

O BCG NA PROFILAXIA DA LEPRA

A LUZ DAS CONCLUSÕES DOS CONGRESSOS INTERNACIONAIS E REUNIÕES DE CÚPULA DA OMS

NELSON SOUZA CAMPOS*

Data de mais de 10 anos a apresentação em Congresso Internacional — Havana, 1948 — da sugestão do emprêgo da vacina BCG como auxiliar na profilaxia da lepra. O trabalho de R. Azulay, o primeiro apresentado em Congresso Internacional, não mereceu por parte das Comissões, a menor atenção. Em novembro de 1952, na primeira reunião dos "experts" em lepra da Organização Mundial de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, o assunto mereceu maior interêsse, resultando inclusive a indicação da realização de trabalho preliminar em área endêmica, para determinação de seu exato valor:

"2.2.2. — A Comissão recomenda, pois, vivamente, que se realizem ensaios dêste gênero sôbre o valor do BCG, administrado por via oral. ...Conviria, na ocorrência, estudar principalmente em uma zona de endemia especialmente escolhida, os fatores demográficos, as taxas de reações positivas à lepromina e à tuberculina e a freqüência da lepra."

As autoridades sanitárias brasileiras desde logo deram início a essa experiência, com a calmetização em massa no Estado de Goiás, iniciada em abril de 1953, cujos resultados estão em apuração final.

Em 1953, no Congresso Internacional de Lepra de Madrid, o assunto, já mais difundido e documentado por série grande de trabalhos, foi objeto de ampla discussão. Revolucionário, em princípio, o tema tinha que sofrer objeções. Não podendo resistir à evidência do fato verificado e não contestado, da capacidade do BCG em provocar a conversão da leprominoreação de negativa em positiva, objetaram que necessitaria ser demonstrado que esta viragem "artificial" tivesse o mesmo significado biológico que a positividade "natural e espontânea", "não provocada artificialmente". Quais as condições que determinariam, através do tempo, essa positividade designada "natural ou espontânea", não interessava conhecer ou não procuraram explicar. Se ela era secundária a infecções não específicas, heterólogas, por germes afins, também não se interessaram em saber. O que

* Ex-Sub-Diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, São Paulo.

custava acreditar é que urna vacina, cujo bacilo nada tinha que ver com o de Hansen, fosse capaz de determinar estado de resistência contra a lepra. Objeções, também, foram feitas com o fito de invalidar o trabalho dos autores que, na seleção dos casos para o emprêgo do BCG, realizaram um teste prévio de Mitsuda. Para os objetantes, seria o teste inicial que sensibilizaria o segundo. Não havia intervenção do BCG nessa positividade. Com tôda essa controvérsia a Comissão de Imunologia, após tempestuosas reuniões — foi a última a entregar as Conclusões — assim se definiu:

1.º — Os indivíduos sãos, lepromino-reação positiva, não provocada artificialmente, apresentam com freqüência um estado de resistência biológica frente ao *Mycobacterium leprae*;

2.º — Nos doentes de lepra tuberculóide se aceita o valor prognóstico, sob o ponto de vista biológico, de uma leprominode resistência positiva, *não provocada artificialmente*; *

3.º — A viragem *natural ou espontânea* da reação tem lugar em alto percentual de casos;

4.º — A administração do BCG a indivíduos lepromino-negativos *determina a viragem da reação em um número elevado de casos*;

5.º — A administração do BCG nas doses correntes por via oral está isenta de riscos, ainda que nos indivíduos alérgicos;

A questão se uma lepromino-reação *artificialmente provocada* pelo BCG tem valor imunitário ou não, está em estudo e, por ora, nada concludente pode confirmar-se a respeito. A Comissão recomenda que se intensifiquem as experiências neste sentido, *a fim de vislumbrar* o valor que possa ter esta vacina, assim como também *ampliar as investigações a outros métodos capazes de provocar a viragem da lepromino-reação*.

Frisou-se bem o valor da lepromino-reação "*não provocada artificialmente*"; pôs-se em dúvida se a viragem pelo BCG "*provocada artificialmente*" teria valor imunitário ou não; recomendou-se intensificassem experiências a fim de *vislumbrar* o valor que pudesse ter essa vacina, ao mesmo tempo que se "*ampliassem investigações a outros métodos capazes de provocar igualmente a viragem da lepromino-reação*", não importando que, êstes agora, constituíssem meios artificiais de viragem. Na redação dessas conclusões nota-se a nítida reação contrária a admitir ou aceitar o valor da lepromino-reação positiva desencadeada pelo BCG, ao mesmo tempo que caem em contradição flagrante, quando propugnam a investigação de outros métodos "artificiais", capazes de determiná-la.

A Associação Internacional de Lepra, apoiada, indiscutivelmente, pela Secção de Lepra da Organização Mundial de Saúde, recomenda estudos e pesquisas. Mas não se anima a patrociná-los. Passam-se os anos. O tema adquire maior número de adeptos. Mais trabalhos vão aparecendo em centros de estudos em várias partes do globo. A capacidade da viragem da lepromino-reação pelo BCG é confirmada. A correlação tuberculina-lepromina, idem. O antagonismo tuberculose e lepra, idem e os primeiros re-

* Os grifos são do Autor.

sultados práticos da aplicação do BCG vão igualmente aparecendo, confirmando os conceitos dos que lhe defendiam a adoção na campanha contra a lepra.

No Seminário Pan-Americano de Lepra, realizado em Belo Horizonte, em 1958, promovido pela Organização Sanitária Pan-Americana, patrocinada, portanto, pela Organização Mundial de Saúde, a questão é novamente focalizada. Não mais se discutiu o valor prognóstico da lepromino-reação, se provocada "artificialmente" ou "natural e espontaneamente". A questão restringiu-se à falta de estudos concludentes que permitissem a adoção formal do BCG, como procedimento auxiliar na campanha antileprosa. Assim concluiu esse conclave:

"O Seminário reconhece a importância dos meios capazes de aumentar a resistência contra a lepra, não havendo, contudo, entre os participantes uniformidade de opinião quanto ao valor dos agentes utilizados com esse objetivo (BCG e lepromino-reação). Em relação ao BCG existem duas opiniões: alguns consideram que se deve continuar seu emprego na Campanha anti-leprosa, baseados em sua comprovada eficiência na prevenção da tuberculose e em sua ação estimulante das defesas contra a lepra, observação a *cujo favor há fatos promissores*, tendo em vista, entretanto, que o caráter crônico dessa infecção exige longos anos de observação, antes que se possa emitir pronunciamento definitivo: estimam outros, ao contrário, que não se justifica seu emprego na lepra, com fins profiláticos, visto que os estudos até o presente *não são concludentes*. Por outro lado, todos são unânimes quanto à necessidade de prosseguirem-se as investigações realizadas segundo planos previamente estabelecidos, obedecendo a normas científicas estritas, que permitam elucidar definitivamente o assunto."

Mais uma vez, cinco anos após o Congresso de Madrid, recomendam-se novos estudos, novas investigações "segundo planos previamente estabelecidos, obedecendo-se a normas científicas estritas, que permitam elucidar definitivamente o assunto". E a quem cabia realizar essas investigações dentro dessas normas senão às autoridades e repartições que têm o encargo da Saúde Pública? Foram elas programadas alguma vez?

Todavia os trabalhos continuaram a aparecer, individualmente ou por grupos de pesquisadores, de maneira esparsa e não de maneira oficial, mas todos trazendo sua confirmação ao fato, já não mais contestado: o BCG é capaz, em elevado percentual, de tornar organismos lepromino-negativos em lepromino-positivos, o que significa capacidade de criar estado de resistência frente à infecção leprosa. Apesar de tudo, o mesmo espírito protetório preponderou no Congresso de Tóquio, em 1958. Senão vejamos :

"Até o momento não há acôrdo nos resultados das observações publicadas. Alguns pesquisadores acreditam que o BCG consegue determinar a conversão lepromínica, de negativa para positiva, enquanto outros julgam que *este fato não foi adequadamente comprovado*. Embora se tenham registrado algumas comunicações favoráveis, ainda não houve tempo para número suficiente de observações capazes de provar, fora de dúvidas,

que a vacinação BCG é realmente protetora"... Por isso é recomendado que as experiências neste sentido sejam bem planejadas. *Seria altamente desejável* que uma experiência padrão fosse elaborada para ser aplicada em vários países."

"Com respeito ao controle é necessário lembrar que *testes prévios com lepromina afetam o estado imunológico* das pessoas submetidas à experiência, enquanto que com a tuberculina isso não acontece. O teste prévio com a tuberculina é necessário para a escolha de negativos à mesma para evitar reações sérias ao BCG quando este for utilizado por via intradérmica a fim de evitar reações da pele à vacina. Um teste prévio da lepromina não é necessário. Com dois grupos comparáveis de indivíduos a serem testados, o BCG pode ser aplicado a um grupo, seguindo-se o teste de lepromina; porém o grupo controle seria testado com lepromina somente uma vez, a fim de se estabelecer o grau de reatividade "natural" à lepromina da população em estudo."

Logo em seguida a Tóquio, nova reunião dos "Experts" em lepra da Organização Mundial de Saúde realizou-se em Genebra. E o tema BCG foi extensamente cuidado. E interessante conhecer como se manifestaram os técnicos ali presentes:

"3 — O BCG e a quimioterapia na prevenção da lepra.

A Comissão reconhece a importância de qualquer método que ajude a premunizar os comunicantes contra o desenvolvimento da moléstia. Os dois principais métodos estudados são a vacinação pelo BCG e a administração regular de pequenas doses de DDS.

3.1 — A vacinação pelo BCG na profilaxia.

A experiência tem demonstrado que o BCG *pode induzir a positividade lepromínica em elevado percentual* de indivíduos sadios. Essa positividade aumenta, também, *espontaneamente, com a idade*. Em indivíduos sadios, *a vacinação pelo BCG pode acelerar o desenvolvimento da positividade*, o que talvez beneficie os contatos sãos.

Já foi também demonstrado que a repetição do teste lepromínico pode modificar o estado imunológico e determinar a reatividade lepromínica, embora em menor escala e com menos intensidade que o BCG."

E o reconhecimento tácito da ação do BCG na conversão da leprominoreação, negada ou posta em dúvida poucos dias antes em Tóquio, pela Comissão de Imunologia e, o que é mais importante, a repetição do teste *"determina a reatividade lepromínica em menor escala e menor intensidade que o BCG."* Apesar do reconhecimento tácito da ação do BCG em *"Induzir a positividade lepromínica em elevada percentagem"* e que a repetição do teste destinada a invalidá-lo o faça em menor escala e menos intensamente, a mesma obstrução norteou os técnicos em não recomendar oficialmente o BCG como auxiliar na Campanha contra a lepra.

"A eficiência do BCG na prevenção da lepra não foi ainda demonstrada de maneira conclusiva porque:

- a) a maior parte das experiências foi realizada em escala muito diminuta e geralmente sem planejamento estatístico adequado;
- b) muitas dessas experiências foram iniciadas há muito pouco tempo para que seus resultados possam ser avaliados."

Evidente contradição nas conclusões. Avanço e recuo. Mas, voltamos a insistir: A quem cabia a realização de experiências com "planejamento estatístico adequado" senão às autoridades e repartições com a responsabilidade da OMS? Já em 1953 — Madrid — a recomendação foi feita. Cinco anos depois, reclama-se o cumprimento das mesmas exigências. Mas agora animam-se a apresentar, pela primeira vez, um plano de investigação:

"Essa investigação a ser realizada na Índia, compreende a comparação de comunidades de determinada área, sendo que em algumas delas — distribuídas ao acaso — se fará a vacinação e em outras não. Na região selecionada existem cerca de 200 blocos comunais, sendo que grupos de 10, aproximadamente, serão destinados a esquemas de controle diversos. Através do censo de prevalência, realizado preliminarmente em 10 blocos, estimar-se-á a prevalência total da moléstia. Terá início então, nos blocos escolhidos, a execução do plano. Posteriormente, decorrido espaço de tempo que fôr considerado recomendável (e.g. cinco anos), a prevalência exata será verificada em todos os blocos. Comparar-se-á então o que fôr encontrado — nos blocos — controle e de tratamento — que será relacionada, por sua vez, com a apurada no início.

A Comissão recomenda, *com empenho*, que o efeito da becegeização sobre a lepra seja incluído neste projeto."

Verificando, talvez, a dificuldade de tal empreendimento, sugerem novo tipo de estudo, já agora aceitando e admitindo o antagonismo entre tuberculose e lepra e, o que é mais importante, aceitando como boa e convincente a experimentação em grupos de indivíduos e não em larga escala.

3.2.2. — Teria resultado muito importante e exato, uma experiência modelo levada a efeito em duas ou três áreas rurais, com o objetivo de avaliar o efeito de medidas profiláticas. Seria necessário que tanto a prevalência total como a proporção da forma lepromatosa sejam elevadas. Em experiência dessa natureza, seria possível realizar um estudo comparativo dos efeitos da becegeização e da quimioprofilaxia. Tal experiência seria realizada em linhas gerais como segue:

I — Este grupo seria previamente testado com a tuberculina em pequena dose (1 TU) mas não com lepromina. Os comunicantes tuberculino-negativos seriam divididos em três grupos:

- a) um grupo controle sem qualquer tratamento;
- b) um grupo vacinado com BCG, de acordo com as regras estabelecidas pela OMS;

c) um grupo tratado com metade da dose terapêutica de sulfona.

II — Os contatos tuberculino-positivos seriam divididos em dois grupos:

a) um grupo controle, para demonstrar o papel da infecção natural, na proteção contra a lepra;

b) e outro grupo que receberia a sulfonoterapia profilática da forma que o grupo tuberculino-negativo (c) retro, para resolver as diferenças devidas à quimioprofilaxia isolada ou associada à infecção tuberculosa.

Para uma análise adequada dos dados coligidos, cada grupo deveria compor-se de 100 indivíduos, pelo menos, e os registros cuidadosamente planejados e mantidos com assistência estatística.

As crianças que nascessem entre essas famílias durante a realização da experiência, deveriam ser divididas de forma adequada entre os grupos experimentais. Ao finalizar-se a experiência depois do período determinado (não inferior a cinco anos) todos os grupos seriam submetidos à prova lepromínica."

Pela primeira vez a OMS apresenta um plano concreto e objetivo de experimentação, que a rigor deveria ter sido apresentado tão logo o tema foi pôsto em equação, Madrid, 1953. Já são passados mais de três anos da reunião. Deu-se início à realização desse plano em algum lugar? Ignoramos. Mais cinco anos se passarão, novo Congresso se realizará em menos de dois anos e a questão, dez anos após ter sido lançada, ainda permanece na estaca zero.

Essa tem sido a odisséia do BCG nos Congressos Internacionais e Reuniões de Cúpula: concessões e exigências; afirmativas e dúvidas; conceitos de uns poucos sobrepondo-se à opinião de muitos; avanços e recuos. Isso, em última análise, só podemos chamar de boicote. Senão vejamos:

Só não admite o valor prognóstico da lepromino-reação de 2 e 3 cruces, no doente e no são, os que não têm prática do assunto. Resultados discordantes existem em função do preparo do antígeno, da concentração bacilar, do critério de leitura. Se uma reação verdadeiramente positiva reflete estado de resistência — vamos admitir, mesmo relativa — frente à lepra, nada mais lógico que busquemos as causas determinantes dessa positividade, quais as condições "naturais", "espontâneas" ou "artificiais" capazes de exteriorizá-la, para que, com finalidade verdadeiramente profilática, se aumente o número de pessoas resistentes à infecção, seja nos conviventes, mas, sobretudo na população em geral. Não há dúvida de que uma reação positiva "natural ou espontânea" ou obtida por meios "artificiais" tenham o mesmo significado. As condições do organismo, quando reage à inoculação do antígeno, são as mesmas, seja na exteriorização clínica dessa inoculação, como em sua estrutura. Não há a menor diferença, clínica e estrutural, entre uma reação chamada de "natural ou espontânea" e uma reação secundária a meios "artificiais". Por que seu significado biológico seria diferente? Alguém já demonstrou que haja essa diferença? Positividade espontânea ou natural não se compreende. A capacidade de resposta positiva estará sempre na dependência de condições particulares do organismo, herdadas ou adquiridas — presença do fator N de Rotberg — que,

em seguida a um estímulo, é despertada e faz com que o organismo reaja com a exteriorização subjetiva de uma reação positiva. Isso é tipicamente demonstrado quando se realiza o primeiro teste de Mitsuda em recém-nascido, cujo resultado é sistematicamente negativo. Dá-se o BCG e realiza-se um segundo teste nos prazos determinados, em percentual e intensidade variáveis, de organismo para organismo, verifica-se a positividade da reação. O organismo, embora portador de capacidade de reagir, necessitou ser excitado, estimulado pelo BCG ou pelo próprio antígeno para reagir. Se é isso conseguido de maneira "artificial", que elementos temos para afirmar que "natural e espontaneamente" *através da idade*, o organismo reaja sem intervenção de nenhum estímulo? Não é mais lógico admitir a existência de estímulos desconhecidos ou não verificáveis, que determinariam essa positividade? A tuberculose é moléstia grandemente difundida e, em certas regiões, também a lepra. Não é mais racional acreditar que o indivíduo — através da idade — tenha recebido infecções subclínicas de quaisquer dessas moléstias ou talvez de outras cuja natureza ignoramos, mas que podemos admitir e que constituiriam estímulos suficientes para que o organismo reaja, tornando-se positivo à primeira inoculação do antígeno que receba? Qual o fundamento para se afirmar que indivíduos, *através da idade*, não tenham recebido quaisquer desses estímulos, e sua positividade à reação à lepromina não seja "natural e espontânea" e sim secundária ou "artificialmente" obtida?

Não resta a menor dúvida de que a alegada diferença entre uma positividade "natural ou espontânea" e "artificial" não existe, pois qualquer delas será sempre secundária a um estímulo. O que podemos aceitar é que as infecções subclínicas — tuberculose, lepra ou outra — se processem sem o controle humano e que os métodos artificiais — BCG ou lepromina — são controlados e aplicados com finalidade explícita.

O antagonismo entre tuberculose e lepra, fundamento do emprêgo do BCG, é assunto ainda não aceito por alguns pesquisadores. Mas basta que, com isenção de ânimo, se verifique em ambulatório de tuberculose, sobretudo em grupos etários baixos, quando menos intervêm outros fatores que poderão intervir no adulto, seja nos casos de tuberculose-doença, como nos casos de tuberculose-infecção, a correlação tuberculino-positividade e lepromino-positividade, para se convencer dessa evidência. Esse antagonismo existe. Comparem-se os resultados obtidos acima com os de uma coletividade isenta de contágio tuberculoso e leproso, vamos chamar de coletividade sã, para se verificar a diferença significativa existente.

Finalmente, visando atingir mais diretamente o BCG, em sua capacidade de conversão da lepromino-reação, alguns pesquisadores procuraram demonstrar que ela era devida à reinoculação do antígeno. Todos aqueles que inicialmente apresentaram trabalhos sobre essa capacidade do BCG, realizavam um teste prévia para a seleção dos que não reagiam ao Mitsuda, davam o BCG e praticavam um segundo teste para conhecer a percentual de viragens. Para esses autores não era o BCG que atuava, *era o primeiro teste* que sensibilizava ao segundo, determinando a positividade da reação à simples reinoculação. Sem todavia querer negar, de maneira frontal, a capacidade do BCG, disseram e afirmaram que a reinoculação igualmente determinava essa viragem "em idêntico percentual ou com diferença estatística não significante". Isso foi dito, repetido e difundido com a finalidade de impugnar a capacidade do BCG. Tem sido esse grupo de pesquisadores o que mais tem combatido a indicação formal do BCG na profilaxia da lepra, nos Congressos e Reuniões acima referidas. Por esse motivo foi que a Revista Brasileira de Leprologia realizou inquérito internacional entre leprologistas, patologistas, bacteriologistas e imunobiologistas indagando se,

sob o ponto de vista imunobiológico, podiam ser comparadas a capacidade de uma vacina constituída de germes vivos, avirulentos (BCG) e de um antígeno constituído de germes mortos — fervido, fenicado e autoclavado — na produção de anticorpos imunizantes. A maioria quase absoluta respondeu favoravelmente ao BCG.

Apesar dessa opinião de uma maioria, uma minoria tem conseguido impugnar nos Congressos Internacionais e Reuniões de Cúpula a recomendação da adoção dessa vacina.

Mas restava responder de maneira mais completa à objeção apresentada, que não deixava de ter justificativa. E assim foi feito em nosso trabalho publicado no *International Journal of Leprosy* (1960, n.º 3): Três grupos de menores, nas mesmas condições ambientais e idades equivalentes, por sorteio, um recebeu 4 intradermo-reações do antígeno de Mitsuda, cada 3 meses, outro recebeu, sem teste de Mitsuda prévio, 3 doses de BCG de 0,200 ml (uma por semana) e só foi feito o teste de Mitsuda no final da experimentação, e finalmente um grupo testemunho, só recebeu o teste final. No final da experimentação os resultados de conversão das reações negativas a positivas foram os seguintes :

Grupo A — Reinoculado com lepromina (4 testes) — 42,9 %.

Grupo B — Vacinado com BCG (sem teste prévio) — 85,0%.

Grupo C — Testemunho — 0,0%.

Os resultados, avaliados por um estatístico de reconhecida competência, o Prof. Walter Leser, demonstraram, de maneira a não persistir a menor dúvida, que o BCG tem maior capacidade, não só percentualmente como em intensidade, de determinar a conversão da lepromino-reação, que a reinoculação realizada não uma, mas quatro vezes. Aliás, isto foi dito *pela própria Comissão de "Experts" de lepra* da Organização Mundial de Saúde, como relatamos atrás e antes da publicação do nosso trabalho.

Apesar dessa conclusão, apesar do reconhecimento da capacidade do BCG em provocar a conversão da lepromino-reação, apesar do reconhecido valor prognóstico da lepromino-reação, nunca posta em dúvida em seus resultados de 2 e 3 cruzes, a mesma resistência passiva, as mesmas conclusões protelatórias, que não escondem, diante da evidência dos fatos e dos trabalhos, a existência de uma corrente "contra" o BCG, entre os elementos que dirigem os Congressos e as Reuniões. Exigem provas e mais provas, como se as já existentes não fôsem suficientes; prazos e experiências que competia aos responsáveis mandar realizar e que nunca foram realizadas. Planejam, finalmente, um trabalho experimental para a apreciação do qual se necessita pelo menos mais 5 anos, como se não bastassem os 10 anos que já se passaram desde que a indicação desse trabalho experimental foi recomendado em Madrid (1953).

Essa oposição é incompreensível e injustificada, sobretudo quando a orientação profilática atual se debate numa crise de meios efetivos para o combate à endemia; quando o isolamento fracassou; quando a prática dispensaria) ou ambulatório, na qual se apoia hoje a profilaxia, sem o preparo prévio da classe médica e das organizações profiláticas, o que levará ainda muitos anos para se tornar realidade, apresenta os óbices conhecidos; quando a terapêutica está longe de ser ideal, vistas suas conhecidas limitações e cujo valor como medida profilática ainda não foi demonstrado.

Em Madrid iniciou-se a mudança da orientação profilática, relegando o isolamento — até então medida fundamental e básica — para medida subsidiária ou complementar, para se adotar o ambulatório ou a terapêutica em domicílio, ou medida primordial da Campanha. Isso foi taxativamente confirmado e recomendado no Congresso de Tóquio. Para essa mudança radical de orientação profilática não exigiram provas de que a terapêutica atual torna negativos a curto prazo casos lepromatosos e nem existiam provas de que esse fato se tenha verificado anteriormente; nem recomendaram uma orientação terapêutica definitiva, assunto até hoje controverso. Há quase 10 anos se pratica a nova orientação, baseada na terapêutica e, nem em Tóquio, nem nas reuniões de cúpula da OMS, nem em trabalhos avulsos através da literatura médica, foi apresentado um trabalho sequer demonstrando cabalmente o acerto da nova orientação. Nenhum esquema terapêutico que pudesse ser empregado de modo generalizado a todos os casos e situações; nenhuma publicação que tivesse apresentado dados aproximados sobre prazo de negatificação, que sabemos, está na dependência de uma série grande de fatores; nenhuma prova sobre os resultados efetivos sobre a endemia, diminuindo o índice de incidência; nenhum trabalho convincente sobre o percentual de recidivas e suas causas; nenhum trabalho sobre a incidência da lepra entre os conviventes de doentes tratados em domicílio, após a nova orientação. Sem a menor exigência prévia, sem a menor comprovação clínica e epidemiológica, sem nenhum dado estatístico que a justificasse, a nova orientação profilática foi adotada, aguardando-se agora que os óbices à sua aplicação venham aparecendo em toda a parte e que seus resultados exatos sejam apurados no decorrer do tempo e uma solução adequada seja encontrada. Enquanto que um assunto de tão transcendental importância, qual seja a situação do *doente contagante* frente seus contatos diretos e indiretos, frente à coletividade em que vive, foi resolvida de maneira sumária, e uma *medida auxiliar, complementar, inócua*, no que se refere à toxidez, prática, eficiente contra outra endemia de igual gravidade, a tuberculose, sofre as maiores objeções e embaraços para sua adoção. Evidentemente dois pesos e duas medidas; atitude injustificável, incompreensível, desavisada.

Mas, encaremos com realismo a situação atual da profilaxia da lepra. Vamos *admitir* que a prática dispensaria) venha a ser realizada com 100% de eficiência: todos os doentes estejam sob vigilância e tratamento; todos os contatos estejam controlados por exames periódicos, permitindo descobrir os casos novos em sua fase indeterminada; que a terapêutica impeça que esses casos evoluam para a lepromatose e que os casos lepromatosos, a curto prazo, se tornem negativos. Uma situação ideal, mas absolutamente utópica e jamais atingida. A prática de ambulatório, ao contrário, revela em toda parte que, pelo menos 50% dos casos novos fichados não informam a fonte de contágio. Esses casos só são observados quando a doença já se exteriorizou de maneira objetiva, muito frequentemente sob forma lepromatosa. Isso, antes de mais nada, parece revelar que o "contato íntimo e prolongado com forma contagante" não é indispensável para se adquirir a lepra. Contatos fortuitos, esporádicos, podem ser suficientes para novas infecções. Assim verificamos que, mesmo admitindo 100% de eficiência nos serviços de lepra — o que é uma utopia — estamos realizando apenas 50% da profilaxia, pois os outros 50% são irrealizáveis. Qual a solução para a proteção dessa coletividade sã, não controlável pela ação dos serviços de lepra? Só há uma resposta: o aumento da resistência de toda a população à lepra. Como obtê-la? Reinoculá-la periodicamente com o Mitsuda ou vaciná-la com o BCG, que determina maior percentual e maior intensidade de reações positivas à lepromina? Respondam todos os que combatem o BCG e os que encaram o problema com seriedade.

Este artigo é um protesto de quem, há mais de 10 anos, sem descontinuidade, não de maneira esporádica, vem se dedicando ao estudo do BCG em sua capacidade de conversão da lepromino-reação e conseqüentemente em sua capacidade de proteção contra a infecção leprosa, e que não compreende, na ausência de medida efetiva de combate à lepra, seja protelada a indicação formal da calmetização, dessa medida de Saúde Pública, já não digo à população em geral, mas aos recém-nascidos e à coletividade escolar, *como medida auxiliar na Campanha de Profilaxia da Lepra.*