrômica,

sendo o restante da área central ocupada por uma infiltração eritematosa, mais discreta que a da borda.

A borda da lepride figurada é seu aspecto morfológico fundamental, por ela diferenciando-se as modalidades sob que se apresentam, bem como o estado de atividade da lesão.

Consideramos como caracteres morfológicos essenciais da borda, a configuração, a continuidade, a largura, a constituição, a côr e a infiltração.

A configuração é, geralmente, circular; grande número é ovalar, e alguns observadores já a descreveram com a forma de raqueta. Habitualmente isoladas, as leprides podem confluir por uma das extremidades, e, então, a borda apresenta configuração caprichosa, geográfica.

Em relação à continuidade encontra-se, no geral, uma borda completa, isto é, circundando tôda a área central; em certo número de lesões, entretanto, a borda é incompleta, deixando tôda uma porção da área central livre, em continuação com a pele, que circunda o elemento, da qual se diferencia pela coloração. Acontece ainda ser ela completa, isto é, circundar tôda a área central, mas ser interrompida, por ser formada de elementos papulóides isolados. Êste aspecto da borda, completa e interrompida, resulta do modo de formação das leprides figuradas, descrito, como transformação progressiva por papulação.

A largura é, geralmente, uniforme em tôda a extensão da borda, sendo, em raros casos, maior em um ponto, que em outro; é muito variável, todavia, de uma lesão para outra, desde milímetros até mais de 1 cm.

Qualquer que seja, entretanto, largura da borda, sua parte externa (limite externo) que limita com a pele sã, é nítida, destacando-se perfeitamente dela, do que resulta perfeita separação entre ambas; a parte interna (limite interno), que confina com a área central, ora é nítida, ora difusa, esmaecendo a infiltração e a coloração gradativamente, de fora para dentro. Do lado da pele sã, a borda termina abrutamente, à pique, e do lado da área central, em declive, até fundir-se com ela, sem linha de demarcação, pela diminuição gradativa da infiltração e da coloração.

Uma ou outra vez, encontram-se leprides, cuja borda tem o limite interno bem nítido, terminando abrutamente, à pique, sobre a área central; em algumas, raras lesões, ela é irregular, emitindo prolongamentos que se distribuem na área central, dando a impressão de várias lesões conglomeradas. Também não é raro que se encontrem para fora do limite externo da borda, alguns elementos aberrantes.

A separação nítida entre o limite externo da borda e a pele sã, que a circunda, é real; o processo patológico termina no limite da borda, não invadindo a pele vizinha, o que se comprova pelo exame histopatológico de fragmentos retirados à partir da borda para fora, os quais não apresentam alterações estruturais.

A borda na lepride figurada perfeitamente constituida é formada de pequenas pápulas, nítidas, às vezes isoladas, bem individuadas, outras vêzes, reunidas umas às outras, encimadas de fina descamação furfurácea, quando a lesão entra em regressão. Quando a lesão está em surto agudo, desaparecem os elementos papulosos, ficando a superfície lisa e uniforme.

A coloração da borda da lepride figurada é muito diversa, segundo o estado de atividade da lesão; estas variações podem ser fàcilmente verificadas, acompanhando-se os diversos estádios evolutivos de um mesmo elemento.

Nas lesões de evolução tórpida, ela é amarelada ou acastanhada, sem vestígios de eritema; dentro dêstes dois tons há tôda variação possível de intensidade. Nas lesões ativas, sem estarem em surto agudo, a coloração é eritêmato-acastanhada ou eritêmato-violácea, vinhosa mesmo, com variantes mais ou menos acentuadas, segundo a maior ou menor atividade da lesão. Durante as fases agudas, a borda é nitidamente eritematosa, com maior ou menor acentuação, de acôrdo com a menor ou maior intensidade do processo.

A infiltração é, como a coloração, carater morfológico, que acompanha o estádio evolutivo da lepride; pode estar completamente ausente nas lesões, cuja regressão atingiu a fase final, delas restando apenas a borda corada e plana. Nas lesões quiescentes de evolução tórpida, a infiltração é de intensidade média, acentuando-se desde que a lesão entre em atividade. Mais acentuada se torna durante as fases agudas, sem nunca atingir o grau de intensidade, que se encontra nas leprides tuberculóides reacionais.

A vitro pressão da borda das leprides tuberculóides figuradas dá resultados variáveis, mas não chegamos a poder relacioná-las, como seria de interesse, com o estado de evolução da lesão. Nossa observação coincide em parte, quanto à vitro pressão, com as de RABELLO JUNIOR (1) que relaciona os resultados "possivelmente com o grau de adiantamento do processo anatômico".

Conhecidos estes elementos essenciais da morfologia das leprides figuradas, podemos discriminar três modalidades de lesão, segundo o estádio evolutivo; (a) a lepride figurada tórpida, quiescente ou de atividade latente, formada por uma borda amarelada ou acastanhada, de infiltração discreta ou média, constituida por pequenos elementos papulóides isolados ou conglomerados, recobertos ou não, de fina descamação, circundando a área central de pele de aparência normal, acrômica ou eritêmato-hipocrômica; (b) a lepride figurada ativa, que é uma lesão em plena atividade formada por uma borda eritêmato-acastanhada, eritêmato-violácea ou vinhosa, constituida de pequenas pápulas, geralmente conglomeradas, de infiltração média, recobertas ou não, de fina descamação, circundando a área central de pele de

1) RABELLO, F. E. A. : — Subsídios para o estudo da lepra tuberculóide - Tése - 1941 - 108

aparência normal, acrômica ou eritêmato-hipocrômica; (c) a lepride figurada em surto agudo, que é uma fase progressiva das outras modalidades, ficando a borda mais infiltrada e mais eritematosa, o que faz com que os elementos papulóides se fundam, na maioria dos casos, ficando a superfície lisa e uniforme, e em outros, mais evidentes; essa borda circunda a área central que não sofreu alteração, ou se tornou ligeiramente mais eritematosa.

BACILOSCOPIA

A baciloscopia das leprides figuradas é um aspecto que merece ser posto em destaque. A ausência de bacilos, pelos métodos habituais de coloração e pesquisa, seja nos esfregaços de lesão, seja nos cortes, é a regra. Elas parecem representar, sem dúvida o tipo das lesões deshabitadas.

E' notório o fato de permanecer esta ausência de germes, mesmo quando a lesão entra em fase aguda, o que contrasta singularmente com os achados baciloscópicos da variedade reacional, quase sempre bacilíferos, ainda que, como se sabe, transitóriamente.

O muco nasal é negativo nos casos com leprides figuradas, seja em quiescência, seja em reação. Encontramos, entretanto, em nosso material, três casos que o tiveram esporàdicamente positivo.

Raros são os autores que fazem menção especial a êste tipo de lepride tuberculóide sob o ponto de vista da baciloscopia, sendo o assunto encarado de modo geral, ou então exclusivo às leprides reacionais.

LOWE (1) a elas se refere dizendo:

> "Os resultados do exame bacteriológico habituais neste tipo de mácula, variam grandemente. Algumas vêzes nenhum bacilo, algumas vêzes alguns, e ocasionalmente um número moderado de bacilos, será encontrado na margem da mácula.
>
> O número de bacilos nunca se aproxima do visto nas lesões da lepra nodular. Os exames em série dos cortes destas lesões mostram bacilos em muitos casos, habitualmente muito poucos, e muitas vêzes situados bem profundamente no corion".

MONTEL & BABLET (2) tecem as seguintes considerações em relação as suas "leprides marginadas".

> "É quase sempre impossível o encontro de M. Leprae nos esfregaços de biopsia de lesão. Não se dá sempre o mesmo nos cortes corados.

1) LOWE, J. : — Um estudo sobre as máculas da lepra nervosa com referência particular à mácula tuberculóide. — Leprosy in India, 1936 : 8 (3) 97.
2) MONTEL, M. L. R. & BABLET, J. : — La lèpre tuberculóide en Cochinchine. — Int. Jour. of Leprosy, 1937 : (2) 135.

Pode-se em exame atento, reconhecer bacilos na periferia de certas lesões e na proximidade dos vasos e nervos, mas o fato está longe de ser constante, e quando os encontramos, os elementos bacilares são extremamente raros".

E continua mais adiante:

"é possível, por outro lado, que nos raros casos nos quais o bacilo pode ser posto em evidência se tratasse de lesões de passagem entre as formas tuberculóides e as tuberosas".

Verificação também digna de registo e a de WADE, de SIMON e FERNANDO (1) que nos casos tuberculóides estudados em Ceilão encontraram positividade de muco, de lesão e mesmo de zonas indenes, como o lóbulo das orelhas.

REAÇÃO DE MITSUDA

Antes de passarmos ao estudo dos fenômenos evolutivos observáveis nesta variedade de leprides tuberculóides, deixaremos consignados os resultados da reação à lepromina de 276 casos por nós registados.

Os resultados são extremamente variáveis, e considerados isoladamente, não apresentam maior interesse que o de confirmar a positividade quase absoluta da reação, admitida para a forma tuberculóide em geral. Relacionaremos, contudo, em outro passo, os resultados de nossos casos com outros aspectos, o que lhes aumentará de muito o interesse.

No quadro abaixo estão consignados os resultados:

RESULTADOS DA REAÇÃO À LEPROMINA

+ +	+	±	Neg.	Total
215	44	2	15	276

Verifica-se que há predominância absoluta dos positivos sôbre os negativos, atingindo aqueles a mais de 93% do total; e dentro da positividade, predomina a forte sôbre a fraca, aquela representando cerca de 78% do total. Podemos afirmar, desde logo, que não parece ter havido qualquer influência dos resultados negativos, na evolução subsequente desses casos.

PROGNÓSTICO

Vários são os aspectos pelos quais devemos encarar o prognóstico das leprides figuradas.

1) WADE, H. W., SIMON S. & FERNANDO, A. C. : — Lesões cutâneas da lepra nervosa. V Observação no Ceylão — Int. Journ. Leprosy, 1938 (6) (2) 195.

Serviço Nacional de Lepra

O primeiro, e talvez o de menor relevância, concerne à lepride considerada isoladamente. Sob êste ponto de vista o prognóstico desta variedade de lesão é de extrema benignidade: estas lesões tendem ao desaparecimento sem deixar vestígios, ou deixando uma discreta atrofia da epiderme, ou a regredir à morfologia banal, com a qual permanecem por tempo variável. Esta regressão total ou parcial, é, como se sabe, espontânea.

O aspecto mais importante do prognóstico das leprides figuradas, consideradas isoladamente, isto é, a lesão em si mesma, está na sua estabilidade: elas parecem ser lesões que não tendem à conversão em lesões do tipo lepromatoso. É pelo menos o que se infere do fato de nenhum dos casos de transformação lepromatosa, que a literatura regista, bem ou mal documentados, ser da variedade figurada.

Em todo nosso material, encontramos apenas 3 casos com leprides figuradas transformadas em lesões lepromatosas aliás todos observados na infância.

Esta estabilidade constitue, a nosso ver, o elemento decisivo para firmar-se o conceito dessa benignidade.

Por outro lado, se a benignidade dessas leprides consideradas isoladamente, é assegurada pela tendência à cura espontânea e, principalmente, pela mínima possibilidade de conversão em lesões lepromatosas, êste prognóstico torna-se reservado, quando considerado o paciente no que concerne sua capacidade funcional.

São os nossos casos de forma tuberculóide com esta variedade de lesão, os que tendem a apresentar com maior intensidade e frequência, comprometimento do sistema nervoso, objetivando em distrofias, desde as discretas até as mais graves mutilações. Não queremos com isso significar que só os casos com leprides figuradas, e nem tão pouco que todos êles, apresentem ou possam vir a apresentar as consequências do comprometimento do sistema nervoso; estas também são encontradas nas demais variedades tuberculóides, porém em percentagem menor.

Neste particular, lembraremos o fato já por nós assinalado páginas atrás: o de encontrarmos pacientes menores, todos com esta variedade de lesão tuberculóide, nos quais as consequências do comprometimento do sistema nervoso são tão acentuadas, que não parecem compatíveis com o tempo relativamente curto de evolução.

ESTRUTURA

Basta-nos, no estudo da estrutura da lepride figurada, considerar a de seu elemento essencial, a borda, em seu período de estádio e de evolução tórpida.

O quadro estrutural destas lesões, no cômputo geral dos preparados que examinamos, pode ser esquemàticamente descrito, do seguinte modo:

Epiderme — A epiderme se apresenta, em geral, destituida de suas cristas interpapilares, como uma linha reta; em outros casos, apenas, algumas cristas desapareceram, localizando-se, então sob ela, em posição sub-epidérmica, infiltrados mais ou menos intensos. Em alguns, além do desaparecimento das cristas, se observa atrofia das camadas epiteliais. Na maioria, o epitélio não entra em contacto com o infiltrado subjacente, sendo dele separado por uma faixa de colágeno; em outros, a infiltração está diretamente localizada sob o epitélio, caso em que, geralmente, se verifica atrofia das camadas epiteliais.

Em outros, ainda, há o desaparecimento das critas interpapilares, sem infiltração no corpo papilar, que justifique tal fato.

Derma — A infiltração do derma é, como regra, moderada. Apresentando-se sob a forma de focos ovalares, circulares, ou alongados como gomos, ao redor das estruturas organizadas do derma, isto é, ao redor dos vasos, das glândulas, dos nervos, dos folículos, comprometendo-lhes o músculo adjacente. A localização dos infiltrados é variável; são encontrados mais comumente no corion pròpriamente dito, na parte superior e média, às vêzes atingindo a parte profunda até o limite do hipoderma, sempre poupado. No córion pròpriamente dito, formam infiltrados bem delimitados do tecido conjuntivo circunvizinho, mesmo quando se encontram muito próximos uns dos outros, isto é, uma infiltração focal; já no corpo papilar, a infiltração é às vêzes difusa, acompanhando como uma faixa o epitélio, entrando, ou não, em contacto com êle.

No corpo papilar encontram-se, na maioria dos casos, apenas infiltrados inflamatórios crônicos inespecíficos; entretanto, em vários se verifica a existência de estruturas nodulares já organizadas, geralmente em posição sub-epidérmica; em um pequeno número, os infiltrados tuberculóides se limitavam a essa região.

No corion pròpriamente dito é que se localiza, preferencialmente, a infiltração tuberculóide; é de regra, constituida por focos infiltrativos formados pela reunião de várias estruturas nodulares de células epitelióides com reação linfocitária periférica muito variável, na maioria dos casos discreta, ou nula, com franca predominância do elemento epitelióide, assumindo o tipo sarcóide; em outros, a reação linfocitária periférica é mais intensa, predominante, tendendo o infiltrado ao tipo lupóide e muito frequentemente, encontram-se focos de um e de outro tipo, ficando a infiltração do tipo sarcóide e do tipo lupóide.

Não é grande a frequência com que se encontram células gigantes do tipo Langhans; às vêzes, encontrámo-las isoladas, uma única em todo o preparado, seja de que tipo for, outras vêzes, numerosas em um mesmo foco, e muito frequentemente totalmente ausentes.

Os vasos, tanto do corpo papilar, como do córion pròpriamente dito, estão discreta ou moderadamente dilatados; mas, isto é o que distingue a estrutura das leprides figuradas da evolução tórpida das demais. Não há edema inter e intracelular, de modo que não existe vacuolização dos elementos celulares; assim sendo, os focos de infiltração apresentam-se compactos, os seus elementos bem agrupados, sem o aspecto de afrouxamento que se observa nas lesões muito ativas ou nas que estão em surto agudo. Muitas vêzes, deparamos cortes nos quais os vasos se encontram fortemente dilatados, hiperêmicos e com tumefação endotelial, sem, entretanto, a vacuolização característica.

ESTAMPA

TIPO TUBERCULOIDE - VARIEDADE FIGURADA

Fig. 1 — Lepride tuberculóide figurada, típica, na face.

Fig. 2 — Lepride tuberculóide figurada de aspecto tricofitóide.

Fig. 3 — Lepride tuberculóide figurada, na coxa.

Fig. 4 - Duas lesões figuradas, de bordas papulosas, com descamação e pápulas isoladas.

TIPO TUBERCULÓIDE

3.° Variedade Reaccional

VARIEDADE REACIONAL

Segundo a nossa classificação, as leprides tuberculóides reacionais são a terceira variedade de lesões cutâneas da forma tuberculóide, constituem o elemento morfológico do que os Autores denominam reação lepróticą tuberculóide; entretanto, nenhum dêles as considera como uma variedade especial de lepride, e, sim, como um episódio na evolução dos casos dessa forma. São, na infância, a menos encontradiça das variedades de lepra tuberculóide.

Representam as manifestações agudas da forma tuberculóide, ao passo que as variedades atípica, figurada e a nodular da infância, representam-lhe as manifestações tórpidas.

As características próprias destas lesões são tão acentuadas, que se não pode deixar de considerá-las como uma das variedades de lesão da forma tuberculóide, ao lado das leprides atípicas figuradas e nodulares. Suas conexões com elas, por outro lado, são evidentes apesar dos caracteres que lhe são próprios; com as leprides atípicas, porque estas nelas se transformam por surto abruto, como já deixamos demonstrado; com as figuradas, porque, com elas podem coexistir no mesmo caso, quando das fases agudas, isto é, quando uma reação leprótica tuberculóide incide sobre paciente com aquela variedade de lesão; com as nodulares, os pontos de contacto são menos evidentes. Subsistem, contudo, razões que determinam sua individuação como variedade distinta.

ESTUDO CLÍNICO

As manifestações cutâneas denominadas leprides tuberculóides reacionais apresentam-se sob três aspectos: os nódulos, as placas e as formas eritrodérmicas, cujos caracteres descreveremos separadamente.

Os nódulos são, habitualmente, hemisféricos, superficialmente localizados, com infiltração de regular a intensa, de côr eritêmato-violácea, ou vinhosa, raramente acastanhados, mais ou menos profudamente distribuidos por todo o tegumento. Algumas vêzes pequenos, bem delimitados, outras vêzes maiores, até com 1 cm. de diâmetro.

As placas são elementos de tamanhos variáveis, algumas pequenas, de 2 ou 3 cms. de diâmetro; outras grandes, com 5, 6 e mesmo mais; de infiltração moderada ou intensa, bem delimitadas da pele sã que as circunda, da qual se destacam nítidamente. A côr é, habitualmente, eritêmato-violácea, vermelha vinhosa e, algumas vêzes tende ao tom acastanhado.

Tanto os nódulos como as placas apresentam um carater muito constante: é a localização preferencial em determinadas regiões de tegumento. Assim encontram-se quase que em todos os casos lesões localizadas na face; aí ocupam as regiões malares, as superciliares, à testa, os lábios e o mento. Muitas vêzes as lesões no lábio superior invadem a semi-mucosa e a mucosa nasal,

sendo também invadida a do lábio, tanto superior como inferior, pelas lesões neles localizadas. É comum a localização de pequena placa na goteira subnasal, bom como no sulco naso-labial.

As leprides tuberculóides reacionais, localizadas na região malar e na superciliar, fundem-se frequentemente, formando uma lesão única, que circunda o olho correspondente, invadindo, às vêzes, as pálpebras.

Depois da face, vem como localização preferencial, a palma da mão e a planta dos pés, aquela com mais frequência que esta.

Em muitos casos, as placas são elementos enormes, ocupando todo um segmento do corpo, e, quando localizadas nos membros envolve-os como uma manga: são as formas eritrodérmicas. Geralmente se apresentam cobertas de descamação de aspecto variável bem como variado é o grau de infiltração, variações que dependem do estádio evolutivo da lesão. Acontece, também, apresentarem-se sem nenhuma infiltração apreciável, reduzidas a simples eritema, com tendência ao violáceo ou vinhoso, constituindo o eritema tuberculóide reacional.

ARGEMIRO DE SOUZA (1) fez menção dêste aspecto morfológico das leprides reacionais, dizendo:

> "As formas da eritrodermia descamativa, constituindo o que DARIER denominaria de dermatose eritrodérmica, geralmente eritêmato-violáceas, muito extensas, abraçando, não raro, um membro inteiro, infiltradas, com descamação em largas lâminas em seu período de defervescência, pois que sucedem abruta e ràpidamente, acompanhada de um quadro solene de sintomas agudos e dolorosos, foram estudadas e seguidas por nós (em um dêles só o couro cabeludo se achava tomado pelo processo)".

É raro que se encontre, em um caso, uma só modalidade desses elementos; o mais frequentemente nódulos e placas se combinam no mesmo paciente, com predominância ora de um, ora de outro. Há casos em que a erupção nodular é quase que exclusiva, mas existe sempre pelo menos uma grande placa, localizada seja no antebraço, seja na perna, seja na nádega.

O número de elementos eruptivos nos casos com leprides reacionais é muito variável; habitualmente são casos muito flóridos, com comprometimento de quase todo o tegumento cutâneo; menos frequentemente encontram-se casos com poucos elementos nos quais a erupção se reduz a alguns nódulos ou a poucas placas. Nestes, acontece ser também a infiltração menos acentuada, discreta mesmo, o que, em relação às placas, as identifica com as lesões eritematosas, que descrevemos nas formas de transição, sem que se possa diferenciar umas das outras. A côr dessas lesões, em outros casos, pode apresentar variações da que lhes é habi-

1) SOUZA, A. R. : — Breve estudo clínico da lepra tuberculóide. — Rev. Brasil. de Leprologia, 1937 : 5 (N. Especial) 223.

tual; ao invés de eritêmato-violácea, violácea ou vinhosa, como nos casos muito flóridos, pode ser acastanhada e mesmo ferruginosa, confundindo-se com a côr sépia ou fulva das lesões da forma lepromatosa. Isto é frequente, principalmente, nos surtos tuberculóides reacionais discretos, e o diagnóstico de forma se torna, clínicamente, difícil, já que as lesões são de regra, bacilíferas, sòmente o achado estrutural pode elucidar o diagnóstico.

BACILOSCOPIA

A presença de bacilos nas leprides reacionais, até certo ponto, deve ser considerada como regra, constituindo um dos caracteres diferenciais como as outras variedades de lesões tuberculóides.

Esta positividade apresenta, por outro lado, um carater que a distingue da positividade das lesões da forma lepromatosa; nestas ela é permanente, naquelas é transitória, não parecendo haver relação entre sua intensidade e a do surto, decrescendo à medida que decrescem os fenômenos da reação.

A duração da positividade das leprides tuberculóides reacionais é muito variavel de um caso para outro, e mesmo de uma para outra lesão, como é variável a duração do próprio surto reacional. Alguns autores afirmam serem positivos os achados baciloscópicos nos esfregaços de lesão em média de 6 a 8 meses; outros acham que a positividade e sua duração, estão em relação direta com a intensidade do surto, decrescendo à medida que o surto regride, para desaparecer, quando se tornam inativas.

BÜNGELER e ALAYON (1) estudando a estrutura das lesões tuberculóides, afirmam em relação à presença de germes nas leprides reacionais:

> "Nas alterações recentemente reativadas, principalmente no estádio de degeneração mucosa e fibrinóide do tecido conjuntivo, encontram-se, habitualmente, bacilos álcool-ácidos resistentes nos focos, os quais apresentam sempre alterações degenerativas acentuadas (fraca corabilidade, resolução em massas amorfas fracamente álcool-ácido resistentes). Os focos antigos são, via de regra, abacilares; quando se chega a formação de um nódulo de células epitelióides, os bacilos são facilmente encontrados, razão pela qual concebemos os nódulos completamente desenvolvidos, com a expressão de cura".

De certo modo, as observações de BÜNGELER e ALAYON nos estudos da estrutura, correspondem aos achados clínicos de FERNANDEZ, J. M. M. (1) que sintetiza suas observações do seguinte modo:

> "1. Temos observado o M. L. ao nível das lesões cutâneas da reação leprótica tuberculóide, em 10 casos, num total de 12 examinados.
>
> "2. Em todos os casos bacteriológicamente examinados comprovamos uma íntima correlação entre a presença do M. L. e a evolução clínica da reação, a saber: (a) na etapa inicial o bacilo se encontra sempre, sobretudo se se o procura ao nível, do halo eritematoso que circunda as lesões; (b) no período de estádio, se pode encontrar

1) BÜNGELER, W. & ALAYON, F. L. : — As reações alérgicas na lepra. — O Hospital, 1942: 21 (2) 151.

(1) FERNANDEZ, J. M. M. — Reação leprótica tuberculóide — Rev. Brasil. de Leprologia 1937 : 5 (4) 419.

bacilos, porém já seu número começa a decrescer; (c) na etapa de regressão, o M. L. desaparece completamente das lesões.

"3. Comprovamos também que o número de bacilos observado ao nível das lesões cutâneas está em relação direta com a intensidade da reação; há bacilos abundantes nas reações intensas, generalizadas, e muito escassos, e, às vêzes, faltam nas reações leves e moderadas.

"4. No que respeita às características morfológicas e tintoriais do M. L. assemelham-se às que se observam na reação leprótica comum".

Nossa própria observação, que se estende por um número muito mais elevado de casos não confirma, na totalidade, as afirmações de FERNANDEZ; já dissemos, que foi frequente o achado positivo, mesmo em lesões em franca regressão, bem como negatividade em numerosos casos, ainda que com surtos intensos.

Não é raro, em relação à pesquisa de germes no muco nasal, o achado positivo nestes pacientes; aqui, também com a mesma característica, assinalada para as lesões cutâneas, de transitoriedade.

REAÇÃO À LEPROMINA

Os resultados da reação de Mitsuda foram grandemente variáveis em nossos casos. No quadro abaixo damos os resultados obtidos em grande número de nossos pacientes:

Resultado da reação de Mitsuda nos pacientes com leprides reacionais

1. Resultados positivos (++)	136	
2. Resultados positivos fracos (+)	60	
3. Resultados duvidosos	9	
4. Resultados negativos	59	264.

com 25% de casos com resultados negativos.

Há, dest'arte, uma percentagem apreciável de casos, cujos resultados foram negativos, sendo difícil dar-lhes uma interpretação satisfatória. É de notar-se que, entretanto, em nossos pacientes, parece ter havido certa influência do resultado negativo, pois que estes predominam nos casos de evolução anômala.

O resultado negativo da reação de Mitsuda, ou reação à lepromina, como preferem os autores anglo-saxões, em casos tuberculóides e mòrmente nos da variedade reacional, é de fato paradoxal, dado que ela representa o maior grau de resistência que o organismo possa oferecer ao germe, e que a reação é tida como a objetivação dessa resistência. O mesmo ponto de vista é sustentado por COCHRANE (1), que afirma:

"Deve notar-se que a variedade tuberculóide, especialmente nas suas manifestações mais agudas, é, agora,

1) COCHRANE, R. G. : — Ibiden. loc. cit. pag. 447.

geralmente aceita como sendo a evidência externa de sensibilização dos tecidos ao organismo causal da lepra, ou a seus produtos".

O aparecimento destes casos tuberculóides com reação de Mitsuda negativa faz também COCHRANE, admitir que êste estado não seja realmente devido a alergia, e, sim, a uma "pseudo-alergia", declarando:

> "Por isso sou de opinião que estas lesões que tão de perto simulam a lepra tuberculóide, pertencem a uma variedade intermediária, que de regra, se cura, mas que ocasionalmente se converte na forma lepromatosa".

Agrupa, assim COCHRANE (1), as lesões tuberculóides reacionais como Mitsuda negativo, em uma variedade à parte, dando aos casos delas portadores, o nome de casos intermediários, e a elas o de lesões intermediárias das quais faremos um estudo minucioso mais adiante.

Dos poucos trabalhos, nos quais se consignam os resultados da reação de Mitsuda, segundo a variedade de lepride tuberculóide, o de LOWE e DHARMENDRA (2) dá em 31 casos, 0% de com Mitsuda negativo, comentando:

> "Este grupo é pequeno, contendo sòmente 31 casos, 25 dos quais eram ativos (6 sendo bateriológicamente positivos) e 6 casos inativos, estacionados. A incidência e grau dos resultados positivos neste grupo foram maiores do que em qualquer outro; nenhum dos casos deu resultado negativo, 5 resultados positivos e 26 um resultado positivo moderado ao acentuado. O tamanho do grupo é muito pequeno para tornar possivel qualquer correlação entre os resultados da reação e (a) presença ou ausência de atividade e (b) os achados baciloscópicos. Todos os casos eram lepromino-positivos e mesmo dos 6 bacteriològicamente positivos, só 1 deu reação fraca".

Já tivemos oportunidade de afirmar em trabalho anterior:

> "A reação de Mitsuda é frequentemente positiva na lepra tuberculóide: é considerada mesmo como uma de suas características básicas. Entretanto, nos surtos agudos da lepra tuberculóide, sobretudo, quando a pesquisa de germes 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 inicio da erupção, a positividade se acentua no decurso da evolução, para se tornar bem positiva no declinio. Essas nossas observações, não coincidem com as de FERNAN-

1) COCHRANE, R. G. : — Ibiden — loc. cit. pag. 451
2) LOWE, J. & DHARMENDRA — Estudo sobre a reação à lepromina. Resultados da reação de Mitsuda em casos de diferentes tipos clínicos. Lep. in India, 1942 : 1, 3.

DEZ, que observou uma sistemática positividade de Mitsuda".

A observação de um número mais elevado de casos, tal como no presente trabalho, permite-nos afirmar que isso nem sempre acontece, permanecendo em grande número de pacientes, inalterados os resultados negativos da reação, durante o curso da evolução.

PROGNÓSTICO

O estudo do prognóstico das leprides reacionais envolve vários aspectos; devemos encará-lo, de inicio, considerando as lesões individualmente isoladas, verificando-lhes a maneira pela qual envolvem e o resultado dessa evolução, o que já foi feita minuciosamente ao estudarmos os processos de regressão; em seguida, é necessário considerar o paciente, perquirindo qual a influência que o estado reacional possa ter sôbre êle. Com isto, entretanto, não fica estabelecido, em definitivo, o prognóstico dos casos com esta variedade de lesão tuberculóide; resta o aspecto mais importante, que é considerar-lhes a estabilidade, isto é, as possibilidades de mutação da forma.

Considerada a lepride reacional como elemento isolado não se pode deixar de reconhecer a benignidade do seu prognóstico: é manifestação cutânea que tende à resolução espontânea, até o desaparecimento total, sem vestígios, ou sinais cicatriciais.

Considerado, agora, o caso, é interessante verificar a repercussão que o estado reacional tem sôbre o paciente. De modo geral, e a priori, é indisputável que o processo reacional é necessàriamente menos crônico que os demais processos tuberculóides, e, consequentemente, mais benigna. As lesões reacionais, assim, de regra, regridem e desaparecem em período de tempo menos longo que as outras leprides reacionais, e o caso cura-se mais prontamente que os pacientes de outras variedades. Parece também que quando mais intenso e agudo o processo tuberculóide, mais ràpidamente dar-se-á a regressão. Se isto possa não constituir a regra absoluta, é, pràticamente, o que se observa na grande maioria dos casos.

É desnecessário, por óbvio, afirmar-se que a repetição dos surtos agudos verificados em certa percentagem de casos retarda o desaparecimento das lesões.

Há, ainda, em relação ao paciente, que considerar no prognóstico, a repercussão que este estado tem sôbre o sistema nervoso periférico, isto é, a percentagem de casos com manifestações tuberculóides reacionais que, concomitantemente, apresentam comprometimento nervoso com suas consequências e ao mesmo tempo avaliar o grau e a intensidade dêle.

Sob este aspecto, na infância, a variedade reacional apresenta-se como o mais benigno. Não registamos até agora, em nossa casuística, um único caso desta variedade, no qual surgissem as

consequências de comprometimento do sistema nervoso periférico. Resta para a confirmação do prognóstico benigno das leprides reacionais, considerar-lhes a estabilidade, ou como já dissemos, as possibilidades de sua conversão em lesões da forma lepromatosa, visto que a transformação do aspecto morfológico reacional no das lesões do grupo indiferenciado é uma das etapas normais de sua evolução, não influindo nas considerações sôbre prognóstico.

Sôbre esta questão, não nos restam mais dúvidas, em que pesem as opiniões em contrário. A conversão da variedade tuberculóide reacional no tipo lepromatoso é fato indiscutível, ainda que verificada até o presente em pequeno número de casos, sem que saibamos quais os fatôres determinantes do fenômeno, que, por outro lado, predomina nos casos cuja reação à lepromina é negativa.

Neste particular, aliás, os casos tuberculóides reacionais são os menos favorecidos em nossa estatística, na qual de menores dessa variedade, cerca de 7 sofreram conversão do tipo lepromatoso.

Isto sem dúvida, põe certa reserva quanto ao prognóstico da forma tuberculóide em geral, com exceção da variedade nodular, e maiores ainda em relação à sua variedade reacional.

ESTUDO ESTRUTURAL

Apesar do polimorfismo com que se apresentam as leprides tuberculóides reacionais, seu quadro histológico é notávelmente constante, com variação mais ou menos acentuada de intensidade e localização, segundo a importância do surto reacional e o estádio evolutivo.

O quadro histológico das leprides reacionais, sejam elas placas, nódulos, ou se apresentam sob a forma eritrodérmica, ou ainda sejam lesões tuberculóides figuradas em surto reacional, apresenta sempre o traço característico desse estado, isto é, a estrutura tuberculóide à qual se adicionam os sinais de "reação" representados pela vaso-dilatação mais ou menos intensa, pela tumefação endotelial, pelo edema intra e inter-celular, como a consequente vacuolização dos elementos celulares, dissociação e afrouxamento dos focos infiltrativos.

É geralmente um granuloma tuberculóide do tipo sarcóide, típico, não lhe faltando nunca os sinais característicos do estado reacional.

O quadro estrutural destas leprides constitue um dos capítulos melhor conhecidos da patologia da lepra tuberculóide. Foi definitivamente estabelecido por BUNGELER (1) ao estudar com FERNANDEZ, as reações alérgicas da lepra, permitindo seus estudos o diagnóstico histológico das leprides reacionais.

---

1) BUNGELER, W. & FERNANDEZ, J. M. M. : — Estudo clínico e histopatológico das reações alérgicas na lepra. - Rev. Brasil. de Leprol., 1940 : 8 (2, 3, 4) 175, 231, 355.

A WADE (1) se deve a individuação clínica da reação tuberculóide e das suas lesões, mas no quadro estrutural que êle descreve não aponta os caracteres que as individuam; é bem verdade que seu material era, na ocasião, muito limitado. Mais tarde, retomando o estudo com uma série de pesquisadores em várias regiões, não alterou, entretanto sua descrição original. Também SCHUJMAN (2) que logo depois publicou vários casos de reação leprótica, não estabeleceu o quadro estrutural que corresponde às manifestações clínicas descritas, acrescentando à de WADE, apenas a tumefação endotelial. No mesmo ano, publica LOWE (3) seu trabalho, sem contudo estabelecer o quadro histológico de suas "máculas vermelhas espessas", limitando-se a afirmar:

> "ser essencialmente o mesmo que o encontrado nas porções espessas da mácula anular, mas a condição é mais aguda, os bacilos mais numerosos e a reação tissular mais acentuada".

QUADRO TUBERCULÓIDE REACIONAL

Da análise das preparações que constituem nosso material de estudo, podemos fazer a síntese dos achados, segundo o aspecto morfológico da lepride biopsiada.

O epitélio não apresenta alterações essenciais; às vêzes, mas com raridade, é absolutamente normal; com mais frequência as cristas interpapilares desaparecem totalmente, unindo-se o epitélio ao derma por uma linha reta. É excepcional que apresente a atrofia de suas camadas, podendo, entretanto, ser ligeiramente adelgaçado; isto acontece quando o infiltrado é muito intenso e estende-se até entrar em contacto com a epiderme. Estas alterações são evidentemente, apenas, acessórias e resultam da compressão exercida pelo infiltrado subjacente.

No derma é que se localizam as alterações; em alguns casos existe entre epitélio e a infiltração uma estreita faixa de tecido conjuntivo indene; em outros, o epitélio entra em contacto com a epiderme, sem linha de demarcação precisa.

Segundo COCHRANE (1) como já deixamos assinaldo no estudo clínico, esta faixa de colágeno aparece nos casos por êle denominados "casos intermediários", isto é, casos tuberculóides com Mitsuda negativo, não existindo, nos verdadeiros casos tuberculóides, significando aquele nos quais a reação de Mitsuda é positiva.

Em nosso material de biopsias de casos tuberculóides reacionais não foi confirmada esta afirmação de COCHRANE, exis-

---

1) WADE, H. M. : — Alterações tuberculóides na lepra: II Reação leprótica na lepra tuberculóide. — Intern. Journ. of Leprosy, 1934 : (3) 279.
2) SCHUJMAN, S. : — Reação leprótica tuberculóide. Rev. Argent. Derma tosifilografia 1935 : 19 (3.ª parte) 411.
3) LOWE, J. : — Um estudo sôbre as máculas da lepra nervosa com referência particular à mácula tuberculóide. — Leprosy in India, 1936 : 8 (3) 97.
1) COCHRANE, R. G. : — Desenvolvimento das lesões na lepra. — Int. Journ. of Leprosy, 1940 : 8 (4) 445.

tindo indiferentemente, a faixa de colágeno, quer os casos tivessem Mitsuda negativo ou positivo.

A infiltração é muito variável na intensidade, de acôrdo com a intensidade do processo clínico; às vêzes é discreta, resumindo-se a alguns fatos, outras vêzes, moderada, mais habitualmente intensa, consistindo de numerosos focos de infiltração que ocupam todo o derma.

Relacionada com a intensidade do infiltrado está sua localização; nas infiltrações muito intensas, localizam-se no corpo papilar, e no derma pròpriamente dito, tanto na parte superior, na média, como na inferior, chegando até o limite com o hipoderma, que nunca vimos comprometido; nos casos de infiltração moderada, encontram-se os infiltrados principalmente no derma pròpriamente dito, e nos casos de discreta, os raros focos localizam-se indiferentemente, em qualquer das zonas do derma.

Estes infiltrados estão dispostos sob a forma de focos arredondados ou alongados, como gomos, ao redor das estruturas organizadas do derma; são focos peri-vasculares, peri-foliculares e peri-glandulares. É mais raro o achado de focos de infiltração peri-nervosos, e algumas vêzes encontrâmo-los peri-musculares.

A infiltração é, como já dissemos, essencialmente focal, mais raramente difusa. Geralmente os focos arredondados ou alongados estão separados uns dos outros por faixas de tecido conjuntivo, absolutamente normal, principalmente quando os focos de infiltração estão afastados uns dos outros; quando a infiltração é intensa, e os focos estão muito aproximados, vê-se a estreita faixa de tecido conjuntivo que os separa, sem apresentar alterações essenciais a não ser o edema.

A composição dos focos de infiltração apresenta algumas particularidades segundo o estado evolutivo da lesão biopsiada.

Nas lesões tuberculóides reacionais recentes, isto é, no inicio do surto reacional, encontram-se dois tipos de infiltrado. Alterações típicas, descritas pela primeira vez na lepra por BÜNGELER (1) que as denomina focos de degeneração e necrose fibrinóides localizadas de preferência na vizinhança imediata dos vasos de tamanho médio, bem como independentemente dos vasos, no tecido conjuntivo fibrilar do corpo papilar e do córion; ao lado destas alterações iniciais que preferimos denominar "focos tuberculóides em organização", algumas estruturas tuberculóides já organizadas.

Este primeiro tipo de alteração é idêntico, como se vê, ao encontrado nas lesões clínicamente denominadas pré-tuberculóides. O segundo tipo de infiltrado é o foco tuberculóide já perfeitamente constituido. Este como no granuloma que descrevemos para as lesões figuradas tórpidas, é essencialmente constituido por células epitelióides e por linfócitos. Ora as células epitelióides predominam largamente, ficando os linfócitos reduzidos a

1) BUNGELER, W. & FERNANDEZ, J. M. M. — loc. cit.

uma discreta faixa periférica; ora são mais abundantes, formando uma coroa linfocitária bem intensa ao redor da massa de células epitelióides, tomando aspecto nitidamente nodular. Muitas vêzes as células gigantes não existem; em outras, são raras; ainda se pode encontrar 2,3 ou 4 e mesmo mais, isoladas, ou então, no seio das massas de células epitelióides cercadas de uma coroa de linfócitos, tomando nitidamente o aspecto de nódulo lupóide.

O que caracteriza estas formações sarcóidicas ou lupóides no quadro tuberculóide reacional é, entretanto, o nítido afrouxamento dos focos de infiltração; há e é um dos caracteres do quadro reacional, nos nódulos ou cordões de infiltração, um forte edema intra e intercelular, que lhe confere um aspecto peculiar de afrouxamento dos elementos celulares, que são, além disso, mais ou menos intensamente vacuolizados, lembrando as células espumosas da infiltração lepromatosa. Neste particular, o aspecto da infiltração tuberculóide das leprides reacionais difere, essencialmente, do que se vê no das lesões tuberculóides de evolução tórpida, cujos nódulos ou cordões de infiltração, sejam sarcóides, sejam lupóides, são sólidos, compactos.

Os vasos, tanto do corpo papilar, como do córion pròpriamente dito, apresentam-se fortemente dilatados; quando a infiltração não se localiza no corpo papilar, aí se vêem os capilares muito dilatados, com infiltração inespecífica mais ou menos abundante; no córion pròpriamente dito, os vasos sanguíneos e linfáticos apresentam-se também mais ou menos intensamente dilatados, com tumefação endotelial muito característica do quadro estrutural reacional.

O edema está sempre presente, mais ou menos intenso, afrouxando os nódulos, ocasionando-lhes o aspecto vacuolizado e dissociando o tecido conjuntivo que separa os focos de infiltração.

A bacterioscopia nesse estádio pode ser positiva, segundo BÜNGELER:

> "nas alterações recentes reativadas, principalmente no estado de degeneração e necrose fibrinóide do tecido conjuntivo, encontram-se bacilos álcool-ácido resistentes nos focos, os quais apresentam quase sempre alterações degenerativas acentuadas..."

A medida que o surto reacional decresce e as leprides tuberculóides reacionais atingem o período de estágio, o quadro estrutural se modifica; desaparecem os focos tuberculóides em organização, que se transformam em focos tuberculóides já completamente constituidos; o aspecto vacuolizado dos elementos celulares, e o afouxamento dos nódulos decrescem, tendendo os focos a assumir o aspecto compacto das lesões tórpidas.

Quando a infiltração regride completamente, estando planas as lesões, os infiltrados desaparecem em grande parte, o edema e os fenômenos que o acompanham cessam; restam alguns remanescentes dos antigos focos tuberculóides, e infiltrados ines-

pecíficos. Os sinais da cicatrização da lesão se evidenciam por hialinização e esclerose do tecido conjuntivo. Nestes casos, é comum a acentuada atrofia da epiderme. Em período mais avançado da regressão, desaparecem todos os vestígios da infiltração tuberculóide, ficando o quadro reduzido a um tecido conjuntivo esclerosado e aqui e alí, algumas infiltrações inespecíficas.

ESTAMPA

Tipo tuberculóide — Variedade reaccional

Fig. 1 — Extensas lesões reaccionais, eritrodermicas, com descamação discreta, já em involução.

Fig. 2 — Nodulos e placas tuberculóide reaccionais.

Fig. 3 — Surto tuberculóide reaccional de tipo eritrodérmico.

ESTAMPA

Mutação em Lepromatosa

Fig. 1 — Lesões acrômicas transformadas em lepromatosas pelo aparecimento de pigmentação fulva no centro.

Fig. 2 — Individuação de lesões lepromatosas de coloração fulva sôbre lesões eritematosas.

Fig. 3 — Lesão acrômica transformada em lepromatosa pelo aparecimento no centro de coloração fulva.

TIPO LEPROMATOSO

C) TIPO LEPROMATOSO

O tipo lepromatoso não apresenta na infância, características especiais, que o distinguam do que se observa no adulto; entretanto, oferece-nos um interesse particular, pela frequência com que deparamos na infância as fases incipientes da lepromatose.

A importância deste estádio inicial do tipo lepromatoso sobreleva-se ainda mais, agora, em virtude das novas aquisições no terreno da terapêutica: a sulfonoterapia. É neste estádio do tipo lepromatoso que se obtêm os resultados mais satisfatórios, com regressão clínica, em prazo relativamente curto, de toda a sintomatologia cutânea, correspondendo ao "branqueamento" clínico, o desaparecimento dos germes, em fase precoce da disseminação pelo organismo. A real importância destes casos para a profilaxia, é óbvia.

Assim, faremos dêles uma descrição mais pormenorizada.

De inicio, devemos salientar que não damos à expressão fase incipiente do tipo lepromatoso, a significação que lhe é habitualmente atribuida nas classificações clínicas, expressa pelo símbolo L-1, nas quais figura em sentido quantitativo; no nosso conceito, "fase incipiente" do tipo lepromatoso, tem significação qualitativa, indicada literalmente, de acôrdo com a própria patologia desse tipo clínico.

NOTA: — Aliás, desde a II Conferência Pan-Americana reunida no Rio de Janeiro (1), em 1946, bem como no último Congresso Internacional de Cuba, que vem sendo tentado imprimir este critério na sub-divisão do tipo lepromatoso, que é, esquemàticamente, separado em:

Tipo Lepromatoso	(L)
Macular	(Lm)
Infiltrativo	(Li)
Difuso (puro)	(Ld)
Nodular	(Ln)
Polineuritico	(Lp)

TIPO LEPROMATOSO INCIPIENTE

Para nós, a fase incipiente do tipo lepromatoso, processa-se em duas etapas: a primeira, manifesta-se por lesões de aspecto ainda indiferenciado (antigo incaracteristica), mas com estrutura pre-lepromatosa ou já lepromatosa franca; a segunda, inicia-se pelo aparecimento, seja nas lesões primitivas, seja em outras lesões do tegumento, de pontos, ou áreas, amarelados ou ferruginosos, que pouco a pouco se organizam no mais típico dos elementos iniciais do tipo lepromatoso, as lesões anulares planas eritêmato-ameraladas, de círculo interno regular, como que tra-

1) Relatório da Comissão de Classificação da Conferência Pan-Americana do Rio de Janeiro — Revista Brasileira de Leprologia.

çado a compasso, e externo difuso, impreciso, anunciando a invasão progressiva do tegumento.

Do ponto de vista da morfologia, as lesões desta primeira etapa, nada apresentam de particular, que possa distinguí-las das lesões do grupo indiferenciado: são as mesmas lesões acrômicas, eritêmato-hipocrômicas planas e eritematosas simples.

Sòmente, aqui, a estrutura não é o infiltrado inflamatório crônico sem carater histológico de especificidade, e sim, um infiltrado pré-lepromatoso, ou já francamente lepromatoso.

Em nossa casuística, deparamos, como resultados de biopsias em crianças, 30 casos nos quais as lesões de aspecto indiferenciado, apresentavam já a estrutura do tipo lepromatoso, evidenciando estar o processo estrutural, mais evoluido do que sua objetivação clínica.

Há, contudo, duas particularidades morfológicas, que nos permitem suspeitar a natureza lepromatosa destas lesões de aspecto indiferenciado. Em primeiro lugar, cita-se, o aspecto da margem da lesão, que, quando de natureza lepromatosa, é sempre imprecisa, difusa, parecendo difundir-se gradativamente na pele, aparentemente sã que a circunda. Este fato contrasta, notavelmente, com o aspecto nítido, bem marcado da margem destas lesões quando a estrutura é o infiltrado inespecífico ou o tuberculóide.

Em segundo lugar, salientaremos um fato de observação nossa: é a localização nas dobras axilares, quer na face anterior quer na posterior, de pequenas e numerosas lesões de aspecto indiferenciado, nas quais a estrutura, ou a evolução subsequente, demonstraram-lhes a natureza lepromatosa.

Como elemento subsidiário ao diagnóstico do tipo clínico, nesta primeira fase de lepromatose, na qual o aspecto morfológico fala a favor do grupo indiferenciado, está o resultado da reação à lepromina, que nestes pacientes, resulta sempre negativa.

Evidencia-se, perfeitamente, a segunda etapa, por que passam as lesões da fase incipiente do tipo lepromatoso acompanhando-se a evolução dos casos do grupo indiferenciado, que progressivamente se transformaram em tipo lepromatoso.

Pela história clínica desses casos verificar-se-á que, em alguns, a lepromatização operou-se simplesmente, pelo aparecimento, sôbre as lesões pre-existentes, de tons fulvos discretos; em outros há, inicialmente, a regressão dos elementos de aspecto indiferenciado, que se tornam muito discretos, quase imperceptíveis, e depois, quando pareciam em franca regressão, aparecem os mesmos sinais de lepromatização, isto é, tons fulvos ou alaranjados no local das antigas lesões, ou eritema difuso, à princípio discreto, acentuando-se depois, em áreas, que se destacam bem no eritema generalizado de região. Regista-se que, em nossas observações todos estes elementos já apresentam baciloscopia

positiva. Com o evoluir das lesões, estes primeiros sinais objetivos de lepromatização se acentuam:

1.º) Os laivos amarelados iniciais muito discretos, passam a alaranjados, e mais tarde a fulvos; são à princípio, pequenos traços, ou pontilhado esparso, que, a pouco e pouco, tomam configuração em aneis planos, delimitando a área central de coloração, mais ou menos normal, ou acrômica, cujo círculo interno é bem nítido, como que traçado à compasso e o externo, difuso, impreciso, constituindo as clássicas lesões anulares iniciais do tipo lepromatoso.

2.º) O eritema difuso, localizado, geralmente na parte central das nádegas, nas faces posteriores das coxas e dos braços, e mais raramente nas faces anteriores das coxas, em meio do qual os folículos pilosos se tornam hipertróficos. Este eritema difuso assume, às vêzes, aspecto livedóide no qual as zonas eritematosas estão semeadas de áreas, onde o eritema é mais intenso, mais acentuado, tendendo ao violáceo.

A estes aspectos, que correspondem à segunda etapa do processo de lepromatização, observados com enorme frequência na infância, cabe bem a designação de lesões pré-lepromatosas, pois que na continuação do processo convertem-se nas lesões características do tipo lepromatoso, idênticos, por outro lado, às que se deparam no adulto.

Continuando a evolução, o caso lepromatoso atinge, por assim dizer, a segunda etapa do seu ciclo evolutivo. Começa, assim, com o aparecimento de infiltração nas lesões até então planas, geralmente antecedida da acentuação de coloração amarelada ou acastanhada, que passa à típica coloração ferruginosa, designada, comumente como eritêmato-pigmentar.

De lesões anulares amareladas, de círculo interno nítido e externo difuso, tornam-se lesões eritêmato-pigmentares planas, e, mais tarde, com o aparecimento da infiltração, eritêmato-pigmentares infiltradas.

Estas, às vêzes, extendem-se pela periferia, confluindo com as lesões vizinhas, passando a ocupar extensas áreas do tegumento. Até este estádio evolutivo nós rotulamos os casos como lepromatosos moderados.

Daí por diante, a evolução da lepromatosa não mais parece obedecer qualquer sistematização. Ora, sôbre as lesões eritêmato-pigmentares infiltradas, individuam-se lepromas isolada,; ora a acentuação da infiltração é uniforme e a lesão se transforma nas típicas placas lepromatosas extensas, de infiltração dura, lenhosa; ora, ainda, é em outras áreas da pele que se instalam novos elementos, lepromas ou infiltrações lepromatosas, cuja côr, tende, agora, ao violáceo. Às vêzes, em área de tegumento aparentemente sadia, palpam-se pequenos "botões sub-cutâneos". E assim, a pouco e pouco, a lepromatose avançada generaliza-se, poupando

em alguns casos, estreitas e pequenas áreas de pele, que parecem indenes.

Aspectos estes, comuns às crianças e aos adultos, naquelas menos frequentes que nestes, pelo tempo prolongado que leva a lepra a atingir este estádio. Notando-se, ainda, que essa longa duração é entrecortada de períodos de estacionamento, que se prolongam por meses e até anos, para depois subitamente, reiniciar a evolução, às vêzes mais aceleradamente.

Em outros casos, observam-se também entre umas e outras destas fases, períodos mais ou menos longos de regressão parcial espontânea, ficando o paciente bastante melhorado no estado cutâneo, e, abrutamente sofre peora acentuada, disseminando-se ainda, mais a lepromatose.

Felizmente não são, como já assinalamos, tão frequentes, estes estádios avançados na infância, a não ser naqueles casos já referidos, em que a lepra parece de virulência desusada, evolvendo no curto período da infância, o que leva habitualmente anos no adulto.

Há ainda alguns aspectos de tipo lepromatoso que se faz mistér mencionar.

O primeiro é o aparecimento, geralmente depois da fase incipiente, de surtos agudos de eritema nodoso, mais raramente do polimorfo, com os mesmos caracteres com que se observa no adulto, porém com índice de preferência ligeiramente menor; nos estádios de lepromatose avançada, e da generalizada, tomados proporcionalmente, o índice de frequência destes surtos agudos é pràticamente o mesmo no adulto e na criança.

O segundo, também pouco frequente na infância, são os casos de lepromatose inicialmente difusa, isto é, sem lesões específicas aparentes, mas com achado positivo de bacilos na pele; nos poucos destes casos na infância, que tivemos oportunidade de observar, a lepromatose objetivou-se, mais tarde, seja pelo aparecimento de elementos específicos, lepromas, nódulos sub-cutâneos, placas ou infiltrações lepromatosas, ou seja pela eclosão de surtos agudos de eritema nodoso ou polimorfo.

Estes casos clínicamente se apresentam com um aspecto levemente edematoso, sobretudo do rosto e das mãos, com um brilho todo especial da pele, que o médico especializado pode desde logo diagnosticar, com a sistemática confirmação do exame bacilos-cópico.

É óbvio, por outro lado, que nem todos os casos, seja na infância, seja no adulto, observam o esquema evolutivo que acabamos de sumariar e que foi por nós seguido, pari-passu, em numerosos pacientes menores, que tivemos oportunidade de acompanhar desde a internação, até a lepromatose generalizada.

A lepra neste tipo, é ainda mais caprichosa e polimorfa que no tuberculóide. Podemos observar o inicio do tipo lepromatoso já pelo aparecimento d'emblée de lepromas, ou de placas lepro-

matosas, ou, simplesmente, pela eclosão de surtos agudos de eritema nodoso ou polimorfo, sendo de supor-se que, tenham passado despercebidos o estádio no grupo indiferenciado e as primeiras fases de lepromatose.

BACILOSCOPIA

A pesquisa de bacilos, em pacientes do tipo lepromatoso, quer adulto, quer crianças, deverá necessáriamente revelar a presença do germe, que constitue a característica primordial do tipo.

Nos esfregaços de pele, em qualquer dos estádios evolutivos da lepromatose, desde o incipiente até o generalizado, o bacilo é constante, variando, unicamente sua quantidade.

Já a pesquisa de material de mucosa nasal, pode resultar negativa em boa percentagem de casos na fase incipiente; é o que verificamos em nossa casuística de crianças, neste estádio evolutivo, demonstrando-nos ser mais tardío o aparecimento de bacilos na mucosa nasal. Ultrapassado, entretanto, o estádio incipiente torna-se, por assim dizer permanente e constante, a presença de bacilos no material de mucosa nasal, acompanhando, agora, os resultados de esfregaços de pele.

ESTRUTURA

A estrutura do tipo lepromatoso é a característica patognomônica do tipo, tal como o define a Comissão de Classificação do Congresso Internacional de Cuba, cujo elemento essencial é a célula leprosa de Virchow, pejadas de bacilos de Hansen, no seu arranjo peculiar em maço de cigarro.

Este granuloma lepromatoso é geralmente difuso, variando de intensidade de uma para outra lesão, dispondo-se os infiltrados em redor das estruturas organizadas da pele, constituindo fócos peri-vasculares, peri-glandulares, peri-foliculares e peri-nervosos, invadindo e, às vêzes, destruindo total ou parcialmente, folículos, glândulas e nervos.

Habitualmente deixa a infiltração estreita faixa de colágeno indene, entre ela e o epitélio.

Este, em linhas gerais, o quadro estrutural típico das lesões lepromatosas.

Mas, faz-se mistér chamar atenção mais uma vez, sôbre as lesões incipientes do tipo lepromatoso, principalmente na primeira etapa de sua evolução, quando apresentam ainda o aspecto morfológico das lesões do grupo indiferenciado. Nestas lesões, é comum o achado de estruturas, já descritas como "leprosas" e que nada mais são que um infiltrado inflamatório crônico no geral, sem carater histológico de especificidade, mas com raras células vacuolizadas, em cujo interior são encontrados bacílos em número variável.

Aqui, é óbvio, a presença de bacilos de Hansen, confere carater específico ao infiltrado. São estruturas que, tal como as lesões precedem a lepromatosa franca, típica, e a qual preferimos a denominação de estruturas pré-lepromatosas.

ESTAMPA

Tipo lepromatoso — Fases incipientes

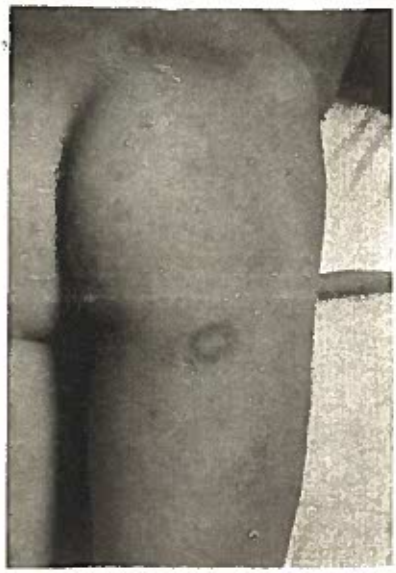


Fig. 1 — Pequena lesão anular, amarelada, de centro normal e borda externa difusa.

Fig. 2 — Lesão anular, ferruginosa, de círculo interno nítido e externo difuso; área central já comprometida.

Fig 3 — Surto de lepromatização abrupta com lesões urticariformes.

Fig. 4 — Lesão lepromatosa difusa, se individuando pelo comprometimento dos folículos.

ESTAMPA

Tipo lepromatoso — Fases incipientes a moderadas.

Fig. 1 — Lesões anulares, confluentes já infiltradas; pequenos nódulos esparsos.

Fig. 2 — Lesões eritemato-pigmentares, difusas, irregulares, já com leve infiltração.

Fig. 3 — Lesões anulares, difundindo-se na pele aparentemente sã.

ESTAMPA

Tipo lepromatoso — moderado e generalisado

Fig. 1 — Individuação de infiltração lepromatosa sôbre lesão eritematosa difusa.

Fig. 2 — Lepromatisação de lesão eritêmato-pigmentar.

Fig. 3 — Conglomerado de lepromas.

Fig. 4 — Lepromatose generalisada, tubero-ulcerada.

DAS MUTAÇÕES

a) Mutação tuberculóide progressiva

b) Mutação tuberculóide abruta.

c) Mutação lepromatosa progressiva.

d) Mutação lepromatosa abruta.

DAS MUTAÇÕES

O aspecto mais interessante que nos oferece a lepra na infância, da par da variedade nodular do tipo tuberculóide, é, indubitàvelmente, o fenômeno das mutações.

É na infância que podemos na generalidade dos casos, observar as fases mais precoces da eclosão da lepra, acompanhando-as em todo seu evolver complexo e multiforme. Não significamos com isto que únicamente na infância sejam estes fenômenos observados; vêmo-los também no adulto, mas como fato excepcional, e, com pouco maior frequência um de seus aspectos, a mutação do grupo indiferenciado no tipo tuberculóide de variedade reacional.

Para nosso estudo, em referência exclusiva à infância, importam, sobretudo, dois aspectos principais dos fenômenos de mutação: a) a mutação dos casos do grupo indiferenciado, no tipo tuberculóide, e (b) no tipo lepromatoso.

Consideraremos ainda, os casos excepcionais de mutação do tipo tuberculóide no lepromatoso, e, a conversão do tipo lepromatoso no tuberculóide. Esta, em todo o panorama clínico da lepra, constitue, mormente, na infância, capítulo inédito, e, é, mistér salientá-lo, verificado sob a influência de nova terapêutica pelas sulfonas. Nisto contrasta singularmente com os outros aspectos de mutação, que se realiza espontâneamente, como consequência natural da evolução da lepra na infância. Realça-se, assim, a importância, do ponto de vista profilático, que pode assumir a sulfonoterapia.

No nosso conceito, a mutação indica a transformação do processo patológico em sua natureza estrutural, acompanhada das correspondentes alterações clínicas, divergindo, substancialmente do conceito dos autores clássicos, para os quais mutação significa, de modo geral, a extensão do processo patológico, da pele aos nervos, ou destes para ela, com comprometimento final de ambos, e consequente transformação do paciente na "forma mista". Tal conceito é, atualmente, inadmissível em face das modernas classificações da lepra.

Acompanhando-se com regularidade a evolução das crianças que sofreram mutação, observando-as frequentemente em intervalos não superiores a um mês, foi possível registar os processos pelos quais a conversão se realiza.

Vamos descrevê-los com relativa minúcia, obedecendo à seguinte ordem:

1 — Mutação de casos do grupo indiferenciado no tipo tuberculóide;
2 — Mutação de casos do grupo indiferenciado no tipo lepromatoso;
3 — Mutação de casos do tipo tuberculóide no lepromatoso;
4 — Mutação de casos do tipo lepromatoso no tipo tuberculóide;

1 — MUTAÇÃO DE CASOS DO GRUPO INDIFERENCIADO NO TIPO TUBERCULÓIDE

Por dois processos se realiza a transformação de uma lesão do grupo indiferenciado em tuberculóide; semelhantes na essência, estes dois processos divergem no resultado aparente da mutação, pois, de um deles resulta sempre uma lesão tuberculóide tórpida, do tipo clássico figurado, e do outro uma lesão tuberculóide da variedade reacional.

No primeiro, a lesão indiferenciada atravessa, progressivamente, fases sucessivas até atingir, a morfologia figurada, de modo que, entre a lesão indiferenciada inicial e a lesão tuberculóide final, há toda uma gama de formas de passagens.

No segundo, não existem fases intermediárias; a lesão indiferenciada inicial, abrutamente, sem sinais premonitórios, transforma-se em lesão tuberculóide, não mais com o aspecto clássico, figurado, e sim da variedade tuberculóide reacional.

O modo pela qual se realiza a mutação justifica as denominações de mutação progressiva para o primeiro, e mutação abruta para o segundo.

Mutação Tuberculóide Progressiva — Assim é designado o processo pelo qual as lesões indiferenciadas se convertem em tuberculóides figuradas, por alterações que se realizam progressivamente, havendo fórmas de passagem de uma para a outra, entre a lesão inicial indiferenciada e a tuberculóide.

O processo é essencialmente o mesmo para todas as lesões entretanto, há, de uns casos para outros, algumas particularidades, que merecem ser destacadas; de acôrdo com estes aspectos particulares do processo, distinguiremos os seguintes grupos na mutação progressiva: (a) os que atingem a morfologia tuberculóide figurada; (b) aqueles nos quais o processo estaciona em uma das formas de passagem e (c) os que transformam por papulação, dando-lhes respectivamente as denominações de mutação progressiva completa, mutação progressiva incompleta e mutação progressiva por papulação.

Mutação progressiva completa — A transformação progressiva é completa, quando a conversão se realiza de modo integral, isto é, a lesão indiferenciada atinge, no final do processo, a morfologia tuberculóide figurada clássica.

Esquemàticamente, e feita abstração dos surtos agudos, a sucessão dos fatos nestas mutação seria: a) partindo de uma lesão acrômica, o primeiro fenômeno, que se observa é o aparecimento de eritema; a lesão acrômica passa, após distribuição uniforme do eritema em toda sua superfície, a eritêmato-hipocrômica, recebendo o qualificativo de plana, por continuar ao nível da pele. Depois o eritema se acentúa na periferia da lesão eritêmato-hipocrômica, que fica com a parte central discretamente rósea e um anel periférico eritematoso; é a lesão eritêmato-hipo-

crômica com eritema marginal. Pode acontecer, ainda que raramente, acentuar-se o eritema uniformemente em toda a superfície da lesão, que passa, desde logo, a eritematosa plana. O aparecimento e distribuição do eritema constituem a primeira fase do processo de mutação permanecendo, entretanto, planas as lesões.

(b) Na segunda fase, que corresponde às formas de transição, surge a infiltração; tal qual para o eritema, ela se distribue seja uniformemente sôbre toda a superfície da lesão, que se converte em eritêmato-hipocrômica elevada, seja sòmente na periferia, onde forma anel, transformando-a em eritêmato-hipocrômica com eritema e infiltração marginais.

A princípio discreta, aumenta progressivamente a infiltração, até tornar-se predominante na morfologia: é o último estádio da fase de transição.

Todas as lesões citadas — eritêmato-hipocrômica, elevada eritêmato-hipocrômica com eritema e infiltração marginais e eritematosa elevada — representando os estádios intermediários, as formas de transição que precedem a morfologia tuberculóide figurada, têm como estrutura, o granuloma tuberculóide em organização (muito raramente o granuloma tuberculóide já organizado), pelo que lhes cabe a denominação de lesões prétuberculóides, como também por antecederem à morfologia tuberculóide típica.

Destacamos de nossa casuística um grupo de pacientes, nos quais o processo de mutação progressiva apresenta uma particularidade digna de registro: é cessar a mutação em uma das fases intermediárias, em uma das formas de transição, regredindo até a forma inicial indiferenciada. É o que denominamos mutação progressiva incompleta.

Necessário é, entretanto, que se assinale parecer que a transformação incompleta é um episódio de mutação progressiva completa; nossa experiência com um grande número de casos tem demonstrado que, após um período longo, depois que o processo de transformação cessou e as lesões regrediram à morfologia inicial, súbitamente se instala um surto agudo, que de golpe, pode convertê-las em lesões figuradas típicas. Isto significa que aqui apenas o período de regressão, que vimos anteceder aos surtos, na mutação completa, se torna excessivamente longo; não obstante, há também casos, que até a presente data não apresentaram novas alterações.

O interêsse destas observações, além do fato clínico curioso, está em que elucida a significação das formas de transição, que clínicamente, já vimos, merecem a denominação de pré-tuberculóides. A histopatologia vai demonstrar que todas as formas de transição, atinjam ou não, o estádio final da evolução, têm estrutura que representa as fases de organização do granuloma tuberculóide.

(c) Transformação progressiva por papulação — Ainda na mesma ordem de fatos, isto é, de lesões indiferenciadas que se transformam progressivamente em tuberculóides figuradas, encontram-se algumas observações que diferem das que vimos estudando. Em certo número de pacientes, a conversão realizou-se pelo aparecimento na borda da lesão, que sempre era acrômica ou eritêmato-hipocrômica, de uma pequena pápula isolada, à qual outras se seguiram, de modo a ocupar-lhe toda a periferia. Em outros, as pápulas não se limitaram às bordas, mas disseminaram-se por toda a superfície do elemento.

Estes casos, cujo processo de transformação denominamos por papulação, filiam-se ao processo de transformação progressiva, porque não há alteração brusca do aspecto clínico; êles se transformam, pouco a pouco, pelo acréscimo de elementos novos, pápulas isoladas, que se superpõem a lesão primitiva. De certo modo diferem do primeiro grupo descrito (mutação progressiva completa) por não existirem as formas de transição, as lesões intermediárias, que fazem a passagem entre a forma indiferenciada e a tuberculóide. Por outro lado, aproximam-se das do segundo (mutação progressiva incompleta) por não ser atingida de maneira plena a morfologia figurada. Há, ainda, mais um argumento para filiar este processo como variante da mutação progressiva; quando se instala a regressão das lesões tuberculóides figuradas, a infiltração em muitos casos vai desaparecendo com a intensidade desigual nas diversas porções da borda, que em certo momento, fica constituida por pápulas isoladas, resquícios da infiltração anterior; este aspecto confunde-se com o que observamos na transformação por papulação, de modo que é impossivel, muitas vêzes, diferenciar um do outro.

Nos casos que observamos, as lesões indiferenciadas iniciais formam sempre lesões acrômicas e eritêmato-hipocrômicas, nunca eritematosas planas. Depois de um tempo variável de morfologia indiferenciada, surge uma primeira pápula na periferia, outras vêzes, dois ou mais elementos se instalam simultâneamente; aos primeiros seguem-se outros, até completar-se toda a extensão da borda; as vêzes, entretanto, os elementos papulóides localizam-se, apenas, em certa porção da borda que, assim, fica incompleta.

Menos frequentemente, os elementos papulóides não se limitam a periferia e disseminam-se por toda a superfície da lesão.

São as pápulas geralmente, de côr acastanhada, de infiltração mole; quando surgem em casos com numerosas lesões indiferenciadas, apenas uma ou duas se transformam, ficando as demais inalteradas, isto é, com aspecto banal, indiferenciado.

Mutação tuberculóide abruta — Em contraste com os fatos que vimos estudando, nos quais verificamos a transformação, por fases sucessivas, de lesões indiferenciadas em figuradas, vamos encontrar uma série de pacientes, apresentando, de início,

lesões indiferenciadas e que também se transformam em tuberculóides; mas, estes diferem dos do primeiro grupo, nisto que a conversão não se opera progressivamente, e sim, abrutamente. Nêles não há série de estádios intermediários entre a morfologia indiferenciada e a tuberculóide; aqui, em um paciente com lesões indiferenciada, há, súbitamente, a eclosão de numerosas lesões reacionais, superpostas às pré-existentes, ao mesmo tempo que numerosas outras surgem no tegumento.

Enquanto nos primeiros as etapas sucessivas tendem a levá-los à morfologia figurada, que é para êles a forma de estabilização, o término aparente do processo de progressão, para instalar-se depois o de regressão, nos segundos, a forma de estabilização é representada pelas lesões tuberculóides reacionais.

Este modo diverso de terminação, de um e de outro dos processos de mutação, diferencia-os; mas, por outro lado, há entre êles um ponto de semelhança. Se no processo de transformação progressiva podem ver-se lesões que iniciam a transformação e não a terminam, começando a regressão ainda em uma das fases intermediárias, na abruta encontram-se também alguns pacientes nos quais o surto de transformação é discreto, alterando apenas o aspecto das lesões, não se assemelhando a explodir espetacular, que se está habituado a observar. E, por sua vez, na mutação progressiva há quase sempre a interferência de um surto agudo, que acentúa a morfologia figurada das lesões pré-existentes, agregando-lhes outras, agora reacionais.

Para distinguir as duas modalidades de transformação abruta, damos à primeira a denominação de mutação abruta intensa, e a segunda a de abruta discreta; estudaremos a seguir cada uma separadamente.

Mutação abruta intensa — Assim denominamos o processo pelo qual as lesões indiferenciadas se convertem em tuberculóides por meio de um surto de lesões tuberculóides reacionais.

O aparecimento do surto de transformação é, em geral, agudo sem sinais premonitórios; todas as lesões do paciente tornam-se grandemente infiltradas e eritematosas, e a transformação está operada. Mais raramente, o surto é precedido de pequenos sinais de atividade, tais como um leve eritema ou infiltração discreta, que não fazem prever o aparecimento de grandes alterações, e súbitamente surgem as lesões reacionais. Adotando-se o conceito geralmente admitido, pode dizer-se que nestes casos a transformação se processou por meio de uma reação leprótica tuberculóide.

Na mutação de lesões indiferenciadas em tuberculóide reacional, transformam-se todas as lesões pré-existentes, ao mesmo tempo que numerosas outras, novas, invadem o tegumento, transformando completamente a fisionomia clínica do caso. As lesões assumem a morfologia já conhecida de leprides tuberculóides reacionais: as enormes placas eritematosas infiltradas,

as lesões nodulares e pápulo-tuberosas que podem coexistir no mesmo paciente.

A duração do surto é muito variável. A regressão se dá depois pelos processos habituais, terminando pela volta à morfologia inicial de lesões acrômicas, eritêmato-hipocrômicas e eritematosas planas.

Em alguns casos as lesões indiferenciadas passaram um tempo prolongado em quiescência, chegando mesmo a regredir quase que de todo, para súbitamente transformarem-se em tuberculóides reacionais. Em outros, que inicialmente apresentavam lesões acrômicas, estas tornaram-se infiltradas, mas sem eritema, permanecendo neste estado longo tempo, para súbitamente transformarem-se.

Até agora, temos visto casos que abrutamente tiveram as lesões indiferenciadas transformadas em tuberculóides, por meio de um surto intenso. A transformação realizada confere ao quadro que dela resultou o aspecto clínico que se denomina reação leprótica tuberculóide. É um quadro típico, que não deixa dúvida quanto à natureza das novas lesões.

Mutação abruta discreta — Nem sempre as cousas se passam desse modo; alguns pacientes há, que têm as lesões transformadas, abrutamente, sem realizar o quadro espetacular e berrante da reação tuberculóide. Nestes os fenômenos são muito menos intensos, menos aparentes; o surto é discreto, realizando a transformação das lesões pré-existentes, e uma ou outra nova lesão aparece. É a esta modalidade que reservamos a denominação de mutação abruta discreta.

Cabe aqui a mesma observação que deixamos consignada em relação ao processo de transformação tuberculóide incompleta, isto é, a transformação abruta discreta é também um episódio na evolução do caso, que depois de um período de tempo variável, sofre o surto agudo intenso, ficando então com a morfologia tuberculóide reacional clássica.

Aqui também os surtos de transformação não são únicos, podendo repetir-se no mesmo paciente. Além disso, há períodos longos de regressão, seja das lesões indiferenciadas, que se tornam discretíssimas, seja das lesões reacionais, que desaparecem quase que por completo para, súbitamente, instalar-se novo surto.

Se bem pareça de menor importância, é dado de interêsse o tempo de duração dos processos de mutação, ou melhor, a avaliação do tempo de permanência da morfologia indiferenciada. Pelos dados sobre o assunto coligidos em nossa casuística, necessários a essa verificação, observamos que o tempo maximo de permanência das lesões com morfologia indiferenciada foi de 4 anos. Parece que depois desse período, haveria poucas probabilidades de mutação, tendendo às lesões para regressão.

2 — MUTAÇÃO DO GRUPO INDIFERENCIADO NO TIPO LEPROMATOSO.

Os fenômenos de mutação, como temos repetido várias vêzes, realizam-se nas lesões do grupo indiferenciado, orientando-se no sentido dos tipos fundamentais. Até agora, estudamos os fenômenos de mutação dos casos do grupo indiferenciado no sentido do tipo benigno da lepra, o tipo tuberculóide. Agora, consideraremos o outro aspecto, a mutação que se orienta no sentido do tipo malígno a conversão das lesões indiferenciadas no tipo lepromatoso.

Nesta transformação os fenômenos são mais complexos, menos fàcilmente verificáveis. É notável, entretanto, que em suas linhas gerais, muito se assemelham os processos pelos quais as lesões indiferenciadas se transformam em tuberculóides e aqueles que se convertem em lepromatosas.

Por dois processos tem sido verificada à conversão dos casos indiferenciados em lepromatosos; a divisão não é, como na mutação para tuberculóide, absoluta, pois um processo, completa o outro, substituindo-o ou com êle alternando. Vejamos em seus traços gerais em que consistem.

Na transformação das lesões indiferenciadas em lepromatosas há também uma transformação progressiva, na qual a conversão se realiza paulatinamente; a pouco e pouco, o caso que apresentava sòmente lesões indiferenciadas, vai adquirindo os caracteres das lesões lepromatosas. Uma ou várias fases de regressão se intercalam, nas quais a aparência do caso melhora considerávelmente, chegando mesmo, às vêzes, a não apresentar nenhuma manifestação tegumentar, e, depois o processo continúa até a lepromatização completa. Neste processo, ao contrário do que se observa na transformação tuberculóide progressiva, é difícil distinguir nítidamente as diversas fases, ou estádios sucessivos da transformação.

Outros casos há nos quais a conversão se realiza de modo abruto. Súbitamente, o caso que só apresentava lesões indiferenciadas, se converte em caso lepromatoso, seja pelo aparecimento de um surto de reação à eritema nodoso, seja pelo aparecimento subitâneo de lesões eritematosas infiltradas, numerosas, que se podem comparar as lesões de um surto urticariano, e que como este é fugaz, mas ao desaparecer, o caso está transformado, substituindo-se as lesões do surto por lesões lepromatosas. Descreveremos a seguir estes dois processos.

Transformação Lepromatosa Progressiva

Denominamos transformação lepromatosa progressiva ao processo pelo qual as lesões indiferenciadas se convertem em lesões lepromatosas, lentamente, sem fenômenos agudos que despertem a atenção.

Pela história dos casos que passaram por esta transformação, verificar-se-á que ela não é idêntica para todos. Em alguns a lepromatização se deu pelo aparecimento de tons fulvos discretos nas lesões que posteriormente assumem o aspecto lepromatoso franco. Em outros, há inicialmente uma regressão das lesões indiferenciadas que se tornam muito discretas, quase imperceptíveis, e depois dessa fase de regressão, em que se nota grande melhoria dos casos, instalam-se os fenômenos de lepromatização, com o aparecimento de tons fulvos ou alaranjados no local das antigas lesões, ou de eritema difuso, a princípio discreto, mas que se acentúa progressivamente. Verifica-se, ainda, a regressão das lesões iniciais, e o aparecimento de elementos novos, já típicamente lepromatosos (pápulas fulvas ou eritematosas) ao mesmo tempo que as lesões preexistentes assumem o aspecto das lesões lepromatosas incipientes, isto é, de lesões anulares de bordas levemente infiltradas, discretamente fulvas ou alaranjadas, nas quais o círculo interno é nítido e o externo difuso, impreciso, difundindo-se na pele vizinha.

Observamos 12 crianças, nas quais a mutação do grupo indiferenciado processou-se, de modo geral, identicamente para todos. Cumpre assinalar que a séde de predileção para o aparecimento dos primeiros sinais de lepromatização foram: as nádegas, principalmente a parte superior no limite com as regiões lombares; as regiões lombares e as faces posteriores das coxas, com maior frequência do lado interno, isto é, na face póstero-interna, terço superior.

Esquematizando o que nos foi dado registrar nesta série de casos, veremos:

1 — lesões do grupo indiferenciado:

a) se transformaram pelo aparecimento de sinais de lepromatização — tons fulvos ou alaranjados muito discretos;

b) regridem, desaparecendo quase totalmente, aparecendo depois os sinais de lepromatização, tais como, laivos fulvos ou alaranjados, eritema difuso, eritema livedóide, com ou sem espinolosismo, no local onde existiam as lesões iniciais e em outras zonas;

c) que progridem, ao mesmo tempo que novas lesões aparecem, juntamente com os sinais de lepromatização.

Os primeiros sinais de lepromatização, já com baciloscopia positiva, foram:

1 — aparecimento de laivos amarelados, muito discretos, que passam depois a alaranjados e mais tarde a fulvos; são a princípio, pequenos traços ou pontilhados esparsos, que mais tarde tomam configuração em aneis planos, delimitando área central de coloração mais ou menos normal, ou acrômica;

2 — eritema difuso, localizado, geralmente, na parte central das nádegas, nas faces posteriores das coxas e dos braços, e mais raramente, nas faces anteriores das coxas, no meio do qual os folículos pilosos se tornam hipertróficos;

3 — eritema livedóide, já em período mais avançado do eritema difuso, no qual as zonas eritematosas estão semeadas de áreas onde o eritema é mais acentuado, tendendo ao violáceo.

Êstes três aspectos morfológicos apresentam, do ponto de vista estrutural, um quadro lepromatoso franco, de intensidade variável.

É interessante notar-se que esta mutação do grupo indiferenciado se processou, em geral, depois de 5 anos de permanência com o aspecto indiferenciado.

Mutação Lepromatosa Abruta

Nem todos os menores do grupo indiferenciado, que se transformaram em lepromatosos, sofreram a transformação pelo processo que acabamos de descrever. Ao lado dos que se converteram progressivamente, outros há cuja mutação se opera abrutamente, perdendo, de um momento para o outro, os caracteres do grupo indiferenciado e adquirindo os do tipo lepromatoso. Esta transformação é denominada mutação lepromatosa abruta, para diferenciá-la do outro processo, a mutação lepromatosa progressiva.

Ainda na mutação lepromatosa abruta distinguem-se duas modalidades; na primeira, depois de um período mais ou menos longo como casos indiferenciados, surgem no tegumento numerosas lesões eritematosas infiltradas que, de certo modo, lembram as lesões urticarianas, e que regredindo, ou permanecendo, definem o caso no sentido do tipo lepromatoso; na segunda o paciente, que só tem lesões do grupo indiferenciado, apresenta, inopinadamente, alguns nódulos de eritema nodoso, que mostram estar o caso definido no sentido do tipo lepromatoso. Registamos, apenas, 10 pacientes de nossa casuística nos quais observamos a transformação lepromatosa por um surto agudo. Este consiste no aparecimento de número variável de lesões novas, eritematosas, infiltradas, geralmente de tamanho médio ou pequeno, cuja infiltração não é muito intensa, nem muito acentuado o eritema, o que lhes confere certa semelhança com as placas urticarianas, justificando a denominação de urticariforme que lhes é dada. A baciloscopia é sempre positiva em toda a duração do surto e mesmo em seu decréscimo. Cessa o surto progressivamente, diminuindo a infiltração, ao ponto das lesões tornarem-se absolutamente planas, ao mesmo tempo que o eritema esmaece e torna-se difuso na periferia. Algumas destas lesões desaparecem totalmente, outras permanecem e continuando a evolução adquirem, juntamente com as lesões pré-existentes, os caracteres de lesões pré-lepromatosas ou lepromatosas iniciais, já descritas.

A segunda modalidade de mutação indiferenciada em lepromatosa é representada pelo aparecimento de elementos de eritema nodoso em certos casos que permaneciam, há longo tempo, com todos os caracteres do grupo indiferenciado; aqui a denominação do processo de transformação lepromatosa talvez não seja a mais adequada, pois na realidade não há uma mutação no sentido lato do termo; o aparecimento de nódulos de eritema nodoso não constitue a mutação; eles anunciam sòmente a natureza real do caso, que se presumia indiferenciado.

3 — MUTAÇÃO DO TIPO TUBERCULÓIDE EM LEPROMATOSO.

O fenômeno de mutação do tipo tuberculóide em lepromatoso é raro; constitue mesmo exceção, sendo negado por muitos pesquisadores.

São, realmente, poucos e mal documentados os exemplos desta mutação registadas na literatura. Em nossa casuística, entre crianças, registamos 10 casos, nos quais a mutação é indisputável e deles faremos objeto de publicação especial. No momento, consideramos, em suas linhas gerais, o processo pelo qual a mutação se realizou.

Distribuiam-se nossos pacientes menores, segundo a variedade do tipo tuberculóide a que pertenciam, antes da mutação, do seguinte modo:

com leprides	atípicas.....	1
" "	figuradas.....	2
" "	reacionais	7
" "	nodulares.....	0
	Total.....	10

Estes números nos salientam dois fatos importantes: o primeiro, é a estabilidade do tipo tuberculóide na sua variedade nodular, própria de infância, na qual não se registou nenhum caso de transformação; o segundo, é a predominância da variedade reacional do tipo tuberculóide no total dos pacientes convertidos na forma lepromatosa.

Esta predominância do fenômeno da mutação lepromatosa, entre os casos com a variedade reacional do tipo tuberculóide, é perfeitamente explicável e compreensível, à luz dos nossos conceitos sôbre o estado imuno-alérgico destes pacientes.

Nós admitimos para esta variedade reacional três classes de pacientes, todos altamente alérgicos, mas com graus variáveis de resistência, ou imunidade:

a) os que são grandemente imunes, nos quais o surto reacional não se repete nunca, curando-se a lepra, com a cessação do surto;

b) os que são francamente imunes, cujos surtos podem recidivar, podendo alterar-se os caracteres morfológicos, na repetição

dos surtos (lesões intermediárias, lesões de recidivas) e que se podem converter no tipo lepromatoso se esgotar-se a resistência primitiva;

c) os que não tem resistência ou não imunes, menos numerosos, cujo surto inicial já vem com caracteres morfológicos degradados (lesões limitantes ou intermediárias) e na recidiva, se convertem fatalmente, no tipo lepromatoso.

A história clínica dos nossos pequenos pacientes, confirma, integralmente, esta nossa concepção. Dos casos com leprides reacionais que se converteram em lepromatosos 4 já apresentavam de inicio lesões do tipo intermediário, ou limitante; tiveram na repetição do surto, típicas lesões de recidiva. Se quizermos medir-lhes a resistência, pelo resultado da reação à lepromina, verificaremos que:

a)	lepromina positiva	forte.....	1
		fraca.....	2
b)	lepromina duvidosa		1
c)	lepromina negativa.....		6
		Total.....	10

Entre estes nossos pacientes menores, o processo de mutação para lepromatosa, realizou-se sempre por ciclos evolutivos uniformes para todos êles, entre os quais se intercala sempre um estádio mais ou menos prolongado, com lesões do grupo indiferenciado, ou então com aspecto de individuos aparentemente sadios.

Esquemàticamente, assim se realiza a mutação:

1.º Ciclo :

Indiferenciado (início da moléstia) — Tuberculóide reacional (período de estádio) — Indiferenciado (residual)

2.º Ciclo :

Recediva do surto (lesões intermediárias — limitantes ou de recidiva) — Indiferenciado (residual)

3.º Ciclo :

Lepromatoso.

Em alguns casos, a recidiva do surto, que precede a mutação no tipo lepromatoso, não é única como esquemàticamente figuramos; ela pode ser múltipla, esgotando a pouco e pouco, a pequena resistência do paciente, que acaba, finalmente, convertendo-se em tipo lepromatoso. É interessante registar que em poucos deles verificamos, depois da regressão do último surto, quando se supunha o aparecimento de novo surto reacional, a eclosão de uma intensa reação à eritema nodoso, demonstrando a permanência do estado alérgico do paciente, mas já convertido no tipo lepromatoso.

No aspecto clínico dos surtos reacionais de recidiva, alguns sinais já nos faziam prever a futura mutação do caso do tipo le-

promatoso. Sobreleva-se, pela constância de seu aparecimento, o edema das mãos e dos pés. Em todos os casos em que foi registado, processou-se, mais cedo ou mais tarde, a mutação no tipo lepromatoso.

4 — MUTAÇÃO DO TIPO LEPROMATOSO NO TUBERCULÓIDE.

Admite-se a eventual mutação de casos do tipo lepromatoso no tipo tuberculóide, na fase final da moléstia, depois de longos anos, já o paciente livre de todas as manifestações tegumentares da lepromatose, conservando apenas, as mutilações e deformidades, consequências irremovíveis do comprometimento do sistema nervoso periférico.

Nós mesmo, tivemos oportunidade de observar este fenômeno em dois velhos casos lepromatosos, e, alguns conhecemos na literatura. É obvio que na infância essa mutação não existe.

Entretanto, já registamos, em quatro menores, a conversão do aspecto clínico e estrutural do tipo lepromatoso no tuberculóide; sòmente aqui o fenômeno não é espontâneo, nem representa a fase final da lepromatose; foi provocado, ou melhor, foi consequência do tratamento sulfônico.

Eis na sua essência o que verificamos nestas quatro crianças: trata-se de 4 menores com lesões do tipo lepromatoso moderado, com lesões eritêmato-pigmentares planas, algumas; outras, levemente infiltradas, pouco numerosas. Iniciada a terapêutica pela sulfona, via oral ao se alcançar a dose de 120 drágeas, observamos a eclosão de um intenso surto agudo, constituido de grandes placas eritematosas ou eritêmato violáceas, algumas muito extensas, ocupando todo o tegumento de um membro com aspecto eritrodérmico: em poucos dias o surto decresce de intensidade, a infiltração diminue, as placas recobrem-se de finas descamação.

Este surto, tomado, a princípio, por uma exacerbação da moléstia, provocado pela administração das sulfonas, lembrava pelo aspecto das lesões, pela localização, pela regressão mais ou menos rápida, com grandes melhoras do estado cutâneo, o surto tuberculóide reacional, de aspecto intermediário.

Não nos era possível, entretanto, dada a natureza indiscutivelmente lepromatosa dos casos, pensar em uma manifestação clínica, que pertence ao outro tipo polar, o tuberculóide. Contudo, a biopsia dos elementos do surto em sua fase de estádio, com surpresa nossa, revela uma estrutura constituida, predominantemente, de células epitelioides, com discreta reação linfocitária periférica, uma ou outra célula gigante, com edema e vacuolização dos elementos celulares, dispostos a modo de estrutura nodulares, reproduzindo, em suma, o tecido tuberculóide reacional. A pesquisa de germes, revela sua presença em número variável predominando as formas modificadas do bacilo e granulações álcool-ácido-resistentes.

A interpretação destes fatos, que seria a resposta a estes quesitos, deve ficar na dependência da observação mais prolongada dêstes e de outros pacientes semelhantes.

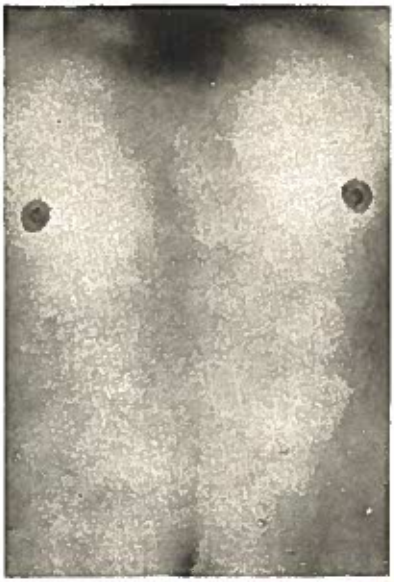
O fato está registado e já documentado na literatura, consignando-se que se repetiu mais numerosamente em pacientes adultos e que não houve alteração no resultado da reação à lepromina.

Tratar-se-á, realmente, de mutação, pela influência da sulfonoterapia, do tipo lepromatoso no tipo tuberculóide? Terão, realmente, estas substâncias provocado alteração tão profunda no estado imuno-alérgico destes pacientes?

Serviço Nacional de Educação Sanitária

ESTAMPA

Mutação de I T



Figs. 1 e 2 — Lesões acrômicas em mutação tuberculóide.

Figs. 3 e 4 — Lesões eritêmato hipocrômicas com intensas infiltrações marginais transformadas em tuberculóide figurada.

ESTAMPA

Mutação em Lepromatosa

Fig. 1 — Lesões acrômicas transformadas em lepromatosas pelo aparecimento de pigmentação fulva no centro.

Fig. 2 — Individuação de lesões lepromatosas de coloração fulva sôbre lesões eritematosas.

Fig. 3 — Lesão acrômica transformada em lepromatosa pelo aparecimento no centro de coloração fulva.

SINTOMATOLOGIA NERVOSA

SINTOMATOLOGIA NERVOSA

As manifestações do comprometimento nervoso da lepra na criança são idênticas às do adulto, com uma única exceção: na variedade nodular do tipo tuberculóide, que só incide na infância, não há comprometimento nervoso, pelo menos aparente. Nenhum dos casos desse tipo clínico, observados por nós apresentou qualquer sintomatologia nervosa.

Na infância, por outro lado, raramente são observadas as graves mutilações e deformidades, frequentes no adulto, e isso por consistirem, estes sintomas, fases tardias da infecção e que só aparecem, embora a moléstia seja adquirida nessa época da vida, quando os enfermos são já adultos. Mas isso não quer dizer que a criança não seja atingida por deformidades e mutilações; apresentam-nas em casos de evolução aguda, e de localização preferencial nervosa. Por outro lado, a criança mostra, se bem que referidos menos frequentemente, sintomas nervosos iniciais da doença, tais como áreas anestésicas e atrofias musculares isoladas, como manifestações precoces. Só que elas não se queixam dos mesmos, e daí só serem percebidos quando já perfeitamente instalados, e portanto objetivamente observáveis.

Tanto quanto no adulto, as três formas clínicas podem apresentar, na infância, localização nervosa, quer isoladas, quer associadas às manifestações cutâneas.

Essa "Sintomatologia da lepra nervosa" já foi objeto de uma monografia do Serviço Nacional de Lepra (1). Por isso, aqui faremos apenas uma síntese desses sintomas, com os elementos clínicos e laboratoriais que lhe permitam o diagnóstico de forma.

As lesões nervosas da lepra, como manifestações isoladas, sem ausência de sintomatologia cutânea são raras. São constituídas por áreas anestésicas, por atrofias musculares, que se acompanham, quase sempre, de espessamento correlato dos troncos nervosos, de cujo trofismo são tributários, e de anestesias regionais ainda na dependência dos mesmos troncos nervosos e mais excepcionalmente, na criança, do mal perfurante, ou outros fenômenos tróficos, ragádias, bolhas etc. Esses casos exigem do leprologista e do neurologista, cuidados especiais no diagnóstico da natureza etiológica, já que outras moléstias, podem apresentar sintomatologia semelhante. Por outro lado, esses sintomas estão associados à manifestações cutâneas indiscutíveis da moléstia, e estas, então, ou o seu conjunto, justificam o diagnóstico clínico e o da forma.

Na maioria dos casos, difícil se torna separar as manifestações nervosas das manifestações cutâneas, de tal modo elas se imbricam.

Assim, dividimos o assunto de acôrdo com o seguinte esquema:

Sintomas nervosos	isolados	zonas de anestesia nevrites amiotrofias fenômenos tróficos
	associados a lesões cutâneas	anestesia nas lesões
		amiotrofias e fenômenos tróficos associados à lesões

ZONA DE ANESTESIA: — Dentre os sintomas nervosos mais frequentemente observados, como manifestação inicial da moléstia, é sem dúvida, a perda da sensibilidade em pequena zona do tegumento cutâneo, localizada predominantemente nos membros, quer superiores, quer inferiores. Este fato é referido mais frequentemente pelo doente, convivente ou não, que descoberto pelo próprio médico. Compreende-se que uma área anestésica, sem modificação qualquer do tegumento, como sóe acontecer, passe despercebida ao exame clínico. Mas o povo de modo geral, e, sobretudo, o convivente sabe a natureza desses sintomas e os referem ao médico. É interessante como a criança de preventório, onde não se fala de lepra, tenha a consciência desses sintomas, e relate ao médico sua existência.

A ínsula anestésica pode apresentar-se isoladamente, ou simètricamente, e mesmo em pontos diversos do corpo. Na maioria das vêzes sem qualquer modificação do tegumento, precedida ou não de uma curta fase de hiperestesia. Concomitante ou subsequente à área anestésica, o doente refere a falta de sudorese, sobretudo quando ela se localiza nas pernas. Hiperestesia- anestésia-anidrose são, então, as características clínicas dessas manifestações precoces de lepra. A pele pode apresentar-se normal na área anestésica, mas, frequentemente, percebe-se alterada em seu aspecto, si se a examina com cuidado. Assim é que se pode observar uma zona hipocrômica, onde a epiderme se mostra levemente atrófica, com ausência ou rarefação dos pêlos que são frágeis, quebradiços, e fáceis de extirpar. Essas alterações são devidas ao processo leproso que atinge, preferentemente, os folículos pilosos, as glândulas e os nervos da pele. A área anestésica pode estar presente, com lesões nervosas do tipo amiotrófico, sobretudo nos braços e mãos, nas pernas e pés, e, neste caso, estão na depedência de lesão dos nervos tronculares e dêste aos seus ramúsculos terminais.

Finalmente, podemos encontrar a área de anestesia como sequela irremovivel de uma lesão maculosa curada, da qual resta apenas uma atrofia nitida, circunscrita, da pele, ou, o que sucede mais raramente, sem alteração do tegumento.

A extensão e forma das áreas de anestesia variam de acôrdo com a altura e a intensidade da lesão nervosa. As vêzes, é grande,

em faixa, obedecendo sempre à distribuição dos ramos nervosos periféricos, porém mais frequentemente é ovalar de grande eixo paralelo ao membro e de evolução excêntrica.

Localizam-se, por ordem de frequência: a) nos membros inferiores; face externa e terço inferior da perna, no território cutâneo inervado pelo nervo músculo-cutâneo, no dorso e borda externa do pé, no território do nervo safeno externo e músculo-cutâneo; face anterior do joelho, mais raramente em áreas isoladas nas faces ântero-externa da coxa, território do fêrmuro-cutâneo. Nunca observamos anestesia na nádega sem lesão cutânea; b) nos membros superiores: na borda externa da mão, região hipotenar, atingindo os dedos mínimos e face externa do anular, em território inervado pelos ramos terminais do cubital; no cotovelo, em área de inervação do graquial-cutâneo-interno; em zonas do antebraço e dorso dos dedos e mais raramente no braço. Na face, dificilmente se localizam anestesias primárias; apenas nas borda do pavilhão auricular, ramo do servical. Nunca observamos área de anestesia sem lesão cutânea, no tronco anterior ou posterior, nem no abdome.

A área anestésica uma vez instalada permanece, por tempo mais ou menos longo, estacionária, evoluindo depois, seja para uma forma lepromatosa, seja precedendo um surto tuberculóide reacional, ou mesmo uma lesão figurada. Muito excepcionalmente permanece como sintoma isolado e único. Frequentemente, em seu lugar se assesta u'a mácula eritêmato-hipocrômica, já então habitada, ao mesmo tempo que outras máculas aparecem pelo tegumento. Outras vêzes, evoluem para o tipo tuberculóide, pelo aparecimento de pequenos elementos papulóides nas margens, evoluindo, lentamente, para uma lesão figurada.

BACILOSCOPIA: — A baciloscopia de área anestésica é, no geral, negativa. Em fase evolutiva para lesão eritêmato-hipocrômica, pode ser positiva.

ESTRUTURA: — A estrutura histológica da área de anestesia, é, em geral, de um infiltrado crônico inespecífico. Algumas vêzes, porém, podemos encontrar, um processo incipiente nodular, correspondendo a um quadro pré-tuberculóide. Quando do processo evolutivo para eritêmato-hipocrômico, não é raro encontrar-se um quadro estrutural pré-lepromatoso.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: — O diagnóstico etiológico de uma área de anestesia é em geral fácil. As alterações da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato, pesquisadas pelas provas clínicas conhecidas, permitem confirmar o diagnóstico. Na criança essas provas já são mais dificieis de serem empregadas. Apenas na sensibilidade à dor, vedando os olhos dos menores, é possível verificar-se sua alteração pela reação reflexa à picada. Na criança assume maior valor a prova da Histamina (1) que presta, quando

1) LIMA, L. S. & CAMPOS, N. S.: — Diagnóstico Clínico, Laboratorial e Biológico — a prova de Histamina — Rio de Janeiro, 1943.

a pele favorece seu emprego, grande auxílio ao Clínico. A prova da histamina, quando seu resultado é positivo, permite, com segurança, o diagnóstico afastando, desde logo, os patomímicos e histéricos.

DIAGNÓSTICO DA FORMA CLÍNICA: — Os casos isolados de área anestésica são enquadrados no grupo indiferenciado, apoiados nas provas clínicas, na bacilocopia negativa e na estrutura inflamatória crônica inespecífica. Quando porém, em relação a uma área-anestesésica antiga, se encontra um filete nervoso espessado, podemos firmar o diagnóstico de tipo tuberculóide, sobretudo si a lepromino-reação for positiva.

NEVRITES: — A pesquisa dos troncos nervosos accessiveis ao exame clínico, assim como seus ramos terminais, é indispensável em todo exame clínico em que se queira individuar a lepra. É, justamente, pelas consequências de invasão do nervo pelo Micobacterium lepra, que os doentes procuram o médico, ou seja, anestesia, atrofia muscular, nevrite, fenômenos tróficos.

As nevrites se apresentam, em geral, como sintoma inicial da moléstia. Nestes casos, evoluem de maneira lenta; primeiro, apresentando sintomas de formigamento, câimbras, hiperestesia, dificuldades de movimento dos músculos inervados pelo nervo lesado, para depois se objetivar pela dor, localizada no tronco nervoso, e mais secundàriamente, pelas alterações motoras ou tróficas dos músculos inervados pelo nervo atingido. Resulta, então, a impotência funcional, as atrofias musculares e as anestesias. A intensidade dêsses fenômenos é variável. Às vêzes assume carater agudo, abruto, outras vêzes se instalam lentamente.

Clìnicamente as nevrites se caracterizam por modificação de forma e de volume dos nervos que se apresentam com espessamentos homogêneos, regulares, cilindróides ou nodulares, ou irregulares na forma, muito frequentemente dolorosos, sobretudo ao toque, mas podendo se apresentar indolores. Atinge um tegumento variável de um nervo, seja troncular, seja periférico. Em certos casos, o nervo, além do aumento regular de volume apresenta dilatações tumorais, isoladas ou seriadas, fazendo corpo com o nervo, ou apenas aderente a êle. Essas dilatações podem abrir-se expontaneamente para o exterior dando, então, origem a uma cicatriz com aderencia do nervo à pele, muito caracteristica.

Os nervos são pesquisados pela palpação cuidadosa de seu trajeto, accessível ao exame. No caso de nervos superficiais, pode ser percebido pela simples inspeção.

Os nervos mais frequentemente lesados são o cubital e o ciático poplíteo; depois, em ordem de frequência, o auricular, o braquial- cutâneo-interno, o músculo-cutâneo, o ramo superficial do peroneiro, e o supra orbitário. O espessamento dos nervos, quer tronculares, quer periféricos, sub-cutâneos, constitue um aspecto muito particular e quase patognomônico de nevrite le-

prótica, pois outras doenças do sistema nervoso periférico, via de regra, não determinam modificações de volume e de forma do nervo atingido.

Na criança, esses casos com lesões nervosas, isoladas, são raros. O exame clínico cuidadoso, quando existem, as revelam.

AMIOTROFIA: — Consequente as nevrites, as atrofias musculares seguem-se em ordem de frequência. Elas se instalam em seguida a uma inflamação aguda do nervo e suas consequências.

Outras vêzes, porém, processam-se lentamente, iniciando-se por ex., por uma parestesia e uma paresia nos dedos mínimo e anular, de uma ou de ambas as mãos, objetivados por dificuldades de movimento de flexão, que se torna moroso, diminuição da força muscular, hispoestesia ou anestesia no terreno cubital, ao nível dêsses dedos da mão.

Lentamente, na maioria dos casos, vai se instalando a atrofia muscular ao mesmo tempo que esses dois dedos vão adquirindo um estado de contração permanente, e mesmo quando a mão em extensão, êles permanecem encurvados ligeiramente, o mínimo mais, o anular menos, correspondendo ao quadro clínico da campodatilia. Nestes casos frustos, a atrofia muscular não é perceptível clìnicamente, ou apenas se percebe um leve achatamento da região hipotenar. Sòmente o exame elétrico, pela prova da reação de degeneração (R. D.), é que se consegue revelar com certeza. A campodatilia pode ser apenas, uma fase de transição de um processo evolutivo, constituindo o estado inicial das deformidades das mãos, mas pode, igualmente, ser o estado final, de um processo leprótico estacionário. Evoluindo, caminha para os quadros clássicos de deformidade das mãos em período mais avançado. O mesmo processo de deformidade se instala nas pernas e pés, apresentando graus vários de intensidade.

Quando o quadro clínico se apresenta assim completo, não existe nenhuma dificuldade de diagnóstico da natureza dessas deformidades. Mas tivemos ocasião de observar casos de atrofia circunscrita a um músculo ou a um pequeno grupo de músculos, com apenas um "deficit" de motricidade, revelado pela R. D. Nesses casos não há nem distúrbio da sensibilidade e apenas a prova elétrica de degeneração pode afirmar o diagnóstico de lepra.

Na infância, os processos de atrofia muscular, não apresentam nenhum aspecto particular. São menos frequentes, mas ás vêzes assumem o mesmo carater grave que o do adulto.

MAL PERFURANTE: — É uma das lesões tróficas da lepra mais frequentes. Na infância é relativamente rara e se apresenta com os mesmos caracteres que os do adulto. Na criança nunca vimos como manifestação isolada da moléstia, estando sempre associada a outras lesões, sejam nervosas, sejam cutâneas. Igualmente, na criança é, absolutamente, excepcional o

mal perfurante de outras etiologias, diabete, tabes, siringomielia, mielites etc.

Essa sintomatologia nervosa que acabamos de relatar sumàriamente, dificilmente se apresenta isolada na infância. O mais frequente é ela apresentar-se associada à lesões cutâneas, completando assim a feição clínica da lepra em seus quadros típicos polares, lepromatoso e tuberculóide, e do grupo indiferenciado. Mas, quando tal fato sucede, a clacificação clínica dos mesmos se reveste das mesmas dificuldades que para o adulto. Apenas, quando clìnicamente se apresenta dilatações nodulares ceseificadas, ou quando encontramos um caso de nevrite hipertrófica em relação com uma mácula, ativa ou cicatricial, nós temos elementos para firmar o diagnóstico de tipo tuberculóide. Não existindo esses elementos de certeza, não possuimos, clìnicamente, base para julgar do tipo de uma nevrite, amiotrofia, ou de um mal perfurante. Sòmente a biopsia do nervo, no caso de nevrite hipertrófica fará o diagnóstico com segurança. Todavia, a presença do muco nasal positivo, num caso com sintomatologia nervosa pura, o que é raro, mas que existe, ou a felicidade de encontrar-se pela punção de um nervo, globias, ao exame bacterioscópico, podemos dizer que se trata de um tipo lepromatoso do nervo. A prova da lepromino-reação pode fornecer elementos de suspeição, mas não de certeza.

TERAPÊUTICA

TERAPÊUTICA

A terapêutica da lepra entra atualmente, em uma nova éra, que surge promissora: a éra da sulfonaterapia, contando já em seu ativo, entre nós, 4 anos de emprego intensivo e extenso.

Os resultados iniciais relatados oficialmente na Conferência Pan-Americana de Lepra, reunida no Rio de Janeiro, não sofreram contestação. E mal saida de sua fase experimental, já se pode enumerar considerados como definitivamente estabelecida uma série de fatos a ela pertinentes.

Note-se, e isto assume enorme relevância, que até o presente, a sulfonaterapia foi sujeita a mais cruciantes das provas, limitado que foi seu emprego, quase exclusivo, às mais avançadas formas de lepromatose, quando não, à generalizada. E, neste particular, nada mais se lhe pode exigir; os resultados alcançados nos casos dessa natureza, consagraram-na como a terapêutica de eleição da lepra.

Sintetizariamos em três preposições os aspectos principais, dêstes resultados, e que não podem sofrer contestação:

1.º) — É de suma relevância, é a cessação do processo evolutivo, dêstes casos, que vêem a lepra de que são portadores, estacionar, por assim dizer bruscamente, depois de alguns meses de tratamento.

2.º) — A regressão considerável, da sintomatologia cutânea, transformado totalmente o aspecto clínico dêstes casos;

3.º) — A incontestável ação dêstes medicamentos sôbre o comprometimento das mucosas das vias respiratórias superiores e mais especialmente sôbre a laringe, evitando a traqueotomia, ou normalizando a função dos já traqueotomizados, dispensando as cânulas.

Êstes são fatos já indisputáveis, registados universalmente como resultados de sulfonoterapia nos casos lepromatosos.

Mas, o aspecto que realmente importa na terapêutica da lepra o que pode influir decisivamente na orientação profilática atual, não são os casos avançados ou generalizados, já segregados 10, 15 e 20 anos, a atual geração que superlota nossos leprocômios, e da qual, grande número, infelizmente, está sacrificada.

O que importa, o que passa a ter significação preponderante, são os resultados de sulfonoterapia nas fases incipientes do tipo lepromatoso, para que lhes impeça o avanço para os estados mais avançados; o que vulta de importância é o tratamento dos casos do grupo indiferenciado, ainda em fase não contagiante, para impedir-lhe a progressão no tipo lepromatoso, suprimindo, assim, futuros focos de contágio.

O que nos interessa, do ponto de vista social, é o tratamento dêstes casos e dos do tipo tuberculóide, antes de comprometido o sistema nervoso periférico, e instaladas suas terriveis consequên-

cias, as mutilações e as deformidades, que incapacitam o indivíduo para a vida coletiva.

Consegui-lo-á a terapêutica sulfonica?

Eis porque julgamos de sumo interêsse, incluir em nosso estudo sôbre a lepra na infância, um capítulo dedicado à terapêutica pelas sulfonas, por ser nessa época, em que predominam os casos indiferenciados, os casos tuberculóides em início e as fases incipientes do tipo lepromatoso, nos quais o tratamento intensivo e bem orientado, poderá dar-nos a solução de todos os complexos problemas criados com a profilaxia da lepra pela segregação.

TRATAMENTO PELOS DERIVADOS DAS DIAMINO-DI-FENIL SULFONAS

Empregam-se os derivados das diamino-di-fenil-sulfonas, seja pela via venosa, seja pela via oral, parecendo que o valor intrínseco bacteriostático seja idêntico, por uma ou outra das vias de administração.

Via intra-venosa (Promin) Aplicam-se nas crianças, séries de 15 dias de injeções diárias, seguidas de 1 de repouso. A dosagem depende da idade, estado geral e tolerância individual.. Começamos atualmente com 1 cc. que se aumenta progressivamente, até o máximo de 5 cc., correspondentes a 2,5 grs. do radical, para as crianças até 10 anos. Nas crianças maiores de 10 anos até os 14, esta dose máxima pode ser ultrapassada, tolerando algumas até 12,5 cc. isto é, 5 grs. do radical. Entre uma série e outra não há necessidade de reiniciar o tratamento com a dose mínima de 1 cc.; determina-se a dose inicial da nova série, de acôrdo com os índices normais de fiscalização do tratamento (vêr fiscalização do tratamento).

Via oral — Emprega-se a via oral (Diazone e Diamidim) em séries de 6 semanas, com 2 de repouso. Inicia-se o tratamento com 1 drágea de 0,33 gr. diária, durante 3 dias, aumentando subsequentemente para duas, administradas, preferentemente no meio das refeições. Em crianças menores de 10 anos nunca ultrapassamos duas drágeas: em crianças maiores de 10 até 14 anos, excepcionalmente, damos 3 drágeas diariamente.

Para o Sulphetrone, cujo emprêgo recém-iniciamos, nosso esquema de tratamento será a administração de 1,5 grs. e 3 grs. diàriamente em comprimidos de 0,50 gr. durante 6 meses, depois dos quais se fará um intervalo de 1 mês, ou mais, segundo a tolerância dos pacientes.

Fiscalização do Tratamento — Qualquer que seja a via utilizada é indispensável a fiscalização sistemática do tratamento, consiste-nos em:

1) — Contagem de hemetias cada 15 dias;

2) — Dosagem de hemoglobina, cada 15 dias;

3) — Exame de urina, incluindo o sedimento, cada 15 dias.

É conveniente, além disso, uma contagem global de leucocitos por mês.

A suspensão temporária do tratamento se impõe quando a contagem de hematias acusa 3.000.000, a dosagem de hemoglobina desce a 50%; basta, às vêzes, a interrupção do tratamento sulfônico para que êstes índices retornem aos níveis anteriores. Aconselha-se contudo a administração de extracto hepático, saes de ferro, complexo vitaminino "B", levedo de cerveja etc. como medicações auxiliares.

O exame do sedimento da urina é verificação indispensável, ficando a interrupção ou continuação do tratamento, sujeitas ao seu resultado.

Acidentes de Sulfonoterapia — Apesar do emprêgo intensivo, e por longo tempo, dos derivados das di-amino-di-fenil sulfonas, em pacientes menores, de todas as idades, dos 5 aos 14 anos, e de todos os tipos de moléstia, não registamos um único acidente ou incidente de maior gravidade.

Em nova casuística de pacientes menores em tratamento, registamos 3 ordens de acidentes:

1) — Acidentes tóxicos, devidos aos medicamentos dos quais o principal são as anemias, facilmente evitáveis pela fiscalização sistemática do tratamento e, facilmente debeláveis, pela interrupção temporária da administração dos sulfonas.

2) — Acidentes de intolerância, devido ao paciente; entre êstes rotulam-se: a) cefaléas, náuseas, tonturas, que quase nunca impossibilitam a continuação do tratamento, excepcionalmente uma interrupção de dias; b) distúrbios gástricos e intestinais, que impõe a suspensão temporária da medicação; c) dermites medicamentosas raras nos pacientes menores (nenhum caso de eritrodermia) entre as quais destacam-se uma erupção semelhante ao prurigo e uma dermite de aspecto muito peculiar tricoftóide.

Nos casos de dermites suspende-se temporàriamente a medicação, desensibiliza-se o paciente e reinicia-se o tratamento sem maiores inconvenientes.

3) — Acidentes devidos à própria lepra, que podemos designar como específicos; são os surtos agudos de eritema nodoso, mais raramente do polimorfo, cujo aparecimento com comprometimento do estado geral do paciente, indica a suspensão temporária da medicação; quando se apresentam, apiréticos é aconselhavel a continuação do tratamento sulfônico.

Ensaiamos atualmente a administração concomitante de substâncias anti-histamínicas, com o propósito de evitar o aparecimento dêstes surtos agudos, devidos a sulfonoterapia.

Faz-se mister, contudo, assinalar que, nos casos lepromatosos avançados ou generalizados, o aparecimento de surtos agudos é índice favorável, não sendo aconselhável evitá-los ou debelá-los.

Como já afirmamos, parecem equivalentes os valores intrín-

secos bacteriostáticos de todos êstes derivados das di-amino-difenil sulfonas; os resultados clínicos parecem também indicar essa equivalência: entretanto, em certos casos, damos preferência à via intra-venosa; são êles, principalmente, os em que incidem surtos agudos (as irites e erido-ciclites nunca foram registadas na nossa casuística de menores) principalmente os provocados pela administração oral e que se acompanham de ostealgias mialgias e neurites, nos quais a simples mudança de via de administração, tem sido suficiente para debelá-los.

Casos outros há, por outro lado, em que costumamos intensificar a dosagem; são os de "pseudo-exacerbação" da moléstia, já referidos, quando tratamos de mutação do tipo lepromatoso em tuberculóide. Nestes casos, nossa prática, aconselha a intensificação da dosagem ao máximo compatível com a tolerância do paciente.

IMUNIDADE

IMUNIDADE

Sempre preocupou aos leprologistas o fato de serem determinadas pessoas imunes à lepra, pois apesar de íntima convivência com doentes de formas contagiantes, através de anos, não adquirem a moléstia. A experiência de todos que trabalham em lepra ensina não bastar a exposição ao contágio, para se contrair a enfermidade. Esta refratariedade de determinadas pessoas foi o ponto fraco dos contagionistas e serviu de apoio dos hereditaristas, em fins do século passado. A raridade da lepra conjugal e entre os ascendentes, e sua frequência entre os descendentes, deu força aos adeptos da hereditariedade para defesa de seu ponto de vista. A imunidade não era então conhecida, se bem que já antevista. O tempo, todavia, se encarregou com o evoluir dos conhecimentos médicos, de dar explicação a êstes fatos.

E, assim, o destino de um indivíduo exposto ao contágio de uma moléstia infecciosa, pode variar desde o estado de resistência completa, que o torna absolutamente refratário à mesma, até à suscetibilidade extrema, que o leva a adquirir a doença sob as formas mais graves. E pela predisposição ou suscetibilidade de um lado, pelo estado de resistência ou de imunidade de outro, chegou-se à explicação de fatos aparentemente contraditórios. A lepra não foge a êsses conceitos. Há pessoas sensíveis à infecção como há pessoas resistentes a ela. Ambos os estados estão na dependência de condições particulares do organismo, adquiridas ou herdadas.

É conhecido que a moléstia adquire sempre virulência maior nos focos virgens, assim como ela vae tendendo para a benignidade em focos antigos. E dentro de um mesmo país, observamos zonas de maior ou de menor difusão e malignidade. E ainda dentro de um Estado, focos mais graves e focos menos graves. Tudo isto é explicado pela maior ou menor receptividade da população, condições estabelecidas pela resitência maior ou menor, adquirida através dos anos.

Transportando ainda a questão para os focos familiares vemos, na mesma família, uns adquirirem a moléstia sob forma malígna, lepromatosa, outros sob forma benígna, tuberculóide. Evidencia-se então, mais um fator, a resistência individual, ou seja o estado de imunidade, ou de sensibilidade, á infecção. Entre os conviventes dêsses mesmos focos, vemos por sua vêz, uns adoeceram, outros permaneceram indêmes. Ora, tôdos êsses fatos, de observações quotidiana, veio provar de maneira indiscutível, que o contágio só, não é bastante para a contaminação. Há necessidade de existir uma condição particular do organismo, para que se estabeleça a doença, como há, organismos, que possuem condições de resistência especial à moléstia.

LEPROMINO - REAÇÃO

Dia a dia, no concenso unânime dos observadores, a lepromino-reação, vem confirmar sua utilidade cômo índice do prognóstico para os casos de lepra e para os conviventes. A constante negatividade nos doentes lepromatosos e a frequente positividade nos tuberculóides, indicam claramente que seu resultado revela um estado de maior ou menor resistência do organismo à infecção leprosa. Entre os conviventes, seu resultado indica, êste mesmo estado de resistência ou de predisposição à infecção.

Não iremos aqui explanar-lhe a técnica de preparação e de aplicação, assunto já familiar à maioria dos leprólogos, e suficientemente divulgado em três monografias premiadas pelo Serviço Nacional de Lepra sôbre: "Diagnóstico Clínico e Laboratorial da Lepra".

Apenas aqui queremos focalizar a importância de seu emprêgo quer nos hospitais de lepra, quer nos doentes de Ambulatório e quer no contrôle dos conviventes.

No meio hospitalar seu valor é relativo visto que, havendo predominância, hoje, quase absoluta de formas lepromatosas, seus resultados deverão ser sempre negativos.

Apenas nas crianças hospitalizadas, entre os quais predominam os casos indiferenciados, seu emprêgo poderá dizer do prognóstico evolutivo dos mesmos, muito embora acreditemos que a super-infecção do meio hospitalar possa ser condição suficiente para modificar o estado de resistência dos doentes. Êste fato tem sido por nós observado, seja na existência de doentes aparentemente benignos, tuberculóides ou indiferenciados, alguns, casos antigos da doença, da qual permanecem apenas reliquat nervosos, em estado de cura clínica, aparente, com lepromino-reação negativa. Outros lepromino-positivos, de bom prognóstico por conseguinte, evoluiram com o tempo para lepromatosos. Êsses fatos, aparentemente paradoxais, têm, ao que parece, explicação na super-infecção.

A imunidade na lepra ainda não é conhecida em seu exato mecanismo. São as conclusões da observação clínica, através de anos, comprovadas pelos resultados da lepromino-reação, que nos dão uma idéia, ainda grosseira, de sua existência. É natural por isso, que resultados contraditórios apareçam, mas que não tenham ainda fôrça para invalidar os seus resultados gerais.

Já o ambulatório, onde se centralizam casos, no geral benígnos da moléstia, indiferenciados e tuberculóides, além dos de alta hospitalar, com bacterioscopia negativa, permite conclusões mais seguras do valor da lepromino-reação.

A ROTBERG (1) observando o resultado da lepromino-reação entre 445 doentes de ambulatório durante 5 a 6 anos, chegou a seguinte conclusão:

1) ROTBERG, A.: — Valor prognóstico da lepromino-reação de Mitsuda. Rev. Bras. Lepr., São Paulo, 1944: 12 (4) 367.

"**Grupo negativo (—) incluindo os duvidosos (+—)** Entre 91 casos lepromino-negativos e duvidosos observaram-se 59,3%, de reativações lepromatosas 8,7% de incaracterística (hoje indiferenciado) e 2,2% de reatitivação do tipo tuberculóide. Permaneceram inalterados 31,8%.

Grupo positivo + : — 31,6% de reativação lepromatosa 2,1% indiferenciados e 4,9% tuberculóides. Permaneceram inalterados, 60,3%.

Grupo positivo ++ : — 12,2% de reativação tuberculóide; 87,8% inalterados.

Grupo positivo +++ : — 4,7% de reativação tuberculóide; 95,3% inalterados.

Êstes números falam por si: dos casos tuberculóides positivos ++ e +++ nenhum evoluiu para lepromatoso, uma pequena percentagem teve apenas surto tuberculóide reacional, ao passo que dos casos lepromino — e +, e +, êle observou respectívamente 95,3% e 31,6% de reativação lepromatosa.

Mas é, sem dúvida no preventório, para filhos de doentes de lepra, com convivência anterior com os pais, ou separados ao nascer nos leprocômios que se nos oferece um campo propício para obervação e estudo dessa reação.

Nossa observação nêsse campo de estudo é bastante longa e nossas conclusões são o fruto de mais de um decênio de aplicação de lepromino-reação nas crianças recolhidas nos dois preventórios do Serviço do qual fazemos parte.

O seu valor prognóstico entre os conviventes, resulta seguro da observação de quase uma centena de crianças que apareceram doentes nêsses anos decorridos. Tôdas elas tinham a lepromino-reação negativa.

Nenhuma criança lepromino positivo ficou doente, com exceção de algumas raras que apresentaram forma clínica benígna, tuberculóide, que não justificaram sua tranferência para o hospital.

Êsse fato, pelo que temos conhecimento, tem sido observado em outros serviços. Assim pois, o valor prognóstico da lepromino-reação é assáz importante. Ela revela, seja no doente, seja no convivente, êste estado de resistência à infecção leprosa que condiciona, no doente a estabilidade da forma benígna da moléstia e no são, um estado de refratariedade.

Está pois aceito no concenso quase unânime dos leprólogos o valor prognóstico da lepromino-reação. Ela é um índice de resistência ou de imunidade à doença.

Baseado em seus resultados, vimos então procurando a maneira de tornar o convivente lepromino-negativo em lepromino-positivo. Primeiramente empregamos a hetero-hêmo-terapia e a hetero-soro-terapia dos lepromino-positivos, nos lepromino-

negativos, sem resultado. Depois, em seguida à verificação de algumas creanças negativas à primeira inoculação do antígeno se tornavam positivas nas subsequentes, experimentamos a prática da lepromino seriada, de 3 em 3 meses, tendo conseguido a inversão de alguns casos enquanto que outros permaneciam negativos. Essas crianças lepromino-negativos mereceram de nós cuidados especiais, na tentativa de modificar êste estado de sensibilidade do organismo. E foi assim que, em seguida à verificação por nós da transformação da estrutura lepromatosa, em doentes sob tratamento pelas sulfonas, em estrutura tuberculóide, o que indicaria que a ação dêsses medicamentos, admitida como bacteriostática, teria igualmente uma ação geral sôbre o organismo, modificando-lhe a capacidade reacional do tecido, isto é, teria uma ação excitadora sôbre o retículo endotelial, resolvemos empregar o tratamento sulfônico nas crianças lepromino-negativas. E verificamos que após seis meses de tratamento, nada menos de 32% dos casos lepromino-negativos tinham se transformado em lepromino-positivos.

Temos para nós que a orientação científica da profilaxia da lepra tem que se orientar no estudo da imunologia, em se procurar a maneira de se transformar os conviventes lepromino-negativos em lepromino-positivo, isto é, de conviventes sensíveis à infecção leprosa em conviventes resistente à mesma. E o caminho se acha aberto com as conclusões a que chegamos nas crianças tratadas pelas sulfonas. A ação dêsses medicamentos, parece-nos, segundo nossa observação, que ela se faz sentir por uma excitação do retículo, e isso pelos seguintes fatos: a) Casos lepromatosos, em seguida à terapêutica pelas sulfonas adquirem capacidade de reação tecidual idêntica aos tuberculóides; b) casos tuberculóides figurados, inativos, abacilíferos, cujas lesões se tornaram crônicas durante longo tempo, obtem regressão rápida das lesões, em seguida à terapêutica pelas sulfonas; c) conviventes lepromino-negativos se transformaram em lepromino-positivos com seis meses de tratamento, em 82% dos casos. Nêstes dois últimos grupos, não podemos falar em ação bacteriostática em vista da ausência ou frequência excepcional de germe. Cumpre igualmente dizer que muitas das crianças que inverteram a lepromino-reação foram retiradas ao nascer da convivência com os genitores doentes, e que por conseguinte nenhum contacto tiveram com doente de lepra.

SEXO E IMUNIDADE

A maior incidência da lepra no sexo masculino, que no feminino, como revela a grande maioria de trabalhos de quase todo o mundo, pode ter sua explicação na maior exposição ao contágio como querem fazer crêr a maioria dos Autores, assim, como que os homens procuram mais os ambulatórios, que são, pelo seu método de vida, mais sujeitos às moléstias venéreas, à lues, à ver-

minose, ao álcoolismo, aos excessos sexuais etc; que a mulher tem uma vida mais doméstica, e por isso pouco sujeita ao contágio etra-familiar; tudo isso parece certo e racional. Outros autores, como vimos, querem ver na mulher condições fisiológicas, com hiperfuncionamento da tiroide, condicionando essa menor resistência, mas na infância sobretudo na criança até os 10 anos, essa diferença de modo de vida, não existe, como não existem divergências fisiológicas entre os sexos, ambos possuindo um estado neutro, sob o ponto de vista sexual. E no entretanto, se bem que mais reduzida, essa diferença ainda existe. Em nossa observação foi de 52,5% e 47,5%, respectivamente para o sexo masculino e feminino. Outros autores igualmente a verificaram. Donde se conclue que a mulher possue na realidade um estado de maior resistência à infecção hanseniana, cuja razão nos escapa.

Mas não é só quanto à incidência que verificamos êsse fato. Igualmente quanto à forma da moléstia vemos que o sexo feminino teve predominância de forma mais benigna, ao passo que o sexo masculino predominaria na forma lepromatosa:

Tipo tuberculóide 220 casos	Sexo masculino — 103 casos ou 40,6%	
	Sexo feminino — 147 " " 59,4%	
Tipo lepromatoso 222 casos	Sexo masculino — 117 casos ou 53,6%	
	Sexo feminino — 105 " " 46,4%	

Essa preponderância de casos tuberculóides, para o sexo feminino refletiu por isso mesmo nas altas. Assim é que das 155 altas definitivas 81 eram do sexo feminino ou seja 52,2% e 74 do sexo masculino ou 47,8%. Essa percentual mais se acentua se compararmos sôbre o total de crianças observadas. Assim sôbre um total de 575 crianças do sexo masculino 74 tiveram alta definitiva ou sejam 12,8% e sôbre 520 crianças do sexo feminino 81 tiveram alta definitiva ou 15,6%. E mesmo nas que estão nas condições de alta Condicional o mesmo fato se verifica: sôbre as 575 crianças do sexo masculino 74 ou 12,8% obtiveram essa regalia e sôbre 520,72 do sexo feminino ou 13,8%. Outro grupo de crianças que diz da preponderância do sexo feminino, em relação à benignidade da moléstia é o das de Ambulatório, isto é, crianças que nunca sofreram internação, por não terem apresentado exame baciloscópico positivo. Sôbre as 150 crianças em tratamento ambulatório,73 eram do sexo masculino, 48% e 77 do sexo feminino 51,3%, correspondendo a uma percentagem de 12,6% sôbre o total do sexo masculino e 14,8% sôbre o total do sexo feminino. Êsses 3 grupos poderemos considerar dos casos benígnos em que pelo menos tiveram evolução benigna. Vemos que

as percentagens foram sempre superiores para o sexo feminino. Já o mesmo fato não se verifica quando estudamos os 3 outros grupos que se referem aos casos mais graves da moléstia, isto é, os casos em situação de alta hospitalar, os internados e os falecidos, o que indica sempre uma forma clínica mais grave. Assim vemos que entre as altas hospitalares, 55 eram do sexo masculino 60% e 36 do sexo feminino 40%. A percentagem por sexo, sôbre o total é 9,5 e 6,9% respectivamente. Entre as 395 crianças internadas 215 são do sexo masculino 54,4% e 180 do sexo feminino 45,6%, a percentagem por sexo sôbre o total é de 37,4% e 34,6% respectivamente para o sexo masculino e para o feminino. Dentre as 100 crianças falecidas 52 eram do sexo masculino e 48 do feminino.

O quadro abaixo resume os dados acima:

Sexo	Total dos casos	Situação das 1095 crianças					
		A. D.	A. C.	Amb.	H. A.	Intern.	Falecidos
Masc.	575	74	74	73	55	215	53
%	52,5%	12,8%	12,8%	12,6%	9,5%	37,4%	9,2%
Fem.	520	81	72	73	36	180	47
%	47,5%	15,6%	13,8%	14,8%	6,9%	34,6%	9%

Mas não só quanto à incidência da moléstia, como quanto à forma Clínica, o sexo feminino parece demonstrar maior resistência à infecção leprosa. A prática de lepromino-reação nos preventórios, onde são recolhidos crianças filhos de genitores leprosos, nascidos nos hospitais e sem convivência com os mesmos, pois retiradas ao nascer para as Créches, revelam que as crianças do sexo feminino apresentam maior percentagem da positividade. No Preventório onde trabalhamos, acham-se internados presentemente 116 crianças sendo 62 do sexo masculino e 54 do sexo feminino, presentemente com idades de 3 a 15 anos, e que nunca tiveram convivência com os pais doentes. O resultado presente — 1948 — da lepromino-reação nessas crianças é a seguinte:

	N.º de casos	Lepromino - reação			
		—	±	+	++
SEXO MASCULINO	62	30	10	11	11
		64,5%		35,4%	
SEXO FEMININO	54	20	11	18	5
	116	57,4%		42,5%	

Vemos aí nitidamente a maior percentagem de negatividade (— e +) entre as crianças do sexo masculino — 64,5% e por outro lado maior percentagem de positividade entre as crianças do sexo feminino — 42,5%.

O mesmo resultado foi obtido, proporcionalmente ao número de casos entre as crianças que tiveram convivência anterior com os pais doentes em número de 63. A idade atual dêsses menores varia entre 7 e 20 anos, e o tempo de convivência de 45 dias a 7 anos.

Os resultados podem ser sintetizados no seguinte quadro:

	N.º de casos	Lepromino - reação			
		—	±	+	++
SEXO MASCULINO	19	1	2	8	8
		15,8%		84,2%	
SEXO FEMININO	44	1	0	19	24
		2,3%		97,6%	

Neste grupo ainda mais se evidencia a maior capacidade do sexo feminino de criar êste estado de resistência, revelado pela lepromino-reação. De 44 crianças do sexo feminino, com convivência anterior com os pais enfermos, apenas uma 2,3% apresenta a lepromino-reação negativo, enquanto que entre 19 crianças do sexo masculino, 3, ou 15,8% a apresenta, negativo.

E mais ainda, dentre 47 crianças filhos de odentes com permanente negatividade à lepromino-reação, através de anos, conforme trabalho já divulgado, sendo 23 do sexo masculino e 24 do sexo feminino, foi administrado um preparado sulfônico e o resultado foi o seguinte:

Êste assunto, isto é, a conversão de comunicantes lepromino-negativos em lepromino-positivos que está sendo objeto de nosso estudo presentemente, é de muito interêsse sob o ponto de vista profilático, como já é dificilmente divulgado, sòmente entre os comunicantes lepromino-negativos se encontram os que apresentam pre-disposição a se infetarem quando contaminados.

***

EVOLUÇÃO DE LEPROMINO - REACÇÃO

Fortemente positiva

EVOLUÇÃO DE UMA LEPROMINO - REACÇÃO FORTEMENTE - POSITIVA (++) em ADRIANO A. S.

30.5.45 — 24 horas — Zona eritematosa bem infiltrada, ao redor da picada, com 2 cms. x 2 cms.

31.5.45 — 48 horas — Zona eritematosa infiltrada de 3 cms. x 2 cms.; a infiltração ultrapassa o eritema, ocupando uma extensão de 3,5 cms. x 3,5 cms. Notam-se nitidamente três zonas:

1) central, com uma pápula edematosa.
2) área de eritema mais acentuado circundando a pápula.
3) uma zona de eritema mais claro, reticulado.

1.6.45 — 72 horas — Zona eritematosa infiltrada de 2,8 cms. x 2,2 cms.; nota-se na parte central uma vesícula rodeada de uma zona eritemato-violáceo, de pele pregueada e uma zona externa mais eritematosa. A infiltração ultrapassa o eritema.

2.6.45 — 4.º dia — Zona eritematosa bem acentuada, quasi violácea, infiltrada, com uma vesícula na parte central medindo 2,8 cms. x 2 cms. A infiltração parece ultrapassar o eritema.

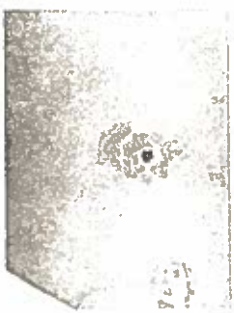
3.6.45 — 5.º dia — Zona violácea com uma vesícula dissecada no centro, regularmente infiltrada, de 2,2 cms. x 2 cms. A côr tornou-se mais escura.

4.6.45 — 6.º dia — Zona eritematosa bem acentuada, com pápula central infiltrada de 2,5 cms. x 2,5 cms.

5.6.45 — 7.º dia — Zona eritemato-violácea, acentuada, infiltrada, com início de ulceração na vesícula central, medindo 2,7 cms. x 2,6 cms.

6.6.45 — 8.º dia — Zona eritemato-violácea, bem acentuado, infiltrada, de 2 cms. x inicial no centro; circundando a ulceração 2 cms. com ulceração descamação.

7.6.45 — 9.º dia — Zona eritematosa violácea de 2 cms. x 2 cms. com ulceração na parte central, infiltrada, com descamação ao redor.



8.6.45 — 10.º dia — Zona eritematosa violácea de 2 cms. x 2 cms. com ulceração na parte central, infiltrada, com descamação ao redor.

9.6.45 — 11.º dia — Zona eritematosa infiltrada, de 2 cms. x 2 cms. centro ulcerado com início de supuração.

10.6.45 — 12.º dia — Zona eritematosa escura, infiltrada de 2 cms. x 2 cms. com descamação, no centro pequena ulceração com supuração discreta. A infiltração parece maior que a zona eritematosa.

11.6.45 — 13.º dia — Sem alteração.

12.6.45 — 14.º dia — Sem alteração com uma crosta na ulceração central.

13.6.45 — 15.º dia — Sem alteração.

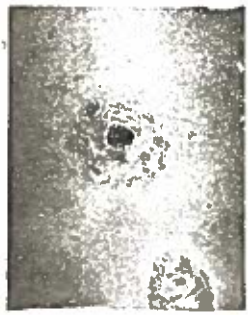
14.6.45 — 16.º dia — Sem alteração.

15.6.45 — 17.º dia — Zona eritematosa escura, com pele pregueada, ulceração com crosta e descamação ao redor.

16.6.45 — 18.º dia — Sem alteração.

17.6.45 — 19.º dia — Leve alteração, um pouco menos infiltrada.

18.6.45 — 20.º dia — Zona eritematosa violácea, infiltrada com crosta central 2,2 cms. x 2,2 cms.; a supuração continua.



21.6.45 — 23.º dia — Ulceração com crosta sanguinolenta na parte central, circundada de uma zona de pele com descamação.

19.6.45 — 21.º dia — Sem alteração.

22.6.45 — 24.º dia — Mesmo estado de ontem. A crosta caiu. Ulceração profunda.

20.6.45 — 22.º dia — Aumentaram a supuração e a ulceração.

23.6.45 — 25.º dia — Mesmo estado de ontem.

24.6.45 — 26.º dia — Zona eritematosa de 2x2 mms., escura, com ulceração central.

27.6.45 — 29.º dia — Mesmo estado, porém mais eritematosa, a supuração continua.

25.6.45 — 27.º dia — Mesmo estado.

28.6.45 — 30.º dia — Zona eritematosa escura ulceração central com crosta melicerica infiltrada, de 2x2 cms. A ulceração mede 8 mms. x 8 mms.

26.6.45 — 28.º dia — Mesmo estado.

29.6.45 — 31.º dia — Mesmo estado.

EVOLUÇÃO DE LEPROMINO - REACÇÃO
(Positiva)

Evolução de uma Lepromino-Reação-Positiva (+) de Benedicta C.

30.5.45 — 24 horas — Pápula eritematosa com halo eritematoso infiltrado, de 1,5 cms. x 1,3 cms.

31.5.45 — 48 horas — Pápula eritematosa de contorno irregular de 2 cms. x 1,5 cms. infiltrada.

1.6.45 — 72 horas — Zona eritematosa clara, irregular, infiltrada de 1,5 cms. x 1,3 cms. tendo uma pápula central de eritema mais acentuado.

2.6.45 — 4.º dia — Pápula eritematosa violácea circundada de zona eritematosa clara, de contorno muito irregular, com forma de losango infiltrada, medindo 1 cm. no menor diâmetro e 2,4 cms. no maior.

3.6.45 — 5.º dia — Sem alteração.

4.6.45 — 6.º dia — Mesmo aspecto, porém menos infiltrada.

5.6.45 — 7.º dia — Pápula eritemato-violácea infiltrada, circundada de zona irregular medindo 1 cm. x 1,8 cms.

6.6.45 — 8.º dia — Pápula eritemato-violácea, infiltrada, circundada de zona eritematosa mais clara de 1 cm. x 1,2 cms.

7.6.45 — 9.º dia — Pápula eritematosa de pele lisa, de 1 cm. no sentido vertical e 5 mm. no horizontal, circundada de zona eritemato-violácea, irregular de 2 cms. x 1 cm.

8.6.45 — 10.º dia — Zona irregular, levemente infiltrada, eritêmato-violácea, medindo 1,5 cms. no sentido horizontal e 8 mm. no sentido vertical.

9.6.45 — 11.º dia — Zona eritêmato-violácea, pouco infiltrada, de 1,5 cms. no sentido horizontal e 1 cm. na vertical.

10.6.45 — 12.º dia — Pápula violácea, infiltrada, irregular de 3 mm. x 8 mm; na parte inferior zona irregular de coloração escura.

11.6.45 — 13.º dia — Pápula eritêmato-arroxeada infiltrada, irregular de 5 mm. x 6 mm. circundada de zona de coloração mais clara, também irregular.

12.6.45 — 14.º dia — Não houve alteração.

13.6.45 — 15.º dia — Mesmo estado, mais esmaecida a coloração.

14.6.45 — 16.º dia — Zona eritêmato-violácea, com uma elevação central de 1 cm. x 1 cm.; ao redor zona de coloração mais esmaecida, irregular.

15.6.45 — 17.º dia — Sem alteração.

16.6.45 — 18.º dia — Pápula irregular, eritêmato-arroxeada, infiltrada, de 1 cm. x 1 cm.

17.6.45 — 19.º dia — Sem alteração.

18.6.45 — 20.º dia — Pápula eritêmato-violácea irregular, infiltrada, de superfície pregueada, de 7 mm. x 7 mm. circundada de zona mais clara irregular.

21.6.45 — 23.º dia — Sem alteração medindo 1 cm. x 6 mm.

19.6.45 — 21.º dia — Sem alteração.

22.6.45 — 24.º dia — Pápula eritemato-violácea, levemente infiltrada, atrófica, de 0,7 x 0,8 mms.

20.6.45 — 22.º dia — Pápula arroxeada, pouco infiltrada, com pele pregueada no centro, de 6 mm. x 6 mm; discreta zona ao redor.

23.6.45 — 25.º dia — Pápula eritematosa.

24.6.45 — 26.º dia — Pápula eritematosa violácea infiltrada, de pele pregueada, de 0,6 x 0,8 mms.

27.6.45 — 29.º dia — Mesmo estado.

25.6.45 — 27.º dia — Mesmo estado.

28.6.45 — 30.º dia — Mesmo estado.

26.6.45 — 28.º dia — Mesmo estado.

29.6.45 — 31.º dia — Mesmo estado.

EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA

O estudo da epidemiologia da lepra na infância apresenta dificuldade maior que no adulto. Em primeiro lugar porque ninguém se dedicou de modo particular ao assunto, referindo ùnicamente a literatura, dentro do quadro geral epidemiológico, à incidência na infância, com comentários clássicos sôbre sua suscetibilidade, sua falta de resistência, etc. Em segundo lugar, pelas naturais dificuldades de estudos comparativos do problema: hajam visto, por exemplo, os filipinos, indiscutivelmente os que mais têm estudado a questão da lepra na infância, assinalando uma alta incidência da moléstia nessa idade; não devemos, porém, esquecer, que essa elevada percentagem se refere às crianças nascidas nos leprocômios, ai crescidas, em direta promiscuidade com seus genitores enfermos.

No exame de dados estatísticos, sôbre a incidência da lepra na infância, nós não podemos deixar de considerar a posição do observador em face da situação do problema, para avaliar e comparar suas conclusões. Assim quando se estuda a lepra congênita, com referência a casos de possível transmissão intra-uterina, verificamos referir-se a maioria das observações à crianças criadas e amamentadas pelas mães enfermas, em ambiente doente, de modo a não se poder afastar a possibilidade da contaminação post-natal. A literatura regista êstes fatos, mas não realça a falha das observações, que contestadas entre outros centros de estudo, pela observação do Asilo Santa Terezinha, que desde sua inauguração, em 1927, até o presente vem recebendo tôdas as crianças nascidas nos leprocômios de S. Paulo. E aí não se chegou ùnicamente à convicção, pela clínica, da inexistência da lepra na criança separada ao nascer. Os estudos necroscópicos procedidos pelo Prof. BÜNGELER e ALAYON (1), em 51 crianças falecidas de causas outras, que não a lepra, revelaram nitidamente a inexistência da lepra congênita. E nêsses 21 anos de observação, em que passaram pela Créche dêsse Preventório para mais de 600 crianças filhas de genitores leprosos, nenhuma até o presente foi observada como doente. Essa longa observação, em estabelecimento tão credenciado pela sua organização, é suficiente para afirmar a inexistência da lepra congênita, bem como de caracteres para-lepróticos ou predisponentes para a enfermidade.

Na epidemiologia da lepra na infância há que se considerar essa época da vida, ou êsse grupo etário, dentro da incidência geral, considerada parte do todo, como integrante do conjunto epidemiológico de determinada região ou país, onde a criança tem os mesmos hábitos de vida, a mesma alimentação da coletividade da qual faz parte, e daí as mesmas probabilidades de con-

1) OCTAVIO GONSAGA, N. SOUZA CAMPOS, W. BÜNGELER & FERNANDO L. ALAYON.:— O filho do hanseniano em face da infecção leprosa. Monografia do D. P. L.

tágio, que os demais grupos etários, e a criança internada em preventório. Si determinados dados epidemiológicos, tais como data do aparecimento dos primeiros sintomas, sua localização, período provável da incubação etc., são muito naturalmente sujeitos a crítica dada a relatividade das informações, quando se trata de adulto, muito mais se acentua essa dificuldade e daí sua importância relativa, quando se referem à criança, cujas informações estão na maioria das vêzes dependentes dos adultos por elas responsáveis. Já os dados sôbre crianças internadas, em rigorosa observação clínica, são mais exatos, dentro ainda de sua relatividade. Todos êstes motivos, isto é, a heterogenidade dos dados epidemiológicos gerais e da bibliografia conhecida, levaram-nos a apresentar êste capítulo da epidemiologia, utilizando exclusivamente os dados de nossa direta observação comparando-os, quando houver relativa identidade de situação, com outros da extensa literatura existente.

A frequência da lepra na infância é um dos aspectos epidemiológicos que mais ressaltam no estudo das estatísticas sôbre a incidência da moléstia nos vários paises. Ela decorre da natural recetividade da criança, sobretudo quando em contacto com doentes contagiantes de lepra. Isso já foi referido por SCHILLING (1) em 1778 — quando diz:

> "filhos de um leproso ou de uma leprosa e mesmo os filhos nascidos da união de dois leprosos que se tornarão quase fatalmente doentes, se permanecerem com os pais, tem grandes probabilidades de escapar ao mal si se as separa cêdo dos pais".

Segundo DENNEY (2) das crianças que permaneceram em contacto com seus genitores doentes, 44% se tornaram doentes; ao passo que nos Asilos de Nasik e Rauchandrapuran (India) de 72 crianças isoladas logo após o nascimento, nenhuma ficou doente. De outro lado HASSELTINE, cit. de JEANSELME (3). No leprosário de Molokay, sôbre 109 crianças separadas ao nascer, nenhuma se tornou doente, enquanto que 56% entre as que permaneceram com os pais, tornaram-se leprosas. Em outros trabalhos, sôbre uma possível lepra congênita — RODRIGUEZ cit. de Klingmüller, GOMEZ, AVELANA E NICOLAS (4) referem alta incidência da lepra em crianças separadas dos pais após 2, 3 e 5 anos de convivência com os mesmos.

VELASCO (5) entre 80 crianças de famílias de leprosos encontrou 61 casos confirmados — 76,3%. É a mais alta percentagem conhecida.

---

1) SCHILLING, G. G.: — De Lepra Commentationes — 1778.
2) DENNEY, D. E.: — The national leper home — Marine-Hospital-Carville-Public Health Reports — 1926.41 (46) 2593 e 1928 : 43 (14) 810.
3) JEANSELME: — La lèpre — J. Duin Ed. 1934, 273.
4) GOMEZ, L., AVELANA, J. B. & NICOLAS, C.: — Leprosy in children in Philipines — Philip. Jr. Science, 1922 — 21, 223.
5) VELASCO: — Frequency of leprosy among patients and children — Mont. Bull. of the Bureau of Health, 1935 : 15 (8) 259.

Podemos dizer que dêsses conceitos nasceu a idéia da separação das crianças dos pais doentes, criando-se então os Preventórios, hoje parte integrante de qualquer organização profilática. É sem dúvida nos Preventórios, quando regularmente organizados e com assistência médica especializada, que se pode conhecer e estudar a clínica da lepra incipente na infância, e também sob certo ponto de vista a epidemiologia. Assim é que nos Preventórios podemos julgar com relativo acêrto o período de incubação da moléstia, fato que se torna sumamente difícil no ambulatório. Dois dados aí poderão ser considerados com exatidão: a data da separação do fóco contagiante, que corresponde ao internamento da criança e a data do aparecimento dos primeiros sintomas objetivos, tão precocemente quanto possível. E da observação dêsses dados resultou uma conclusão assáz importante em matéria profilática e epidemiológica: o período de incubação da moléstia é menos longo que a maioria dos tratados clássicos afirmam. É curto, de um a três anos, podendo raramente chegar a 5 anos. Em outro passo voltaremos mais pormenorizadamente ao assunto.

INCIDÊNCIA SEGUNDO O SEXO

Para determinar-se na infância, a real incidência da lepra pelo sexo, era preciso, antes de mais nada, conhecer-se exatamente a população infantil, de ambos os sexos em determinada região do país, e não apenas a relação, dentro do censo geral, entre as crianças do sexo masculino e feminino, contaminadas pela moléstia.

Dos inquéritos intensivos conhecidos quase não há referência da incidência por sexo entre os grupos etários da população, de modo que para nosso objetivo, o estudo epidemiológico da lepra na infância, temos que nos basear na incidência dos dois sexos e entre os doentes censitados de modo geral.

Sòmente nos poucos centros onde foi realizado Censo Intensivo, pelo exame de tôda a população de determinada zona, poder-se-á concluir com exatidão sôbre a incidência da lepra na infância e daí a proporção entre os sexos. Mas mesmo nêsses dados inclusive o do Municipio de Candeias, mandado realizar pelo Serviço Nacional de Lepra e magnificamente apresentado no 5.º Congresso Internacional de Lepra em Cuba, pelo Dr. WANDICK DEL FAVERO (1) a proporção, população — sexo — idade — só foi divulgado considerando, criança e adulto, sem divisão por grupo etário. O que se conhece da literatura dos censos intensivos é apenas a relação da incidência entre os sexos, de modo geral e a população.

1) FAVERO, W. del — O Censo Intensivo de Candeias. Publicação do S. N. de L. (Seção de Epidemiologia. 2.ª Conf. Pan-Americana de Lepra, Rio de Janeiro, 1946).

Assim DEGOTTE (1) no Congo Belga, examinando tôda a população de um distrito encontrou para 18.313 homens examinados, 1.027 casos de lepra e para 19.129 mulheres, 945 doentes, o que dá a incidência de 5,6% entre os homens e 4,9% entre as mulheres.

LOWE (2) em uma área rural de Bengala, India, examinou 10.000 pessoas que compunham a população dessa área, sendo 4.909 do sexo masculino e 5.091 do sexo feminino, tendo encontrado 290 doentes entre os homens e 148 entre as mulheres, o que dá as percentagens de 5,9% para a incidência masculina e 2,9% entre a feminina, com a relação aproximadamente de 2:1. É nêsse trabalho que encontramos a relação de 1,8: 1 para a incidência entre as crianças de 4 a 10 anos, relação quase igual à incidência entre os adultos.

COCHRANE, SIMON e FERNANDO (3) encontrou de 0 a 12 anos uma diferença de apenas 2% entre o sexo masculino e feminino, com 81% de forma N1, 18% — N2 e N3 e apenas 0,9% de forma C^1 — C^2 — C^3.

DOULL, RODRIGUEZ, GUINTO e PLANTILLA (4) em censo intensivo realizado em Cebu, Filipinas, encontraram a incidência de 2,3% para o sexo masculino e 1,1% para o feminino.

GUINTO, e RODRIGUEZ (5) ainda em Cebu, Filipinas, no distrito de Talisay, encontraram 1,6 de incidência para o sexo masculino e 1,3% para feminino.

NAGAI (6) realizando um censo intensivo na ilha de Kikai encontrou para o população de 18.236 pessoas a relação de 1,3:1 entre homens e mulheres.

WANDICK DEL FAVERO — loc. cit. — examinando 13.849 pessoas no Município de Candeias, Estado de Minas Gerais, encontrou para 6.956 pessoas do sexo masculino 61 doentes, (0,87%) e para 6.893 pessoas do sexo feminino 43 doentes (0,62%).

TOLENTINO (6) no "Evereley Childs Treatment Station", em 40 famílias de doentes, encontrou para 132 filhos, 37 doentes 28,03%, e entre 119 filhas encontrou 21 doentes, 17,65%. Corroborando os achados de HAYASHI (8) que achou 45% de filhos e 32% de filhas, cujos pais eram doentes o que demonstra a maior suscetibiildade dos homens. Essa investigação foi feita em pessoas de tôdas as idades. Considera Tolentino que enquanto não há um completo desenvolvimento das glândulas de secreção interna

---

1) DEGOTTE, J. — Epidemiological leprosy survey in the Nepoki, Kibali, Ituri District, Belgian Congo — Int. Jr. Leprosy, 1940 : 8 (4) 421.
2) LOWE, J. — Preliminary report of an epidemiological Survey of Leprosy in atipical rural area of West Bengal. Leprosy in India, 1938 : 10 (2) 41.
3) COCHRANE, R. G., SIMON, D. S. & FERNANDO, A. C. — Preliminary observation on childhood leprosy in Ceylon. In. Jr. Leprosy, 1937 : 5 (1) 61.
4) DOULL, J. A., RODRIGUEZ, J. N. GUINTO, R. & PLANTILLA, F. C. — A field study of leprosy in Cebu. Int. Jr. Leprosy, 1936 : 4 (2) 141.
5) GUINTO, R. S. & RODRIGUEZ, J. N. — A field study of leprosy in Talisay, Cebu, Philippines. — Int. Jr. LEPROSY, 1941 : 9 (2) 149.
6) NAGAI, K. — On leprosy survey in Kikaijima. — La Lepre, 1937 : 8, 75.
7) TOLENTINO, J. G. — Sex susceptibility in leprosy. — The Jr. Phil. Isl. Med. Ass. 1935, 374.
8) HAYASHI — Nipon Iji-Schu-ho (1927) n.º 1665 e 1666.

"os dois sexos são igualmente suscetiveis à lepra" — e que no adulto "os hormônios sexuais nas mulheres, direta ou indiretamente, as tornam relativamente mais resistentes à infecção que os homens".

DUARTE DO PATEO (1) entre 72.079 comunicantes encontrou 1.905 doentes, sendo 999 do sexo masculino e 906 do sexo feminino ou sejam 52,44% e 47,56% respectivamente.

MUIR (2), na India, em 1931 dá-nos para uma estimativa de 107.842 doentes do sexo masculino, a existência de 1.904 crianças abaixo de 10 anos, do sexo masculino, e para 40.019 doentes do sexo feminino, a existência de 1.402 meninas abaixo de 10 anos, o que corresponde uma porcentagem de 1,8% para as crianças do sexo masculino e 3,5% para os do sexo feminino, abaixo dos 10 anos. Se sôbre o total geral, a relação no adulto, entre o sexo masculino e feminino, é respectivamente de 72,7% e 27,3% aproximadamente, para as crianças, essa percentagem é apenas de 57,5% para a incidência entre o sexo masculino e 42,5% para o sexo feminino.

No Serviço de Lepra de São Paulo, para um total de 28.373 doentes observados no período 1924-1947, havia 17.275 do sexo masculino ou sejam 60,9% do total e 11.098 do sexo feminino ou 39,1% do total. Abaixo de 10 anos foram observados respectivamente 575 crianças do sexo masculino e 520 do sexo feminino, com a percentagem respectivamente de 52,5% e 47,5%. Dos 10 aos 14 anos foram observados 553 crianças de sexo feminino e 674 do sexo masculino (45% e 55% respectivamente).

			SEXO		Menor de 10 anos		Percentagem geral		Percentagem abaixo de 10 anos	
	Local	Total Geral	M	F	M	F	M	F	M	F
Muir	Indias	147.111	107.892	40.019	1904	1402	72,7%	27,3%	57,5%	42,5%
D. P. L.	S. Paulo	28,373	17.275	11.098	575	520	60,8%	39,2%	52,5%	47,5%

A comparação dos dados referentes a incidência da lepra entre os dois sexos, no adulto e na criança, vem revelar-nos que ela é muito menor na infância que no adulto, sendo na criança ainda levemente superior no sexo masculino. No grupo etário de 11 aos 14 anos, essa percentagem se eleva ainda mais.

Os censos realizados nas várias regiões e países, revelam uma preponderância constante na incidência entre as pessoas do sexo masculino. Essa preponderância é diversamente explicada pelos autores. O conceito mais aceito e divulgado é sem dúvida a fatôres externos, isto é, a maior exposição ao contágio, pela

1) PATEO, D. — Estudo epidemiológico da lepra nos focos domiciliares. — 2.ª Conf. Panamericana de Lepra. R. Janeiro, Vol. I, 37.
2) MUIR, E. — LEPRA. Tradução de Hamilton Palermo, 6.ª edição, 1947.

maior atividade do homem. E isso é tanto mais exato quando se considera a quase identidade de incidência na primeira infância, e que ela vai aumentando quando, desde a puberdade, já se diferenciam nitidamente o modo de vida entre os dois sexos. Para LOWE (1) a maior incidência no sexo masculino é apenas consequência da maior atividade e exposição, e a que se deve juntar maior fadiga, incidência de moléstias venéreas, álcoolismo, fatôres que condicionariam uma menor resistência. Mas êsse mesmo autor em trabalho posterior (2) alvitra a possibilidade de que a mesma incidência no sexo feminino talvez seja devida a uma questão endócrina ligada a hiperfunção da tiróide.

AUSTIN (1) e CHRISTIAN (2) explicam, da mesma forma, a preponderância da incidência no sexo masculino pela maior exposição ao contágio, argumentando igualmente com a identidade de incidência na criança, que leva vida idêntica em ambos os sexos. Para outros autores, como por exemplo KERR (3) desde que as mulheres apresentem o mesmo modo de vida que os homens elas estão igualmente sujeitas a contaminação não havendo, no caso, maior resistência. A exposição ao contágio, fator que condiciona a maior ou menor incidência de moléstia é posta em evidência por RODRIGUEZ (4) que encontro 100 casos novos de lepra entre 2.184 comunicantes de tôdas as idades, com as percentagens de 4,68 casos para cada 100 homens e 4,48 para cada 100 mulheres.

H. PORTUGAL (5) entre 873 casos registados encontrou uma percentagem de 54,5% para o sexo masculino e 45,5% para o feminino.

Poucos são os lugares em que a predominância do sexo feminino é maior. LOWE cita a Noruega (0,5:1) a ilha de Mare (ilhas Loyalty) 0,3:1, ilha de Maurú, 1,1. Em outras 27 estatísticas compulsadas por H. PORTUGAL — loc. cit. — a proporção varia de 1,2:1 (Islândia) a 7:1 (India).

Três são as hipóteses alvitradas por H. PORTUGAL:

1.º) — menor recetividade das mulheres;
2.º) — maior grau de exposição do homem;
3.º) — grande número de mulheres escapa à notificação e à vigilância.

STALLYBRAS (cit. de H. PORTUGAL) diz que para as doenças infecciosas, de modo geral, o sexo, devido a fatôres fisiológicos, ou sejam hormônios ligados às glândulas sexuais, pode ter influência na maior ou menor incidência das moléstias. RO-

1) LOWE, J.: — The epidemiology of leprosy. — Lep. in India, 1937 : 9 (3) 81.
2) LOWE, J.: — The sex incidence of leprosy — Int. Jr. Lepr., 1934 : 2 (1) 57.
1) AUSTIN, C. J. — A study of leprosy in Fixgi. Int. Jr. Leprosy, 1936 : 4 (1) 55.
2) CRISTIAN, E. B. — A study of the transmission of leprosy in families. Lep. in India, 1935 : 7 (4) 161.
3) KERR, I. — Leprosy in women. Some clinical observation. — Lep. Review, 1932 : 3 (4) 165.
4) RODRIGUEZ, J. N. — The examination of house contacts of lepers. — Int. Jr. Leprosy, 1938 : 6 (3) 430.
5) PORTUGAL, H. — Notas epidemiológicas sôbre a lepra no Distrito Federal. — Arq. de Higiene, 1937 : 7 (2) 277.

DRIGUEZ — cit. por H. PORTUGAL — entre 398 crianças das quais 198 meninas e 200 meninos, verificou que a incidência da lepra era pràticamente a mesma nos dois grupos, nessa época de vida. Na época da puberdade, o sexo feminino é mais atacado, devido provàvelmente a serem mais pronunciados na mulher as perturbações que ocorrem nessa idade. Daí em diante a incidência passa a ser maior entre os homens.

Em nosso estudo veremos que a mulher deve apresentar na realidade, u'a maior resistência à infecção leprosa, porque não só a incidência é mais elevada, mesmo na pequena infância, quando não há ainda diferença sexual, como na própria predominância de forma clínica mais benigna na mulher do que no homem.

Aliás é fato verificado por todos os que tem prática hospitalar, que as mulheres, talvez por serem mais disciplinadas, se beneficiam mais com a terapêutica e daí obterem em maior número, alta dos hospitais.

Tôdos os dados apresentados pela extensa literatura médica podem sofrer críticas, a mais forte das quais é que os homens procuram naturalmente mais as clínicas, e daí sua relação maior nas estatísticas. Sòmente o resultado do censo intensivo poderia aclarear essas dúvidas, ou mesmo, estatísticas realizadas no cômputo do exame de comunicantes.

Há todavia uma corrente que admite para o sexo feminino um estado de maior incidência, como igualmente na menor gravidade das formas da moléstia.

Qual seja a natureza dêsses fatôres não é esclarecida. TOLENTINO (1) quer ver na mulher adulta um excesso de iodo no organismo, devido ao hiperfuncionamento da tiróide, como fator responsável por essa maior resistência à infecção.

A quase idêntica incidência da primeira infância e mais algumas raras referências na literatura médica de maior incidência da lepra na mulher, faz supor que não existe na realidade qualquer fator endócrino que condicione essa menor incidência; imprecisas estatísticas, devido a causas diversas, maior exposição ao contágio são os fatôres responsáveis por essa diferença, o que todavia não parece exato como veremos no capítulo sôbre imunidade, quando voltaremos a tratar dêste assunto.

INCIDÊNCIA SEGUNDO O PERÍODO DA INFÂNCIA

A lepra incide em qualquer idade. Todavia a moléstia é excepcional abaixo de um ano. A literatura refere muito poucos casos nessa idade. A moléstia na infância se caracteriza pela predominâcia de formas indiferenciadas e tuberculóides, o que não quer dizer da inexistência de formas graves lepromatosas, se bem que muito menos frequente.

1) TOLENTINO, J. C. — Sex Susceptibility in Leprosy — J. Philip. Island. Med. Ass., 1935 : 15 (7) 374.

O grupo de 2.322 crianças observadas no Preventório Santa Terezinha, do Estado de São Paulo assim se distribuiram segundo a idade :

Idade no fichamento			% sôbre o total de crianças.
De 0 a 1 ano	0		
De + de 1 a 2 anos	22		
De + de 2 a 3 anos	31		
De + de 3 a 4 anos	55		
De + de 4 a 5 anos	82	190	8,3%
De + de 5 a 6 anos	137		
De + de 6 a 7 anos	148		
De + de 7 a 8 anos	181		
De + de 8 a 9 anos	200		
De + de 9 a 10 anos	239	905	38,9%
De + de 10 a 14 anos		1227	52,8%

A data do aparecimento ou do início da moléstia é dado que na infância, sobretudo, é falho. A criança não pode informar e os familiares dificilmente informam com exatidão. Sòmente a observação em Preventórios, em que uma assistência médica rigorosa, permite a verificação dos primeiros sintomas objetivos. já que os subjetivos dificilmente são referidos, merece fé. Por isso, além de restringirmos, pelas justificativas já apresentadas, a infância até os 10 anos, reduzimos também para o estudo epidemiológico, clínico e imunológico, que realizamos, o número de casos observados até essa idade.

O estudo de nossa estatística, assim como o dos demais Autores, revela que o número de casos vai aumentando com a idade. Êsse aumento de número de casos, de acôrdo com o aumento da idade, corresponderá a uma menor resistência à infecção, ou a uma maior exposição ao contágio? Ambos os fatôres parecem ser responsáveis. Com efeito quando estudarmos o fator idade, relacionando à forma clínica, veremos que a criança na tenra idade, sobretudo quando filhos de genitores doentes, parece possuir maior resistência à infecção, não só pela menor incidência mas sobretudo por ser na baixa idade portadora de forma de moléstia mais benígna.

Contra essa opinião está CHIYUTO — cit. de MOLL (1) — quando conclui da sensibilidade da criança à lepra, em vista da negatividade da reação à lepromina abaixo de um ano.

Da mesma forma quando estudarmos a incidência segundo a forma de moléstia e o fóco infetante, veremos que no grupo

1) MOLL: — Los preventórios en la lepra — Bol. of Sanitaria Pan Americana Washington, 1939 : 18 (6) 516.

etário dos 10 aos 14 anos, na denominada grande infância ou puberdade, os dados apresentam resultados que nitidamente diferiam à primeira ou pequena infância da grande infância ou puberdade.

ROGERS (1) — reuniu no quadro abaixo a incidência da lepra, de acôrdo com a idade e em vários países:

Periodo de idade	Sul da Russia Munchen	Comissão da India	Haway McCoy	Oeste da Africa Tonk n	Coréa Klange Wilson	India Lowe
0 — 5	1'9	8,8	6,1	24,5		
0 — 10	19,4	19,6	21,5	39,1	11	20
0 — 15	37,2	32,7	40,7	59,1	—	40

RISI, FONTE, e ALONSO (2) do Serviço Nacional de Lepra, para um grupo de 3.034 crianças observadas num total de cerca de 25.000 fichas, encontrou a seguinte distribuição pelos 3 grupos etários:

Idade	Sexo masculino		Sexo feminino		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	
0 — 4	100	5,7	72	5,7	172
0 — 9	504	28,7	396	31,2	900
10 — 14	1161	65,6	801	63,1	1962
Total	1765		1269		3034

FERNANDEZ (3) na Argentina, estudando a incidência da lepra na infância, até os 14 anos encontrou 90 casos entre 400 comunicantes que assim se distribuiram segundo a idade:

0 — 4 anos — 23 casos = 27,3%
5 — 9 anos — 32 " = 39,5%
10 — 14 anos — 35 " = 32,1%

MAXWELL (4) — refere a seguinte incidência na infância,

Êsse autor verificou o caso mais precoce aos 13 meses.

dentro do cômputo de 1.379 casos, na China:

1) ROGERS, J. — The epidemiological of leprosy — Int. Jr. of Leprosy 1936 : 4 (4) 469.
2) RISI, J. B. FONTE, J. G. & ALONSO, A. M. — Contribuição para o estudo da lepra na infância. 2ª Conf. Panamericana de Lepra. Rio de Janeiro, 1946 : 1, 191.
3) FERNANDEZ, J. M. M. — Resultado do exame das crianças e conjuges conviventes com doentes de lepra. 2.ª Conf. Panamericana de Lepra. Rio de Janeiro, 1946 : 1, 44.
4) MAXWELL, J. L. — A statistical Review of 1379 cases of leprosy in China. Int. Jr. Leprosy, 1937 : (2) 151.

0 — 4 — 2 — 0,1%
5 — 9 — 71 — 5,2%
10 — 14 — 202 — 14,9% — 20,2%

WANDICK DEL FAVERO (1), realizou no Municipio de Candeias, Estado de Minas Gerais, um censo intensivo, tendo encontrado para uma população total de 13.849 pessoas, 87 doentes novos sendo que 22 no grupo etário de 0 a 16 anos:

de 0 a 4 anos — 1 — 0,9%
de 5 a 9 anos — 8 — 7,6%
de 10 a 14 anos — 14 — 13,4% 21,9%

DUARTE DO PATEO (2) sôbre 792 comunicantes doentes, encontrou:

até 2 anos — 0
+ de 2 a 6 anos — 80 — 10%
+ de 6 a 10 anos — 119 — 15%

HERRERO (3) na Rep. S. Salvador encontrou a seguinte percentagem na infância:

de 0 a 4 anos — 4,5%
de 5 a 7 anos — 11,5% — 16% para a 1.ª infância
de 8 a 10 anos — 11,5%
de 11 a 13 anos — 12,5% — 24% para a 2.ª infância

FLOCH (4) na Guiana Francesa, sôbre 1.188 casos encontrou nos grupos etários em estudo, os seguintes números:

	S. M.	S. F.	Total	% s/total
de 0 a 5 anos	35	37	72	6
de 6 a 10 anos	146	107	253	21
de 11 a 15 anos	110	85	195	16
				43%

GIMENEZ (5) em Assunção, Paraguai sôbre 400 doentes encontrou os seguintes dentro dos primeiros 15 anos:

de 0 a 4 anos — 7 — 1,75% — sôbre o total
de 5 a 9 anos — 12 — 3% " " "
de 10 a 14 anos — 66 — 16,5% " " " 21,25%

A comparação de dados de outros centros ressentem aqui também de sérias dificuldades. Os dados acima de nossa observação se referem à idade no fichamento, isto é, quando os menores foram observados pelo Serviço.

INCIDÊNCIA PELO TIPO CLÍNICO

A incidência da lepra pela forma clínica na infância nos diz, em primeiro lugar, da gravidade do foco em estudo, de acôrdo

1) FAVERO, W. del — loc. cit.
2) PATEO, D. — Indice de contágio de lepra nos fócos domiciliares. — 2.ª Conf. Pan-Americana de Lepra. Rio de Janeiro, 1946.
3) HERRERO — loc. cit.
4) FLOCH, H. — Sur l'epidemiologie de la lépra en Gayane Française. — 2.ª Conf. Pan-Americana de Lepra. Rio de Janeiro, 1946 : 1, 71.
5) GIMENEZ, M. M. — Consideraciones epidemiologicas sôbre los primeros 400 enfermos de lepra fichados en los dispensários de Piel y Lepra de nos Centros de Salud de Assuncion. — 2.ª Conf. Pan-Americana de Lepra. Rio de Janeiro, 1946, 103.

com a predominância do tipo lepromatoso, e em segundo lugar, considerando a incidência das formas clínicas de acôrdo com o grupo etário, da maior ou menor suscetibilidade da infância à infecção.

Examinemos em primeiro lugar os casos objetos de nosso estudo:

	INDIFERENCIADO		TUBERCULÓIDE		LEPROMATOSO		
Grupo etário	N.º de casos	% sôbre o grupo	N.º de casos	% sôbre o grupo	N.º de casos	% sôbre o grupo	TOTAL
De 0 a 5 anos	99	52,1	81	42,6	10	5,3	190
% sôbre o total	7,6		25,3		1,5		8,3
De + de 5 a 10 anos	602	66,5	129	14,2	174	19,3	905
% sôbre o total	46,4		40,4		24,7		38,9
De + de 10 a 14 anos	597	48,6	109	33	521	57,4	1227
% sôbre o total	4,6		30,4		73,8		52,8
TOTAL	1298	55,9	319	13,7	705	31,4	2322

A análise dêsse quadro nos diz, considerando o total dos casos observados, segundo a forma clínica, que 55,9% — maioria pertence ao grupo indiferenciado. Em segundo lugar vem os lepromatosos com 31,4% e finalmente os tuberculóides com 13,7%.

Cabe-nos aqui um informe: nossa estatística abrange o período de 1924 a 1947, e, sòmente de 1932 a 1935, o conceito de lepra tuberculóide começou a ser divulgado, de modo que muitos dos casos rotulados como — máculo-anestésicos — hoje indiferenciado — deveriam pertencer ao grupo tuberculóide. Acreditamos por isso, com a prática que os anos nos deu de observação da lepra na infância, que o número de casos tuberculóides, sobretudo na primeira infância, dos 0 aos 5 anos, seja predominantemente tuberculóide.

Os indiferenciados, menos frequente no primeiro grupo etário dos 0 aos 5 anos — 7,6% — é igualmente frequente nos subsequentes, em que as percentagens são quase idênticas. Já para o tipo **tuberculóide** vemos ligeira identidade de incidência nos três grupos etários. O mesmo não sucede para o tipo lepromatoso. Raro na primeira infância, dos 0 aos 5 anos, quando foram apenas observados 10 casos — 1,5% — a incidência aumenta com a idade, 24,7% dos 5 aos 10 anos — 73,8% dos 10 aos 14 anos.

Analisando a incidência de forma clínica segundo o grupo etário, vemos que dos 0 aos 5 anos predominam nitidamente o grupo indiferenciado e o tipo tuberculóide, respectivamente com grupo etário, dos 5 aos 10 anos, vemos que o grupo indiferenciado predomina sôbre os demais — 66,5% — vindo em segundo lugar

52,1% e 42,6% sôbre o lepromatoso, apenas com 5,3%. No segundo o tipo lepromatoso com 19,3% e, por último, o tuberculóide com 14,2%. Finalmente no terceiro grupo etário — dos 11 aos 14 anos vemos que o tipo lepromatoso já predomina nìtidamente sôbre os demais, 57,4% — para 48,6% do grupo indiferenciado e apenas 8,8% para o tuberculóide.

FERNANDEZ (1) — sôbre 400 crianças comunicantes, encontrou 90 casos de lepra — incidência de 23,5% — que assim se distribuiram por grupo etário e forma clínica:

GRUPO ECTÁRIO	Tuberculóide	Indiferenciado	Lepromatosa
de 0 a 4 anos	22	1	—
de 5 a 9 anos	22	5	5
de 10 a 14 anos	16	6	13
Total	60	12	18

FERNANDEZ observou uma acentuada predominância de casos tuberculóides 66,6% sôbre os lepromatosos 20% e indiferenciados 13,3%.

As conclusões que êsses dados nos permitem tirar são de ordem epidemiológica e imunológica. Esta, revelando que a criança, no primeiro período de vida, dos 0 aos 5 anos, é sempre oriunda de genitores doentes, e que é absolutamente excepcional que o foco seja estranho ao ambiente de família. E vemos que apesar de sofrer um contato íntimo e constante com o doente, — pai ou mãe — ela quando se torna doente, é sob forma clínica benígna, predominantemente tuberculóide, ou indiferenciada. Nêstes casos tudo faz supor que elas sejam portadoras de um estado de resistência, congênita ou hereditária.

No terceiro período da infância, dos 10 aos 14 anos, veremos logo mais, quando tratamos do foco de origem, que a quase maioria dêsses casos não têm foco conhecido, isto é, a contaminação se deu por contágio muito provàvelmente extra familiar. A contaminação se deu, nêsses casos, acima dos 5 anos, quando o estado de resistência específica ou não, congênita ou hereditária, já desapareceu. A maior incidência de lepra, a incidência mais elevada de forma clínica lepromatosa, nos leva a concluir que êsse grupo etário é mais sensível à lepra que os dois primeiros, justificando a opinião de grande número de autores de que a lepra seja adquirida na adolescência, sem que isso signifique que o adulto esteja isento.

WANDICK DEL FAVERO (1) — No censo intensivo de Candeias assim distribuiu os seus 87 casos de lepra:

---

1) FERNANDEZ, J. M. M. — La infeccioón leprosa en el nino. — Rosario, 1947. Editorial Rosario S. A.

1) FAVERO, W. del — Loc. cit.

Lepromatoso — 17 — 19,5%
Indiferenciado — 50 — 57,4%
Tuberculóide — 20 — 22,9%

DUARTE DO PÁTEO (1) — sôbre 792 comunicantes doentes encontrou a seguinte incidência na infância por grupo etário e forma clínica:

Lepromatosa — 96 casos dos quais de 2 a 6 anos 11 de + de 6 a 10 = 15
Indiferenciado — 639 " " " " 50 " " " = 93
Tuberculóide — 61 " " " " 19 " " " = 11

RISI, FONTE, e ALONSO — loc. cit. — sôbre 3034 casos de lepra na infância selecionou 2977 fichas em que foi possível estabelecer a relação de forma clínica e grupo etário:

Forma clínica	0 — 4		5 — 9		10 — 14		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Lepromatosa	39	23,5	385	43,4	1088	56,5	1512
Indiferenciada	99	59,6	398	45,0	721	37,5	1218
Tuberculóide	28	16,9	103	11,6	116	6,0	247
Totais	116		886		1925		2977

O quadro acima refletindo dados de tôdo o Brasil, focaliza em linhas gerais os mesmos resultados que os observados por nós. O aumento da incidência da forma lepromatosa segundo o grupo etário — 23,5 para o primeiro; 43,4% para o segundo e 56,5% para o terceiro. O inverso para a forma tuberculóide: 16,9 para o 1.º grupo; 11,6% para o segundo e 6% para o terceiro.

SITUAÇÃO ATUAL

A situação atual das 2.322 crianças observadas, abaixo dos 15 anos no serviço em que trabalhamos, era a seguinte em 30 de junho último:

Situação:	0 a 10	+ 10 a 15	Total	%
Internados	395	533	928	39,9
Em ambulatório	150	117	267	11,5
Em alta hospitalar	91	139	230	9,9
Em alta condicional	146	147	293	12,6
Em alta definitiva	155	67	222	9,5
Não controlados	58	52	110	4,9
Falecidos	100	172	272	11,7
TOTAL	1095	1227	2322	,

Vejamos agora especificadamente, apenas alguns dados referentes a êsses grupos:

1) DUARTE DO PATEO: — loc. cit.
2) RISI, JOIR, e ALONSO: — loc. cit.

Internados: — Das 1095 crianças observadas, 395 ou 36%, estavam internadas. Dessas, 215 — 54,4% — eram do sexo masculino e 180 — 46,6% — do sexo feminino. Quanto a idade, 53 — 13,4% — estão incluidos no grupo etário de 0 a 5 anos e 342 — 86,6% dos 6 aos 10 anos.

Quanto a forma clínica:

Lepromatosa inicial	132
Indiferenciado	39
Tuberculóide reacional	12
Indiferenciado que se transforma em lepromatosa	197
Indiferenciada que se transforma em tuberculóide	25

o que dá um total de 319 lepromatosos — 80,7% — 39 indiferenciados ou indeterminados — 9,8% e 37 tuberculóides, 9,5%. No capítulo "Mutação", será considerado mais em detalhe as transformações dos casos indiferenciados.

Ambulatório: — São considerados doentes de "Ambulatório" os casos do grupo indiferenciado ou do tipo tuberculóide, com baciloscopia inicial negativa, casos benignos por conseguinte. Do grupo até os 10 anos, acham-se matriculados em ambulatórios 150 crianças e do grupo dos 10 aos 14, 117. Quanto ao sexo do primeiro grupo etário, 72 pertencem ao sexo masculino, 48%, e 78 ao sexo feminino, 52%. Quanto à forma clínica, 87 estão incluidos no grupo indiferenciado e 63 no tipo tuberculóide, e quanto à baciloscopia inicial apenas 5 casos apresentam inicialmente positiva: 4 em casos do grupo tuberculóide reacional e uma vez em caso indiferenciado.

Alta hospitalar: Estão em situação de alta hospitalar, continuando tratamento ambulatório 91 crianças do grupo etário dos 0 aos 10 anos e 139 do grupo dos 10 a 14 anos.

Alta condicional: 147 crianças gozam atualmente da regalia de alta condicional. Dessas 101 nunca estiveram internadas e fazendo a vigilância e tratamento no ambulatório, 45 estiveram internados obtendo primeiro uma alta hospitalar e secundàriamente alta condicional. O doente de ambulatório, seja inicialmente de ambulatório, seja o que tenha obtido sua alta hospitalar prèviamente, necessita de dois anos de negatividade clínica-baciloscópica para obter alta condicional.

Quanto a idade, 30 estão incluidos no grupo etário de 0 a 5 anos e 116 dos 6 aos 10 anos, 74 eram do sexo masculino e 72 do feminino.

Quanto a forma clínica:

Indeterminada	76
Tuberculóide	39
Inc. Tuberc.	21

Vemos que nenhuma criança de forma clínica lepromatosa obteve ainda alta condicional. Das crianças de 10 aos 14 anos, 147 gozam igualmente dessa regalia profilática.

Alta definitiva: Nada menos de 115 crianças dentre as 1095

observadas gozam de regalia de alta definitiva. Passaram êsses menores por uma observação mínima de 7 anos de inatividade clínica e bateriológica, e estado imunológico satisfatório (lepromino-positivo) que são exigência mínima do regulamento para a situação de cura clínica. Dessas, 73 (47%) eram do sexo masculino e 82 (53%) eram do sexo feminino. Vemos aqui que, embora as crianças do sexo feminino fosse em menor número (47,6% do total), maior número delas conseguiu a alta definitiva, aliás de acôrdo com a preponderância de forma benígna, tuberculóide entre elas. A idade por ocasião do fichamento era de 0 a 5 anos — 58, e de 5 a 9 anos — 97. Proporcionalmente é elevado o número de crianças de idade abaixo dos 5 anos, em relação ao outro grupo etário, pela mesma razão acima, isto é, predominância de forma clínica tuberculóide na tenra idade. A forma clínica inicial foi, indeterminada, 73 vêzes e tuberculóide 82 vêzes. Nenhum caso lepromatoso obteve alta definitiva. Dos 73 casos indeterminados 9 evoluiram para tuberculóide o que eleva o número dos casos tuberculóides, com alta definitiva a 90 casos.

Do grupo etário dos 10 aos 14 anos, apenas 67 gozam dessa regalia. Êsse fato está em relação à forma inicial, mais benigna nos dois primeiros, mais grave no último.

Falecimentos: No período de março de 1924 a 31 de dezembro de 1947, faleceram entre as 1095 crianças abaixo dos 10 anos, 100 casos, sendo do sexo masculino 52 e 48 do feminino. A idade dessas crianças foi, na ocasião do fichamento, de 0 a 5 anos — 12, e de 5 a 10 anos, 88. — O tempo de sobrevida dêsses casos foi o seguinte:

de 0 a 1 ano	—	1
de mais de 1 a 2 anos	—	7
de " " 2 a 3 "	—	5
de " " 3 a 4 "	—	6
de " " 4 a 5 "	—	7
de " " 5 anos	—	73

Dessas crianças, 88 estavam internadas e 12 faleceram fora dos hospitais. A forma clínica das mesmas, na ocasião do fichamento era: de forma lepromatosa inicial, 53, indiferenciada ou incaracterística 42, e tuberculóide, 5. Dos 42 casos indiferenciados 31 sofreram evolução posterior para lepromatosa o que eleva os óbitos por essa forma clínica a 84 casos. A causa-mortis, segundo o atestado fornecido pelos hospitais, foi a seguinte:

Por lepra	48	Disenteria	2
Tuberculose	14	Cirrose hepática	2
Uremia	7	Hemorragia cerebral	2
Insuficiência cardíaca	6	Colecistite	1
Nefrite	3	Impaludismo	1
Pneumonia	3	Endocardite	1
Acidente	3	Não conhecido	7

Do grupo etário dos 10 aos 14 anos faleceram mais 172 crianças.

Vemos que a tuberculose ocupa o segundo lugar no obituário geral. Torna-se muito difícil, no doente de lepra em estado caquético, afirmar-se que o óbito se tenha dado realmente por causa outra que não a lepra. Não há em nossos hospitais serviço necroscópico regular e nem laboratório para provas de inoculação etc., únicas capazes de firmar a natureza tuberculosa da afecção. Da mesma forma os óbitos por uremia, nefrite, disenteria, cirrose hepática, poderiam ter-se dado como complicação de lepra e serem de natureza leprosa o que elevará o obituário por lepra, o que é lógico e natural. As intercurrências no decurso da lepra, sobretudo de uma forma lepromatosa avançada, tem que ser frequente em vista de um panviscerite leprosa de que êsses doentes são portadores.

ÓBITO

SEXO		IDADE		FORMA CLÍNICA		
M	F	0-5	6-10	T	I	L
52	48	12	88	5	11	84
52%	48%	12%	88%	5%	11%	84%

Não controlados: Para um total de 2.322 crianças observadas até a idade de 14 anos apenas 110 não estão controladas, ou sejam 4,7%. A maioria dessas crianças, sôbre as quais não se tem notícia é referente a fichamentos anteriores a 1931, sendo que algumas são doentes de outros Estados e por isso recambiados.

INCIDÊNCIA SEGUNDO O FOCO DE CONTÁGIO

Na infância o foco de contágio é sobretudo familiar e dentro de família, mais vêzes, um ou ambos os genitores. Esta predominância do foco familiar na lepra da infância tem sua explicação não só na sua reconhecida suscetibilidade, sobretudo na segunda ou grande infância, como pela intensidade de contágio resultante da íntima convivência com o foco. Veremos, todavia, mais adiante, que não basta o contato com o foco de lepra para se adquirí-la. É necessário a existência de condições de recetividade ou predisposição. A criança, sobretudo, até os 10 anos, em que, pela natural vida de família, terá que ter com o foco familiar tôdas as condições ideais para se contagiar, apresenta condições de recetividade muito menores, que no grupo etário seguinte, dos 10 aos 15 anos, quando ela parece ter perdido sua resistência congê-

nita. O estudo estatístico dos focos de contágio na infância isso nos indica com muita segurança.

Os que trabalham em ambulatório de lepra sabem que os doentes que se apresentam pela primeira vez ao exame, encaminhados por médicos ou qualquer clínica ou ambulatório, de modo geral ignoram a fonte onde se contaminaram. Já os doentes diagnosticados na seção de contatos têm o seu foco conhecido. A lepra na infância resulta, quase que tôda ela da medida profilática do exame de comunicantes. Por isso mesmo os seus dados não podem ser comparados com as estatísticas gerais. Deixaremos, por isso mesmo, de relacionar a incidência segundo o foco de contágio, referido na literatura, que se cinge na maioria das vêzes a estudo gerais, onde a par do resultado do exame de comunicantes, com foco conhecido, relacionam-se casos com desconhecimento aparente do foco.

O quadro abaixo sintetiza, dos casos por nós estudados por grupo etário, a incidência por foco de contágio:

FÓCO	GRUPO ECTÀRIO			TOTAL
	0 - 5	+ 5-10	+ 10-14	
Pai	74	246	252	572
Mãe	70	281	228	509
Ambos	35	118	125	278
Sub-total	179	645	605	1429
% parcial	94,2%	71,2%	49,3%	61,5%
Irmãos	6	83	136	225
Outros parentes	1	29	45	75
Sub-total	7	112	181	300
% parcial	3,6%	12,3%	14,7%	12,9%
Não especificada	4	148	441	593
% parcial	2,1%	16,3%	35,9%	25,6%
Total geral	190	905	1227	2322

Comentaremos por parte o quadro acima.

Em primeiro lugar considerando os pais, como foco de contágio, vemos que no primeiro grupo etário dos 0 aos 5 anos êles são responsáveis por 94,2% dos contágios, percentagem essa que cai para 71,3%, no segundo grupo etário e para 49,3% no terceiro. Isto tem sua explicação clara na maior convivência da criança de tenra idade com os pais. Essa convivência vai se alargando com o crescimento e daí o aparecimento de outros focos, entre os irmãos e parentes e mesmo, estranhos ao ambiente de família.

Enquanto diminue a incidência do foco dos genitores a medida que a criança aumenta em anos, aumenta a referência de

contágio por irmãos e outros parentes — 3,6% para o primeiro grupo etário, 12,3% para o segundo e 14,7% para o terceiro.

O mesmo fato se verifica em foco não conhecido. Aqui o aumento é mais acentuado do segundo para o terceiro grupo etário, justamente quando a criança, em idade escolar, diminui sua permanência no domicílio para tê-la mais tempo, fora, seja na escola, seja nas oficinas, seja nos divertimentos públicos.

De 2,1% para o primeiro grupo, passa para 16,3% no segundo e atinge 35,9% no terceiro.

Só maiores possibilidades de exposição ao contágio, pode explicar essa alta incidência de desconhecimento do foco nêste terceiro grupo etário.

***

PROFILAXIA

PROFILAXIA

Si, por um lado, a criança nascida em ambiente doente e contaminada na primeira infância, contrai a lepra sob forma predominantemente benigna, por outro não se lhe pode negar a suscetibilidade acima dos 8 anos, já começando a prevalecer as formas malígnas sobretudo quando daí por diante, até a puberdade, permanece em meio infetante.

As estatísticas consignam também sem discrepância, a maior incidência de lepra no grupo etário dos 15 aos 25 anos, permitindo supor ter-se dado a contaminação entre os 10 e 15 anos.

Disto resulta a importância de profilaxia da lepra, nêste período, protegendo a pequena, média e grande infância, tendo como medida essencial a separação do recém-nascido do foco de contágio e a retirada das crianças do meio doente, com a criação dos Preventórios e Creches, organizações fundamentais nas campanhas profiláticas do mal de Hansen.

É também fundamental, na realização de censos e no exame de conviventes, o exame sistemático das crianças, dada sua íntima convivência nos focos domiciliares. Em países de elevado índice endêmico aconselhar-se-ia, ainda mais, como medida profilátjca o exame das crianças na coletividades, o que já se faz de modo indireto pela difusão da assistência médica aos menores.

Mais se acentua a importância, destas simples medidas profilática o exame das crianças na coletividades, o que já se faz de possibilidades que nos oferece, atualmente, o tratamento pelos medicamentos sulfônicos. Os resultados dêste tratamento na totalidade dos casos avançados e moderados e em elevado número dos incipientes das formas malígnas contagiantes, autorizam-nos a esperar que nas crianças do grupo indiferenciado, ainda em período de negatividade baciloscópica, não se processe a evolução para as fases de eliminação de germes. É a esterilização precoce de focos latentes. É a substituição da profilaxia desarmada, até agora realizada, pela profilaxia secundada pelo tratamento, possibilidade única que no momento se nos depara de, em futuro, ainda remoto, transformar o mal de Hansen em doença de ambulatório, caso conformem-se os resultados atuais de sulfonoterapia.

Sobreleva ainda notar, pela importância ímpar, que a própria evolução da lepra facilita sobremodo a consecução dêstes resultados considerando-se que é de 5 anos o tempo médio, que os casos indiferenciados negativos, levam para converterem-se no tipo lepromatoso contagiante.

É a base dos resultados já obtidos no momento atual, uma necessidade variável, mesmo um dever a difusão do tratamento sulfônico nos dispensários, onde ficam sob vigilância, os casos iniciais negativos, focos latentes de infecção.

Entre as medidas fundamentais na profilaxia da lepra na

infância, está como já afirmamos, a criação de Preventórios, destinados a receber os filhos de doentes de lepra destituidos de recursos, assim como as crianças nascidas nos leprocômios, Creches e Preventórios, todavia necessitam possuir perfeita organização médica especializada para que não se prejudique sua eficiência na profilaxia. No Brasil e em outros países, êste setor está entregue à Cooperação particular que mantém essas casas de assistência. Mas, embora mantidos por associações particulares lhe é indispensável estreita colaboração com os órgãos oficiais encarregados da profilaxia.

O Preventório é um centro admirável para estudos das manifestações precoces da lepra, e até certo ponto para o estudo de determinadas questões epidemiológicas. A situação especial em que ficam os internados submetidos a cuidadosa observação médica permite observar-se os sintomas mais precoces da moléstia. E em nossa observação preventorial, nunca vimos a lepra iniciar-se na infância, diretamente pelo tipo lepromatoso. A maioria das vêzes a moléstia se inicia por lesões do grupo indiferenciado, seja por manifestações cutâneas, seja nervosa, ou pelas do tipo tuberculóide. Foi no Preventório que firmamos o conceito da benignidade da lepra na infância, ou melhor, da resistência que a criança apresenta a infecção hanseniana, e da importância para a profilaxia dêsse organismo assistencial. Aí também observamos a regressão espontânea da lepra tuberculóide, sua involução, para indiferenciada e daí para a cura.

Os casos que apresentam exame baciloscópico inicial positivo, e os lepromino-negativos, são os únicos que devem ser removidos dos preventórios para os leprosários. Pavilhões de observação, anexos, mas separados dos pavilhões gerais, devem fazer parte no conjunto de prédios dos preventórios, e nêles serão recolhidos não só as crianças com lepra incipiente, como os casos recém-internados, com convivência anterior com doentes, que aí farão o período inicial de observação. A melhoria no estado geral por uma racional alimentação, o tratamento de moléstias debilitantes, sobretudo a verminose e a lues, conferem-lhes uma resistência à moléstia, que na grande maioria dos casos, estaciona e regride, numa tendência natural, para a cura, na qual é de supor influe a cessação de super-infecções possíveis. Poucos são os casos indiferenciados, que evolucionam para forma lepromatosa, fato que é mais frequente no meio hospitalar.

Outro assunto para o qual o Preventório veio trazer valiosa contribuição foi o referente ao período da latência ou incubação da moléstia. Como já dissemos no Preventório torna-se possível avaliar êsse prazo com certa segurança. A data da separação do foco, que corresponde a da internação, e a do aparecimento dos primeiros sintomas, estabelece o provável prazo do período de latência da moléstia. E nêsse assunto, o observação do Preventório Santa Terezinha de São Paulo, segundo gráfico em traba-

lho de autoria do Prof. AGUIAR PUPO (1) que estudou a questão baseada em 117 casos no período de 20 anos, é bastante concludente. Êsse autor verificou que em 58 casos os sintomas iniciais apareceram no 1.º ano da separação (49,6%), 32 no segundo ano (27,3%), 15 no terceiro ano (12,8%), ou sejam 90,7% dos casos tornaram-se doentes até o 3.º ano de separação do foco. A observação no Preventório veio mostrar que o período de incubação da moléstia pode não ser dilatado como afirmam os trabalhos clássicos, mas sim, curto, de 1 a 3 anos, atingindo os 5 anos em uma minoria de casos.

Completando a série de medidas profiláticas: exame de conviventes, encaminhados para dispensários os casos iniciais, separação dos recém-nascidos nos leprocômios, destinados às creches, internação nos preventórios dos filhos sadios de odentes internados, está a segregação dos menores contagiantes.

Esta será perfeita quando realizada em instituições apropriadas, afastadas dos pavilhões gerais de adultos, como medida de profilaxia moral, não se levando em conta as possibilidades de super-infecção, e onde se cuide de sua instrução primária e profissional, habilitando o menor à luta pela vida, quando da transferência para tratamento em dispensário.

Permitissem as condições econômicas e seria ideal a internação em instituições tais, de tôdos os pequenos pacientes do grupo indiferenciado, cujo prognóstico fôsse duvidoso, para mais cuidadosamente tratá-los e dar-lhes a educação sanitária necessária aos pacentes que se destinam ao dispensário.

NOTA: Em vista de já ter sido objeto de monografias do Serviço Nacional da Lepra, "Epidemiologia — Profilaxia da Lepra" e "Organização e funcionamento de Preventório", deixaremos de nos estender mais longamente sôbre êstes assuntos.

---

1) AGUIAR PUPO, J.: — Epidemiologia da Lepra na Infância — II Conf. Pan Americana de Lepra — 1946 : I, 138.

COMPOSTO E IMPRESSO NA
PAPELARIA NATAL S. A.
RUA BUENOS AIRES, 96
RIO DE JANEIRO

Ministério da Saúde

Serviço Nacional de Educação Sanitária

Biblioteca

1450-56

Campos,Nelson Souza
Lepra na infancia.

Prove que sabe honrar os seus compromissos devolvendo com pontualidade êste livro à Biblioteca, no prazo máximo de 2 semanas.

O prazo acima poderá ser prorrogado, caso a obra não esteja sendo procurada por outro leitor.

Imp. Gráf. SNES 3.000/7/62

Biblioteca MS
10001000307