

Diltor Vladimir Araujo Opromolla

É muito difícil afirmar a época do aparecimento de uma doença com base em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da moléstia com citação dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentados e em suposições de tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações cola conseqüências, às vezes, imprevisíveis.

No caso da hanseníase, muito já se escreveu sobre sua origem e sua existência em várias regiões na antiguidade. Observa-se, contudo, que muitos desses escritos são citações de fontes descrevendo a moléstia sem os seus aspectos mais característicos que são as deformidades provocadas e sinais de comprometimento neurológico ou dermato-neurológico como manchas ou áreas cutâneas com distúrbios de sensibilidade, e vários deles são traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias.

Apesar disso, há referências bastante claras com relação à hanseníase em livros muito antigos. Ao que parece, essa doença já era conhecida na Índia em 1500 a.C., e no Regveda Samhita (um dos primeiros Vedas que eram os livros sagrados da Índia), a hanseníase é denominada Kushta apresentando dois tipos de manifestações, um que era a anestesia local e deformações nas extremidades e outro caracterizado por ulcerações, queda de dedos e desabamento da pirâmide nasal. Em 600 a.C., em uma recopilação denominada Sushruta Samhita, esses dois tipos são referidos como vatratka e vat-somhita, respectivamente.

Fliess sugere a possibilidade da hanseníase ter se originado na Índia e de lá ter seguido para o leste, gerando focos no Sudeste asiático, China e Japão. Há, contudo, na China, referências muito antigas sobre essa doença, como aquela que é feita em urn dos tratados médicos chineses mais antigos, o Nei Ching Su Wen, atribuído ao imperador Huang Ti que viveu entre 2698 e 2598 a.C. Na verdade, esse tratado é uma recompilação de antigos textos realizada em 600 a.C., e nele é usado o termo "li-feng" para designar paralisia grave, e descrito um estado mórbido "ta-feng" que provoca queda de sobrancelhas, nódulos, ulceração, dormência, mudança de cor da pele e desabamento do nariz. Outra possível referência na literatura chinesa antiga (*Analects*) na época da dinastia Chou (600 a.C.), é aquela que um dos discípulos de Confúcio havia contraído a doença. Sua descrição é, contudo, emito imprecisa e restam dúvidas a respeito.

A existência dessa doença, em tempos antigos, é referida em muitas outras regiões, mas os dados são confusos. Na Babilônia por exemplo, a palavra que foi traduzida como lepra significava realmente "coberto de pó" ou "escamoso". A palavra acadiana "epqu," que foi traduzida como lepra no Dicionário Assírio de Chicago, também significa escamoso, da mesma maneira que a palavra "saharsubbu". Diz-se também que a hanseníase existia em épocas remotas no Egito, e que, o "Papiro de Ebers" (18ª Dinastia 1300-1800 a.C.) ela já era citada. Contudo o que foi traduzido como lepra no referido documento era uma "queixa de um caráter externo para o qual era prescrito um unguento". Muitas outras afirmativas da existência da hanseníase no Egito, naquele tempo, tem como fonte o

Papiro de Ebers e por isso são duvidosas.

A Bíblia é outra fonte de confusão quanto à existência da hanseníase entre os judeus na época do êxodo. O termo "tsaraath" (ou saraath), no hebraico, significava uma condição anormal da pele dos indivíduos, das roupas, ou das casas, que necessitava purificação. Aqueles que apresentassem o "tsaraath" deveriam ser isolados até que os sinais desta condição desaparecessem.

Segundo o Livro Sagrado, o "tsaraath" na pele dos judeus seriam "manchas brancas deprimidas em que os pêlos também se tornavam brancos". Na tradução grega do texto hebraico, a palavra "tsaraath" foi traduzida como lepra e "lepros", em grego, significa "algo que descama". É interessante observar que essa mesma palavra era usada para designar a casca interna das árvores, que era usada para a escrita, tanto é que a sua forma latina vem a ser "liber", que originou a palavra livro como conhecemos hoje. A palavra lepra também foi usada pelos gregos para designar doenças escamosas do tipo da psoríase, e a hanseníase mesmo, eles chamavam de elefantíase.

É interessante saber como a lepra chegou a ser o termo para designar a doença que hoje chamamos hanseníase.

Há autores que admitem a possibilidade da hanseníase ter chegado à Ásia Menor e Grécia através do Império Persa pelo seu contato com o foco da Índia. Heródoto refere a presença da enfermidade na Pérsia em 500 a.C. e, segundo Fliess, ele afirmava que a doença havia sido introduzida na Grécia a partir das guerras de conquista empreendidas pelos imperadores persas Dario e Xerxes em 480 a.C.

A hanseníase, contudo, não era conhecida na Europa na época de Hipócrates (467 a.C.). Nos trabalhos do "Pai da Medicina", não há referência a qualquer condição que se assemelhasse àquela doença.

Admite-se que foram as tropas de Alexandre, o Grande, quando voltaram à Europa, depois da conquista do mundo então conhecido, que trouxeram soldados contaminados com a doença nas campanhas realizadas na Índia (300 a.C.). Depois as conquistas romanas se encarregaram de disseminar a doença para outras regiões européias.

A hanseníase já era hem conhecida por volta do ano 150 d.C., quando se encontram referências sobre ela, feitas por Areteo da Capadócia e por Galeno. O primeiro autor, no seu trabalho "Terapêutica de Afecções Crônicas", designa a hanseníase como Elephas ou Elefantíase e diz que "há muitas coisas em comum quanto a forma, col; tamanho e modo de vida entre a afecção Elephas e a besta selvagem, o elefante, e nem essa afecção lembra qualquer outra afecção, nem o animal qualquer outro animal". Mais adiante, fala da semelhança do estado da pele na doença com a pele do elefante (espessamento). Foi ele quem denominou, pela primeira vez, de "face leonina", a face infiltraria do paciente com hanseníase vircho-

viana. Tanto Areteo como Galeno, já no começo de nossa era, conheciam bem a hanseníase virchoviana avançada, mas não fazem referência a fornia que apresentassem distúrbios de sensibilidade. Isso é interessante, porque autores chineses dessa época já citavam o coin- prometimento neurológico nessa enfermidade. Segundo Skinsnes, uma das mais autênticas descrições da hanseníase na literatura chinesa é a que se acha em uma obra intitulada "Remédios Secretos Completos" escrita por Hua To, nascido em 190 d.C. O autor descreve uma doença que provoca perda de sensibilidade, na qual aparecem manchas vermelhas que incham e depois se ulceram ocorrendo em seguida queda de sobrancelhas, cegueira, deformidades dos lábios, rouquidão, ulceração nas plantas dos pés, achatamento do nariz e deslocamento de articulações. Também na China, Ko Hung escreve que os primeiros sintomas do "lai ping" são dormência da pele e sensação de vermes andando. A explicação mais provável para esses fatos é que os chineses conheciam muito melhor a hanseníase do que os autores europeus.

Curiosamente, os sinais neurológicos patognomônicos da hanseníase encontram-se descritos na Europa somente muito mais tarde: "anestesia da borda interna da mão e antebraços" (Gilbertus Anglicus —1290 A.D.); "perda da sensibilidade nas lesões" (Johannes de Gadesden —1305 A.D.; "perda da sensibilidade e anestesia da face (Paracelsus — 1493-1541 A.D.); "ausência de sensibilidade às vezes extensas, e insensibilidade à picada de uma agulha" (1516-1565 AD, segundo Anderson).

A hanseníase continuou a sua disseminação pela Europa depois da queda do Império Romano e o início da Idade Média. Ela atingiu o seu máximo, naquele continente, entre os anos 1000 AD e 1300 AD) que coincide com o período das Cruzadas que com toda certeza concorreram para o aumento do número de doentes. Foram oito as Cruzadas e a última foi conduzida por São Luís, rei da França, em 1270, que culminou com a expulsão dos cristãos do Oriente Médio e do norte da África, e que deu origem ao retorno para o continente europeu de muitos soldados, aventureiros, comerciantes e entre eles doentes de hanseníase.

Acontece, porém, que a hanseníase era designada como lepra, como também assim eram denominadas todas as doenças que se supunham ser idênticas ou ter alguma relação com ela. Outras condições como a miséria tinham a mesma conotação.

O termo lepra absorveu, então, outras designações da doença como a elefantíase, assim como incorporou a designação de outras doenças. Danielsen referia que " a lepra é um receptáculo, um lugar comum, ao qual se trazia todas as afecções cutâneas com aparência feia e de origem desconhecida".

A elefantíase dos gregos, por exemplo, sabemos hoje que se tratava de hanseníase e os árabes empregavam a denominação "dal fil"(doença do elefante) para a doença que hoje ainda se conhece como elefantíase (filariose). Os tradutores latinos dos escritos árabes traduziram o "dal fil", do original, pelas palavras elefante e elefantíase. Então, duas entidades nosológicas diferentes ficaram com o mesmo

nome: elefantíase dos árabes e elefantíase dos gregos. A confusão que se iniciou desta maneira, acentuou-se e persistiu, tanto que muitos autores, mesmo no século XIX, confundiam uma entidade com a outra ou consideravam uma e outra como graus de uma mesma afecção.

Os árabes, por outro lado, conheciam a elefantíase dos gregos e a denominavam com os nomes de "judam", "juzam", "alzuzam", e "dsjuddam". Esses termos foram traduzidos pelos autores europeus como lepra, que era empregado pelos médicos gregos, como vimos, para designar muitas afecções escamosas que não tinham nenhuma relação nem com a elefantíase dos gregos nem com aquela dos árabes. Foi assim que os termos elefantíase grega e lepra árabe se tornaram sinônimos. Devido a erros deste tipo também se tornaram sinônimos de lepra, a "leuke"(vitiligo), a morféia e a pelagra.

Os médicos antigos não tinham uma idéia exata das doenças cutâneas. Alguns colocavam na mesma categoria o líquem, a psora (psoríase) e a lepra, ou a gale (sarna), o impetigo e a lepra, de maneira que eles viam cada uma dessas afecções como graus sucessivamente mais altos de uma mesma entidade mórbida. Chegavam, inclusive, a considerar a elefantíase como um grau mais alto de lepra.

Além disso, o diagnóstico da doença era feito de uma maneira imprópria. A lei de Strasbourg, por exemplo, exigia que quatro personagens fossem designadas para examinar e diagnosticar um portador de lepra. No fim do século XV, exigia-se que entre as quatro pessoas houvesse um médico, um cirurgião e dois barbeiros. Eles tinham que realizar os testes da urina e do sangue nos pacientes.

Para o teste com o sangue, por exemplo, uma amostra, retirada do indivíduo suspeito de ser portador da moléstia, era depositada em um pequeno recipiente que continha sal. Se o sangue se decompusesse, o paciente era sadio, se não, era considerado leproso. Depois disso, água fresca era derramada em um vaso e misturada com o sangue. Se a mistura com dois líquidos era impossível, era porque se tratava do sangue de um leproso. Quando se juntava gotas de sangue ao vinagre, se não houvesse formação de bolhas tratava-se de sangue de leproso. A análise do sangue era tão importante que um médico de Ensishheim, na Alsacia, escreveu que o teste sanguíneo era absolutamente necessário para o diagnóstico da lepra.

Os conceitos imprecisos a respeito da doença e a impropriedade dos métodos diagnósticos fazem com que a noção que se tem a respeito do número de doentes na Europa na Idade Média seja falsa. O continente chegou a ter cerca de 20.000 "leper houses", ou lazareto, mas isso não dá idéia do número de hansenianos porque esses abrigos, além de quase sempre ter um número pequeno de pensionistas, nem sempre albergavam doentes de hanseníase.

Durante os anos 1.100 e mesmo depois houve um grande surto de simpatia e piedade pelos "leprosos", encorajado pela Igreja. Ela ensinava que essas pessoas infelizes eram os pobres de Cristo. No seu zelo, muitas pessoas interpretavam o "leprosus" de Gerônimo no

sentido literal (la palavra e acreditavam que Cristo, na Terra, tinha morrido como um leproso e, por isso, damas nobres, em uma espécie de fervor religioso, lavavam os pés dos leprosos e abraçavam seus corpos doentes. Em muitos exemplos, esses devotos não corriam um risco maior do que o de adquirir a sarna. Datam desse período San Martin e Isabel da Hungria (1207-1231). Ela era casada com o Landgrave Luis de Turingia e fundou numerosos edifícios para isolamento desses pacientes que eram administrados por ordens religiosas, e foi canonizada em 1235 como santa padroeira dos doentes de lepra.

Como resultado dessa devoção, os lazaretos foram fundados em todos os lugares, destinados aos doentes de lepra, entre os quais existiam tanto doentes de hanseníase, como aqueles portadores de outras doenças cutâneas e mesmo indivíduos sãos, como mendigos. Que havia doentes de hanseníase também, não há dúvida, haja vista as escavações feitas em leprosários em Aachen na Alemanha, em South Acre na Inglaterra, e em Naestved na Dinamarca, que mostraram alterações ósseas patognômicas de hanseníase, fruto dos estudos de V. Moller-Christensen, em cerca de 80% dos esqueletos encontrados.

Seja qual for o número de doentes que havia na Europa naqueles tempos, o certo é que esse número diminuiu a partir do século XVI. Uma das causas poderia ter sido a melhoria das condições de vida, e outra que não pode ser descartada é que o "complexo" lepra foi se esvaziando porque as doenças cutâneas foram sendo melhor estudadas e foram recebendo os seus nomes definitivos. Na Inglaterra, onde o primeiro hospital de lepra foi fundado em 625 d.C., não havia mais casos em 1798. A única exceção foi a Noruega, onde após um declínio do número de casos como no resto da Europa, teve um recrudescimento entre os séculos XVIII e XIX, tanto que em 1855 lá havia cerca de 3000 casos. Depois disso, com a melhoria das condições sanitárias, esse número foi decrescendo e, em 1950, havia somente 11 casos, em 1962, 7 casos, sendo que o último faleceu em 1970.

Hoje, na Europa, ainda persistem focos de hanseníase em Portugal, Espanha, o Báltico e os Estados Balcânicos, na Rússia Européia, Turquia Européia e nos Alpes Marítimos.

Nas Américas, a hanseníase deve ter chegado com os colonizadores entre os séculos XVI e XVII. Nos Estados Unidos, foram os franceses, que deram origem ao estado de Louisiana, os que provavelmente trouxeram a hanseníase; na América do Sul, a doença teria sido trazida pelos colonos espanhóis e portugueses. Hoje, todos os países sul-americanos têm hanseníase com exceção do Chile, e o Brasil é o que apresenta a prevalência mais alta, sendo o segundo país do mundo no número de casos.

O papel desempenhado pelos escravos na introdução da hanseníase nas Américas, e em particular no Brasil, é discutível. Apesar de se admitir a dificuldade de negociação de escravos acometidos pela hanseníase ou qualquer outra doença, é válido supor que muitos deles procedentes de regiões da África, sabidamente grandes

focos da hanseníase, poderiam ter entrado em nosso país com a hanseníase ainda no seu período de incubação ou na sua forma indeterminada de difícil diagnóstico para os médicos militares de então, incumbidos do exame dos navios negreiros.

No Brasil, os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase em nosso território datam do fim do século XVII, tanto que, em 1696, o Governador Artur de Sá e Menezes procurava dar assistência no Rio de Janeiro, aos "miseros leprosos", já então em número apreciável.

Em São Paulo, os documentos mais antigos referentes à hanseníase no Estado, são dois: um é uma carta enviada ao Conde de Oyeiras em 1765, pelo então capitão general D. Luiz Antonio Botelho Mourão Morgado de Matheus, na qual o Governador se refere ao perigo que corria a capitania em face da morfêia; e outro, constante e uma das atas da cidade de São Paulo (1768), sobre o "despejo" de uma cigana morfética solicitado por membros da vereança.

O primeiro censo em São Paulo sobre o número de doentes foi em 1820, pelo Visconde de Oeynhausen, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo foi feito em 1851 e acusava 849 doentes, ou seja, 0,15% em relação à população do estado nessa ocasião. Outros censos foram realizados depois, notando-se sempre um aumento do número de pacientes que acompanhavam a marcha do progresso do estado.

Zonas povoadas que tinham aumentado quase o dobro do (lure foram no século precedente e o movimento povoador que se originava da revolução que se operava na agricultura ao substituir-se a cana de açúcar pelo café, exigindo novas terras e novos braços para a lavoura mais extensa e remuneradora, foram os fatores do desenvolvimento que determinaram, na época, maiores concentrações de habitantes e, por conseguinte, de doentes, em várias áreas do estado.

Maurano, em 1939, analisando a variação da freqüência da hanseníase desde os tempos coloniais até sua época, refere que a moléstia foi muito intensa no período colonial da metade do século XVIII ao primeiro quartel do século XIX. A seguir, até meados desse mesmo século, ela diminuiu e intensidade tornando a se expandir com mais intensidade dessa data em diante em virtude do desenvolvimento do Estado e da afluência migratória de indivíduos destituídos de imunidade. Acreditava, porém, que em face das medidas profiláticas adotadas pelo Dr. Francisco Sales Gomes Júnior, então à testa do extinto Departamento de Profilaxia da Lepra, "a lepra havia terminado a sua obra nefasta".

Isso, porém, não aconteceu, e São Paulo, em seu progresso constante e como polo de desenvolvimento, continuou a atrair indivíduos de todo o país e naturalmente entre eles doentes de hanseníase. O nosso Estado, na década de 80, com uma população de 10 milhões de habitantes, chegou a ter 40.000 registrados.

São Paulo havia adotado o modelo isolacionista, isto é, a internação compulsória de todos os pacientes de hanseníase no iní-

cio da década de 30. Esse modelo estava sendo utilizado também em outros países endêmicos.

Essa política pretendia eliminar a hanseníase para a qual ainda não havia tratamento, afastando os doentes da comunidade, internando-os em um dos 5 Asilos-Colônias que foram construídos no Estado. Ela se alicerçava em um tripé profilático baseado nessas Colônias, onde os doentes supostamente deveriam ter todo o conforto; nos Dispensários utilizados para examinar os seus comunicantes, isto é, pessoas que conviveram com eles; e os Preventórios onde eram internados os filhos de pacientes que nasciam nos "leprosários", como eram chamados os Asilos-Colônia. Previa-se, com essas medidas, que a doença declinaria dentro dos próximos 10 anos e que se extingiria no início dos anos 50.0 que se viu, porém, foi a falência desse modelo, apesar das verbas que foram aplicadas nos serviços de profilaxia da lepra em São Paulo equívalerem, por si só, a todos os orçamentos completos de algumas unidades da Federação.

Apesar dos dados mostrarem um crescimento da doença, pois na maioria das vezes quando um doente contagiante era diagnosticado ele já havia contaminado todos os susceptíveis que viviam ao seu lado, e os doentes não registrados oficialmente se escondiam com o auxílio de parentes e amigos, para não ser internados, São Paulo persistiu teimosamente em adotar a política isolacionista até 1967.

Outros estados (o País já vinham adotando uma postura diversa a da internação compulsória desde o início da década de 50. Em 1952, a Organização Mundial de Saúde havia enviado ao Brasil uma Comissão que recomendou, em benefício da doença, que se colocasse fim ao isolamento compulsório como outros países já haviam feito. Nesse ano, foi realizada a IIIª Reunião dos Leprólogos Brasileiros na cidade de Três Corações, em Minas Gerais, onde se reconheceu a importância da sulfona como animam profilática tendo como consequência o fato do doente tratado com esse medicamento deixar de ser transmissor da doença, podendo, portanto, conviver normalmente em sociedade. Em 1956, por ocasião da IV Reunião dos Leprólogos Brasileiros, foi recomendado o fim do isolamento compulsório, e que o isolamento do doente se restringisse a casos de caráter médico-social ou se houvesse conveniência profilática. Nesse mesmo ano, houve em Belo Horizonte um Seminário de Leprologia promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelo Ministério da Saúde cujas conclusões foram que o isolacionismo se apresentava como "inútil para a profilaxia, injusto para o doente, desintegrador de lares, estigmatizante, auxiliar de preconceitos, mantenedor de superstições" e, tudo isso, "as custas de elevadas despesas que poderiam ser aplicadas em técnicas mais racionais e eficazes". No ano seguinte, na Va. Reunião dos Leprólogos Brasileiros, na cidade de Cambuquira em Minas Gerais, Orestes Diniz provou que o ônus financeiro do modelo isolacionista o tornava inexecutável para o país e que, do ponto de vista epidemiológico, havia se demonstrado ineficiente, visto: a) a impossibilidade real de internamento de todos os doentes contagiosos; e b) a impossibilidade de controle de todos os comunicantes.

Em 1955, o Serviço Nacional de Lepra implantou no Rio de Janeiro um projeto piloto visando observar os resultados do tratamento domiciliar de todos os doentes, a vigilância dos comunicantes, e não mais o isolamento compulsório. Com os resultados obtidos desse projeto, as recomendações do Congresso de Madri em 1953, e o apoio do Governo que estava se instalando, teve início a chamada "Moderna Campanha Nacional contra a Lepra" com a finalidade de estender para todo o país um programa baseado no projeto do Rio de Janeiro.

A lei federal número 610 que instituiu o isolamento, contudo, continuava vigente e o Serviço Nacional de Lepra procurou meios para tentar revogá-la. Em 1962, o então Primeiro Ministro Tancredo Neves instituiu o Decreto Federal no 968 de 7/5/62, que apesar de não revogar a lei 610, liberava o doente e acabava com o isolamento.

No VIIº Congresso Internacional de Leprologia realizado no Rio de Janeiro em 1963, foram apresentados muitos trabalhos atestando os resultados ineficazes da política isolacionista e os bons resultados do tratamento ambulatorial dos pacientes. Apesar disso, São Paulo persistiu ainda na internação compulsória, mas, em 1967, o Governador de São Paulo, Abreu Sodré, nomeou o Professor Walter Leser para a Secretaria da Saúde e ele, por sua vez, nomeou o Professor Abrão Rotberg para diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL).

O Professor Rotberg modificou radicalmente a política sanitária com relação a hanseníase em São Paulo. Inicialmente, nomeou uma Comissão sob sua presidência e composta por hansenólogos de renome, os doutores Lauro de Souza Lima e Nelson de Souza Campos, e o Professor José Martins de Barros da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e tomou as medidas adequadas para que o corno técnico do DPI, se inteirasse dos novos rumos da luta contra a hanseníase no Estado e o fim do isolamento compulsório. Em seguida, Rotberg promoveu uma campanha educativa junto à população procurando prepará-la para essa nova maneira de ver a doença, transformou o DPL no "Departamento de Dermatologia Sanitária" e conseguiu modificar oficialmente, no Brasil, a designação da doença substituindo o termo "lepra" por "hanseníase", com o intuito de auxiliar no processo de sua desestigmatização.

Hoje, com o auxílio de medidas terapêuticas eficazes, São Paulo e os outros estados da Federação estão realizando um trabalho coordenado e intenso para controlar a hanseníase em seu território, fazendo com que o Brasil irmanado a outras nações e sob a égide da Organização Mundial da Saúde consiga atingir a meta de eliminar a doença como um problema de saúde pública (1 doente por 10.000 habitantes) logo no início do século XXI.

BIBLIOGRAFIA

- COCHRANE, R.G., DAVEY, T.F, McROBERT, G. The history of leprosy and its spread throughout the world. In: _____ . *Leprosy in theory and practice*. 2.ed. London:John Wright & Sons, 1964.
- CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 8, Rio de Janeiro, 1963. *Anais*. Rio e Janeiro: International Leprosy Association, 1963. v.1.
- DANIELSSEN, D.C., BOECK, W. *Traité de la spédalskhed ou éléphantiasis des grecs*. Paris, Bailliére, 1848.
- ELI., S.R. Leprosy in history. In: HASTINGS, R.C. *Leprosy*. 2.ed. London: Churchill, 1994. p.3-10.
- FLIESS, E. La lepra en la historia II: El desarrollo de la endemia en America. *Revista del Hospital Nacional Baldomero Summer*, v.2, n.1, p.8-20, marzo, 1999.
- KÁTÓ, L. *Cros crécelles et cloches*. Montréal Institut de Microbiologie et Hygiène de l'Institut de Montréal, s.d.p.
- MAURANO, E *História da lepra em S Paulo*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939. v.1 e 2.
- TRAUTMAN, J.R. The history of leprosy. In: HASTINGS, R.C. *Leprosy*. 2.ed. London: Churchill, 1994. p.11-25.