

## A artrite na reação hansênica

JOSE CARLOS DE ALMEIDA PERNAMBUCO (\*)  
DILTOR VLADIMIR DE ARAUJO OPROMOLLA (\*\*)  
MARCIO MATHEUS TOLENTINO (\*\*\*)

RESUMO — Foi realizado um estudo prospectivo de 21 pacientes com hanseníase virchowiana internados no Hospital "Lauro de Souza Lima" (Bauru — SP) com a finalidade de descrever, do ponto de vista clínico evolutivo, a artrite que acompanha a reação tipo eritema nodoso ou polimorfo (artrite reacional), e procurar estabelecer diagnóstico diferencial com várias doenças reumáticas.

A artrite reacional pode preceder, acompanhar ou suceder as lesões de eritema nodoso ou polimorfo, mas em quase metade dos casos elas estão ausentes. A artrite geralmente tem início agudo e pode ser monoarticular, oligoarticular e poliarticular, simétrica ou não, ocorrendo com certa frequência recorrentes do quadro articular. Artralgias, sintomas gerais, hepatoesplenomegalia, adenomegalia dolorosa, neurites e outras manifestações clínicas podem ser observadas. Os quadros laboratorial e radiológico não foram específicos. O estudo evolutivo (máximo de seguimento — 30 meses) mostrou serem comuns as recidivas das manifestações articulares com tendência a que as lesões de eritema nodoso se tornem mais discretas ou não mais acompanhem a artrite. Em nenhum caso houve persistência das manifestações articulares e também não acarretaram seqüelas.

E discutido o diagnóstico diferencial com gota, artrites traumáticas, sépticas, osteomielite, artrose, anemia falciforme, febre reumática e doenças difusas do tecido conectivo.

realçada a necessidade de, em todo estudo de comprometimento articular na hanseníase, ser afastada a possibilidade de associação desta com doenças reumáticas e da obrigatoriedade da artrite reacional ser lembrada no diagnóstico diferencial de várias afecções reumáticas.

*Termos índice:* Hanseníase. Reação hansênica. Artrite.

(\*) Médico Reumatologista do Hospital Lauro de Souza Lima. Professor Assistente do Departamento de Moléstias Infecciosas, Dermatologia, Itadiodiagnóstico e Radiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

(\*\*) Médico Dermatologista do Hospital Lauro de Souza Lima. Professor Assistente Doutor do Departamento de Moléstias Infecciosas, Dermatologia, Radiodiagnóstico e Radiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Filio de Mesquite Filho.

(\*\*\*) Médico Gastroenterologista do Hospital Lauro de Souza Lima. Professor Assistente Doutor do Departamento de Moléstias Infecciosas, Dermatologia, Radiodiagnóstico e Radiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

A hanseníase durante as fases de entema nodoso ou polimorfo (reação hansênica) pode ser considerada doença por complexo imune, e exemplo de manifestação clínica do fenômeno de Arthus (11). Os doentes, além do comprometimento cutâneo, apresentam com frequência sintomas gerais, febre, dor testicular, artralgias, proteinúria, hematuria e mais raramente irites ou iridociclites. Na reação hansenica, ocasionalmente, a agressão ao sistema ósteo-artículo-muscular é mais intensa, ocorrendo alterações inflamatórias agudas, difusas das mãos e dos pés ("mãos e pés reacionais") (4, 7, 9), miosite (7, 8), periostite (8), osteíte (8), osteoporose e artrite (8, 10).

É clássico o conhecimento da alta frequência de artralgias durante essa reação, porém, a artrite é bem menos comum e pouco estudada, não tendo incidência bem estabelecida. Essa artrite da hanseníase, a qual denominamos de artrite reacional, pode ocorrer na ausência de eritema nodoso ou polimorfo (10), comportando-se assim como equivalente reacional já descrito em outras localizações (2).

O seu quadro articular pode ser confundido com artrite reumatóide (5), febre reumática (6), lupus eritematoso sistêmico (3) e outras doenças reumáticas, devendo-se sempre, sob o ponto de vista de diagnóstico, afastar possibilidades de associação com a hanseníase.

Fundamentados nestas últimas observações e considerando a precariedade da literatura neste assunto, resolvemos desenvolver este trabalho com a finalidade de descrever a artrite reacional do ponto de vista clínico e evolutivo, procurando ainda estabelecer o diagnóstico diferencial com várias doenças reumáticas.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Dos doentes internados no Hospital "Lauro de Souza Lima" (Baum — SP) portadores de hanseníase virchoviana em

atividade, foram selecionados e estudados 21, que apresentavam artrite reacional, sendo 16 do sexo masculino e 5 do feminino. Quanto a cor 16 eram brancos, 3 pardos e 2 pretos. A caracterização da hanseníase foi estabelecida por critérios clínicos, histopatológicos, baciloscópicos e imunológicos. O diagnóstico de artrite foi feito clinicamente pela presença de derrame articular e aumento da temperatura local.

A faixa etária dos doentes foi de 18 a 76 anos, com os tempos de duração da moléstia variando de 1 ano e meio a 30 anos. Dos 21 casos, 13 (61,9%) apresentavam mais de 10 anos de evolução.

Todos os pacientes já haviam apresentado surtos anteriores de reação hansenica, sendo que 15 deles (71,4%) referiam ter tido dores articulares durante esses surtos e dois afirmaram que sua doença se iniciou com essa sintomatologia. Não foram incluídos na casuística pacientes com evidência de outras moléstias reumáticas.

Para a seleção e caracterização dos doentes foi utilizado um protocolo constando de anamnese, exame físico completo, hansenológico e reumatológico. Foram realizados hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, pesquisa de célula LE, pesquisa de fator anti-nuclear, dosagem de ácido Uric<sup>o</sup>, urina — rotina com sedimento qualitativo, pesquisa de fator reumatóide pela prova do látex e radiografia das articulações comprometidas. O comprometimento articular foi classificado em monoarticular, oligoarticular (2 ou 3 articulações) e poliarticular. Foi considerado simétrico não só quando ocorria a coincidência das articulações atingidas em ambos os lados mas também quando havia bilateralidade sem coincidência, no caso das pequenas articulações das mãos e dos pés.

Todos os pacientes foram seguidos diariamente por período mínimo de 30 dias. As recorrências de alterações inflamatórias articulares durante esse período inicial foram consideradas dependentes do mesmo surto de reação ou equivalente reacional hansenico. Considerou-se recidiva o aparecimen-

to eventual de novas manifestações articulares, nos doentes que foram observados por período de tempo variando de 3 a 30 meses de seguimento e, nesses casos, foram utilizados outra vez o mesmo protocolo e os mesmos critérios.

O tratamento foi feito com talidomida, analgésicos anti-inflamatórios não hormonais e, nos casos em que a articulação do joelho estava comprometida, foi realizada também infiltração intra-articular com corticosteróides. O emprego de corticosteróides por via oral subordinou-se à resposta terapêutica durante a primeira semana. Todos os pacientes estavam sendo submetidos terapêutica com sulfona.

## RESULTADOS

As lesões cutâneas da reação que acompanharam o surto de artrite foram de graus variados, desde ausentes (10 casos — 47,6%) até intensas, com nódulos supurados (4 casos — 19,0%). A reação foi considerada discreta em 7 casos (33,3%) que apresentavam poucos nódulos avermelhados esparsos.

A manifestação articular precedeu o aparecimento dos nódulos cutâneos em 4 doentes (19,0%), por um período que variou de 4 a 15 dias (media — 12 dias); apenas 2 casos (9,5%) apresentaram artrite 7 dias após terem se instalado as lesões cutâneas e nos demais (15 casos — 71,4%) ocorreu concomitância das duas manifestações.

O quadro clínico articular sempre teve início súbito e em poucas horas estava com-

pletamente instalado. Dor intensa, incapacidade funcional, derrame articular e aumento da temperatura local caracterizavam esse comprometimento. Rubor foi verificado apenas em 8 casos (38,1%).

A artrite foi poliarticular em 11 doentes (52,4%), oligoarticular em 3 (14,3%) e monoarticular em 7 casos (33,3%) e, quando poliarticular, ela foi simétrica na maioria (8 casos — 72,7%). As articulações mais freqüentemente comprometidas foram as dos joelhos (figura 1), as interfalangeanas proximais (figura 2) e as dos tornozelos (figura 3), sendo que as articulações dos ombros, coxofemorais, temporomandibulares e as da coluna nunca foram envolvidas.

O quadro I mostra a distribuição deste comprometimento, onde consideramos conjuntamente as artrites oligoarticulares e poliarticulares.

Além da articulação ou articulações que exibiam sinais evidentes de artrite, os pacientes referiam artralguas em várias outras articulações e alguns, rigidez matinal. Um dos pacientes apresentava deformidades idênticas As da artrite reumatóide (figura 4), outro um quadro de mão reacional, dois um quadro de pé reacional (figura 5) e, um outro, eritema agudo na perna esquerda (reação erisipelatóide).

Quanto aos sintomas gerais, observamos que nos pacientes que apresentaram nódulos subcutâneos em grande número foram de grande intensidade e praticamente inexistentes nos casos em que as lesões cutâneas eram discretas ou ausentes. Outras manifestações clínicas encontradas podem ser analisadas no quadro II.

Artrite na reação hansênica

QUADRO I

Distribuição de 21 casos de artrite reacional de acordo com o tipo de artrite e articulações comprometidas

tipo de artrite casuística clínica	lado	articulação	Monoartrite							Poliartrite assimétrica					Poliartrite simétrica								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Interfalangeanas	D										X											X	X
	E																					X	X
Metatarso Falangeanas	D										X											X	X
	E																					X	X
Tornozelo	D				X								X	X	X				X	X		X	X
	E												X	X	X				X	X		X	X
Joelho	D		X	X		X	X	X				X				X	X	X				X	X
	E	X	X				X			X	X	X	X			X	X	X				X	X
Interfalangeanas Proximais	D										X		X					X	X	X	X	X	X
	E								X	X			X					X	X	X	X	X	X
Metacarpo Falangeanas	D										X							X	X	X	X	X	X
	E								X									X	X	X	X	X	X
Punho	D											X			X	X	X					X	X
	E												X		X	X	X					X	X
Cotovelo	D											X			X	X				X		X	X
	E								X						X	X				X		X	X

X — Corresponde à articulação comprometida



Fig. 1 — Paciente com artrite de ambos os joelhos, mais intensa à esquerda. Note a atrofia de quadricéps bilateral.

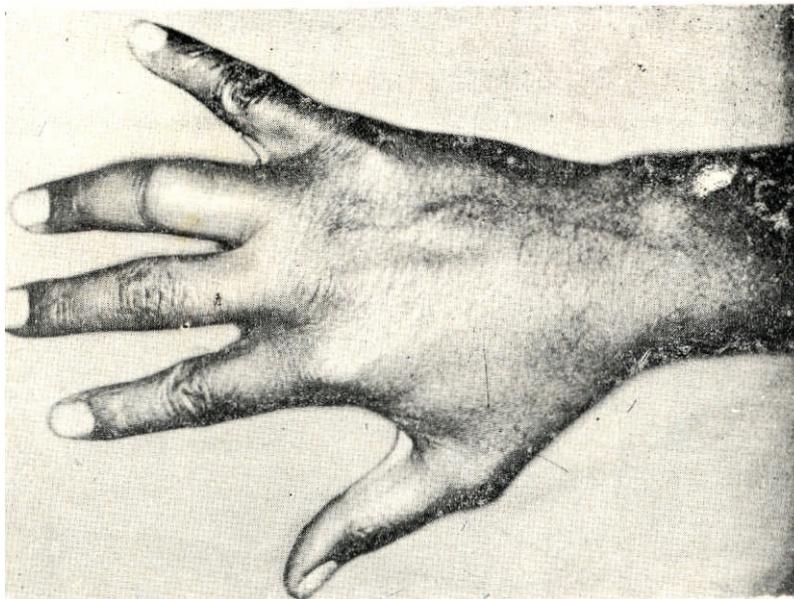


Fig. 2 -- Dedo anular fusiforme devido à artrite da articulação interfalangeana proximal.



Fig. 3 — Artrite de ambos os tornozelos, sendo o quadro mais intenso à esquerda.

*Artrite na reação hansênica*



Fig. 4 — Mão com dedos em pescoço de cisne, seqüela de <<mão reacional>>.

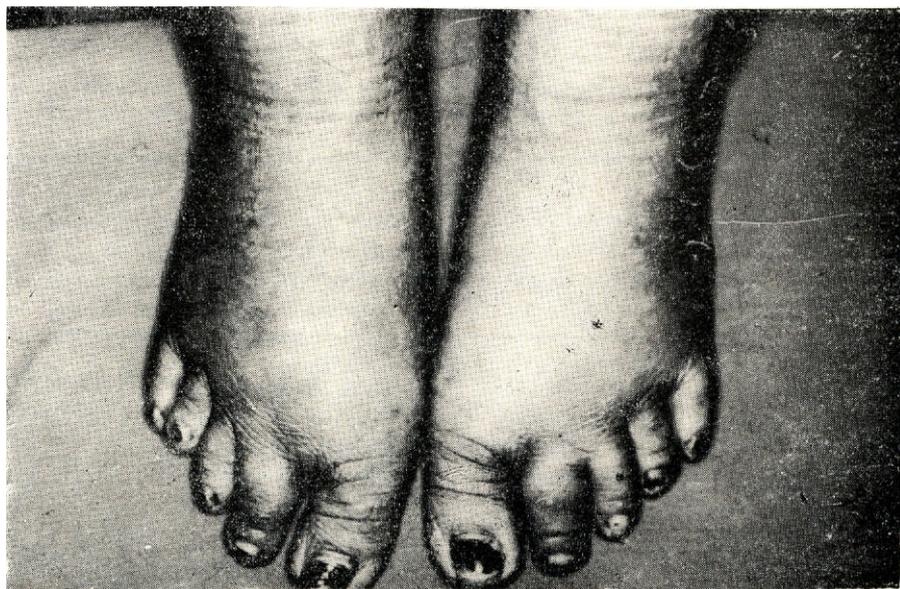


Fig. 5 — Artrite das articulações interfalangeanas acompanhando quadro de <<pé reacional>>.

## QUADRO II

## Manifestações clínicas associadas ao quadro de artrite reacional

Manifestações clínicas	N.º	%
Hepatomegalia	9	25
Adenomegalia dolorosa	7	19,4
Esplenomegalia	7	19,4
Neurites	6	16,7
Dor testicular	3	8,3
Icterícia	2	5,6
Comprometimento ocular	2	5,6

O estudo do hemograma revelou anemia com hemoglobina menor do que 12g% em 11 casos (52,4%), leucocitose acima de 8.000 células/mm<sup>3</sup> e sem desvio à esquerda em 13 (61,9%). A velocidade de hemossedimentação de 16 a 148 mm na 1ª hora (média — 73,9). A pesquisa do fator reumatóide pela prova do látex foi positiva em 3 pacientes (14,3%). A pesquisa de célula LE foi negativa em todos os doentes e a presença de fator anti-nuclear em níveis acima de 1:50 foi constatada em dois casos (9,5%).

Quanto ao exame de urina, em 6 casos (28,5%) encontramos proteinúria, em 5 (23,8%) hematúria e em 3 (14,3%) leucocitúria. Todos apresentavam dosagem de ácido Úrico dentro dos limites de normalidade.

As radiografias das articulações atingidas, afora aumento de partes moles, foram normais em 9 casos (42,9%) e as alterações observadas nos 12 restantes estão resumidas no quadro III, sendo que 5 doentes apresentaram ocorrência de duas dessas alterações.

## QUADRO III

## Distribuição das alterações radiológicas em 12 casos de artrite reacional

Alterações radiológicas	N.º	%
Osteoporose	8	47
Áreas de Lise	4	23,6
Sinais de Osteoartrose	3	17,6
Periostite	1	5,9
Subluxações	1	5,9

Com a diminuição ou supressão da medicação no período inicial do estudo, foi verificado que 5 pacientes (23,8%) apresentaram recorrência da artrite. As articulações comprometidas em dois casos foram as mesmas do quadro inicial, em outros dois foram atingidas além das iniciais outras articulações e em 1 caso houve comprometimento de articulações diferentes. Os doentes exibiram ainda uma ou mais recor-

ências, de maneira que a duração do surto variou de 1 a 3 meses, quando então tornaram-se assintomáticos. Dos 21 casos estudados, 18 puderam ser seguidos por um período máximo de 30 meses, dentro do qual 10 (55,5%) não tiveram recidivas do quadro articular e 7 (33,3%) apresentaram um ou mais surtos, conforme pode ser observado no quadro IV, após um período intercrítico que variou de 3 a 18 meses.

*Artrite na reação hansênica*

QUADRO IV

Distribuição de 21 casos de artrite reacional de acordo com o número de surtos, duração de seus respectivos períodos intercríticos e o tempo de seguimento

Casuística	N.º de surtos	Duração dos períodos intercríticos (meses)			Tempo de seguimento (meses)
		1.º	2.º	3.º	
1	1	—	—	—	—
2	3	5	9	—	13
3	3	8	8	—	15
4	1	—	—	—	10
5	2	13	—	—	14
6	4	8	10	3	30
7	1	—	—	—	6
8	4	8	10	9	28
9	1	—	—	—	5
10	1	—	—	—	4
11	1	—	—	—	3
12	1	—	—	—	8
13	1	—	—	—	—
14	1	—	—	—	24
15	1	—	—	—	7
16	2	18	—	—	24
17	1	—	—	—	4
18	1	—	—	—	—
19	2	3	—	—	4
20	1	—	—	—	30
21	3	8	6	—	17

Os novos surtos ocorreram nas mesmas articulações anteriormente comprometidas ou em novas articulações, sendo observados casos que inicialmente eram monoarticulares e se tornaram poliarticulares nos surtos subseqüentes e vice-versa. Notamos também 3 casos que no surto inicial apresentavam lesões de eritema nodoso e nos surtos seguintes essas não foram constatadas. A situação inversa foi observada em apenas 1 caso no qual a reação cutânea foi considerada discreta. Os quadros laboratorial e radiológico realizados nas recidivas foram semelhantes aos do surto inicial, exceto em dois pacientes que apresentaram, respectivamente, aumento das áreas de lise e periostite (Fig. 6 e Fig. 7).

Através da terapêutica adotada, não houve ocorrência de seqüelas e/ou persistência da artrite reacional em nenhum dos casos estudados.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Nossos resultados sugerem que a artrite reacional tem início agudo com acometimento articular inflamatório evidente, podendo ser monoarticular, oligoarticular ou poliarticular. A artrite em geral é precedida ou coexiste com simples artralguas nas outras articulações não comprometidas e rigidez matinal pode estar presente. O quadro articular pode preceder, acompanhar ou suceder as lesões cutâneas tipo eritema

nodoso ou polimorfo, quando estas estão presentes.

A artrite da hanseníase ocorre freqüentemente sob a forma de equivalente reacional e parece existir nesses casos tendência ao comprometimento poliarticular, ao passo que, quando acompanha lesões graves de eritema nodoso, ou polimorfo, há tendência ao comprometimento monoarticular. Não notamos diferenças na gravidade da artrite nos casos com ou sem eritema nodoso, como foi observado por Ramu (10). A febre e sintomas gerais estiveram presentes naqueles cujas lesões de pele eram intensas, o que confirma os achados desse mesmo autor.

Além dos sintomas gerais e febre, constatou-se com certa freqüência hepatoesplenomegalia, adenomegalia dolorosa, neurites periféricas, dor testicular, icterícia e comprometimento ocular. Em alguns casos pode-se observar concordância com outros fenômenos, como mãos e pés reacionais e reação erisipelatóide.

Os resultados dos exames laboratoriais são semelhantes aos encontrados na reação hansênica sem comprometimento arti-

cular, carecendo de especificidade. As radiografias realizadas na maioria dos nossos casos, afora aumento de partes moles, foram normais e, com nossos dados, não podemos afirmar que algumas das alterações radiológicas encontradas sejam específicas do fenômeno reacional estudado.

O estudo evolutivo dos pacientes (máximo de observação — 30 meses) demonstrou que a artrite reacional, apesar de apresentar freqüentes recorrências acarretando surtos prolongados e serem comuns recidivas das manifestações articulares, estas são efêmeras e nunca constatamos deformidades permanentes, sob o esquema terapêutico proposto. Apesar do encontro em alguns doentes de sinais radiológicos de, artrose, não podemos afirmar que se trata de artrose pós-artrite, pois não pode ser afastada coexistência das duas patologias. Portanto, quando doentes de hanseníase apresentam quadro articular crônico prolongado, são provavelmente portadores de outra doença reumática associada.

As doenças que freqüentemente devem ser diferenciadas da artrite reacional são aquelas que evoluem com artralguas ou ar-

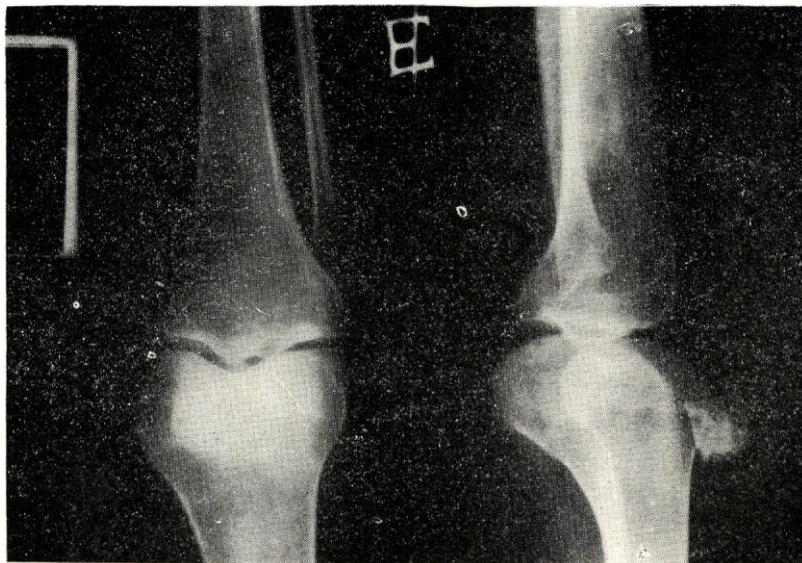


Fig. 6 — Áreas de lise na rótula, durante surto reacional joelho E (26/8/77).

## Artrite na reação hansênica

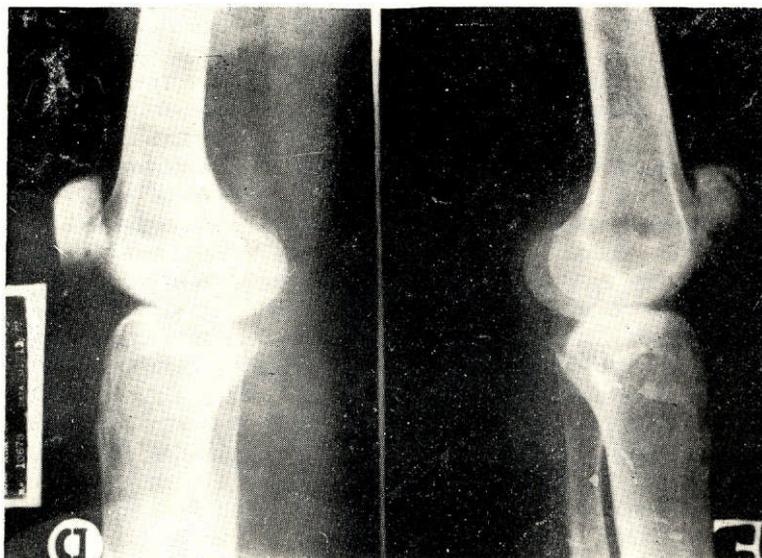


Fig. 7 — Aumento das Areas de use em novo surto reacional (1/10/77).

trites em articulações periféricas e as doenças difusas do tecido conjuntivo.

Assim, o diagnóstico diferencial com gota aguda é muito difícil em virtude de ambas patologias se caracterizarem por início súbito, com artrite de intensos sinais inflamatórios, efêmera e de caráter cíclico. A diferenciação clínica é particularmente difícil, nos casos não acompanhados de lesões cutâneas reacionais. Além disso, o doente de hanseníase pode apresentar crises de gota aguda primária ou secundária a insuficiência renal devido à amiloidose. O diagnóstico correto pode ser estabelecido com a dosagem do ácido úrico sanguíneo, pesquisa de cristais de ácido úrico no líquido sinovial e a observação clínica que poderá mostrar a evolução para cronicidade na gota. Os outros exames laboratoriais e o quadro radiológico podem auxiliar, mas na maioria dos casos se superpõem.

As artrites traumáticas são freqüentes nos doentes de hanseníase e seu quadro clínico

muito parecido com o da artrite reacional, especialmente na forma monoarticular, mas a ausência de manifestações gerais, febre, eritema nodoso ou polimorfo e outras

manifestações sistêmicas, além do quadro laboratorial distinto, torna fácil o diagnóstico.

Também oferecem dificuldades diagnósticas as artrites sépticas e osteomielite em áreas adjacentes às articulações, que são muito comuns na hanseníase. Na artrite reacional, entretanto, os sintomas gerais, febre e sinais de toxemia em geral são menos intensos, mas às vezes só a análise e cultura do líquido sinovial ou o estudo evolutivo clínico-radiológico permitem estabelecer o diagnóstico correto.

Nos pacientes de cor negra ou parda pode haver dificuldade em diferenciar clinicamente, em especial a forma poliarticular de artrite reacional, da anemia falciforme. Além da velocidade de hemossedimentação, que geralmente é normal nesta última, a prova de falcização das hemácias e a eletroforese de hemoglobina possibilitam efetuar o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial com outra doença articular comum na hanseníase, que são as artroses primárias ou secundárias, mesmo na forma monoarticular da artrite reacional geralmente é fácil, pois naquelas o acometimento articular ocorre de modo

insidioso e sem significativos sinais flogísticos, além do quadro laboratorial ser normal. A coexistência das duas patologias é perfeitamente possível, principalmente nos pacientes de idade avançada.

Quando a artrite reacional é recorrente, assumindo um caráter migratório, acarretando um surto prolongado, pode ser confundida com febre reumática, mas a ausência de sinais de cardite, nódulos subcutâneos de Meynet e eritema marginado permite estabelecer o diagnóstico. O quadro evolutivo, laboratorial e radiológico pode ser muito semelhante.

Um dos problemas de difícil diagnóstico diferencial que às vezes enfrentamos é entre artrite reacional da hanseníase e lupus eritematoso sistêmico. Ambas patologias apresentam os exames chamados da fase aguda do soro alterados, alterações imunológicas evidentes, quadro clínico proleiforme e o acometimento articular pode ser semelhante. Para estabelecer o diagnóstico às vezes necessitamos da evolução e estudos anatomopatológicos, embora o encontro de célula LE seja raro na hanseníase.

Quando os pacientes apresentam deformidades idênticas às da artrite reumatóide,

seqüelas de "mão reacional"(1) e também comprometimento poliarticular e subentranças, conforme observamos em um de nossos casos, o diagnóstico diferencial com artrite reumatóide é praticamente impossível, do ponto de vista clínico, e só pode ser confirmado com o estudo evolutivo, sinoviandlise, biópsia de sinóvia e radiologia. Nesses casos os exames da fase aguda do soro, bem como a pesquisa de fator reumatóide, são de pouca utilidade, pois podem estar alterados nas duas patologias. O quadro radiológico, entretanto, auxilia, pois não se observam na artrite reacional erosões e destruições articulares.

As chamadas variantes da artrite reumatóide, a esclerodermia, a poliomyosite e a artrite tuberculosa, não costumam oferecer dificuldades diagnósticas.

Concluindo, em todo estudo de artrite reacional deve ser afastada a possibilidade de associação da hanseníase com outras doenças reumáticas. O fato da primeira manifestação objetiva ou subjetiva da polarização na hanseníase poder ser articular, exige que essa patologia entre sempre no diagnóstico diferencial das diversas afecções reumáticas, principalmente nos países onde a hanseníase ainda é endêmica.

**SUMMARY** — Twenty-one patients with Virchowian hanseniasis from the Hospital Lauro de Souza Lima (Bauru-SP), were clinically studied in order to establish the type of arthritis that occurs in erythema nodosum hansenicum (ENH). For this form of joint involvement in hanseniasis, the authors suggest the name "reactional arthritis". Patients with evidence of other rheumatic diseases were not included in their investigation.

Reactional arthritis may precede, accompany or follow the appearance of ENH or polymorphous lesions, but in approximately half of the cases studied they were absent. Arthritis generally has an acute beginning and may be mono-articular, oligoarticular or polyarticular, symmetrical or asymmetrical. Relapses of articular manifestations occur frequently. Arthralgia, constitutional symptoms, hepatomegaly, generalized painful lymph-node enlargement, peripheral neuritis and other clinical manifestations were observed. The laboratory and radiological findings, however, were not specific. During the period of this study. (maximum — 30 months), relapses of articular manifestations were common, with a tendency for the ENH lesions to become more discrete or no longer present. In no case did the articular manifestations continue or did they provoke sequels.

The paper discusses the differential diagnosis of reactional arthritis with gout, traumatic arthritis, septic arthritis, osteomyelitis, osteoarthritis, sickle-cell anemia, rheumatic fever, and diffuse connective tissue diseases. It emphasizes that in any study of articular involvement in Hanseniasis, the possibility of its association with other rheumatic diseases should be excluded. On the other hand, reactional arthritis should be considered in the differential diagnosis of rheumatic diseases.

*Key words:* Hanseniasis. Hansenic reaction. Arthritis.

## Artrite na reação hansênica

### REFERÊNCIAS

1. ARVELO, J. J. Deformidades de la mano en el enfermo de lepra. *Rev. Yen. Sanid Assist. Soc.*, 36(1/2) :59-73, 1971.
2. BASTAZINI, I. *Contribuição ao estudo da reação hansênica*. Botucatu, 1973. 98 p. [Tese Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu]
3. BONOMO, L.; DAMMACO, F.; TURSI, A.; BARBIERI, G. Lupoid features in a case of leprosy. *Int. J. Lepr.*, 35:65-71, 1967.
4. BRAND, P. W. Deformity in leprosy. In: COCHRANE, R. G. & DAVEY, T. F., ed. *Leprosy in theory and practice*. 2nd ed. Bristol, John Wright, 1964. cap. 27, p. 447-496.
5. KARAT, A. B. A.; KARAT, S.; JOB, C. K.; FURNESS, M. A. Acute exudative arthritis in leprosy rheumatoid-arthritis-like syndrome in association with erythema nodosum leprosum. *Br. Med. J.*, 3(5578):770-772, 1967.
6. MANIGAND, G.; PAILLAS, J.; LARDY, B.; DEPARIS, M. La polyarthrite de la lépre. A propos d'une observation de la polyarthrite diffuse, symétrique et fébrile rélévatrice d'une lépre lépromateuse jusqu'alors méconnue. *Sem. Hop. Paris*, 45:543-552, 1969.
7. NAMASIVAYAN, P. R. Hand in acute phases of leprosy. *Lepr. India*, 37:328-331, 1965.
8. PATTERSON, D. E. & JOB, C. K. Bone changes and absorption in leprosy. In: COCHRANE, R. G. & DAVEY, T. F., ed. *Leprosy in theory and practice*. 2nd ed. Bristol, John Wright, 1964. cap. 26, p. 425-446.
9. RAMANUNJAM, K.; DHARMENDRA; RAMU, G. Treatment of lepra reaction and some of its special manifestations. *Lepr. India*, 36:19-23, 1964.
10. RAMU, G. & BALAKRISHNAN, S. Arthritis in lepromatous leprosy: clinical features and biochemical findings. *Lepr. India*, 40:62-69, 1968.
11. WEMAMBU, S. N. C.; TURK, J. L.; WATERS, M. F. R.; REES, R. J. W. Erythema nodosum leprosum: a clinical manifestation of the Arthus phenomenon. *Lancet*, 2:933-935, 1969.

---

Recebido para publicação em abril de 1978.