

IMPORTÂNCIA DOS FOCOS LEPROMATOSOS NO CONTRÔLE DOMICILIAR DA ENDEMIAS DE LEPROSE - PREVENÇÃO DA LEPROMATOSE PELA CURA DA LEPROSE INDETERMINADA"

J. DE AGUIAR PUPO **

«Parece justificada la inferencia de que la lepra no podria subsistir si no fuera por la infecciosidad largo tiempo continuada de los casos lepromatosos, que descargan un enorme numero de bacilos». J. A. Doull⁵.

Nos focos lepromatosos os contatos Mitsuda negativos ou fracamente positivos, passam do estado de infecção latente ao estado de moléstia, pela agressão de sucessivas cargas bacilares, que o convívio familiar propicia.

A lepromatose, nos múltiplos estádios de sua evolução clínica, sejam incipientes ou de flagrante sintomatologia, entremeados de crises reacionais, é o tipo maligno da lepra, pelo caráter super-infectante, incurável e de fatal cronicidade; sua baixa letalidade mantém a expansão endêmica da lepra, por decênios de inquietação social.

Apreciando o índice de formas clínicas no total de 53.722 casos registrados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de S. Paulo, no período de 1924 a 1965 (Quadro I), verificamos a predominância do tipo lepromatoso sobre as demais modalidades clínicas da moléstia, fato observado no Brasil e outros países como as Filipinas, a Espanha, a Venezuela, a Argentina e o México, onde se realizam notáveis estudos sobre a leprose e seu controle endêmico; a lepromatose pela expressão de sua malignidade, representa em sua predominância censitária, um índice desalentador nas campanhas de profilaxia (vide quadros I, II e III).

Orientados pelos estudos que vimos realizando desde 1939 sobre a predominância da lepra indeterminada entre os casos de **lepra incipiens** (Quadro I), e sua ulterior evolução para a lepromatose, conceituamos novos rumos da profilaxia da lepra, que ora registramos perante esta Sociedade, nobre recesso de acatamento, que desfrutamos para propaganda de nossos humanitários ideais.

A alta infectuosidade da lepra observada em Nauru***, confirma a alta contagiosidade decorrente de circunstâncias de mais intensa exposição e receptividade de tios conviventes em foco polinfecante; importada a lepra em 1912 com a imigração das doentes Demian e Etsio, originárias das Ilhas Gilbert, a endemia difundiu-se discretamente na longínqua ilha do Pacífico, situada na linha equatorial a 165° de longitude Oeste Greenwich; em 1920, a pequena população de pouco mais de 1.000 habitantes, constituída de indígenas de raça polinésica (Canacas), foi assolada pela pandemia mundial de gripe (1918-1920) registrando-se em seguida

* Comunicação I Sociedade Paulista de Leprologia em 14.3-1966.

** Professor Emérito do Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

*** Território australiano, controlado pela "South Pacific Health Service", dominado pela ocupação militar japonesa em curto período da II Grande Guerra (1940).

uma exacerbação endemo-epidêmica da lepra, que segundo relatório de Wade e Ledowsky²⁴, apresentou a seguinte expansão:

de 1912-1922	—	139 casos (12,5% da população)
em 1924	—	284 " (23,7% " ")
em 1929	—	625 " (35,0% " ")

Esta grave epidemia, a nosso ver, foi a resultante de duas condições predisponentes: população antes indene de lepra, destituída de imunidade ancestral à moléstia e receptividade agravada pela reconhecida ação anergizante da virose gripal.

Ziemann, sobre o total de 4.177 doentes hospitalizados em Nauru, no período de 1909 a 1910, encontrou somente 5 casos de tuberculose pulmonar, fato que exprime diminuta expansão da epidemia bacilar na ilha, isto é, ausência da para-imunização contra a lepra, aventada por Chaussinand: não contava a população da ilha com a defesa para-imunizante da epidemia tuberculosa.

Sir Leonard Rogers e Ernest Muir, em seu livro «Lepros-²¹», citam o índice de 5% de contágio entre indivíduos sãos em convivência com um ou mais doentes de lepra, verificado pela «Indian Leprosy Commission», comparando com o índice geral de 0,05% no país. No Estado de S. Paulo (Brasil), o índice de expansão endêmica da lepra atinge 2,1 por 1.000 habitantes, segundo verificação em 1965, da Secção de Epidemiologia do D.P.L. (vide prevalência constante do gráfico 9).

Entre 543 internados do Preventório Santa Terezinha (São Paulo), nas idades de 0 a 10 anos, registramos, com a colaboração de N. Souza Campos¹⁸ 117 casos de lepra, no período de 1927 a 1946; a moléstia manifestou-se após o decurso médio de 6 anos de afastamento do foco contagiante, sendo de 21,5% o índice de contágio da infância, diuturnamente controlada do ponto de vista clínico especializado.

A divergência entre índices de contágio que ora apreciamos, seja relativamente à população geral, seja na investigação de contatos nos próprios focos, decorre do maior ou menor tempo de exposição, influenciada pela grande infectuosidade da modalidade clínica, que no tipo lepromatoso atinge o caráter polinfecante e pelas condições de maior ou menor receptividade indicada pelo teste lepromínico de Mitsuda-Hayashi; êste argumento monitor da ação sanitária, representa uma das colunas mestras da leprologia contemporânea, cuja grandeza ostenta-se na doutrina implantada pela Classificação Sul Americana da Lepra (1938-1948).

Após longos anos de estudos sobre a evolução da leprose, elaboramos o esquema constante do Quadro III, que visualiza a expansão de focos lepromatosos domiciliares, na sucessão dos qinqüênios; no ciclo da inter-relação de lares que se desdobram no decurso de uma geração (25 anos), a lepra propaga-se em cadeia, propiciando a ação sanitária sobre o nó vital da epidemia: é a lepra indeterminada, vulnerável à terapêutica sulfônica, que impede a evolução dos casos I para a lepromatose polinfecante e incurável.

Lauro de Souza Lima, em seu notável estudo sobre a «Lepra nas Américas», apresentado em 1958 ao «Seminário de Belo Horizonte», assim conceitua o tema em apreço: «Dado que la lepra es una enfermedad esencialmente familiar, el conocimiento del potencial de difusión de la epidemia en relación coin el índice de foco, esto es, el numero de contactos expuestos a la infección (contactos de focos lepromatosos) adquiere fundamental importancia en el estudio del problema sanitario de la lepra»⁷.

A epidemia perpetua-se em cadeia de contágio, mantida pela alta infectuosidade dos focos lepromatosos domiciliares, através o desdobramento dos lares em linhagem de família; a esta expansão endêmica fundamental, somam-se os focos que esporadicamente instalam-se na convivência de doentes poli-infectantes em

ambiente de trabalho e outras condições de vida promiscua, que os casos ocultos propiciam a inadvertidos conviventes.

Em trabalho original sôbre as formas clínicas da lepra, divulgamos em 1939 a predominância entre os doentes de nossa clínica particular, dos casos de sintomatologia própria e estrutura indiferenciada, denominados de Lepra Incaracterística pela Classificação Sul Americana; atualmente pertencentes ao Grupo Indeterminado, êstes casos que situam o nó vital da endemia, propiciam ao sanitarista a sua vulnerabilidade perante os recursos da sulfonoterapia preventiva da lepromatose.

Quando os casos de lepra são crivados nas fases iniciais da evolução da moléstia, fato verificado no recesso da clínica privada, e mais facilmente na vigilância de contatos, oferece-se o ensejo de uma conceituação legítima de inter-relação evolutiva das formas clínicas, circunstância própria à defesa orgânica, quando a infecção passa da incubação à exteriorização clínica.

A predominância dos casos do Grupo Indeterminado, que constitui a matriz evolutiva da leprose, fato que em 1939, primeiramente registramos nos anais da leprologia, 14 e 19, constitui o argumento fundamental ao planejamento de nôvo sistema profilático, cujas perspectivas de êxito repousam nas investigações de Lauro de Souza Lima sôbre a sulfonoterapia (1938-1965).

A sulfonoterapia abortiva da lepra indeterminada, modalidade clínica predominante no quadro da **lepra incipiens**, que em 7% dos casos envolve para o tipo lepromatoso, realiza a interrupção da cadeia de contágio, impedindo a sua evolução para a lepromatose; dêste modo não se perpetua a forma maligna da moléstia, que resistindo aos recursos atuais da quimioterapia específica, mantém a expansão endêmica pela sua fatal cronicidade e alta infectuosidade no decurso de decênios de sua evolução (vide gráfico 5).

Lauro de Souza Lima, em comunicação ao V Congresso Internacional de Leprologia (Havana-1948) enaltece a ação das sulfonas nos casos de lepra incaracterística: entre 15 casos do Sanatório Padre Bento e 130 do Dispensário da Lapa, situados na Capital do Estado de S. Paulo (Brasil), não observou após o tratamento pelas sulfonas, nenhum caso de transformação na forma lepromatosa, destacando o êxito do medicamento de Faget⁸.

No mesmo Congresso, em comunicação sôbre a «Importância profilática da lepra incaracterística»¹⁹, destacamos a predominância desta forma clínica na fase inicial da moléstia, que pela sua evolução para a lepromatose em 60% dos casos, segundo a atual conceituação, constitui o fundamento de nôvo sistema de contrôle endêmico, pela sua vulnerabilidade à sulfonoterapia e conseqüente prevenção da lepromatose, **onus irreversível** das campanhas profiláticas dos últimos 40 anos de luta contra o grande flagelo da humanidade.

Em trabalho apresentado ao VIII Congresso Internacional de Leprologia (Rio de Janeiro-1963) Barros, Quagliato, Nobrega e colaboradores, em 112 casos do grupo indeterminado, com reação de Mitsuda negativa ou duvidosa, tratados pelas sulfonas no Departamento de Profilaxia da Lepra de S. Paulo, verificaram apenas 2 casos de lepromatização secundária, num período de 14 anos de contrôle¹.

J. A. Doull e Cols., após a experimentação terapêutica com o emprêgo da diazona associado à izoniazida, realizada nas Filipinas e no Sul da África assim concluem: «Es evidente, pues, que una gran proporción de úlceras lepromatosas del tabique nasal y de la piel se curau en las 48 semanas de tratamiento»⁵.

H. Floch assim se expressa em notável trabalho apresentado ao Seminário de Belo Horizonte (1958): «Consideramos, pues, que debe repetirse incesantemente que para vencer en definitivo el azote hanseniano, es necesario hacer todo posible para tratar rapidamente a todos los enfermos de lepra: a los indeterminados y los tuberculoides, para que no se conviertan en lepromatosos, y a los lepromatosos y dimorfos para que se conviertan en no contagiosos, sin que tengan que propagar con incapacidades este blanqueo bacteriologico»⁶.

Orestes Diniz foi o pioneiro da moderna Campanha Nacional contra a Lepra, iniciada em 1958, seguindo as decisões do Seminário de Belo Horizonte, que postergou a compulsoriedade do isolamento sanatorial e removeu o anátema dos preventórios específicos, que recaía sobre a infância⁴.

O alto juízo de tão notáveis leprólogos, justifica o novo sistema profilático que vimos defendendo, sob o legítimo fundamento da **prevenção da lepromatose**.

O controle preferencial e intensivo dos focos lepromatosos domiciliares, propicia ao sanitarista a interferência da sulfonoterapia profilática, que atua com segurança de êxito, seja pela cicatrização das lesões abertas poli-infectantes do doente foco (L, D e I Mitsuda negativo com baciloscopia positiva), seja pela cura abortiva dos casos do Grupo Indeterminado, depistados na fase precoce da moléstia, através a vigilância periódica dos contatos; subsidiariamente, os contatos Mitsuda-negativos terão a sua defesa elevada em face do ambiente poli-infectante do foco lepromatoso, com a prática da calmetização para-imunizante e da quimioprofilaxia preventiva^{16 17}.

A prevenção da lepromatose e conseqüente declínio da endemia, realiza um **«Sistema de Clasofilaxia da leprose»**, pela quebra da cadeia de contágio, de corrente da sulfonoterapia abortiva dos casos do Grupo Indeterminado, matriz incipiente da moléstia, cuja evolução para a lepra maligna e poli-infectante do tipo lepromatoso e do grupo dimorfo, constitui o fundamento da expansão endêmica.

A investigação clínico-patológica de L. Souza Lima e F. Alayon relatada em notável monografia sobre o **«Significado Patológico da Lepra Incaracterística»** estabeleceu o lastro da diferencial profilática que vimos conceituando desde 1948 e que reafirmamos na presente comunicação¹⁰.

As formas polares que F. E. Rabello instituiu em 1938, defendendo no Congresso do Cairo a estabilidade das estruturas lepromatosa e tuberculóide no ciclo evolutivo da moléstia, induziram os leprólogos latino-americanos à legítima conceituação da **«Classificação Sul Americana da Lepra»**, doutrina de fundamentos imuno-biológicos, sancionada pelo V Congresso Internacional de Leprologia (Havana-1948)²⁰.

Balizados pelos **«Estádios de Ranke»** firmados nos caracteres clínico-patológicos de tuberculose, em nosso relatório de 1939 sobre as **«Formas Clínicas da Lepra»**, divisamos o paralelismo que se impõe ao conceituar a epidemiologia, a terapêutica e a profilaxia da lepra, à luz das sendas palmilhadas pelos tisiólogos: «é a contingência imposta aos leprólogos diante das resistências que a lepra apresenta no campo da investigação experimental», cujas pesquisas se acham na fase inicial de êxito¹³.

CONCLUSÕES

A análise epidemiológica da lepra incipiens em seus fundamentos ecológicos, lastreia a conceituação de novo sistema de controle endêmico, segundo os postulados da Medicina Preventiva.

A atuação profilática orienta-se dentro dos seguintes objetivos de dinamização das atividades dos Dispensários, através **«Equipes Móveis de Profilaxia Específica»**:

I — Manter o controle médico-sanitário pela vigilância clínico-evolutiva dos casos de Lepra Indeterminada, **Matriz** da leproso em sua fase inicial, que por ser vulnerável à terapêutica sulfônica e sucedâneos do grupo dos biostáticos, não segue a fatalidade de sua evolução dominante para a lepromatose, tipo super-infectante e incurável da moléstia;

II — **dépistage** dos casos precoces de lepra pela vigilância periódica domiciliar dos contatos de focos lepromatosos e dimorfos e indeterminados lepromino-

negativos com baciloscopia positiva no ciclo quinquênial da incubação da lepra (vide gráficos 1 e 2);

III — estancar a infectuosidade dos contagiantes pela terapêutica biostática específica da moléstia;

IV — elevar a defesa dos contatos Mitsuda-negativos pela calmetização para-
imunizante;²

V — investigar as possibilidades da quimio-profilaxia preventiva no sentido de impedir em contatos Mitsuda-negativos, a passagem do estado de infecção à moléstia;

VI — avaliar o êxito do controle endêmico de acôrdo com as seguintes diferenciais censitárias:

a) o êxito da atuação profilática será evidenciado inicialmente pelo aumento da **incidência**, legítima expressão da **dépistage** intensiva em controle semestral de contatos adstritos aos focos contagiantes;

b) considerar deficitário o controle endêmico, quando os levantamentos censitários revelarem predominância do tipo lepromatoso sôbre os casos de lepra indeterminada e tuberculóide;

c) cruzamento da curva da lepromatose em queda, com ascensão da lepra indeterminada (1.0 e 2.0 quinquênios);

d) queda da curva de prevalência na sucessão dos quinquênios;

e) a dinamização das atividades dos dispensários consiste na prática da vigilância domiciliar semestral dos contatos Mitsuda-negativos, residentes em focos lepromatosos, dimorfos e indeterminados, com lepromino-reação negativa e baciloscopia positiva, realizada por Equipes Móveis, especificamente adestradas *;

f) terminado o ciclo de controle quinquênial de cada um dos focos infectantes domiciliares, transferir a atividade das Equipes Móveis de Profilaxia Específica para nôvo grupo de focos, sob vigilância quinquênial intensa;

g) Manter o dispensário como órgão base de controle sanitário, clínico e laboratorial, das Equipes Móveis atuantes em profundidade junto aos focos contagiantes;

h) organizar nas sedes de Delegacias Regionais de Saúde, arquivos para disciplinaçào do controle censitário, em verificação anual e quinquênial dos índices por formas clínicas, que definem a eficiência profilática pela sua direta correlaçào com as curvas da lepromatose; o cruzamento da lepromatose em descenso com a ascensão da curva da lepra indeterminada exprime o êxito do controle endêmico;

i) controle das atividades das Unidades Sanitárias e Equipes Móveis, de cada um dos setores, pelo seguinte índice de vigilância dos contatos, que vimos sugerindo desde 1962:

Índice anual de vigilância de contatos =

(N.º de exames de contatos realizados durante o ano)

$$\frac{N_f \times 5c \times 2s}{N_c} \times 100$$

(N.º de focos lepromatosos a cargo da Unidade) (Média de contatos por focos) (N.º de exames por ano)

Em regime de tempo parcial, cada Equipe terá capacidade para o controle de 40 focos domiciliares de sede urbana, organizando-se unidades de dedicação plena (tempo integral) para os focos rurais, do tipo das "Brigadas Móviles" criadas por Latapi no Serviço de Luta contra a Lepra do México (1940).

j) provimento do pessoal médico e técnico auxiliar, mediante estágios de adestramento para formação sanitária educacional, dermato-leproológica, neuro-leproológica, e técnica laboratorial.

A lepra expande-se pelo seu caráter domiciliar. Dêste modo, no ciclo quinquenal da incubação da lepra, realiza-se o contróle endêmico, erradicando-se os focos da cadeia de contágio, que se processa na inter-relação da linhagem familiar, com a prática da sulfonoterapia intensiva da lepra precoce (vide gráficos 3, 4 e 5).

Dentro do planejamento consubstanciado no presente estudo, a campanha contra a lepra atualmente realizada com expressiva diferencial deficitária, passará da **fase extensiva** de tipo longitudinal, para uma **fase intensiva** de atuação em profundidade, de tipo transversal, erradicando-se sucessivamente os focos familiares da moléstia, de modo que quinquênios após quinquênios, o aparelhamento sanitário possa multiplicar a profilaxia do foco na medida do aumento progressivo dos recursos propiciados pelo orçamento do Estado e contemporâneas dotações dos Convênios Internacionais de Cooperação Sanitária.

Êste sistema de profilaxia, se alicerça na prática da Medicina Preventiva, que se orienta nas fontes da Ecologia Humana.

Praticado pela vigilância periódica domiciliar nos focos infectantes, visa surpreender a moléstia em seu estado incipiente, quando a sulfonoterapia atua abortivamente.

Esta orientação foi primeiramente sugerida em 1925 por Sir Leonard Rogers que assim se expressou no capítulo «Examination of Contacts» de seu livro «Leprosy» escrito com a colaboração de E. Muir:

«By this means one focus of infection will be eradicated, and a definite steps taken towards preventing the spread of leprosy and reducing the incidence of the disease»²¹.

Na atualidade, a alta especificidade da moderna terapêutica antimicrobiana biostática (sulfonas e sucedâneos), atende plenamente à legítima sugestão do notável tropicalista: é êste o argumento nuclear que baliza a conceituação que ora trazemos ao alto juízo desta Sociedade.

A investigação clínico-patológica de L. Souza Lima e F. Alayon relatada em seu notável estudo sôbre o «Significado patológico da lepra incaracterística» estabeleceu o lastro para a diferencial profilática que vimos conceituando desde 1948, reafirmando na presente comunicação¹⁰.

Os tipos polares de F. E. Rabello, pela sua expressão extrutural deram à classificação Sul-Americana da Lepra a segurança inicial de sua conceituação imunobiológica, traduzida na exteriorização dos quadros clínicos da leprose²⁰.

Balizados pelos «Estadias de Ranke» sôbre a evolução da tuberculose, em nosso relatório clínico de 1939 sôbre as formas clínicas da lepra, divisamos o paralelismo que se impõe à conceituação.

A lepra indeterminada que domina na fase precoce da moléstia segundo a documentação de nossos gráficos 3 e 4, correspondentes à dépitstage intensiva pela vigilância de contatos, fato que primeiro assinalamos em 1939 (vide Quadro I); Duarte do Pateo, em seu notável estudo sôbre o contágio intra-familiar da lepra, sôbre o total de 848 classificados por grupos etários e formas clínicas, verificou 83,66% de casos abaixo de 20 anos e 16,23% acima de 20 anos, confirmando assim a predominância da lepra incaracterística ou indeterminada na fase inicial da moléstia (vide gráficos 3 e 4).

QUADRO I

ESTATÍSTICA DA CLÍNICA PRIVADA (PREDOMINÂNCIA DO GRUPO INDETERMINADO NA LEPROA PRECOCE)

J. DE AGUIAR PUPO

PERÍODO DE 1922 a 1938 (*)			PERÍODO DE 1922 a 1966		
Forma Clínica	N.º de casos	Percentual	Forma Clínica	N.º de casos	Percentual
Lepra incaracterística	401	68,7%	Lepra indeterminada	587	62,4%
Lepromatosa	100	17,1%	Lepromatose	259	27,5%
Lepra tuberculóide	29	4,9%	Lepra tuberculóide	94	10,0%
Casos suspeitos	53	9,0%	Total	940	
Total	583				

(*) Pupo, J. A. — Das formas clínicas da lepra — Modalidades invasoras e reacionárias — Rev. Bras. Leprol. 7: 357-390, 1939.

(Os casos do Grupo Dimorfo foram incluídos entre os lepromatosos visto a sua diferenciação ter sido adotada pelo Congresso de Madrid — 1953).

OBSERVAÇÃO — Baseados no acervo clínico constante das estatísticas acima, conceituamos a predominância da lepra indeterminada, denominada incaracterística pela Classificação Sul Americana aprovada pela II Conferência Pan-Americana da Lepra (Rio de Janeiro-1946) e sancionada pelo V Congresso Internacional de Leprologia (Havana — 1948).

SUMMARY

The importance of lepromatous foci for the domestic control of endemic lepra the prevention of leprosy by the cure of indeterminate lepra.

J. de Aguiar Pupo

Starting from the traditional concept established by Armauer Hansen in 1886 that lepra is a disease spread through contagion within the family, the author suggests a prophylaxis system in accordance with irrefutable epidemiologic arguments and with an ecologic basis in the field of preventive medicine, to work as follows:

- a) Periodic inspection of domestic foci by mobile Sanitary Units.
- b) Intensive treatment of the indeterminate group cases, so as to break the cycle of contagion and avoid their development into the lepromatous type, the majority of which evolve from the indeterminate type, the most frequent among Lepra incipientes.
- c) Higher efficiency and more facilities for sulphone therapy when leprosy is diagnosed in its initial form, avoiding highly infective open lesions through intensive treatment.
- d) Extinction of compulsory isolation which, besides being extremely expensive for the campaign, brings about the hiding of foci; to assist advanced cases of the disease, the existing sanitaria should be maintained with an **open door** regime, the only condition compatible with **selective** isolation advocated by the VIIth. INTERNATIONAL LEPROA CONGRESS (Tokyo — 1958).
- e) Transformation of preventories into polyvalent educational and assistential institutions for needy minors, so as to protect descendants of Lepra patients from the stigma of millenary tradition.
- f) Integration of lepra prophylaxy within the Public Health Service, to be coordinated as a specific unit in polyvalent organizations with sanitary, assistential, and scientific aims, of official, state, or private institutions; thus, a close collabora-

tion between clinicians, pathologists, and sanitarians specialized in leprology and the technical personnel of the Public Health Organization is obtained. In consequence, specific standards are raised and stigmas and anathemas, among which popular prejudices against lepra and tuberculosis are paramount, can be dissimulated.

FORMAS CLÍNICAS DA LEPRO
53.722 CASOS REGISTRADOS NO D.P.L.
(1924 - 1962 - EST. DE PAULO)

GRUPOS ETÁRIOS								
IDADE	L	I	T	TOTAL	L	I	T	TOTAL
0 - 5	5 1,001%	41 0,033%	73 0,06%	119 0,22%	30.433	12.177	11.112	53.722
+ 5 - 10	198 0,65%	608 0,50%	373 0,34%	1.179 2,20%				
+ 10 - 15	1.222 4,015%	967 0,80%	521 0,47%	2.710 5,04%				
+ 15 - 20	2.607 8,56%	1.122 0,92%	767 0,70%	4.496 8,37%				
0 - 20 anos	3.832	2.738	1.734	8.504 (15,82%)				
+ 20 - 30	7.466 24,53%	2.682 2,20%	2.445 2,20%	12.593 23,44%				
+ 30 - 40	7.623 25,05%	2.383 1,95%	2.351 2,11%	12.357 23,00%				
+ 40 - 50	5.313 17,45%	1.928 1,58%	1.856 1,67%	9.097 16,93%				
+ 50 - 60	3.468 11,40%	1.345 1,10%	1.457 1,31%	6.270 11,67%				
Acima de 60 anos	2.531 8,32%	1.101 0,90%	1.269 1,14%	4.901 9,12%				
Acima de 20 anos	26.401	9.439	9.378	45.218 (84,2%)				

Quadro II — Sobre o total de 53.722 casos registrados no Departamento de Profilaxia da Lepra (Estado de S. Paulo-Brasil), distribuídos por grupos etários e formas clínicas, o número de casos acima de 20 anos foi de 45.218 (84,2%) sendo de 8.504 os casos de 0 a 20 anos (15,82%); os gráficos 6, 7 e 8 traduzem a predominância da lepromatose na lepra tardia, em proporções variáveis entre 48,2 e 56,64%, como decorrência da depístage tardia, próprias dos censos realizados no regime ambulatório dos Dispensários estáticos; nas investigações epidemiológicas de tipo longitudinal, realizadas pelas campanhas de massa ou de coletividades de grupos sociais de ensino ou de trabalho ocorre a mesma predominância característica das graves endemias.

FREQÜÊNCIA DE L. INDETERMINADA EM S. PAULO

CASOS PRECOGES DE LEPRO

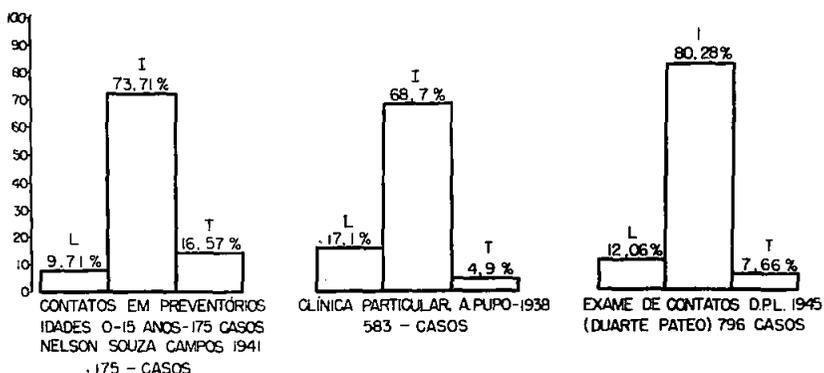


Gráfico 3 — Predominância dos casos do Grupo Indeterminado na depístage precoce da moléstia.

DISTRIBUIÇÃO DE 848 CASOS DE LEPRO PRECOCE POR GRUPO ETÁRIO
 VIGILANCIA DOMICILIAR DE CONTATO

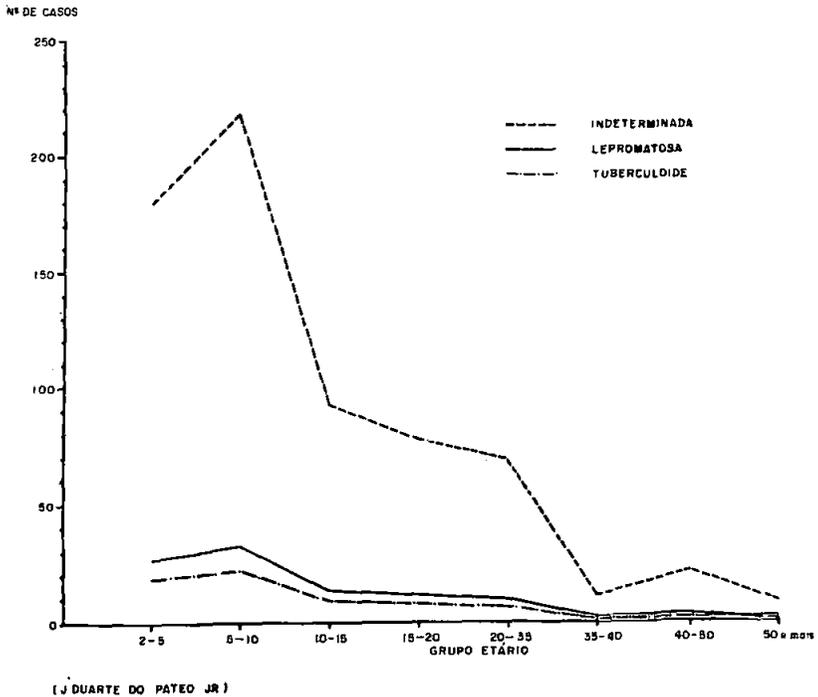


Gráfico 4 — A curva acima evidencia a receptividade da infância, da puberdade e da adolescência, com predominância da forma indeterminada na lepra precoce, ressaltando a importância da vigilância de contatos, que propicia ao sanitarista o êxito da terapêutica profilática pela cura sulfônica.

AVLIAÇÃO DA SULFONOTERAPIA EM DOENTES DA FORMA INDETERMINADA LEPROMINO-
-NEGATIVOS. MARTINS BARROS, R. GUAGLIATO E COLLS

(ESTUDO DE 112 CASOS TRATADOS DURANTE 14 ANOS): 2 CASOS DE LEPRO-
MATISAÇÃO

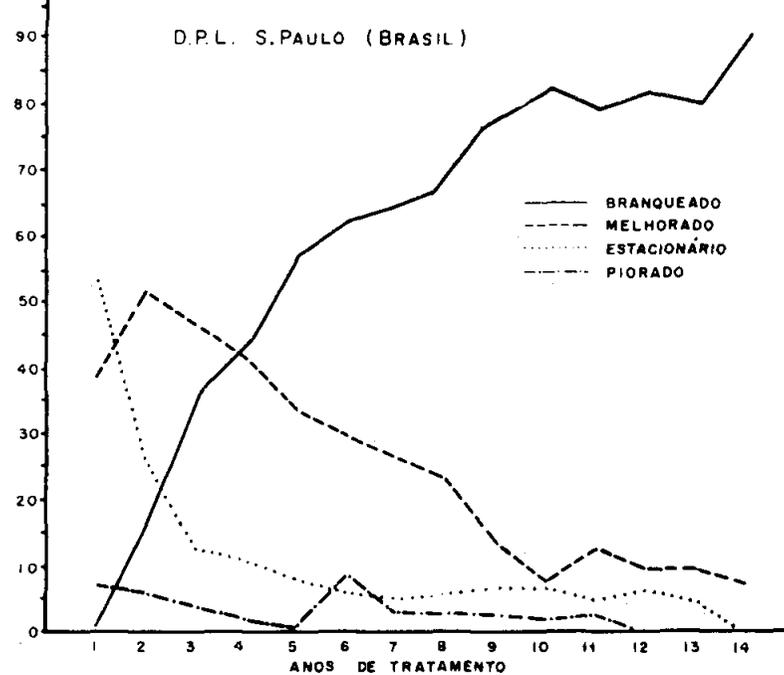


Gráfico 5 — Segurança da sulfonoterapia da lepra indeterminada lepromino-negativa, prevenindo a sua evolução para lepra tardia de tipo lepromatosa; o êxito terapêutico, diante da predominância dos casos I Mitsuda negativos na lepra precoce, justifica o sistema profilático que ora propomos, tendo em vista a interrupção da cadeia de contágio pela sulfonoterapia preventiva da lepromatose.

FREQUÊNCIA DE L. LEPMATOSA EM S. PAULO
CENSO PELOS DISPENSÁRIOS

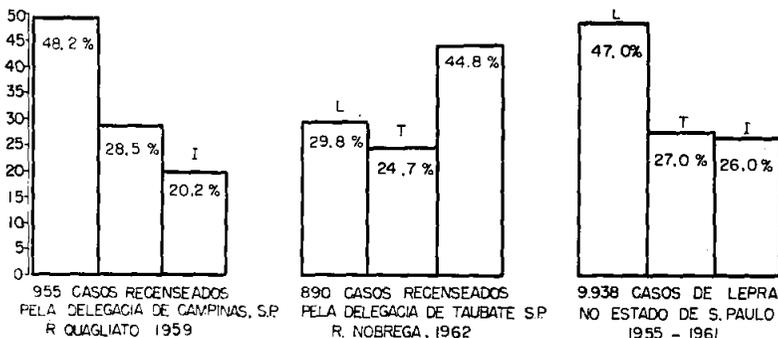


Gráfico 6 — As elevadas percentagens de lepromatose são as resultantes do regime dispensarial estático que pelo contróle deficitário dos contatos, realiza a tardia crivagem dos casos, após longa evolução da moléstia para a sua forma maligna incurável.

DISTRIBUIÇÃO DE 53.722 DOENTES MATRICULADOS NO D.P.L., POR FORMA CLÍNICA E GRUPO ETÁRIO (1924-1960)

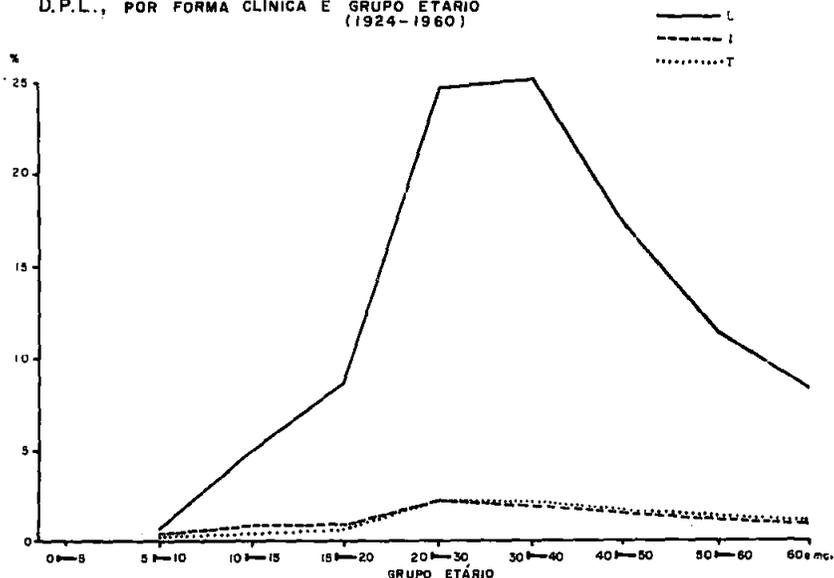


Gráfico 7 - Curva censitária da lepra por grupos etários — Predominância da lepra tardia (tipo lepromatoso) decorrente do contróle deficitário dos contatos no regime ambulatorio dos Dispensários estáticos, (60.430 casos registrados no Departamento de Profilaxia da Lepra Estado de S. Paulo — Brasil).

BIBLIOGRAFIA

1. BARROS, J. M., QUAGLIATO, R. & NOBREGA, R. C. - Avaliação do tratamento pelas sulfonas em portadores de lepra indeterminada, no correr de 14 anos de observação. VIII Cong. Int. Lep., R. Janeiro, 1963. Resumos, p. 37.
2. BROWN, J. A. K., STONE, N. N. & SUTHERLAND, I. - I. Vaccination of children against leprosy. First results of a trial in Uganda. Brit. Med. J. I (5478): 7, 1966.
3. CONVIT, J. - Studies of leprosy in the German ethnic group of Colonia Tovar, Venezuela. The morbidity rates in BCG vaccinated and unvaccinated groups during five years. Int. J. Lep. 24: 269, 1956.
4. DINIZ, O. - Organisaecion del programa de control de la lepra y su integracion en los servicios generates de salud publica. Semin. Pan-Amer. Prof. Lepra, B. Horizonte, 1958. Bol. Of. Sanit. Panamer. 45: 523, 1958.
5. DOULL, J. A. - El valor del aislamiento en el control de la lepra. Bol. Of. Sanit. Panamer. 45: 494, 1958.
6. FLOCH, H. - La profilaxis de la lepra. Bel. Of. Sanit. Panamer. 45: 515, 1958.
7. LIMA, L. S. - Lepra en las Americas. Bol. Of. Sanit. Panamer. 45: 482, 1958.
8. LIMA, L. S. & col. - Estado atual da sulfonoterapia no Sanatório Padre Bento. V Cong. Int. Lepra, Habana, 1948. Memoria, 1949, p. 120.
9. LIMA, L. S. - Influência da moderna terapêutica da lepra na profilaxia especifica. Rev. Bras. Leprol. 31: 66, 1963.
10. LIMA, L. S. & ALAYON, F. L. - Sôbre a significação patológica das lesões incaracterísticas. Maculares simples. 5ª Monografia San. Pe. Bento, S. Paulo, 1941.
11. PATEO, J. D., Jr. - Do contágio da lepra intra-familiar. II Conf. Panamer. Lepra, R. Janeiro, 1946. Arq. Serv. Nac. Lepra 4: 174, 1946.
12. PATEO, J. D., Jr. - Da lepra incipiente na vigilância sanitária dos focos domiciliares. (Estudo dos comunicantes) Rev. Bras. Leprol. 17: 249, 1949.
13. PUPO, J. A. - O problema da lepra no Brasil. III Cong. Bras. Hig., S. Paulo, 1926. Anais, 1929, p. 627.
14. PUPO, J. A. - Das formas clínicas da lepra. Modalidades invasoras e reacionárias. Rev. Bras. Leprol. 7: 357, 1939.
15. PUPO, J. A. - Dos sistemas profiláticos na luta contra a lepra. Rev. Bras. Leprol. 26: 135, 1958.
16. PUPO, J. A. - Prevenção da leptomatose pela cura dos casos incipientes do grupo indeterminado. Inspeção periódica dos focos domiciliares no ciclo da incubação da lepra. Químio-profilaxia pelas sulfonas. Rev. Bras. Leprol. 30: 87, 1962.
17. PUPO, J. A. - Prophylaxis of leprosy through periodic inspection of residential foci during the incubation cycle of the disease. Int. J. Lep. 31: 337, 1963.
18. PUPO, J. A. & CAMPOS, N. S. - Epidemiologia da lepra na infância. II Conf. Panamer, Lepra, R. Janeiro, 1946. Arq. Serv. Nac. Lepra 4: 138, 1946.
19. PUPO, J. A. Sr ROTBERG, A. - A lepra incaracterística e sua importância profilática. V Cong. Int. Lepra, Habana, 1948. Memória, 1949, p. 1031.
20. RABELLO, E. & RABELLO, Jr. - Une classification clinico-epidemiologique des formes de la lépre. IV Cong. Int. Lepre, Cairo, 1938. Rev. Bras. Leprol. 6: 229, 1938.
21. ROGERS, L. & MUIR, E. - Contagiousness of leprosy. In Leprosy. Bristol, John Wright, 1925. p. 81.
22. SISIRUCA Q., C. & CON VIT, J. - La epidemiologia de la lepra en Venezuela. VIII Cong. Int. Lep., R. Janeiro, 1963. Anais, vol. 3, p. 188.
23. SISIRUCA Q. & RASI, E. - Informacion epidemiologica sobre el foco leprogeno de la Catania Tovar - Estado Amelia. VIII Cong. Int. Lep., R. Janeiro, 1962. Anais, Vol. 3, p. 208.
24. WADE, H. W. & LEDOWSKY, V. - The leprosy epidemic at Nauru: a review with data on the status since 1937. Int. J. Lep. 20: 1, 1952.
25. ZIEMANN, H. - Zur Pathogenese, Diagnose and Prophylaxe der Tuberkulose in den Tropen. Zbl. Bakt. (Orig.) 70: 118, 1913 (citado por Chaussinand)