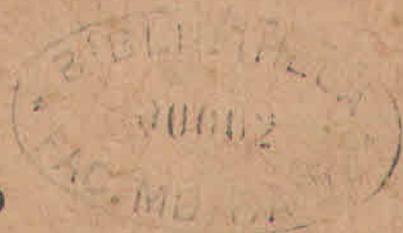


Ulysses Motta de Aquino

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS
LESÕES TARDIAS DA BOUBA -



Trabalho realizado e publicado sob os auspícios da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde do M. E. S.

Rio de Janeiro - 1951

Ulysses Motta de Aquino



Contribuição ao estudo das lesões tardias da BOUBA

*Tese para o concurso de docência
livre da cadeira de Clínica Derma-
tológica e Sifiligráfica da Facul-
dade de Medicina da Universidade
da Bahia.*

1951
Ba.
Aquino
T.M.D.

RIO DE JANEIRO

— 1951 —

BIBLIOTECA
Fac. Med. Univ. Bahia

Ao Doutor

AMILCAR BARCA PELLON,

*meu particular amigo, ofereço esta tese como
prova da minha gratidão.*

nota preliminar

As lesões tardias da Boubá constituem, ainda, assunto controvertido. Excelentes trabalhos nacionais e estrangeiros, sôbre a matéria, não conseguiram, a despeito dos esforços dispendidos, situá-la, devidamente, no tempo e no espaço e, até os dias que correm, não foi possível o estabelecimento de princípios doutrinários satisfatórios.

Neste trabalho, sem pretendermos encerrar a cadeia do conhecimento sôbre tão delicado tema, tentaremos contribuir, de acôrdo com a nossa capacidade pessoal e material, para o esclarecimento de determinados fatos da questão, estudando a sua fisionomia clínica, suas características epidemiológicas, sua expressão histopatológica, seu comportamento bacteriológico, sua resposta terapêutica, suas consequências sociais e a sua profilaxia.

... Esperamos que nossas conclusões, hoje, submetidas à crítica construtiva e valiosa dos exmos. srs. membros da banca examinadora dêste concurso, possam ser de utilidade no combate de tamanho insulto aos nossos foros de novo civilizado.



1º CAPÍTULO

*Condições de trabalho; material, método e
técnica. Observações realizadas.*

MATERIAL

a) 3 indivíduos, observações 1, 2 e 3, radicados nos municípios de Bom Jardim, Ipojuca e Palmares, Estado de Pernambuco, nordeste do Brasil, que nós examinamos, em 1945, na enfermaria de São João, Hospital de Santo Amaro, da Cátedra de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Universidade de Recife e na enfermaria de São José daquele nosocômio;

b) 3 indivíduos, observações 4, 5 e 6, radicados no município de Pacoti, serra de Baturité, Estado do Ceará, nordeste do Brasil, que nós examinamos, no mês de agosto de 1949, por ocasião da nossa visita-inspeção ao Posto Especializado mantido, naquele município, pela Campanha Contra a Bouba da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, em colaboração com o governo estadual;

c) 4 indivíduos, observações 7, 8, 9 e 10, radicados no município de Timbaúba, Estado de Pernambuco, que nós examinamos, no mês de outubro de 1950, por ocasião da nossa visita-inspeção ao Posto Especializado mantido, naquele município pela Campanha Contra a Bouba da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, em colaboração com o governo estadual.

MÉTODO

a) selecionar, devidamente, o material humano, testando-o, tôdas as vêzes que nos foi possível, perante a clínica, a epidemiologia, a bacteriologia, a histopatologia e a radiologia;

b) comparar os resultados dos testes supracitados com os obtidos, em idênticas condições, pelos pesquisadores mais documentados no assunto analisando as diferenças, por ventura, encontradas;

c) estruturar conclusões úteis e viáveis.

TÉCNICA

a) bacterioscopia. A colheita de serosidade das lesões (linfalesionais) para a pesquisa de treponemas foi, por nós, efetuada nos bordos das lesões ulcerosas, empregando o processo do Clamp. A linfalesional das observações 1 e 2, sob a forma de esfregaços corados pelo Giemsa e Fontana Tribondeau, foi examinada, microscopicamente, pelo professor Mário Ramos, catedrático de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife. A linfalesional da observação 6, foi, por nós, examinada, nas mesmas condições. A coproscopia das observações, 4, 5 e 6 foi realizada pelo laboratório do Departamento Estadual de Saúde do Ceará.

b) sorologia. A colheita de sangue, das observações 1, 2, 3, 4, 5 e 6, para a pesquisa de reaginas, foi por nós efetuada, de acôrdo com as exigências habituais. A pesquisa de reaginas nas observações 1, 2 e 3, foi feita pelo professor Mário Ramos. A pesquisa de reaginas nas observações 4, 5 e 6, foi praticada pelo Dr. Joaquim de Carvalho Loures, pesquisador especializado do Instituto Osvaldo Cruz, que trabalhou com antígeno de Bordet Ruellens na

reação de fixação de complemento realizada conforme a técnica preconizada por Kolmer e com cardiolipina na reação de flocculação conforme a técnica aconselhada por Kline. A colheita de liquor, da observação 3, para a pesquisa de reaginas, foi efetuada por intermédio de uma punção lombar realizada pelo Dr. Frederico Carvalheira cirurgião do Hospital de Santo Amaro em Recife. A colheita de liquor, das observações 4, 5 e 6 foi praticada, em condições idênticas, pelo professor Luiz Gonzaga da Silveira, da Faculdade de Medicina do Ceará. A pesquisa de reaginas no liquor da observação 3 foi feita pelo Dr. A. Benício, chefe do Laboratório da Assistência a Psicopatas de Recife. A pesquisa de reaginas no liquor das observações 4, 5 e 6 foi realizada pelo Dr. Joaquim de Carvalho Loures,

c) histopatologia. A retirada de fragmento (biópsia) das lesões cutâneas foi, por nós, praticada nos bordos das lesões ulcerosas, das observações 1, 2 e 6, de tal maneira que o pedaço de pele biopsiado contivesse, em uma de suas extremidades, tecido, aparentemente, sadio. A retirada de fragmento (biópsia) das lesões ósseas das observações 4 e 5 foi praticada pelo professor Luiz Gonzaga da Silveira. Cada um dos fragmentos, correspondentes às observações 4, 5 e 6, devidamente orientados, foram divididos em duas porções que tratadas pelo formol a 10 % e pelo Bouin, passaram a ser tratadas pelo professor Amadeu Fialho, catedrático de Anatomia Patológica da Universidade do Brasil. Quanto aos retalhos cutâneos correspondentes às observações 1 e 2 depois de fixados em formol a 10 % foram incluídos, em parafina, cortados e corados pela Hematoxilina-Eosina no Departamento de Anatomia Patológica dirigido, então, em Pernambuco, pelo professor Aggeu Magalhães, da Universidade de Recife. O professor Amadeu Fialho submeteu os fragmentos à técnica simples da dupla coloração, hematoeosina, e às técnicas de Jahnelt e de Levaditi destinadas a pôr em evidência o treponema no tecido. Todos os preparados foram examinados pelo professor Amadeu Fialho.

d) radiologia. As raios das observações 1 e 2 foram efetuadas pelo Dr. Avelino Cardoso, docente livre da Universidade de Recife e chefe do Serviço de Radiologia do Hospital de Santo Amaro. As raios das observações 5 e 6 foram realizadas pelo Dr. Artur Eneas, radiologista em Fortaleza, Estado do Ceará. As raios das observações 7, 8, 9 e 10 foram obtidas no consultório do Dr. João Coutinho, conceituado clínico da cidade de Timbaúba, Estado de Pernambuco. Todas as interpretações foram examinadas e criticadas pelo ortopedista Dr. Fernando de Moraes, docente livre da Universidade do Brasil.

OBSERVAÇÃO Nº 1

Sebastião Feliciano Gaião — 18 anos, pardo, solteiro, trabalhador rural, pernambucano, procedente, no momento do exame, do Município de Igarassú, Estado de Pernambuco. Residiu, anteriormente, no Município de Vicência, do mesmo Estado, onde nasceu. Hospitalizado no mês de Setembro, em 1945, na enfermaria de São João do Hospital de Sto. Amaro da cidade de Recife.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores, sem importância para o caso; 28 irmãos, dos quais 16 falecidos de causa ignorada e 12 vivos, gozando, aparentemente, boa saúde; 3 irmãos, na infância, portadores de Boubá, "bolões encascados" (sic), curaram com aplicações tópicas de "óleo de fava de feijão" (sic) e o uso oral de "azougue" (sic). Relata, entretanto, que, tempos depois, se apresentaram com lesões ulcerosas.
- b) *pessoais*: na fase da infância Sarampo e Boubá, apanhada com seus irmãos e curada com aqueles processos; na fase adulta, nega passado venéreo ou qualquer doença que não seja a atual.

MODUS VIVENDI

- a) *condições higiênicas*: reside em uma casa de paredes de taipa sem rebôco, teto de fo. has de coqueiro e piso de barro socado; dorme em rede; bebe e come em caneco e pratos comuns a toda a família; anda descalço e despido da cintura para cima; defeca e urina no mato; consome café, açúcar, batata doce, inhame, macaçaheira, milho, feijão, farinha, carne seca, goiaba, laranja, jaca e banana.
- b) *condições sociais*: analfabeto, ganha Cr\$ 3,50 por dia e frequenta a igreja católica.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 1 ano e 3 meses apareceu no tórço médio da perna "D" uma lesão ulcerosa cujo mecanismo de evolução não sabe explicar. Logo, no começo, o referido acidente despertava sensações dolorosas espontâneas, mais acentuadas durante a noite.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: na pele, ao nível dos dois terços superiores da perna "E", fig. 1, verificamos a presença de uma vasta cicatriz que ocupa o bordo anterior e as faces interna e antero-externa. Para cima e invadindo a região rotuliana, encontramos uma lesão ulcerosa, cujos bordos irregulares e circinados delimitam um fundo anfratuoso, coberto por "bourgeons charnus", assentado sobre uma base infiltrada. Para baixo a cicatriz oferece, ao exame, zonas de atrofia com pregueamento fino do tegumento cutâneo que se apresenta brilhante e zonas de esclerose de consistência dura, de superfície lisa e de coloração branco-nacarada. Aqui e ali acidentes ulcerosos pequenos e discretos. Os contornos dos acidentes ligeiramente edemaciados. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Hipertrofia inflamatória, tórpida e aflegmática das cadeias ganglionares cervical, epitrocleana, inguinal e crural que se apresentam pequenos, duros, indolores e rolando sob os dedos. Ostealgia presente. Sensibili-

dade, tátil-termo.dolorosa, normal. Demais órgãos e aparelhos, sem anormalidade aparente.

- b) *bacteriológico*: a bacterioscopia feita, em 19/10/1945, na linfa lesional, revelou ausência de treponemas. A sorologia (Wassermann e Kahn) praticada em 19/10/1945, no sangue, revelou presença de reaginas, acusando uma intensidade de 4 cruces (++++) para ambas as reações.
- c) *histopatológico*: a histopatologia, fig. 2, efetuada, no mês de Novembro de 1945, no fragmento de tecido proveniente de tegumento cutâneo ulcerado, revelou um processo inflamatório com denso infiltrado, constituído por linfócitos e células redondas. Observaram-se muitos eosinófilos. A epiderme não acusou alterações dignas de registro, a não ser discreta hiperplasia, com invasão da derma.
- d) *radiológico*: a rádio da perna "D", fig. 3 executada no mês de Outubro de 1945, revelou a presença de lesões extensas na tíbia e no peróneo que se apresentam mais pronunciadas em suas diáfises, onde verificamos compactas espessadas e periósteo reagindo, intensamente, com áreas em que se nota sua destruição evidente.

Diagnóstico: Bouba tardia com úlceras, cicatrizes, adenopatia e comprometimento do sistema ósseo.

OBSERVAÇÃO Nº 2

Luiz Macedo — 15 anos, preto, solteiro, trabalhador rural, pernambucano, procedente, no momento do exame, do Município de Palmares, onde reside e nasceu. Hospitalizado no mês de Outubro de 1945 na enfermaria de São João do Hospital de Santo Amaro da cidade de Recife.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores vivos já foram portadores de Bouba; 6 irmãos, dos quais 3 falecidos de causa ignorada, na infância, e 3 vivos sofreram de Bouba na infância.
- b) *personais*: na fase da infância, refere Bouba, "botões encascados" (sic), aos 7 anos de idade, que apanhou com os irmãos. Informa que as crostas, "cascões" (sic), das lesões, no roçar das vestes e durante o banho de rio, caíam mas se renovavam com extrema facilidade. Curou-se com aplicação tópica de "pós de Joana" (sic) e o uso oral de "azougue" (sic). Na fase adulta, nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) *condições higiênicas*: reside em uma casa de paredes de taipa sem rebôco, teto de folhas de palmeira e piso de barro socado; dorme em esteira; bebe e come em um côco" (sic) de folha de Flandres e pratos de barro comuns a toda a família; anda descalço e despido da cintura para cima; defeca e urina no mato; consome café, açúcar, batata doce,

Inhame, macacheira, feijão, farinha, carne seca, banana, jaca, mamão e laranja.

b) *condições sociais*: analfabeto, ganha Cr\$ 6,000 por dia.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 6 anos apareceu, na região glútea "D", um "caroço" (sic) avermelhado, doloroso, que, em pouco tempo, se rompeu, dando saída, de acôrdo com os informes do observado, a uma substância cremosa, amarelada que se fez acompanhar de uma secreção purulenta. Em seguida, acidentes semelhantes apareceram na perna "D". As lesões sofridas despertavam sensações dolorosas espontâneas. O estado geral foi perturbado, desde o início, por dores osteócopas, hipertermia, criestesia, astenia, cefalalgia. Diz que, muito antes do aparecimento dêstes acidentes, já sofria de dores osteócopas e articulares. O processo não ficou limitado ao membro inferior "D". Nos membros, superior "D" e inferior "E", surgiram lesões idênticas em forma e evolução. Procurou solucionar a situação tomando "garrafada do sertão" (sic) sem, entretanto, obter um resultado satisfatório. Com o tempo ficou impossibilitado de marchar regularmente. Queixa-se, atualmente, de hipertermia e criestesia noturnas.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: na pele, ao nível da face dorsal e bordo interno do pé "E", fig. 4, verificamos a presença de uma vasta lesão ulcerosa cujos bordos cortados a pique, calosos, circinados, debrunhados, isto é, como se fossem torneados, delimitam um fundo anfratuoso, cheio de "bourgeons charnus" que repousa sobre uma base infiltrada. A configuração da lesão é imprecisa pelo desenho sinuoso e caprichoso dos seus bordos que são contornados, em grande parte, por uma cicatriz que além de ocupar o restante da face dorsal do pé, invade toda a extensão do bordo, e faces limitantes, da perna. Na área ocupada pela cicatriz encontramos, além de acidentes ulcerosos pequenos e discretos, zonas de atrofia e zonas de esclerose. A região glútea "D", a região rotuliana "D", a face dorsal do pé "D", o punho e a mão do mesmo lado, fig. 4., são portadoras de cicatrizes atróficas. O dedo médio da mão "E", fig. 4, apresenta uma tumoração fusiforme, indolor à pressão. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Hipertrofia inflamatória, tórpida e aflegmática das cadeias ganglionares cervical, epitrocleana, inguinal e cru-ral cujos elementos se apresentam pequenos, duros, indolores e rolando sob os dedos. Ostealgia presente. Sensibilidade, tátil-termo-dolorosa, normal. Demais órgãos e aparelhos, aparentemente, sem anormalidade.
- b) *bacteriológico*: a bacterioscopia feita em 19/10/945, na linfa lesional, revelou ausência de treponemas. A sorologia (Wassermann e Kahn) praticada em 19/10/945, no sangue, revelou presença de reaginas acusando uma intensidade de 4 cruces (++++) para ambas as reações.

- c) *histopatológico*: a histopatologia, fig. 5, feita no mês de Novembro de 1945, no fragmento de tecido inflamatório com tegumento ulcerado, revelou um processo inflamatório com denso infiltrado constituído, predominantemente, por linfócitos com tendência à distribuição perivascular. Verifica-se área com desaparecimento do epitélio de revestimento. Nas camadas mais inferiores, dessa área, observa-se intensa vascularização, notando-se que há processo de eliminação com necrose, no qual são envolvidos alguns elementos vasculares.
- d) *radiológico*: a rádio da perna "D", fig. 6, executada em Outubro de 1945, revelou a presença de lesões em ambos os ossos da perna. As cavidades medulares da tíbia e do peroneo foram, praticamente, substituídas por um processo de neoformação óssea. Verificamos a presença de geodos. Reação perióstica extensa e irregular. A rádio da mão "D", fig. 7, revelou a presença de lesões na falange e na falanginha do dedo médio, cujas linhas laterais perderam a sua forma côncava. Diáfises lesadas em toda a sua extensão. Artrite interfalangiana. As lesões lembram em seu conjunto o aspeto da spino ventosa.
- Diagnóstico*: Bouba tardia com úlcera, cicatriz, adenopatia e comprometimento do sistema ósseo.

OBSERVAÇÃO Nº 3

Antônio Francisco da Silva — 46 anos, preto, casado, trabalhador rural, pernambucano, procedente, no momento do exame, do Município de Bom-Jardim, onde reside e nasceu. Hospitalizado no mês de Maio de 1945 na enfermaria de São José do Hospital de Santo Amaro da cidade de Recife.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores falecidos de causa ignorada; 7 irmãos, dos quais 4 falecidos de causa ignorada e 3 vivos gozando, aparentemente, de boa saúde. Todos na família foram portadores de Bouba. "bouba sêca" (sic) formando "impinge" (sic) mais saliente do que a pele, coberta de crostas que, quando caíam, se apresentavam semelhantes a "verrugas vermelhas" (sic). Todos curaram com remédios caseiros. Diz o informante que "a Bouba é como bexiga em uns dá mais do que em outros" (sic).
- b) *personais*: na fase da infância Sarampo; na fase adulta, Paludismo e Bouba. Nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) *condições higiênicas*: reside em uma casa de paredes de taipa sem rebôco, teto de folha de palmeira e piso de barro socado; dorme em rede; come e bebe em pratos de barro e caneco comuns a toda a família; anda descalço e despido da cintura para cima; defeca e urina no mato; consome

café, açúcar, batata doce, inhame, macacheira, feijão, farinha de mandioca, carne seca, abóbora, tomate, quiabo, xuxu, banana, laranja, manga, abacaxi e mamão.

- b) *condições sociais*: analfabeto, trabalha para si, rezeiro, pagando ao proprietário do terreno uma renda anual de Cr\$ 500,00; planta e cria do que pode; frequenta a igreja católica.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 28 anos foi vítima de um acidente de trabalho do qual resultou um corte na superfície plantar "D" que, logo, se transformou em uma úlcera. 6 meses após esta ocorrência surgiram "boubas secas" (sic) pelo tegumento cutâneo acompanhadas por dores nos ossos, articulações e músculos. Informa que o número de lesões cutâneas foi muito reduzido. Procurando curar recorreu ao "pinhão branco" (sic) de que fez uso oral. As "boubas secas" (sic) desapareceram, entretanto, ao cabo de 7 meses deixando um "reumatismo" (sic) que lhe impedia trabalhar. Nesta época apareceram os "cravos" (sic) nas superfícies plantares despertando dores insuportáveis durante a marcha. Os "cravos" (sic) evoluíram com períodos de acalmia intercalados com períodos de franca recrudescência curando, finalmente, com os mesmos remédios usados para as "boubas secas" (sic). 12 anos, mais ou menos, após, teve início a enfermidade atual com um entupimento das fossas nasais dificultando-lhe a respiração. O nariz ficou avermelhado, inchado e doloroso espontaneamente. Fez uso de Mercúrio em pilulas, mas o processo resistiu a terapêutica e com o tempo evoluiu destruindo o nariz. Recorreu aos serviços médicos mais próximos sem resultados. Tomou por iniciativa própria 2 vidros de Elixir 914 e a doença que, já lhe havia destruído, completamente, toda a pirâmide nasal cessou de evoluir desaparecendo "como por um encanto" (sic) as dores ósseas, articulares e musculares que nunca lhe deixaram. Ultimamente, acusa diminuição das acuidades auditiva e visual, constipação e uma espécie de "entrevamento nos membros" (sic). No mês de Março internou-se neste serviço por causa de um "tumor" (sic) no ventre que desapareceu sem nenhuma intervenção cirúrgica. Voltou a hospitalizar-se, queixando-se de um outro "tumor" (sic) que lhe apareceu na região esternal há cerca de 15 dias.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: na face, fig. 8 e 9, verificamos destruição total da pirâmide nasal que se apresenta substituída por um largo orifício através do qual se visualiza a parede posterior da garganta. Os contornos deste orifício são constituídos por cicatrizes atrofiadas, de fundo acromico salpicado, irregularmente, por ilhotas de tegumento hiperpigmentado. O exame oto-rino-laringológico realizado, a nosso pedido, pelo Dr. Sérgio Morel, assistente do professor José de Andrade Medeiros, chefe da Clínica de Oto-rino-laringologia do Hospital de Santo Amaro, forneceu os seguintes resultados:

"*Nariz* — Destrução completa da pirâmide nasal. Septo nasal também completamente destruído, formando as duas fossas nasais uma única cavidade. A mucosa nasal apresenta-se congesta e crostas esverdeadas recobrem certas zonas. Cartuxos inferiores destruídos em parte, sendo maior esta destruição ao nível da cabeça. Cartuxos médios e superior esquerdos muito aumentados.

Garganta — Destrução parcial da úvula e amígdala esquerda. Pilar posterior do mesmo lado, totalmente, destruído. Todas estas zonas de destruição já se apresentam completamente cicatrizadas e com ligeira infiltração.

Rinoscopia posterior — Observamos cicatrizes na face posterior do palato mole, assim como ligeira estenose cicatricial do Rino-faringe.

Laringe — Nada de anormal.

Recife, 10-7-945. (a) Dr. Sérgio Morel".

No terço superior da região esternal, fig. 9, uma goma típica. Gânglios superficiais, normais. Demais aparelhos e órgãos, sem anormalidade aparente.

- b) *bacteriológico*: a sorologia (Wassermann e Kahn) praticada em 10-7-945, no sangue, revelou ausência de reaginas em ambas as reações. Nonne-Apelt, Takada-Ara e Wassermann, realizadas, em 26-7-945, no liquor, forneceram resultados negativos.

Diagnóstico: Boubá tardia com Rino-faringite mutilante de Leys e goma cutânea.

OBSERVAÇÃO Nº 4

Joaquim de Abreu Costa — 37 anos, branco, solteiro, trabalhador rural, cearense, procedente, no momento do exame, do Município de Pacoti, Estado do Ceará, onde reside e nasceu. Observação iniciada no dia 22 de Julho de 1949, data em que, considerando a necessidade de submeter o observado a exames mais especializados, providenciámos o seu transporte para a cidade de Fortaleza onde ficou hospitalizado no Centro de Tratamento Rápido mantido, naquela cidade, pela Campanha Contra as Doenças Venéreas da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores, sem importância para o caso; dos 3 irmãos um é portador de Boubá.
- b) *pessoais*: na fase da infância, acusa Boubá aos 13 anos de idade que curou com remédios caseiros; na fase adulta, nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas, idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 10 anos ou mais apareceu no terço superior do bordo anterior da perna "E" um "tumor" (sic) doloroso, espontaneamente. Tratou-se como pode. As dores desapareceram de há muito

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: pele e mucosas visíveis, sem anormalidade; gânglios, superficiais, normais; tibia "E", fig. 10, espessada ao nível do seu terço superior apresenta-se indolor à palpação; demais aparelhos e órgãos, aparentemente, sem anormalidade.
- b) *bacteriológico*: a coproscopia realiza em 6 de Agosto de 1949, descobriu ovos de *Ascaris lumbricóide*, *Necator americano* e negou a presença de protozoários; a sorologia efetuada no mês de Agosto de 1949, denunciou a presença de reaginas no sangue e sua ausência no liquor.
- c) *histopatológico*: a histopatologia, fig. 11, praticada no fragmento de tecido proveniente da tibia "E" revelou a presença de um tecido ósseo constituído por lâminas que se entrecruzam, limitando espaços ocupados por tecido conjuntivo e vasos. As traves ósseas são de idade variável sendo umas recém-formadas não modeladas enquanto em outras já se encontram componentes Hawersianos. Não foram encontrados características de reação inflamatória.
- d) *radiológico*: a radiologia da perna "E", fig. 12, executada em 1 de Agosto de 1949, revelou na rádio de frente um espessamento da diáfise tibial. A compacta externa ao nível do seu terço médio apresenta uma neoformação de bordo regular. Na face interna da compacta interna, em seu terço superior observa-se uma rarefação óssea de direção longitudinal que corresponde à biópsia praticada. O peroneo é espessado ao nível de sua diáfise cujas lâminas compactas se encontram muito espessadas, principalmente, a posterior. A cavidade medular é muito reduzida ao nível da diáfise. Na rádio de perfil as cortex da tibia, em particular, a anterior estão muito espessadas e muito calcificadas. Observa-se ainda no terço superior os vestígios da biópsia praticada. O peroneo está muito espessado, em particular, a compacta posterior. Os contornos das compactas são muito regulares.
Diagnóstico: Boubá tardia com comprometimento ósseo. Vermínose.

OBSERVAÇÃO Nº 5

Francisco Alves de Farias — 19 anos, branco, solteiro, trabalhador rural, procedente, no momento do exame, do Município de Pacoti, Estado do Ceará, onde reside e nasceu. Observação iniciada no dia 22 de Julho de 1949 data em que, considerando a necessidade de submeter o observado a exames mais especializados, providenciámos o seu transporte para a cidade de Fortaleza, onde ficou

hospitalizado no Centro de Tratamento Rápido mantido, naquela cidade, pela Campanha Contra as Doenças Venéreas da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores e irmãos, foram portadores de Boubá.
- b) *pessoais*: na fase da infância, refere Boubá transmitida pelos irmãos e curada com remédios caseiros; na fase adulta, nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas, idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há 5 anos apareceu no terço médio do bordo anterior da perna "D" um "caroço" (sic) doloroso, espontaneamente. Procurou resolver a situação com remédios caseiros informando que, há um ano, as sensações dolorosas desapareceram, por completo.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: pele e mucosas visíveis, sem anormalidade; gânglios, superficiais, normais; tibia "D", fig. 13, espessada, deformada e indolor; demais aparelhos e órgãos, aparentemente, sem anormalidade.
- b) *bacteriológico*: a coproscopia realizada em 6 de Agosto de 1949, descobriu ovos de *Ascaris lumbricóide* e negou a presença de protozoários; a sorologia efetuada no mês de Agosto de 1949, denunciou a presença de reaginas no sangue e sua ausência no liquor.
- c) *histopatológico*: a histopatologia, fig. 14, efetuada no mês de Agosto de 1949, em fragmento de tecido proveniente da tibia "D", pôs em evidência uma lâmina óssea de estrutura densa onde não se encontra reação inflamatória, quer banal quer com aspeto granulomatoso, e nem sinais de reabsorção óssea. Nos preparados submetidos às técnicas de Jahnle e Levaditi, para a pesquisa de treponema, os resultados foram negativos.
- d) *radiológico*: a radiologia da perna "D", fig. 15, executada em 1 de Agosto de 1949, revelou na rádio de frente espessamento regular das diáfises da tibia e do peroneo; na rádio de perfil a diáfise tibial descreve uma curva de convexidade anterior. A compacta posterior é muito espessada em particular acima do trajeto da artéria nutridora. A compacta anterior é de aspeto normal no seu terço inferior enquanto que em seus dois terços superiores apresenta uma aparência em "casco de cebola". Este aspeto é muito típico ao nível do trajeto da artéria nutridora. No ponto mais saliente da convexidade observa-se os vestígios da biópsia praticada.

A cavidade medular ao nível da convexidade é muito reduzida de extensão. O perônio é espessado em todo o seu comprimento. A compacta posterior encontra-se muito espessada em seus dois terços superiores. A compacta anterior apresenta-se muito adelgada em seus dois terços inferiores enquanto que em seu terço superior é sede duma neoformação ósea de limites regulares. A cavidade medular em seu terço superior quase que desapareceu. Ao nível do terço anterior da metáfise superior observa-se a presença de uma pequena rarefação óssea de limites imprecisos.

Diagnóstico: Boubá tardia com comprometimento ósseo, Verminose.

OBSERVAÇÃO Nº 6

José Ferreira da Silva — 30 anos, pardo, solteiro, trabalhador rural, cearense, proveniente, no momento do exame, do Município de Pacoti, Estado do Ceará, onde reside e nasceu. Observação iniciada no dia 22 de Julho de 1949 data em que, considerando a necessidade de submeter o observado a exames mais especializados, providenciámos o seu transporte para a cidade de Fortaleza onde ficou hospitalizado no Centro de Tratamento Rápido mantido, naquela cidade, pela Campanha Contra as Doenças Venéreas da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde.

ANTECEDENTES

- a) *familiares:* sem importância para o caso.
- b) *pessoais:* na fase da infância, nada para registrar; na fase adulta, aos 20 anos, refere Boubá, tratada com remédios caseiros, e nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as condições higiênicas e sociais são péssimas, idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 2 anos, surgiu, na região glútea "D", um "tumor" (sic) do tamanho de um limão, doloroso, avermelhado, que logo se rompeu dando saída a uma "*matéria apustemada*" (sic) ficando transformado em uma úlcera que atingiu a forma e dimensões atuais.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico:* na pele, ao nível da região glútea "D", fig. 16, verificamos a presença de uma imensa placa cicatricial com o polo superior de sua periferia constituído por lesões túbero-ulcerosas, coalescentes, circinadas e toda a área ocupada por zonas de atrofia, onde a pele é finamente, pregueada e zonas de esclerose hipertrófica, queloidianas, duras e exuberantes. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Hipertrofia inflamatória, tórpida e aflegmática das cadeias

ganglionares cervical, epitrocleana, inguinal e crural que se apresentem com elementos pequenos, duros, indolores e rolando sob os dedos. Demais órgãos e aparelhos, sem anormalidade.

- b) *bacteriológico*: a bacterioscopia feita, por nós, em 24 de Julho de 1949, revelou, na linfa lesional, ausência de treponemas; a coproscopia, realizada em 6 de Agosto de 1949, descobriu ovos de *Necator americano*, *Ascaris lumbricóide*, *Trichiuris trichiura* e negou a presença de protozoários; a sorologia, efetuada no mês de Agosto de 1949, denunciou a presença de reaginas no sangue e sua ausência no liquor.
- c) *histopatológico*: a histopatologia, fig. 17, praticada, no mês de Agosto de 1949, no fragmento de tecido proveniente de tegumento cutâneo ulcerado, revelou a presença de um denso infiltrado linfoplasmocitário com células gigantes em quantidade regular.
- Diagnóstico*: Boubas tardias com úlcera, cicatriz e adenopatia. Vermínose.

OBSERVAÇÃO Nº 7

Luiza Joaquina da Conceição — 48 anos, parda, viúva, trabalhadora rural, pernambucana, procedente, no momento do exame, do Município de Timbauba, Estado de Pernambuco. Observação realizada no dia 21 de Outubro de 1950.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores, sem importância para o caso; 8 irmãos, dos quais 4 falecidos de causa ignorada. Dos 4 filhos que ficaram vivos 1 já foi portador de Boubas.
- b) *pessoais*: na fase da infância, acusa Boubas aos 6 anos de idade que foi tratada com remédios caseiros. Na fase adulta, *nega* passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas. Idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 5 anos surgiram "caroços" (sic) ao nível das articulações do cotovelo "E" e do maléolo externo "D". Estes "caroços" (sic) cresceram, atingindo as dimensões atuais. Esclarecendo, informa que o "caroço" (sic) aparecido no maléolo externo "D" diminuiu de tamanho. Há 2 anos apareceu na articulação do cotovelo "D" um acidente semelhante. Quixase de dores nos ossos e nas articulações.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: nas articulações dos cotovelos, fig. 18, verificamos a presença de nódulos de consistência dura, indolores à

pressão, móveis sobre os planos profundos e sem alterações na pele que os recobre. No maléolo externo "D", fig. 19, notamos a presença de uma exostose exuberante que lembra a forma de um esporão. Ostealgia presente. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Demais órgãos e aparelhos, aparentemente, sem anormalidade.

- b) *radiológico*: a rádio dos ossos da articulação do cotovelo "D" fig. 20, executada em 21 de Outubro de 1950, revelou discretas irregularidades nos contornos do periosteio e aspeto de estratificação da compacta.

Diagnóstico: Boubá tardia com nodosidades juxta-articulares de Lutz Jeanselme e comprometimento do sistema ósseo.

OBSERVAÇÃO Nº 8

José Francisco de Sousa — 55 anos, pardo, casado, trabalhador rural, pernambucano, procedente, no momento do exame, do Município de Timbauba, Estado de Pernambuco. Observação realizada no dia 5 de Outubro de 1950.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: sem importância para o caso.
b) *pessoais*: na fase da infância nada existe para registrar; na fase adulta, acusa Boubá aos 15 anos de idade que foi tratada com remédios caseiros. Nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas. Idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 5 anos surgiram, por várias articulações, diversos nódulos que se desenvolveram sem alterar o estado geral.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: nas articulações dos cotovelos, fig. 21, verificamos a presença de vários nódulos de diversos tamanhos, de consistência dura, indolores à pressão, móveis sobre os planos profundos sem alterações na pele que os recobre. Acidentes semelhantes foram examinados nas articulações coxo-femorais, nas articulações dos joelhos, fig. 22, e na região sacro-coccigéa. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Gânglios, superficiais, normais. Demais órgãos e aparelhos, aparentemente, sem anormalidade.
b) *radiológico*: a rádio dos ossos da articulação do cotovelo "D", fig. 23, executada em 21 de Outubro de 1950, revelou irregularidades nos contornos do periosteio.

Diagnóstico: Boubá tardia com nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme e comprometimento do sistema ósseo.

OBSERVAÇÃO Nº 9

Anita Pedrosa de Oliveira — 33 anos, branca, casada, trabalhadora rural, pernambucana, procedente, no momento do exame, do Município de Timbauba, Estado de Pernambuco, onde reside e nasceu. Observação realizada no dia 5 de Setembro de 1950.

ANTECEDENTES

- a) *familiares:* sem importância para o caso.
- b) *pessoais:* na fase da infância, refere Sarampo e Varicela; na fase adulta, teve Boubá aos 25 anos de idade que foi tratada com remédios caseiros. Nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas. Idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há 8 anos surgiu no dorso da mão "D" a "*mãe da Boubá*" (sic). Tempos depois apareceram, por todo o tegumento cutâneo, outras lesões, "*pículos*" (sic), que desapareceram com o tratamento efetuado com 6 ampólas de Tarvan. 2 anos após sobrevieram "*rachaduras*" (sic) nos pés e nas mãos. Há cerca de 3 anos, mais ou menos, começou a se desenvolver um "*caroço*" (sic) no cotovelo "E".

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico:* na pele, ao nível das superfícies plantares e palmares, verificamos a presença de hiperqueratose (ceratodermia) e parakeratose (descamação). Na articulação do cotovelo "E", fig. 24, encontramos um nódulo não aderente aos planos subjacentes, de consistência dura, indolor à pressão cuja cobertura cutânea não apresenta anormalidade. Mucosas visíveis, sem anormalidade; gânglios, superficiais, normais; demais órgãos e aparelhos, aparentemente, sem anormalidade.
- b) *radiológico:* a rádio dos ossos da articulação do cotovelo "D", fig. 25, executada em 21 de Outubro de 1950, revelou discretas irregularidades nos contornos do periosteio.

Diagnóstico: Boubá tardia com nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme, comprometimento do sistema ósseo e ceratose palmo-plantar.

OBSERVAÇÃO Nº 10

Josefa Maria da Conceição — 16 anos, preta, solteira, trabalhadora rural, pernambucana, procedente, no momento do exame, do Município de Timbauba, onde reside e nasceu. Observação realizada no dia 15 de Outubro de 1950.

ANTECEDENTES

- a) *familiares*: genitores, sem importância para o caso; dos 5 irmãos 1 já foi portador de Boubá.
- b) *pessoais*: na fase da infância, além de Boubá, aos 4 anos de idade refere Variceia; na fase adulta, nega passado venéreo.

MODUS VIVENDI

- a) as suas condições higiênicas e sociais são péssimas, idênticas às que foram relatadas nas observações 1, 2 e 3.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Há cerca de 8 anos apareceu na perna "D" uma lesão ulcerosa cujo mecanismo de evolução não sabe explicar. Acidentes semelhantes surgiram no braço "D" e na face. Queixa-se de dores ósseas e articulares.

EXAMES REALIZADOS E SEUS RESULTADOS

- a) *clínico*: na pele, ao nível da perna "D" e do dorso do pé do mesmo lado, fig. 26, verificamos a presença de cicatrizes atrofiadas em que o tegumento cutâneo finamente pregueado e muito brilhante, lembra o aspeto apergaminhado do papel usado na indústria de cigarros. Acidentes semelhantes encontramos no cotovelo "D" e na região paranasal "D", fig. 27. Mucosas visíveis, sem anormalidade. Gânglios superficiais, normais. Tibia "D", fig. 26, espessada, deformada e indolor. Demais órgãos e aparelhos, aparentemente, sem anormalidade. Sensibilidade, tátil-termo-dolorosa, normal.
- b) *radiológico*: a rádio da perna "D", fig. 28, executada em 20 de Outubro de 1950, em Timbauba, revelou a presença de lesões, predominantemente, diafisárias da tibia e do perónio muito semelhantes às que descrevemos na observação 1; espessamento das compactas com redução da cavidade medular, exagêro pronunciado da curvatura anterior e normal da tibia e até mesmo a estratificação dos terços superiores da compacta anterior, lembrando, não com aquela nitidez, é verdade, o aspeto em "casca de cebola" do tumor de Ewing. Na rádio dos ossos da articulação do cotovelo "D", fig. 29, encontramos discretas irregularidades periósticas e um aspeto de estratificação na compacta.
Diagnóstico: Boubá tardia com cicatrizes e comprometimento do sistema ósseo.

2º CAPÍTULO

*Fisionomia clínica, características epidemiológicas,
expressão histopatológica, comportamento bacterio-
lógico e imagem radiológica das lesões tardias da
Bouba*

FISIONOMIA CLINICA

Antes de entrarmos no mérito da questão tentaremos situar a posição que, atualmente, as lesões tardias da Bouba ocupam no conceito das diversas escolas dermatológicas e, aproveitando a oportunidade, definiremos o nosso pensamento a respeito.

Tal qual a Sífilis, a Bouba, em sua evolução natural, oferece um decurso com um período precoce e um período tardio. Esta concepção, magistralmente, defendida, entre nós, em 1935, por J. Lobo (1) aceita por um número considerável de escolas dermatológicas encontra, ainda, uma certa resistência em alguns pesquisadores que mantêm sob reservas a veracidade da existência das lesões tardias da Bouba. A razão de ser desta atitude cautelosa reside, talvez, nas seguintes questões:

1.^a) a possibilidade incontestável de que tôdas as lesões encontradas na pele, na mucosa, no osso e até mesmo nas visceras de portadores de Bouba tardia possam ser provocadas, entre outras causas, pela Sífilis, tal a semelhança enorme verificada entre as duas treponematoses;

2.^a) a disparidade dos resultados obtidos, sob certos aspectos, resultante, sem dúvida alguma, da diversidade das condições de trabalho de cada investigador do assunto;

3.^a) a inexistência de uma classificação biológica das lesões provocadas pela Bouba em que fossem analisados e relacionados, entre si, todos os caracteres, possibilitando, assim, numa síntese segura, a estruturação de um esquema teórico da doença, fundamentado em bases científicas, no qual o lugar ocupado pelas suas lesões tardias não desse margem às críticas, por vezes, improdutivas das discussões bizantinas.

Filiando-nos entre outros, aos pesquisadores nacionais, J. Lobo (1), W. de Miranda (2) e aos pesquisadores estrangeiros Botreau Roussel (3), G. Mattlet (4), Montel et Comput (5), Manson Bahr (6), Maul (7) e Vargas Cuellar (8) admitimos a existência das lesões tardias da Bouba baseando-se esta nossa convicção não somente nas 10 observações que, ora, apresentamos, mas, e sobretudo, na experiência adquirida no manuseiar constante do problema como interno da Cátedra de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Universidade de Recife (1943, 1944 e 1945), interno da Clínica de Moléstias da Pele e Sífilis Congênita do Hospital Infantil Manoel de Almeida de Recife (1943, 1944 e 1945), médico-chefe do Posto Especializado, mantido, na cidade de Vicência, Estado de Pernambuco, pela Campanha Contra a Bouba da Divisão de Organização Sanitária, em colaboração com o governo estadual (1946 e 1947) e, finalmente, na qualidade de assistente técnico da Divisão de Organização Sanitária, do Departamento Nacional de Saúde, responsável pela Campanha Contra a Bouba em todo o território nacional (de 1949 até os nossos dias). Comparando os caracteres clínicos que encontramos nas 10 observações com os relatados pelos autores consultados obtivemos os seguintes resultados:

a) TIPO DAS LESÕES

Abaixo, na tabela nº 1, distribuimos, de per si, pelas 10 observações os tipos de lesões identificadas.

Nº das observações	TIPOS DAS LESÕES IDENTIFICADAS						Total		
	Úlceras	Cicatrizes	Nodosidades	Periostites	Osteites	Artrites		Adenopatias	Ceratose palmo-plantar
1	+	+	-		+		+	-	4
2	+	+	-		+		+	-	4
3	-	+	-		+		-	-	2
4	-	-	-		+		-	-	1
5	-	-	-		+		-	-	1
6	+	+	-				+	-	2
7	-	-	+		+		-	-	2
8	-	-	+		+		-	-	2
9	-	-	+		+		-	+	3
10	-	-	-		+		-	-	2
Total	3	4	3		9		3	1	23

As úlceras, cicatrizes, periostites e osteites foram mencionadas, nas mesmas condições, por J. Lobo (1), Vargas Cuellar (8), G. Mattlet (4), Botreau Roussel (3), Manson Bahr (6), Montel et Comput (5) e Maul (7). W. de Miranda (2) embora não faça um estudo particularizado, cita e apresenta fotografias de portadores de lesões tegumentares e ósseas do período tardio da Boubá. As nodosidades, tal como nós as observámos, isto é, em indivíduos com história completa de Boubá, sem sinais de Sífilis ativa e radicados em focos, reconhecidamente boubáticos, só encontramos referência, entre os pesquisadores nacionais, em Nery Guimarães (9). J. Lobo (1) e B. Zilberg (10) atribuíram à Sífilis a etiologia das nodosidades que estudaram. Flaviano Silva (11) que estudou seis casos, sem relações com a Boubá, considera as nodosidades juxta-articulares uma síndrome em cuja etiologia poderão ocorrer várias causas. Da mesma opinião é H. Portugal (12) que responsabiliza apenas a Sífilis, a Tuberculose e a Lepra. Atitude completamente diversa é assumida por numerosos pesquisadores estrangeiros. Van Dijke e Oudental (13) em Sumatra, Jesner (14) no Congo Belga, G. Mattlet (4) em Kitega, Vargas Cuellar (8) na Colômbia e outros como Charles Joyeux (15) e Castellani (16) responsabilizam a Boubá pelo aparecimento das nodosidades juxta-articulares, argumentando, infelizmente, com o fato da incidência elevada destes acidentes em comunidades indenes de Sífilis e que são ou foram portadoras de Boubá. Somos, portanto, com Nery Guimarães (9) os primeiros a relatar o achado de nodosidades juxta-articulares relacionados com

a Boubá. Continuando a exploração da tabela nº 1 verificamos que, dos três portadores de nodosidades juxta-articulares, apenas 1, observação 9, apresentou outro acidente cutâneo, ceratose palmo-plantar, fato, aliás, já observado por Clapier (17) na África Ocidental em 1923. Em 2 casos, observações 4 e 5, só registrámos osteites e periostites. Dos 10 casos observados, 9 apresentaram-se portadores de osteites e periostites. A adenopatia só foi encontrada nos portadores de lesões ulcerosas, fato não citado nos trabalhos que consultámos. Encerrando a discussão da tabela nº 1 diremos que, em Janeiro de 1947, na qualidade de chefe do Posto Especializado da Campanha Contra a Boubá, em Vicência, em relatório, das atividades desenvolvidas no ano de 1946, apresentado às autoridades competentes, nós (18) registrámos 320 casos de úlceras tardias da Boubá, 13 casos de nodosidades juxta-articulares e 78 casos de osteites e periostites em 833 casos de Boubá fichados em 11 meses de trabalho.

b) SEDE DAS LESÕES (segmentos e órgãos)

Abaixo, na tabela nº 2, distribuimos, de per si, pelas 10 observações a sede das lesões encontradas.

N.º das observações	SEDE DAS LESÕES ENCONTRADAS									
	SEGMENTOS					ÓRGÃOS				
	Membros		Cabeça	Tronco	Total	Pele	Mucosa	Gânglio	Osso	Total
	Sup.	Inf.								
1	—	+	—	—	1	+	—	+	+	3
2	+	+	—	—	2	+	—	+	+	3
3	—	+	—	—	1	+	+	—	+	3
4	—	+	—	—	1	—	—	—	+	1
5	—	+	—	—	1	—	—	—	+	1
6	—	+	—	—	1	+	—	+	—	2
7	+	+	—	—	2	+	—	—	+	2
8	+	—	+	—	3	+	—	—	+	2
9	+	+	—	+	2	+	—	—	+	2
10	+	+	+	—	3	+	—	—	+	2
Tot.	5	9	2	1	17	8	1	3	9	21

A nossa observação da maior incidência das diversas lesões nos membros inferiores não encontrou confirmação pelo menos nos trabalhos consultados. Em compensação, a frequência, deveras impressionante, das lesões ósseas foi, comprovadamente, constatada por diversos pesquisadores. Maul (7) trabalhando nas Filipinas verificou que cerca de 20% dos seus doentes eram portadores de lesões

ósseas. A resultados idênticos chegaram Montel et Comput (5). Botreau Roussel (3) embora não considere a lesão óssea, na Bouba, um acidente tardio e sim precoce, afirma, baseado nos resultados de um inquérito realizado, na Costa do Marfim, 1934-1935, numa coletividade de mais de 5.000 casos de Bouba, que as lesões osteoperiosticas são frequentissimas constituindo mesmo a sua ocorrência uma regra na evolução da Bouba. Vargas Cuellar (8) e G. Mattlet (4) consignaram também, o ataque sistemático do treponema ao osso. O comprometimento da mucosa, Rinofaringite-mutilante de Leys (gangosa) que, encontramos na observação 3 foi observada, entre outros, por Botreau Roussel (3) G. Mattlet (4) Vargas Cuellar (8) J. Lobo (1) e Manson Bahr (6). Nós (18) reiatamos um caso de rino faringite mutilante de Leys. A localização na pele dos acidentes tardios é, entre os defensores deste periodo, assunto pacifico. Quanto a adenopatia, já discutimos, anteriormente.

c) NÚMERO DE LESÕES (cutâneas)

Abaixo na tabela n.º 3, distribuimos, de per si, pelas 10 observações o número (quantidade) de lesões (cutâneas) estudadas.

Nº das observa ções	NÚMERO DAS LESÕES CUTÂNEAS ESTUDADAS			Total
	Solitária	Discretas	Disseminadas	
1	+	-	-	1
2	-	+	-	1
3	+	-	-	1
4	-	-	-	-
5	-	-	-	-
6	+	-	-	-
7	-	-	-	1
8	-	+	-	1
9	-	+	-	1
10	-	+	-	1
Total	3	5	0	8

No que se refere a ocorrência de lesões discretas ou mesmo de lesão solitária no periodo tardio da Bouba, W. de Miranda (2) foi o único, dos autores consultados, que observou e comentou o fato.

d) FORMA DAS LESÕES

Comparando os nossos achados em relação a forma das lesões cutâneas encontradas nas 10 observações, com os dos autores con-

sultados, verificamos que, a forma circinada (serpiginosa) descrita, por nós, nas lesões ulcerosas, foi mencionada em trabalhos de J. Lobo (1) e Boteau Roussel (3). A forma arredondada que observamos as nodosidades juxta-articulares encontra-se, entre outros trabalhos estrangeiros citado por Nery Guimarães (9). A forma arredondada dos gânglios componentes das cadeias superficiais não foi referida por nenhum dos autores consultados.

e) CONTORNOS DAS LESÕES

J. Lobo (1) confirma o estado pouco ou nada inflamatório dos contornos das lesões ulcerosas do período tardio da Bouba que referimos em nossas observações. A normalidade dos contornos das nodosidades juxta-articulares das lesões ósseas e das adenopatias, que registramos em nossas observações, nada encontramos, a respeito, nos autores consultados.

f) CONSISTÊNCIA DAS LESÕES

A consistência infiltrada observada nas bases das lesões ulcerosas não foi referida nos trabalhos consultados. Nas lesões cicatriciais encontramos nas áreas atrofiadas uma consistência mole e nas áreas, hipertroficamente, esclerosadas, uma consistência indurada, fato não registrado nas publicações consultadas. A consistência indurada que descrevemos nas nodosidades juxta-articulares não foram mencionadas por Nery Guimarães (9) o único pesquisador nacional que relacionou, em trabalho publicado, estes acidentes com a Bouba. A consistência indurada das adenopatias, que encontramos, não foi relatada em nenhuma das obras consultadas.

g) ASPECTO DAS LESÕES

A superfície anfratuosa, os botões carnosos e o corte à pique dos bordos que observamos nas lesões ulcerosas constituem caracteres de acidentes da mesma natureza, descritos por Botreau Roussel e J. Lobo (1). A superfície apergaminhada (zonas de atrofia) ou queloidiforme (zonas de esclerose hipertrófica) que encontramos nas lesões cicatriciais foi relatada por J. Lobo (1). A normalidade, aparente, do tegumento cutâneo que recobre as nodosidades juxta-articulares, as adenopatias e as lesões ósseas de nossas observações não encontraram referência nos autores que consultamos.

n) DIMENSÃO DAS LESÕES

As dimensões, mais ou menos consideráveis das lesões ulcerosas, das lesões cicatriciais e das lesões ósseas dos nossos 10 observados foram referidas por J. Lobo (1), e Botreau Roussel (3) e Vargas Cueliar (8). As dimensões encontradas nas nodosidades juxta articulares foram idênticas às relatadas por Nery Guimarães (9). As dimensões reduzidas das adenopatias que registramos nas nossas observações não foram mencionadas nos trabalhos consultados.

i) SENSIBILIDADE DAS LESÕES

A resposta normal à solicitação de ordem termo-tátil-dolorosa que observamos nas lesões e em outras áreas do tegumento dos nossos observados não foi referida pelos autores consultados.

j) EVOLUÇÃO DAS LESÕES

O início por uma goma, a evolução centrífuga, o fagedenismo de superfície, a tendência, que as suas partes centrais apresentam, para a cura espontânea que observamos nas lesões ulcerosas dos nossos observados foram, também, encontrados por J. Lobo (1) e Botreau Roussel (3). A evolução abortada das lesões ósseas e ganglionares que encontramos em nossas observações não foi mencionada por nenhum dos trabalhos consultados. Caráter idêntico, pelo menos até o momento do exame, verificamos na evolução das nodosidades juxta-articulares.

k) DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES

Na distribuição das lesões só encontramos simetria nas nodosidades juxta-articulares, observadas em algumas dos nossos casos, fato confirmado por Nery Guimarães (9).

CARACTERES EPIDEMIOLÓGICOS

Comparando os caracteres epidemiológicos que encontramos nas 10 observações com os relatados pelos autores consultados obtivemos os seguintes resultados:

a) GRUPOS ETÁRIOS

Abaixo, na tabela n.º 4, distribuimos, pelo grupo etários, as 10 observações apresentadas.

N.º	GRUPOS ETÁRIOS										
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 e mais	Total
10	—	—	—	4	—	—	3	2	1	—	10

A maior incidência das lesões tardias da Bouba em função dos grupos etários foi verificada entre 15 e 19 anos e 30 e 39 anos. Não encontramos casos abaixo de 15 anos. Entretanto, acima de 39 anos, até mesmo 55 anos, de idade, foi observada a incidência destas lesões

Estudando as observações de J. Lobo (1) Botreau Roussel (3) e Vargas Cuellar (8), que não fazem referência especial a este atributo epidemiológico, confirmamos os nossos achados.

b) SEXO E CÔR

Abaixo, na tabela n.º 5, distribuimos pelo sexo e pela cor, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	SEXO			COR			
	Mascul.	Fem.	Total	Branca	Parda	Preta	Total
10	7	3	10	3	4	3	10

A maior incidência das lesões tardias da Bouba em função do sexo e da cor foi verificada, respectivamente, nos indivíduos do sexo masculino e nos falodermos. J. Lobo (1) em suas observações sobre Bouba tardia ratifica os nossos resultados. Vargas Cuellar (8), na Colômbia, em suas observações sobre lesões do período tardio da Bouba, registra maior incidência destes acidentes no sexo feminino.

c) ESTADO CIVIL E PROFISSÃO

Abaixo, na tabela n.º 6, distribuimos, pelo estado civil e pela profissão, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	ESTADO CIVIL				PROFISSÃO		
	Solt.	Cas.	Viu.	Total	Trab. rural	Outras	Total
10	6	3	1	10	10	—	10

A maior incidência das lesões tardias da Bouba em função do estado civil foi verificada nos indivíduos solteiros. O trabalhador rural foi a única profissão registrada. Estudando as observações de lesões tardias de J. Lobo (1) e de Vargas Cuellar (8) na Colômbia, que não fazem referência especial a estes atributos epidemiológicos, encontramos uma ligeira predominância nos indivíduos casados. W. de Miranda (2) nada relata a respeito.

d) NATURALIDADE E PROCEDÊNCIA

Abaixo, na tabela n.º 7, distribuimos, pela naturalidade e pela procedência, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	NATURALIDADE				PROCEDÊNCIA		
	Pernamb.	Cear.	Outras	Total	Rural	Urbana	Total
10	7	3	—	10	10	—	10

A incidência das lesões tardias de Bouba, em função da naturalidade e da procedência, foi verificada, respectivamente, em indivíduos nordestinos radicados em zonas rurais. Estudando as observações sobre as lesões tardias de Bouba de J. Lobo (1) encontramos confirmação dos nossos achados.

e) NATUREZA DOS ANTECEDENTES

Abaixo, na tabela n.º 8, distribuimos, pela natureza dos seus antecedentes, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	NATUREZA DOS ANTECEDENTES					
	<i>Familiars</i>			<i>Pessoais</i>		
	Presença de Bouba	Ausência de Bouba	Total	Presença de Bouba	Ausência de Bouba	Total
10	7	3	10	10	—	10

A incidência da Bouba nos antecedentes familiares dos indivíduos portadores de lesões tardias daquela treponematose foi de 70% e nos antecedentes pessoais foi de 100%. Estudando as observações sobre lesões tardias da Bouba, de J. Lobo (1) encontramos confirmação dos nossos achados no que diz respeito aos antecedentes familiares.

f) TRATAMENTO ANTERIOR

Abaixo, na tabela n.º 9, distribuimos, pela espécie de tratamento efetuado, anteriormente, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	ESPÉCIE DE TRATAMENTO EFETUADO			
	Regular	Irregular	Ignorado	Total
10	—	9	1	10

A incidência de tratamento irregular na história progressiva dos indivíduos portadores de lesões tardias da Bouba foi de 90%. J. Lobo (1) observou o mesmo fato.

g) CONDIÇÕES DE VIDA

Abaixo, na tabela n.º 10, distribuimos, pelas condições de vida, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	CONDIÇÕES DE VIDA		
	Péssimas	Sofríveis	Total
10	10	—	10

A incidência de péssimas condições de vida nos portadores de lesões tardias da Bouba foi de 100%. W. de Miranda (2) J. Lobo (1) Nery Guimarães (9) Botreau Roussel (3) entre outros chegaram aos mesmos resultados. Nós (19) em 1945, baseados nos informes colhidos nos doentes que estudamos no Serviço do professor J. Lobo, apresentamos na Sociedade de Internos dos Hospitais de Recife uma contribuição sobre o assunto.

h) GRAU DE INSTRUÇÃO

Abaixo, na tabela n.º 11, distribuimos, pelo grau de instrução, as 10 observações apresentadas.

N.º de casos	GRAU DE INSTRUÇÃO		
	Alfabetizados	Não alfabetizados	Total
10	—	10	10

A incidência de analfabetos nos portadores de lesões tardias da Bouba foi de 100%. Não encontramos referência especializada sobre o assunto.

EXPRESSÃO HISTOLÓGICA

Comparando a expressão histológica que encontramos em nossas observações com os relatados pelos autores consultados, obtivemos os seguintes resultados:

a) LESÕES ULCEROSAS

As células gigantes, fig. 17, que achamos na lesão, fig. 16, da observação n.º 6 foram estudadas por Botreau Roussel (3) e mencionadas por W. de Miranda (2).

A necrose, fig. 5, o comprometimento vascular, fig. 5, que descrevemos na lesão, fig. 4, da observação n.º 2 não foram referidas por nenhum dos autores consultados. A presença de eosinófilos, fig. 2, que encontramos na lesão, fig. 1, da observação n.º 1 só foi referida por Amadeu Fialho (20).

b) LESÕES ÓSSEAS

A condensação óssea, fig. 14, da lesão, fig. 13, que citamos na observação n.º 5 sem sinais de inflamação não foi relatada por Botreau Roussel (3 e 21) nem por Hashiguchi (22) os únicos pesquisadores que, do nosso conhecimento, estudaram a histopatologia das lesões ósseas provocadas pela Boubá. A neoformação óssea laminar, fig. 11, da lesão, fig. 10, que descrevemos na observação n.º 4, não encontramos referência nos autores consultados.

A ausência de treponema foi comprovada nas lesões ulcerosas e ósseas cujo cortes, em série, foram submetidos às técnicas de Jahnelt e de Levaditi. Botreau Roussel (3) e Hashiguchi (23) encontraram resultados idênticos.

c) NODOSIDADES JUXTA-ARTICULARES

Não conseguimos biopsiar estas lesões. Nery Guimarães (9) o único pesquisador nacional que já relacionou estes acidentes com a Boubá, descreve, num bem documentado trabalho, alterações vasculares, degeneração hialina, necrose de coagulação e ausência de treponemas.

COMPORTAMENTO BACTERIOLÓGICO

a) BACTERIOSCOPIA

A ausência de treponema nas lesões ulcerosas não foi relatada pelos autores consultados. Não conseguimos puncionar as nodosidades juxta-articulares. Nery Guimarães (9) também não o fez.

b) SOROLOGIA

A presença de reaginas, no sangue, que encontramos nas observações 1, 2, 3, 4, 5 e 6 foi confirmada por J. Lobo (1). A presença de reaginas, no liquor, que registramos na observação 4 foi encontrada por W. de Miranda (2) que, entretanto, não lhe deu a importância devida. Nós (23) encontramos reaginas no liquor de 4 portadores de lesões provocadas pela Boubá num lote de 18 indivíduos que apresentavam lesões de tipos e épocas diferentes.

IMAGEM RADIOLOGICA

a) LESÕES ÓSSEAS

O caráter eminentemente hiperplástico, figs. 3, 6, 7, 17, 15 e 28, das lesões, figs. 1, 4, 10, 13 e 26, observações 1, 8, 4, 5 e 10, foram muito bem descritas por Botreau Roussel (3, 21) e Hashiguchi (24).

O comprometimento intensivo e total das diafises destas lesões, também despertou a atenção de Maul (7), de Montel et Comput (5), de Botreau Roussel (3 e 21) e J. Lobo (1). O aspecto em lâmina de sabre das tíbias, figs. 15 e 28, das lesões, figs. 13 e 26, relatadas nas observações 5 e 10, constituiu assunto para os estudos de Botreau Roussel (3 e 21) e J. Lobo (1). A semelhança com a spina ventosa que encontramos, fig. 7, na datilite, fig. 3, da observação 2 foi maravilhosamente exposta por Hashiguchi (24) e Botreau Roussel (3). Registramos o comprometimento da tíbia e do peróneo observado, de maneira concomitante.

Encerrando este capítulo, externaremos a nossa opinião pessoal a respeito dos diversos aspectos das lesões tardias da Bouba, discutidos, de maneira tão minuciosa, à luz meridiana da realidade dos fatos observados.

Os tipos de lesões cutâneas que poderão ocorrer no período tardio da Bouba, são o tubérculo, o nódulo, a goma, a úlcera e a cicatriz. Solitárias ou discretas, porém nunca disseminadas, estas lesões cutâneas têm uma afinidade eletiva para as regiões expostas aos traumatismos. Localizadas profundamente desorganizam e destroem a estrutura normal dos tecidos provocando, com a hiperplasia funcional e reparadora do mesênquima, o aparecimento de cicatrizes extensas, na maioria das vezes, e irreversíveis. As lesões ulcerosas, resultantes do amolecimento dos tubérculos, dos nódulos e das gomas, evoluem, lenta e arrastadamente por anos à fio, sem tendência à cura espontânea total, avançando, perifericamente, num fagedenismo sempre crescente, e cicatrizando nas partes centrais. A significação fisiopatológica das lesões do período tardio da Bouba, quer sediadas na pele ou em outro órgão qualquer, reside na razão de ser do mecanismo dos fenômenos imunitários. Neste período tardio da Bouba o que se verifica, sem dúvida, é a luta insana, o esforço ingente que o organismo dispense no sentido de localizar e limitar o processo, graças à mobilização ativa do sistema retículo-endotelial ou, melhor dito, conforme Mário Andrea (25) sistema histiocitário mesenquimatoso.

Defendendo esta concepção julgamos poder explicar, até certo ponto, a diversidade de opinião dos pesquisadores estrangeiros no tocante, por exemplo, à evolução das nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme provocadas pela Bouba. Enquanto uns referem amolecimento e transformação das nodosidades em lesões ulcerosas, outros, negam tal evolução afirmando a persistência das nodosidades com os seus caracteres tão bem conhecidos: nódulo subcutâneo indurado, indolor, deslocável e sem oferecer alterações aparentes no tegumento cutâneo que o recobre. Para nós, a evolução deste ou de quaisquer outros acidentes, no período tardio da Bouba, depende da capacidade reacional do sistema histiocitário mesenquimatoso que varia de indivíduo para indivíduo. Nos gânglios, interessados neste período, a agressão é bloqueada, abortada e o processo não tem capacidade para provocar o amolecimento ou mesmo a coalescência dos elementos, limitando-se, o comprometimento ganglionar,

a uma adenoaptia inflamatória, aflegmástica, tórpida e indolor. Os tipos de lesões ósseas osteites, periostites e artrites que poderão aparecer no período tardio da Boubá, dependem, assim nos parece, da capacidade e rapidez da mobilização do sistema histiocitário mesenquimatoso do organismo agredido. Predominantemente diafisárias e extensas têm uma afinidade eletiva para os ossos expostos aos traumatismos. Tal qual as lesões cutâneas, deste período, desorganizam e destroem a estrutura normal do tecido, provocando, com a hiperblasia funcional e reparadora do mesênquima, o aparecimento de deformações mais ou menos consideráveis. A duração do evoluer destas lesões varia consideravelmente.

No período tardio da Boubá o treponema, raramente, é encontrado nas lesões. No sangue é verificada a presença de reaginas. No líquido, embora que excepcionalmente, elas poderão ser descobertas. É perfeitamente aceitável o comprometimento dos demais departamentos da economia.

As lesões que aparecem no período tardio da Boubá decorrem da ausência ou irregularidade do tratamento das lesões que surgem no período precoce da doença. A sua incidência é verificada, exclusivamente nas coletividades radicadas em zonas rurais, de clima quente e úmido dedicadas ao amanho da terra que oferecem péssimas condições de vida. Não existe raça nem sexo refratários às lesões tardias da Boubá. As lesões ósseas têm uma predileção toda especial pelos indivíduos jovens. Os nódulos subcutâneos (nodosidades juxta-articulares de Lutz Jeanselme) são, geralmente, encontrados nos indivíduos adultos de mais de 30 anos de idade. As lesões ulcerosas são observadas, com maior frequência, nos indivíduos com mais de 15 e com menos de 45 anos de idade. O estado civil não parece ter influência no aparecimento das lesões tardias da Boubá.

Os
pá-
da
ne-
tá-
ios
ra-
a
ci-
do

n-
s.
co-
als

m
m
u.
na
i-
es
al
a.
n-
lo
15
a-

3º CAPÍTULO

*Terapêutica das lesões tardias da Bouba. Consequên-
cias sociais. Profilaxia. Conclusões. Trabalhos
CONSULTADOS*

A nossa experiência pessoal sobre a terapêutica das lesões cutâneas tardias da Boubá tal como se faz no Brasil, é, realmente, significativa. Como auxiliar e interno da Clínica Dermatológica e Sifilítica da Universidade de Recife e chefe do Posto Especializado de Vicência mantido pela Divisão de Organização Sanitária, em colaboração com o governo estadual, acompanhamos, com interesse, a atitude assumida por centenas de casos de lesões tardias perante a terapêutica empregada. Infelizmente, por motivos superiores a nossa vontade, não dispomos, pelo menos no momento, dos elementos imprescindíveis para uma exposição minuciosa, detalhada, dos resultados observados. De um modo geral, entretanto, foi a arsenoterapia, na maioria das vezes, seguida de uma consolidação bismútica cu com ela intercalada, a terapêutica utilizada na cura das lesões cutâneas do período tardio da Boubá. Nunca foi possível a observação controlada de qualquer um dos métodos de tratamentos preconizados para a Sifilís tardia ou terciária, pela dificuldade de retenção dos doentes determinada pela regressão rápida das lesões cutâneas, ulcerosas verificada em todos os casos, embora registrássemos recidivas e abandono do tratamento. Os produtos utilizados foram o arsênico orgânico trivalente (arsenóxido) e o subsalicilato de bismuto em suspensão oleosa. O arsenóxido, Arsenox, foi sempre administrado nas dosagens de 0,04 e 0,06 em injeções aplicadas de 2 em 2 dias ou então de 5 em 5 dias intercaladas por 1 injeção semanal de salicilato de bismuto. A propósito, nos Postos Especializados da Divisão de Organização Sanitária encontramos as mesmas dificuldades no que diz respeito à retenção dos doentes. Nery Guimarães (26) é o único pesquisador nacional que documentou os resultados obtidos mais ou menos satisfatórios com a penicilinoterapia no tratamento das nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme. A terapêutica das lesões tardias merece, portanto, um estudo cuidadoso em que sejam, devidamente, observados o controle sorológico das curas clínicas, histológicas e radiológicas e o registro das possíveis recidivas. Considerando o assunto diante dos fatos observados na clínica e no laboratório verificamos que na terapêutica das lesões tardias da Boubá, o iodeto de potássio, via oral, possa, talvez, desempenhar um papel saliente na lise da fibrose que, encarcerando as lesões, dificulta, geralmente, a sua cura. Além disto, certas lesões ósseas, segundo as nossas observações em Vicência, já constituídas, são irreversíveis, pela natureza íntima de sua estrutura, e se constituem, sem dúvida alguma, problemas para a cirurgia plástica.

CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS

O caráter altamente destrutivo e mutilante das lesões tardias provocadas pela Boubá contribui, largamente, no Brasil para o fabrico de valores negativos da economia pela incapacidade, total ou parcial, para o trabalho dos seus portadores. As consequências desastrosas e verdadeiramente catastróficas para a coletividade que radica num país assolado por problemas semelhantes já foram por nós (19) abordadas em 1945 na ocasião do nosso ingresso na Sociedade de Internos dos Hospitais de Recife.

PROFILAXIA

Admitindo que o aparecimento das lesões tardias da Bouba resulta do tratamento irregular ou mesmo inexistente das lesões precoces da doença o meio de evitá-lo é, sem dúvida alguma, descobrir e tratar, com eficiência comprovada, os portadores de lesões precoces da treponematose. A inocuidade, o custo reduzido da penicilino-terapia e a docilidade, provada por Nery Guimarães (27), das lesões precoces da Bouba perante esta terapêutica armaram, devidamente, a máquina sanitária encarregada de sua campanha. Com a etiologia, perfeitamente definida, patogenia e clínica, até certo ponto, conhecidas, terapêutica específica comprovada, transmissão e modo de penetração na coletividade estabelecidas e sem contar com a existência de um reservatório, a Bouba, do ponto de vista técnico, não oferece dificuldades para a sua erradicação. Friedheim (28) experimentou o STB, um arsenical trivalente, no tratamento rápido da Bouba e embora não tenha feito o controle sorológico, publicou resultados animadores.

Realmente, todos os impecilhos encontrados na Campanha Contra a Bouba, no Brasil, encontram-se situados no plano social. E' a despersonalização do homem que, superado pelas péssimas condições de vida, se mantém indiferente às solicitações feitas pelas atividades sanitárias. Necessário se torna, para vencer esta aparente impenetrabilidade, conceder a êste homem um nível de vida compatível com a dignidade humana.

CONCLUSÕES

- 1) A Bouba, em sua evolução normal, é capaz de provocar lesões cutâneas, mucosas, ósseas e ganglionares cujos caracteres anátomo-clínicos são semelhantes aos das lesões do período terciário da Sífilis.
- 2) Tudo indica que as nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanseime provocadas pela Bouba, sejam, pelo menos no Brasil, gomas esclerosadas, de evolução abortada, que não tiveram capacidade de romper a cobertura cutânea.
- 3) Do ponto de vista sanitário as lesões tardias da Bouba não constituem perigo para a coletividade.
- 4) A Epidemiologia é, atualmente, o único recurso capaz de separar as lesões tardias da Bouba das lesões tardias da Sífilis.
- 5) E' aconselhável a associação do iodeto de potássio no tratamento das lesões tardias da Bouba.
- 6) A profilaxia das lesões tardias da Bouba consiste na descoberta precoce dos casos infectados, recentemente, que deverão ser tratados sob controle sorológico.
- 7) A Campanha Contra a Bouba deverá ser orientada no sentido da personalização do homem, com o melhoramento das condições de vida nas áreas de incidência da treponematose, capacitando-o, dêste modo, a corresponder aos esforços empregados nas campanhas sanitárias.

TRABALHOS CONSULTADOS

1. LÓBO, Jorge.
1935
Contribuição ao estudo da Bouba. Tese defendida em concurso

- para catedrático de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Universidade de Recife. 1.^a edição, "Diário da Manhã". Recife.
2. MIRANDA de Waldemir.
1935
A Bouba no nordeste brasileiro. Tese defendida em concurso para catedrático de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Universidade de Recife. 1.^a edição, Calvino Filho. Rio de Janeiro.
 3. ROUSSEL, Botreau.
1937
Le pian. Journal de Chirurgie, 50:145-202.
 4. MATTLET, G.
1933
Syphillis et Pian. Bruxelles Médical, 46:1337-1342.
 5. MONTEL, L. R. & COMPUT, A.
1932
Lésions ostéoperiostiques tertiaires dans le Pian; aspect radiologique. Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 25: 1032-1036.
 6. MANSON BAHR, Philip, H.
1940
Manson's Tropical Disease, 11th Edition, The Williams & Wilkins Company, Baltimore, Maryland.
 7. MAUL
1918
Citado por Montel et Comput (5).
 8. VARGAS CUELLAR, Pedro I.
1941
El pian en la geopatologia en la Costa del Valle del Cauca. Tese defendida em Bogotá. Revista de Higiene. Ano XXII, Numero 3.
 9. NERY GUIMARAES, F.
1947
Manifestações boubáticas terciárias semelhando quadro clínico de pinta terciária. Mem. Inst. Osw. Cruz, 45: (2) 308-334.
 10. ZILBERBERG, Benjamin.
1938
Contribuição ao estudo das nodosidades juxta-articulares de Lutz Jeanselme. An. Brasil. de Dermat. e Sifilog., vol. 13.
 11. FLAVIANO SILVA.
1922
Nodosidades Juxta-Articulares de Lutz-Jeanselme. Livro editado pela Tipografia Almeida. Bahia.
 12. PORTUGAL, H.
1945
Nodosidades Justa-Articulares de Lutz-Jeanselme. Revista Médica do Chile, 2: 144-150.
 13. DIJKE, J. M. & OUDENDAL, J. A. F.
1923
Cit. por H. Portugal (12).
 14. JESSNER, Max.
1926-1935
Cit. por H. Portugal (12).

15. JOYEUX, Charles.
Cit. por Benjamin Zilberberg (10).
16. CASTELLANI, Aldous
Cit. por Benjamin Bilberberg (10)
17. CLAPIER
1923
Cit. por Benjamin Zilberberg (10).
18. AQUINO, U. Motta
1947
Relatório das atividades desenvolvidas pelo Posto Especializado de Vicência, no ano de 1946, na Campanha Contra a Bouba mantida naquele município, pela Divisão de Organização Sanitária, do Departamento Nacional de Saúde, em colaboração com o governo do Estado de Pernambuco. Apresentado ao Departamento Estadual de Saúde Pública de Pernambuco, à Delegacia Federal de Saúde da 5.^a região e à Divisão de Organização Sanitária.
19. AQUINO, U. Motta
1945
O problema sócio-econômico da Bouba. Medicina Acadêmica. Ano XII, ns. 4 e 5.
20. FIALHO, Amadeu
1935
Cit. por Waldemir de Miranda (2).
21. ROUSSEL, Botreau
1925
Osteites pianiques "Goundou". Masson et Cie. Editeurs. Paris.
22. HASHIGUCHI, M.
1927
Cit. por Botreau Roussel (3).
23. AQUINO, U. Motta
1950
Estudos comparativos entre a reação de fixação de complemento e a reação de floculação (com cardiolipina) no sangue e no líquido de boubentos. Brasil-Médico, 44 e 45: 256-258.
24. HASHIGUCHI, M.
1927S
Cit. por A. Wolter.
25. ANDREA, Mário S.
Sistema histiocitário mesenquimatoso. Arquivos da Universidade da Bahia, vol. III.
26. CUNHA, M. A.; ÁREA LEÃO, E. A.; NERY GUIMARÃES, F.; CARDOSO, Humberto T.
Ensaio terapêuticos com Penicilina I — (Framboesia, Pian, Yaws) Mem. Inst. Osw. Cruz, 40: (2) 196-200.
27. NERY GUIMARÃES, F.
1950
Experiências com altas doses de Penicilina-Procaína no tratamento da Boubá (Framboesia, pian, yaws). O Hospital, 37: 361-369.
28. FRIEDHEIM, Ernest A.
1949
5 Dias de Tratamento Peróral de Pian com STB nu Nuevo Tri-valente Arsenical. Gaceta Medica, ano IV, n.º 3, 174-178.



FIG. 1 — Vasta cicatriz na perna E de Sebastião Feliciano Gaião, observação 1, polarizada, superiormente, por uma lesão ulcerosa e circunscrita em cujo fundo observa-se a presença de botões carnosos "bourgeons charnus". Aqui e acolá zonas de atrofia, de esclerose hipertrófica e pequenas lesões ulcerosas, irregularmente distribuídas pela superfície da cicatriz.

BIBLIOTECA
Fac. Med. Univ. Bahia



FIG. 2 — *Aspeto estrutural encontrado na lesão ulcerosa da perna E. fig. 7, de Sebastião Feliciano Gatão, observação 1. Note-se a densidade do infiltrado.*

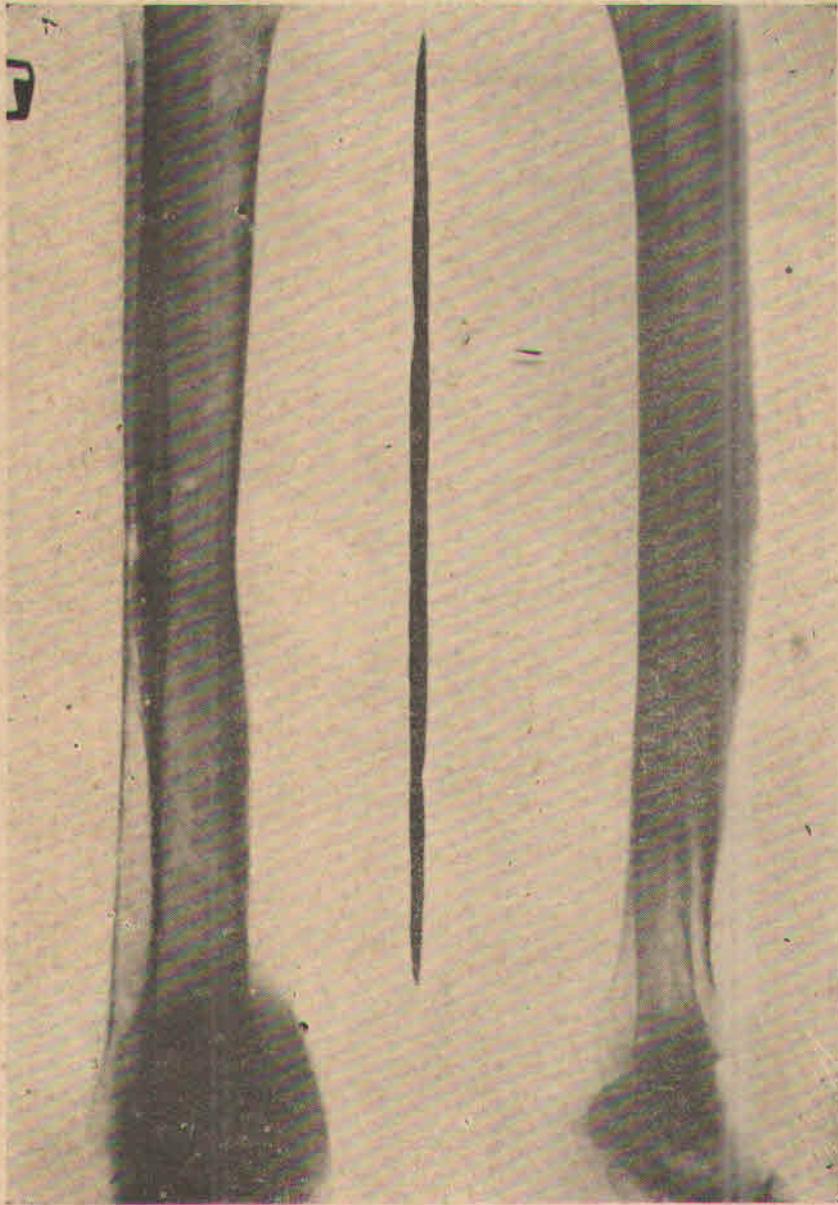


FIG. 3 — *Imagem radiológica dos ossos da perna E, fig. 7, observação 1. Tibia e peróneo, intensamente lesados.*

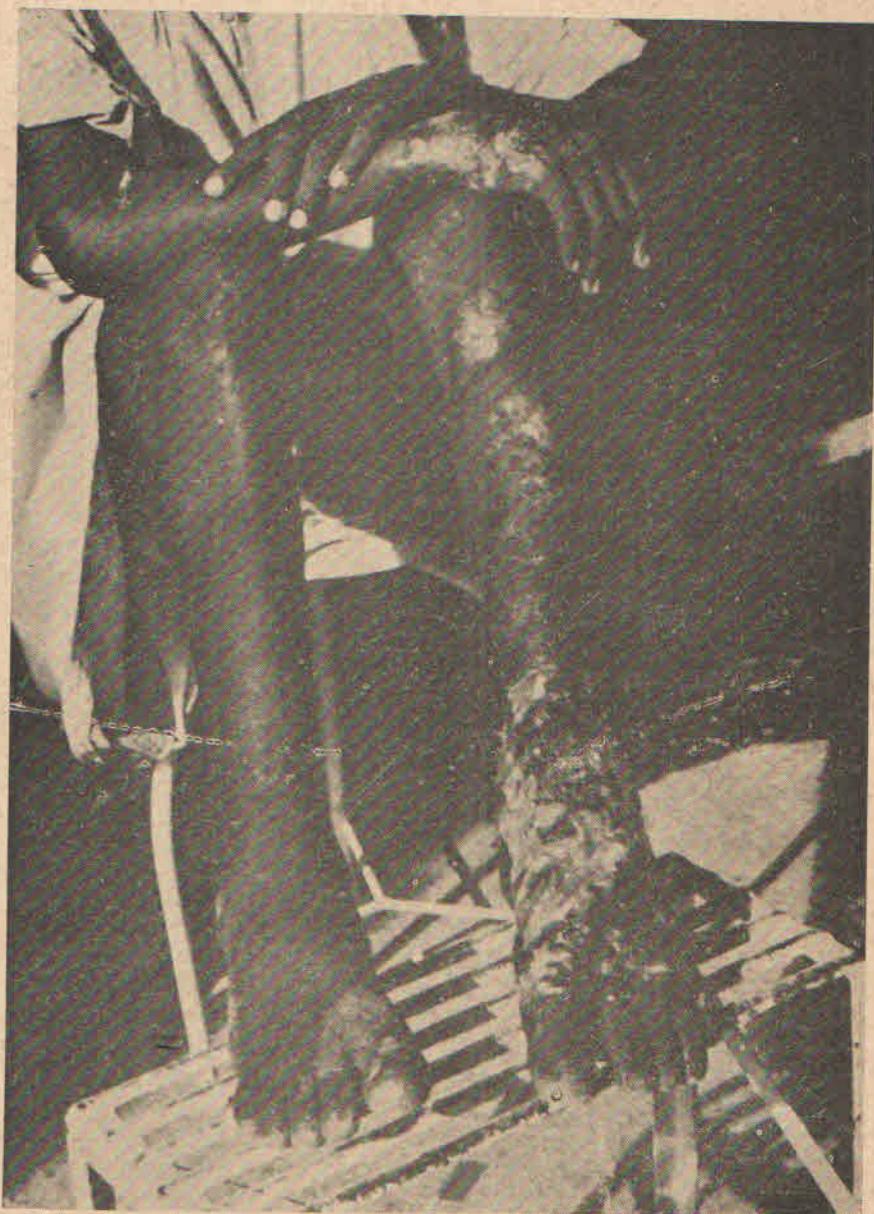


FIG. 4 — Lesão ulcerosa, circinada, de fundo anfractuoso coberto por botões carnosos "bourgeons charnus" assestada no dorso do pé E de Luiz Macedo, observação 2. A úlcera é contornada por uma vasta cicatriz que invade a perna. Percebe-se, claramente, a presença de atrofia, de esclerose hipertrófica e de pequenas lesões ulcerosas. Na perna D, no pé D, no punho e na mão do mesmo lado observam-se cicatrizes. Note-se o tumor fusiforme no dedo médio da mão E.



FIG. 5 — *Aspetto estrutural encontrado na lesão ulcerosa da face dorsal do pé E, fig. 4, de Luiz Macedo, observação 2. Observe-se a alteração vascular e a necrose existentes.*



FIG. 6 — Imagem radiológica dos ossos da perna E, fig. 4, de Luiz Macedo, observação 2. Tibia e perônio lesados.



FIG. 7 — Imagem radiológica dos ossos da mão E, fig. 4, de Luiz Macedo, observação 2. Note-se a periostite da falange e da falanginha do dedo médio. Observe-se, ainda, a artrite interfalangeana.



FIG. 8 — Rino-faringite mutilante de Leys encontrada em Antonio Francisco da Silva, observação 3.



FIG. 9 — *Rino-faringite mutilante de Leys encontrada em Antonio Francisco da Silva, observação 3. Note-se a goma cutânea no tórço superior da região esternal.*

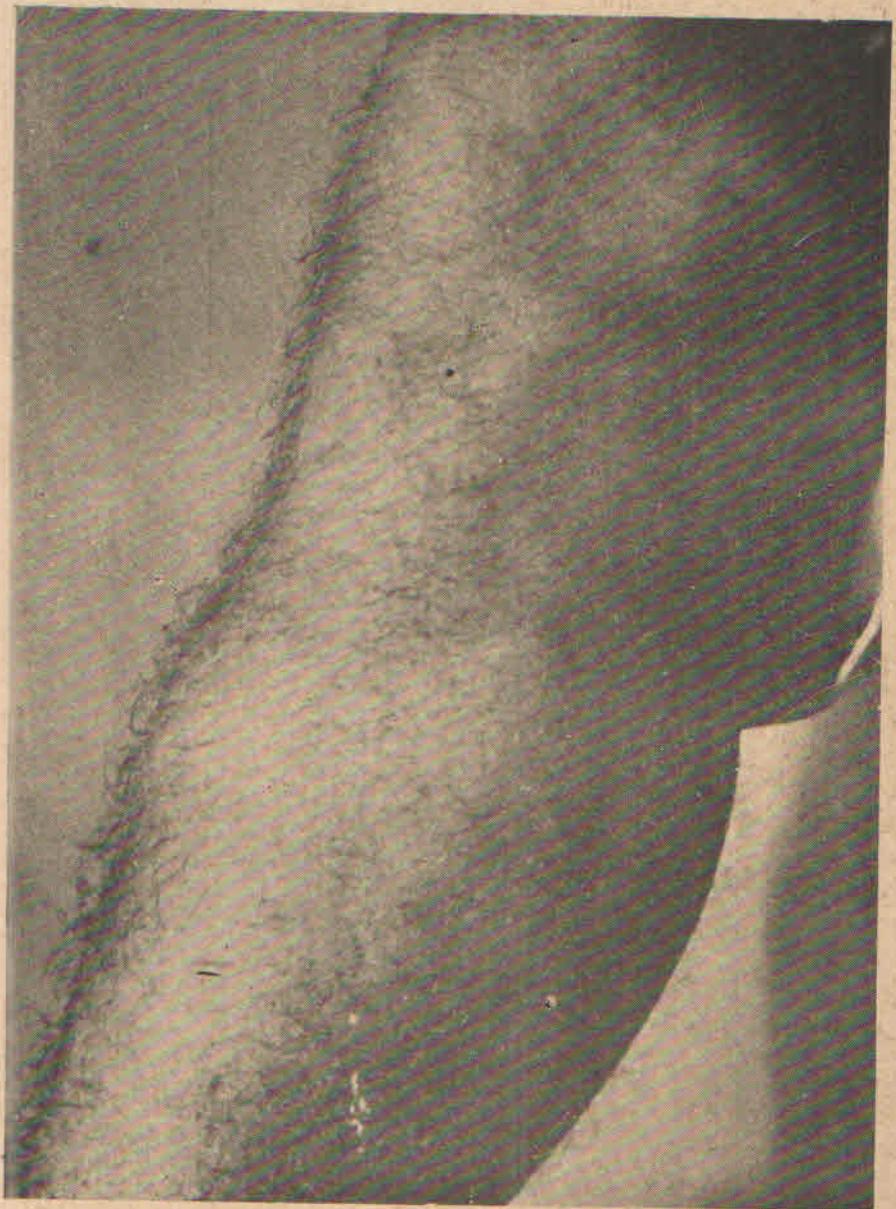


FIG. 10 — *Tibia espessada, deformada, formando uma bossa bastante pronunciada na perna E de Joaquim de Abreu Costa, observação 4.*



FIG. 11 — *Aspetto estrutural encontrado na tibia E, fig. 10, de Joaquim de Abreu Costa, observação 4.*

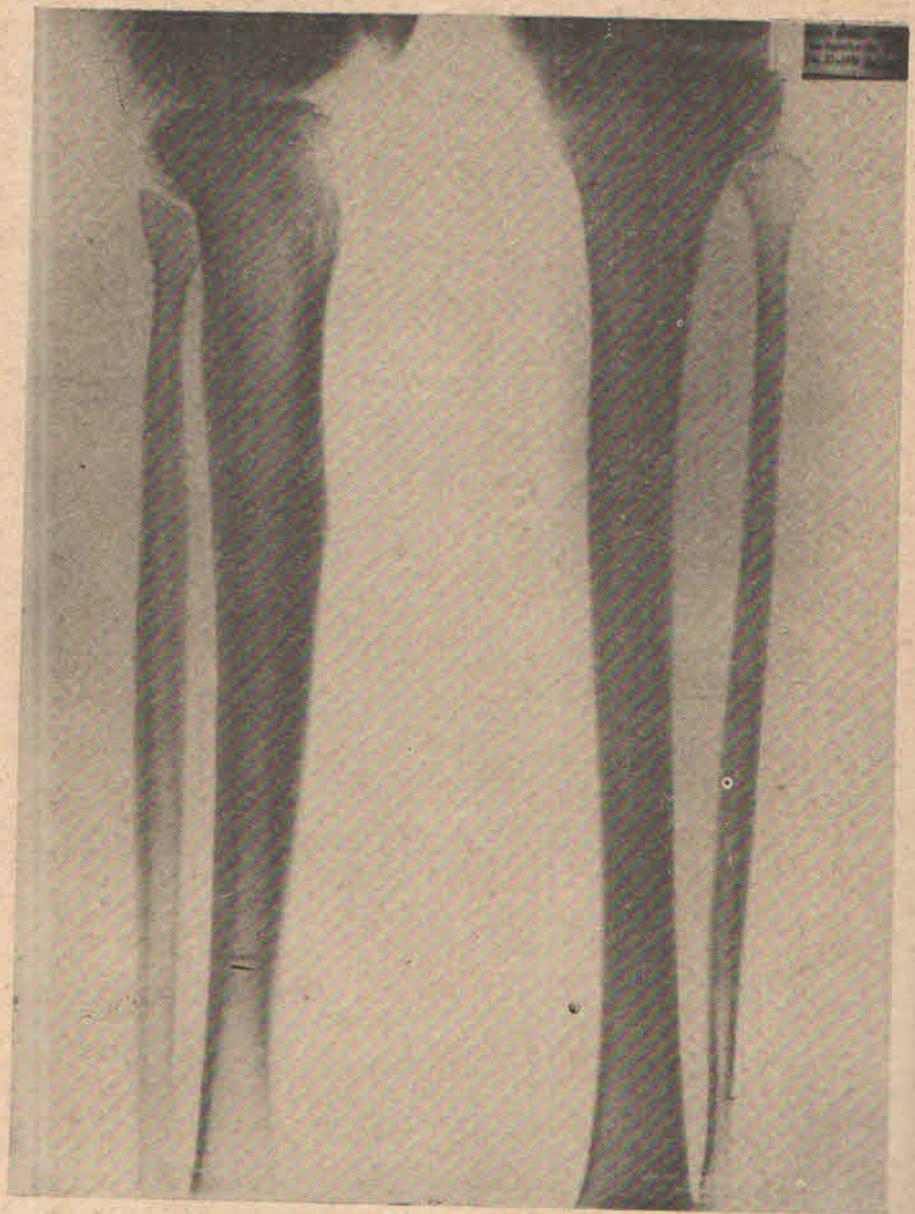


FIG. 12 — Imagem radiológica dos ossos da perna E, fig. 10, de Joaquim de Abreu Costa. Tibia e perônio lesados. No terço superior da tibia rarefação óssea longitudinal que corresponde a biópsia.



FIG. 13 — *Tibia espessada, deformada, semelhante uma lâmina de
sabre encontrada na perna D de Francisco Alves de Farias,
observação 5.*

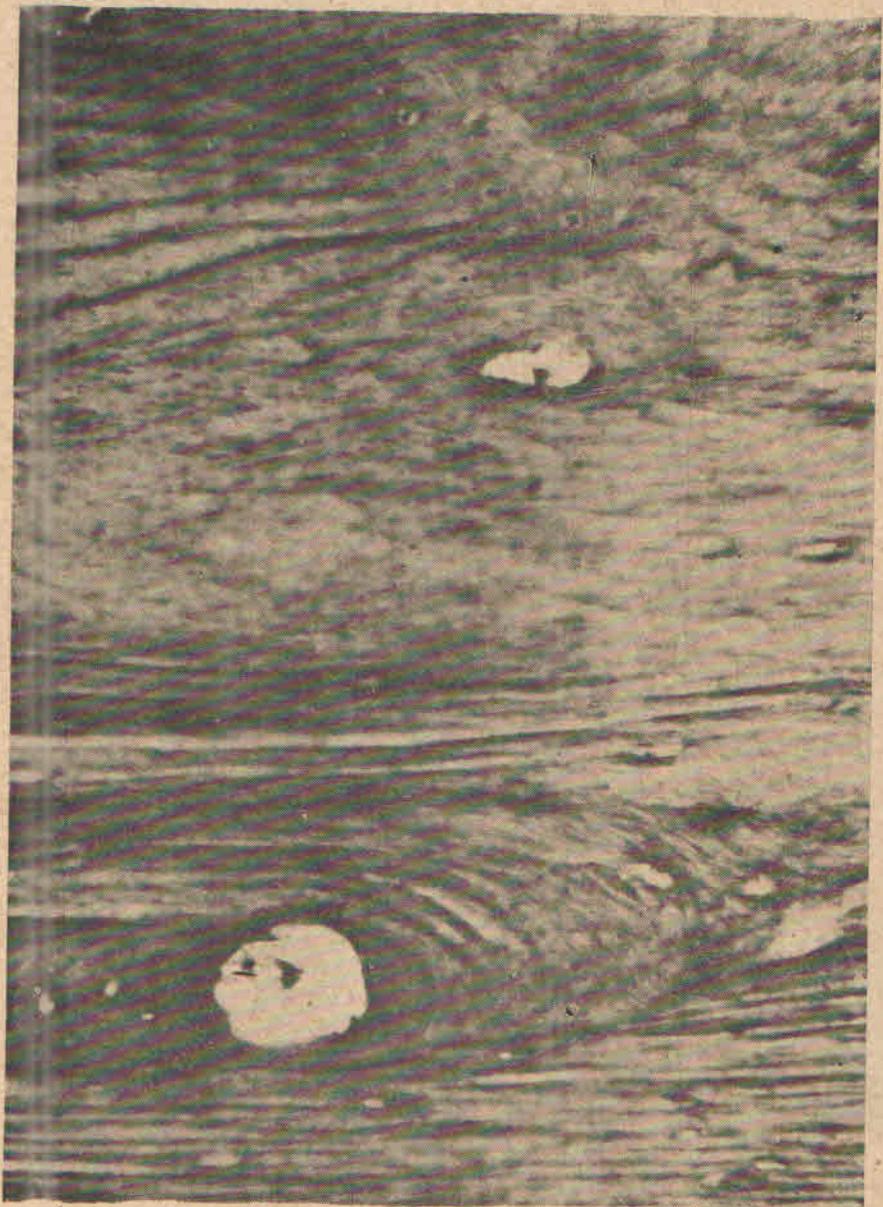


FIG. 14 — *Aspetto estrutural encontrado na tíbia D, fig. 13, de Francisco Alves de Farias, observação 5. Tibia e perônio lesados.*

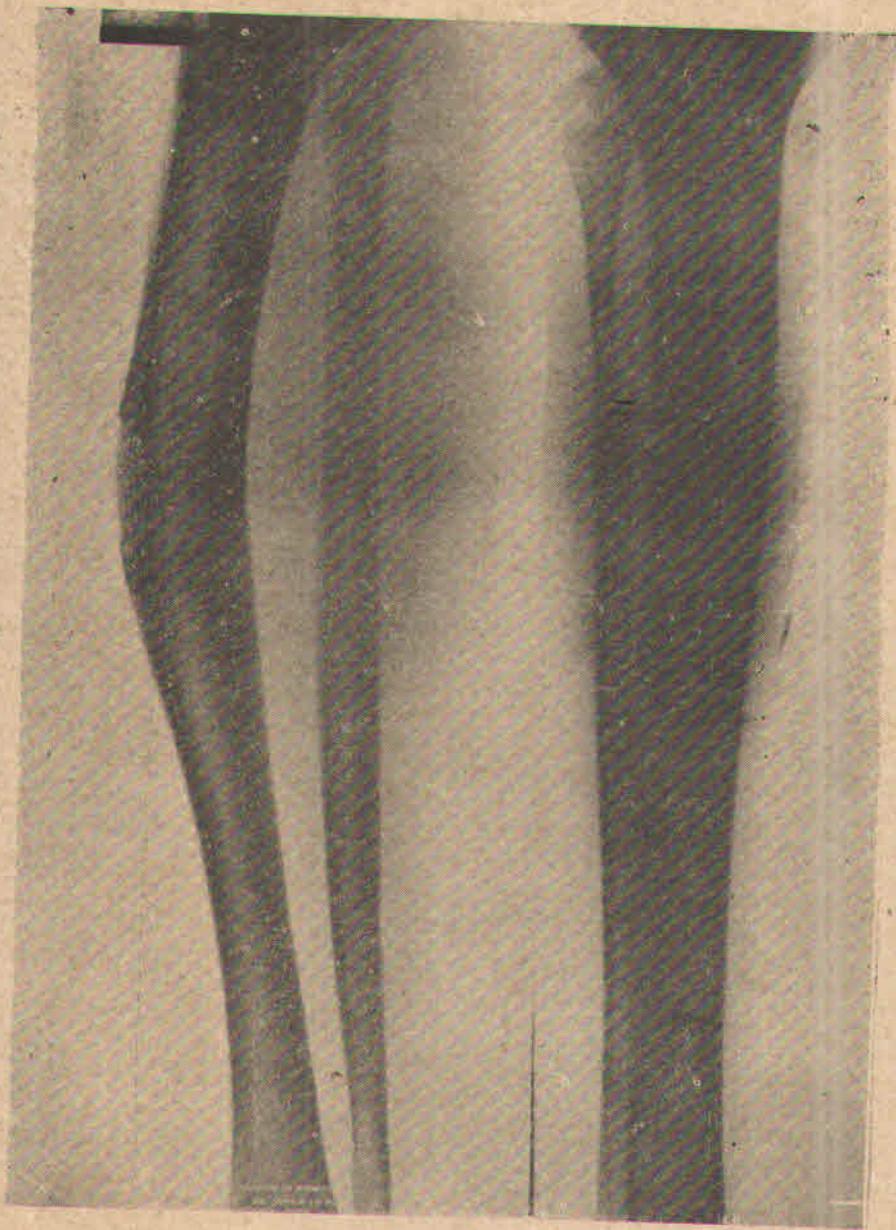


FIG. 15 — Imagem radiológica dos ossos da perna D, fig. 13, de Francisco Alves de Farias, observação 5. Tibia e perônio lesados. Note-se ao nível do terço médio da tibia o aspecto em casca de cebola resultante da estratificação da compacta anterior onde se verifica uma zona de rarefação óssea longitudinal que corresponde à biópsia.



FIG. 16 — *Imensa placa cicatricial ocupando toda a região D de José Ferreira da Silva, observação 6. No polo superior de sua periferia lesões túbero-ulcerosas coalescentes e circinadas. Note-se a presença de zonas de atrofia, apergaminhadas, e de esclerose hipertrófica, queloidiforme.*



FIG. 17 — *Aspeto estrutural encontrado na lesão túbero-ulcerosa, fig. 16 de José Ferreira da Silva, observação 6. Observe-se a presença de células gigantes.*

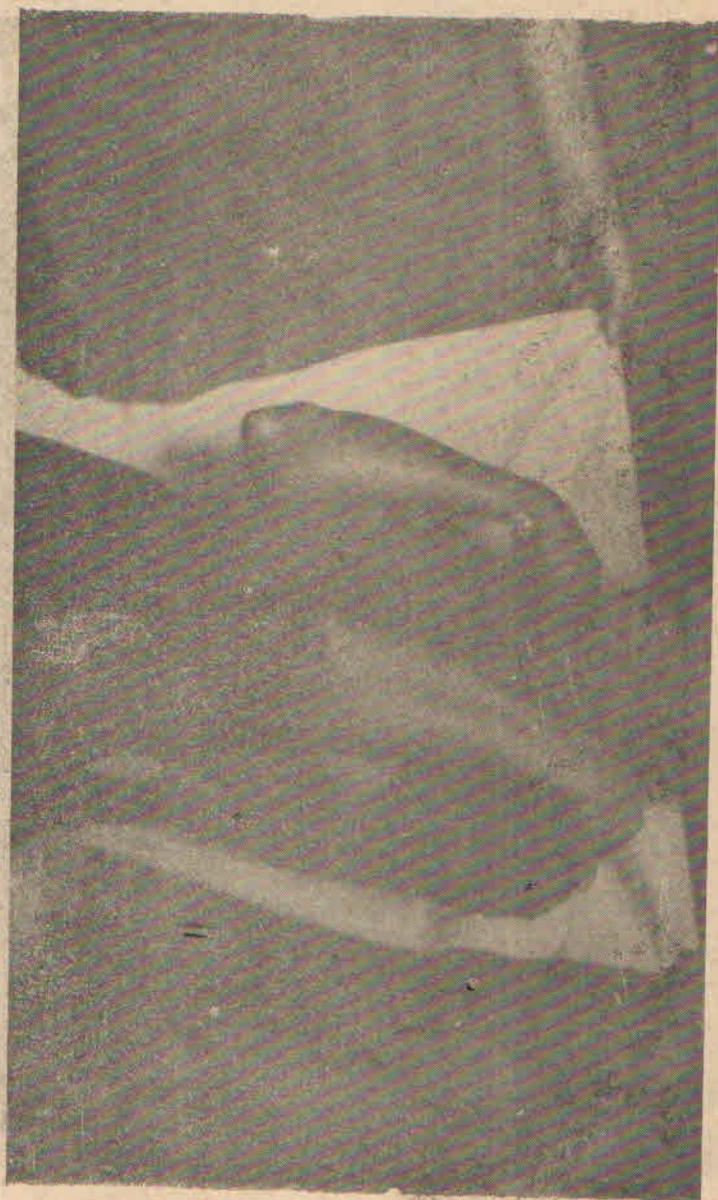


FIG. 18 — *Nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme nos co-
topelos de Lúzia Joaquina da Conceição, observação 7.*

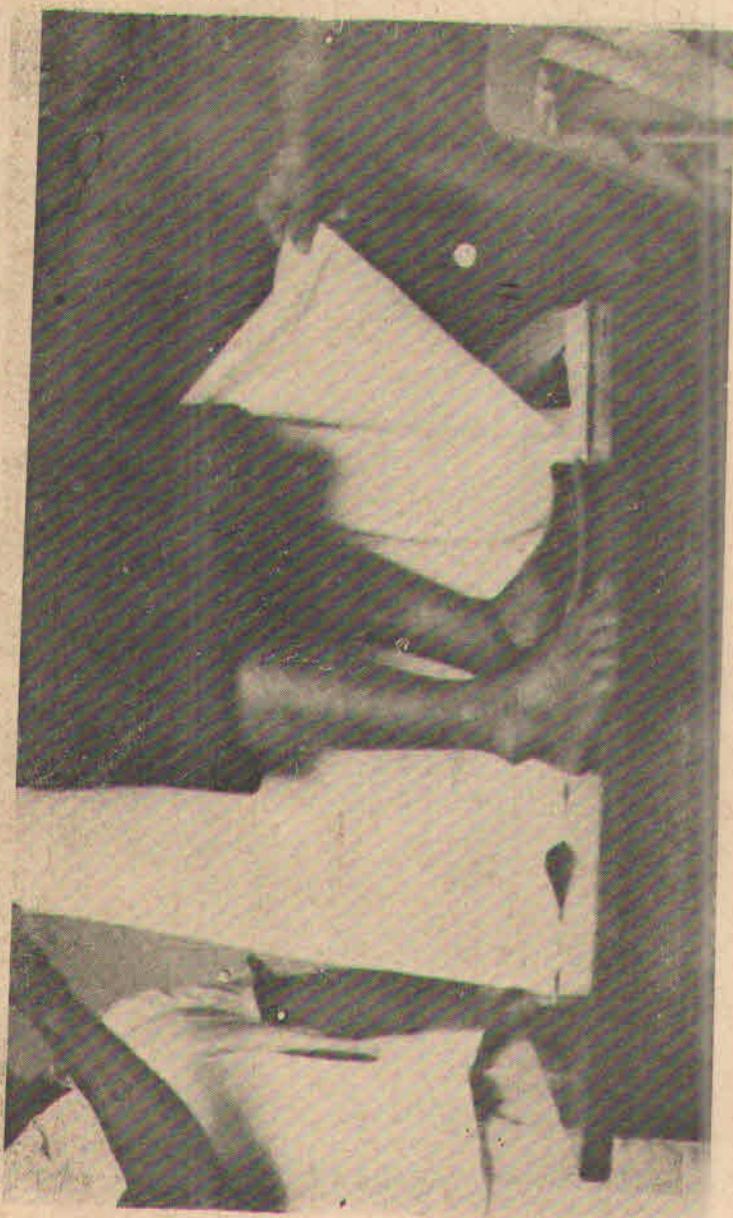


FIG. 19 — *Exostose na perna D de Luiza Joaquina da Conceição, observação 7.*

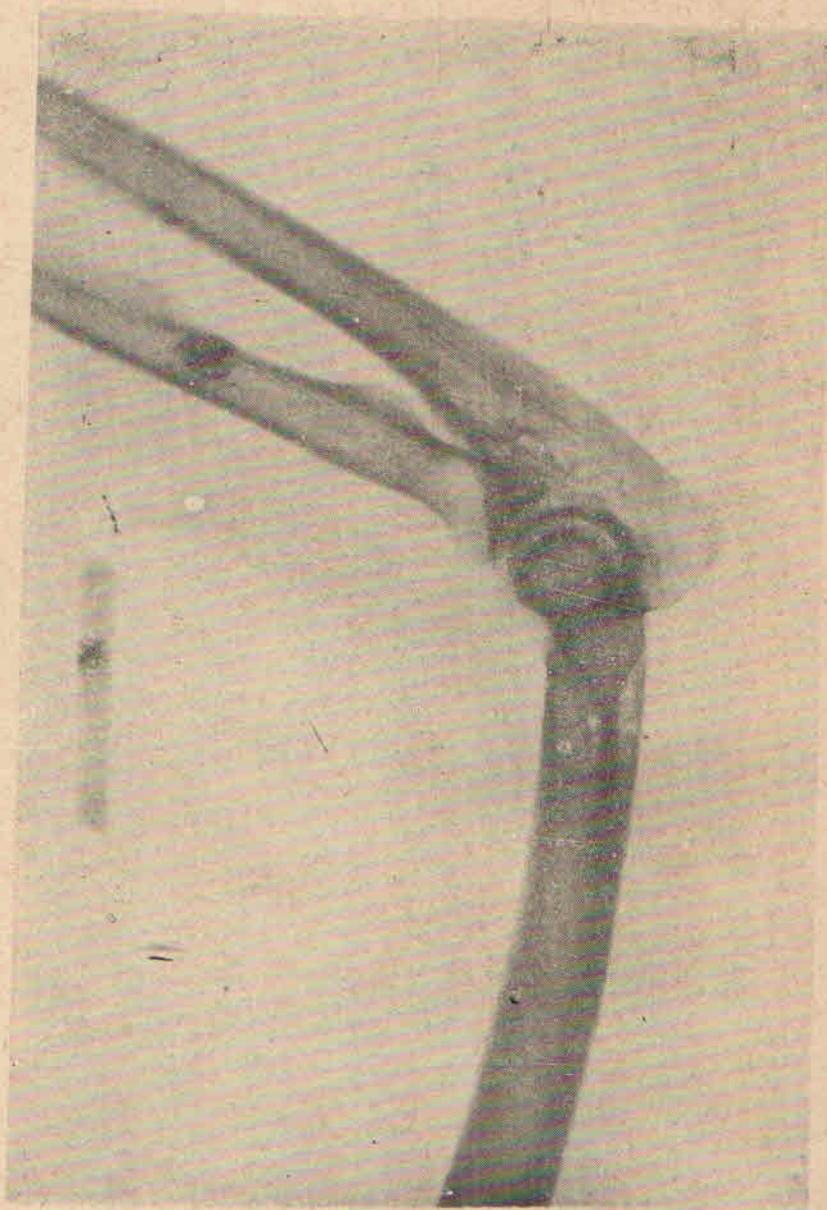


FIG. 20 — Imagem radiológica dos ossos da articulação do cotovelo
D, fig. 18, de Luiza Joaquina da Conceição, observação 7.

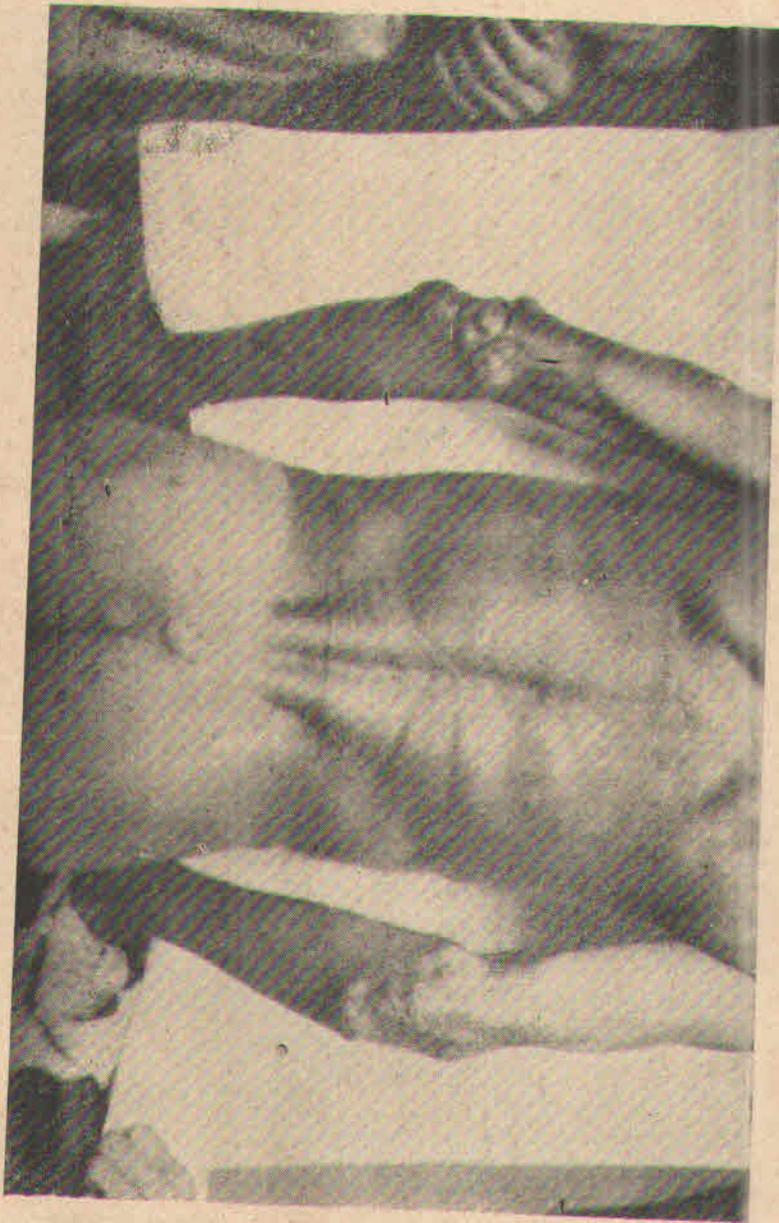


FIG. 21 — *Nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme nos cotovelos de José Francisco de Souza, observação 8.*



FIG. 22 — *Nodosidades juxta-articulares de Lutz-Jeanselme encontradas em José Francisco de Souza, observação 8.*



FIG. 23 — Imagem radiológica dos ossos da articulação do cotovelo ^{DFB}
D, fig. 21, de José Francisco de Souza, observação 8.



FIG. 24 — *Nodosidade Juxta-articular de Lutz-Jeanselme no cotovelo E de Anita Pedrosa de Oliveira, observação 9.*



FIG. 25 — Imagem radiológica dos ossos da articulação do cotovelo
E, fig. 24, de Anita Pedrosa de Oliveira, observação 9.



FIG. 26 — Tibia espessada, deformada, semelhante uma lâmina de sabre, encontrada na perna D de Josefa Maria da Conceição, observação 10. Note-se a presença da vasta cicatriz.



FIG. 27 — Cicatrizes atróficas, apergaminhadas e brilhantes encontradas no cotovelo D e na região paranasal D de Josefa Maria da Conceição, observação 10.



FIG. 28 — Imagem radiológica dos ossos da perna D, fig. 26, de Josefa Maria da Conceição, observação 10. Tíbia e peroneo lesados. Note-se o aspecto em casca de cebola resultante da estratificação da compacta anterior da tíbia.



FIG. 29 — *Imagem radiológica dos ossos da articulação do cotovelo*
D. fig. 27, de Josefa Maria da Conceição, observação 10,