

O moderno tratamento da Lepra

por R. G. Cochrane

(de Leprosy Review, vol. IV n.º 2 — Abril 1933)

(Cornunicaedo feita á secção de Medicina Tropical na reunido do centenario da "British Medical Association", em Londres, Julho de 1932).

O assunto escolhido é da maior importancia e sendo relativamente corto o tempo a meu dispor, só poderei encara-lo nos aspectos essencialmente praticos, omitindo toda discussão academica.

A primeira questão a decidir quando se depara com o problema do tratamento de uma molestia como a lepra, é se o caso se beneficiará com o tratamento. Os progressos modernos teem indicado que esta molestia tende a "auto-cura". Nos primordios do recente tratamento realçava-se o fato de que muitos casos avançados não mais eram perigosos para o publico, porque a doença tinha cessado naturalmente, deixando sinais (comparaveis as cicatrizes da variola) indicadores de que o paciente tinha sofrido de lepra, e que a molestia deixara apenas os estigmas de sua presença.

Isto sugeriu-me especialmente como resultado de trabalhos na Africa, que, como a tuberculose, a lepra pode estacionar em qualquer periodo. Veem-se muitos exemplos de pessoas sadias com uma ou duas maculas isoladas, indicativas de urna condição leprotica, mas que permaneceram estacionarias durante anos. Em outras palavras, são casos "auto-estacionados" no periodo inicial, deixando a cicatriz solitaria da evidencia de uma infecção que desapareceu. Este aspecto de muita importancia para os leprologos, pois é tão inutil tratar o caso estacionado precocemente quanto o tardiamente. De passagem, devo dizer que não se deve considerar nenhuma creança ou adolescente neste estado sem observação prolongada; porém adultos que tiverem sinais iniciais da doença durante anos não necessitam obrigatoriamente tratamento ativo. Por isso, antes que se possa discutir a tratamento parece essencial estabelecer os sinais de atividade, e estes foram reconhecidos na Conferencia de Manila (1931), como sendo :

"Sinais de atividade".

"Casos ativos são aqueles nos quais ha evidencia clinica ou microscopica de alterações progressivas ou recessivas nas lesões, com ou sem disturbios concomitantes. Esta evidencia inclúe o seguinte pesquisas bacteriologicas positivas na pele ou na mucosa, pelos metodos usais; a presença de lesões eritematosas elevadas ; aumento

ou diminuição em tamanho ou em numero das lesões ; tensão dos nervos, com ou sem espessamento".

Tendo determinado que um dado caso é ativo, surge, então a questão do tratamento.

E' axiomático afirmar que antes que se possa tratar a lepra com qualquer esperança de sucesso é essencial cuidar de qualquer outra doença ou causa de debilidade do paciente. Admita-se, que se pesquisou no paciente a possível existencia das varias causas predisponentes, e que estas foram ou estão sendo tratadas eficientemente.

O tratamento moderno da lepra, desde as pesquisas iniciais de HEISER, ROGERS e outros, tem sido baseado na suposição de que no óleo de hidnocarpo (chalmogra) ha alguma cousa que age de modo especial ainda que se não acredite, geralmente, ser ele um verdadeiro específico da doença. Exatamente como o remedio age só pode ser conjecturado, mas permanece o fato que nenhum medico desejaria fazer o tratamento da lepra sem as preparações hidnocarpicas. As diversas preparações que podem ser usadas, em ordem de preferencia são:

- 1.) Esteres iodados ou creosotados.
- 2.) Alepol (Este é uma variedade especial do hidnocarpato de sodio dos acidos gordurosos de ponto de fusão mais baixo).
- 3.) O simples óleo com creosoto.

A escolha do remedio é principalmente uma questão de despeza e facilidade de obtenção e, assim sendo, cuidarei brevemente do tratamento de rotina de um caso de lepra, e tocarei na questão da importante complicação conhecida como *rearção leprotica*.

Se é um caso inicial de forma nervosa pura, o procedimento será injetar subcutanea ou intramuscularmente seja uma solução de Alepol a 4% ou de esterese etilicos do óleo. A escolha do remedio em tal caso não é tão importante. A dosagem inicial é de cerca de 2 cc. aumentando em injeções semanais ate 12 cc. Ver-se-á que não é aconselhavel elevar a dose acima de 12 cc, de uma solução de Alepol a 6 %, ou 12 ccs. de óleo ou ester. Sei que algumas autoridades afirmam não ser necessario dar mais que 5 cc. mas acredito que tudo tende a mostrar que é tanto melhor quanto maior for a dose, acima desse limite.

Em adição a este tratamento geral, se o paciente tem maculas eritematosas ou hipopigmentadas, estas requerem tratamento local. As lesões eritematosas devem ser injetadas intradermicamente. Este metodo sera descrito mais tarde. As maculas hipopigmentadas devem ser pinceladas com acido tri-cloro-acetico. Aplica-se-o em concentração de 1:3 na face e 1:3 no corpo. Deve-se aplica-lo cuidadosamente para evitar a formação de cicatrizes ou queloides. Se o

paciente sofre de dor nos nervos deve-se prescrever efedrina ou adrenalina, mais uma mistura alcalina (bicarbonato). Se a dor é severa, pode ser necessaria a abertura da bainha do nervo. Não se deve dar morfina ou opio, a não ser nos casos inevitaveis. Recentemente o olio "dilo" (*Calofilunz bigator*) tem sido experimentado em Fiji com succésso notavel. O método de controle das doses será descrito resumidamente.

Leftra cutanea. Esta, de modo geral, é muito mais difficil de tratar, e se o caso é muito avançado o prognostico é sombrio. LOWE, de Dichpali, recentemente deu oportuno alarme contra o otimismo excessivo.

Considera-se o caso como cutaneo aquele no qual podem-se demonstrar bacilos pelos metodos usuais, e é tratado do seguinte modo :

- 1) local.
- 2) geral.
- 3) tratamento das complicações.

Os esterese são de novo o medicamento de escolha ; o metodo de escolha é a infiltração intra-dermica. Usa-se para esta, uma agulha com proteção a 3 mm da ponta — A tecnica é como segue:

Uma seringa de vidro com uma agulha fina dotada de guarda cerca de 3 mm. da ponta. Esta impede que agulha penetre demais no tecido. Tendo-se pintado previamente a pele com tintura de iodo a agulha é introduzida na pele e não sob ela. A espessura desta varia em diferentes partes do corpo ; onde é tenue a agulha é introduzida obliquamente de modo a formar angulo com a pele. Se é mais espessa, então é preferivel inseri-la em angulo réto. Com um pouco de pratica assenhoréa-se logo da tecnica e pouca dificuldade se encontra em injetar no corion, e não no tecido sub-cutaneo.

Injeta-se uma quantidade de medicamento de modo a levantar uma papula de cerca de um terço de polegada de diametro. Se se deve injetar uma area grande esta é completamente infiltrada de modo a produzir papulas coalescentes. Umas 40 picadas são necessarias para injetar cerca de 6 ccs. dos esterese. Foi sugerido que não mais de 5 cc. devem se injetados indradermicamente. Querendo-se dar uma quantidade maior que esta, ou se ha somente pequeno numero de lesões a injetar, o restante pode ser dado subcutanea ou intramuscularmente. E' a experiencia de muitos leprologos, durante muitas decadas, que o caso que pode tomar grandes doses de olio de chalmogra pela boca geralmente melhora. Estou certo que embora a injeção intra-dermica seja de grande valor, o remedio é absorvido tão lentamente que o efeito geral da droga não começa a ser experimentado sendo tempo depois, de modo que a vantagem deste metodo parece estar em um efeito cumulativo devido é. sua absorção lenta. Em um caso que trato presentemente sigo a rotina de um tra-

tamento intra-dermico, sub-cutaneo e a administração por via oral. O olio pode ser obtido em forma tão purificada que, acho, mesmo os estomagos mais sensiveis o tolerarão; mas deve ser obtido de uma firma que prepare especialmente o remedio.

Segue-se então o seguinte como tratamento de rotina para os casos cutaneos ; injeções semanais de esteres iodados por via intra-dermica ou sub-cutanea. E' prudente dar 2 ou 3 semanas de repouso depois de ter atingido a dose maxima, e durante este periodo, se se quizer, pode-se dar olio de hidnocarpo pela boca. A quantidade inicial aconselhavel é de 2 mms. aumentando a uma colher ou mais segundo a tolerancia do paciente. Em adição, se houver grande numero de lesões, é bom pincelar, com acido tri-cloro-acetico, as que não foram injetadas.

Se o paciente mostrar quaisquer sinais de reação ou queixar-se de fraqueza e letargia, deve-se suspender o tratamento oral ou as injeções e prescrever-se descango completo e um tonico.

Comparei recentemente os esteres iodados e os creosotados e acho que os creosotados são consideravelmente mais dolorosos, e a generalidade dos pacientes neste paiz não tolerara muito tempo as injeções, ao passo que os esteres iodados podem ser dados relativamente com pouca dor.

Quanto aos outros remedios, muitos leprologos preferem alepol. Este é mais barato e eficiente, mas para o uso intradermico é absorvido muito rapidamente para dar resultados permanentes. A concentração ótima é uma solução a 4% aumentando gradualmente a um maximo de 12 ccs. A dose inicial dos medicamentos anti-leproticos nos casos cutaneos é 1/2 a 1 cc. aumentando de 1/2 cc. até 2 cc. Nos casos nervosos a dose inicial pode ser 2 cc. aumentada até 12 cc.

O controle das injeções é muito importante, e estas são as indicações para não aumentar a dosagem :

1) Aparecimento de erupções novas, especialmente os chamados "nodulos roseos".

2) Uma alteração na temperatura. Esta variação da temperatura pode ser tanto acima como abaixo da normal. De fâto, acredito que na reação leprotica leve, pode haver o que se denomina uma pirexia abaixo da linha normal, que é uma variação irregular abaixo da temperatura normal aceita de 98° 4 F.

3) Elevação no indice de sedimentação.

4) Sensação de debilidade geral com perda de peso.

5) Resolução de lesões sem elevação aparente de temperatura, ainda que haja habitualmente uma variação sub-normal.

A lepra tuberculoide, que foi recentemente descrita por WADE, é particularmente conveniente para o tratamento intra-dermico.

Tratamento das complicações.

Reação leptotica. Esta tem sido definida como um estado de condição do corpo produzida pela fusão de focos leptoticos. É muito importante reconhecer a reação leptotica nos periodos iniciais e a este respeito não se tem prestado necessaria atenção A carta termica. Recentemente tem-se levantado a questão da temperatura normal nos jornais medicos. Na lepra é de maxima importancia anotar as variações da temperatura abaixo da normal, visto que podem indicar o inicio de atividade. Se o paciente está melhorando não é necessario reduzir a dosagem, mas se houver variações continuas abaixo da normal é indicio de que alguma cousa anormal se passa e o tratamento deve ser prosseguido cautelosamente. A temperatura pode, elevar-se sem um aumento correlato do indice de sedimentação, indicando que ela pode ser um sinal "mais sensível" que este.

O tratamento da reação leptotica é a suspensão das injeções administração de um purgante, colocar o paciente em dieta branda e administração de 0,02 a 0,04, em dias alternados, de tartaro-antimoniato de potassio. A reação leptotica pode prosseguir durante muitos dias e nada consegue fazer cessar a febre. Recentemente tem-se aplicado 3 cc. endovenosamente de mercurocromo soluvel 220, com melhoria aparente.

Reações oculares. De modo geral a lepra ocular, contintia progressivamente até a cegueira. Completa perda da visão pode ser impedida durante muito tempo, e se o tratamento geral é feito cautelosamente, vigiando com cuidado qualquer reativação, dano algum se produzirá. O tratamento local é lavagem frequente com loções alcalinas. Podem-se usar tambem gotas de atropina e hioscina e pomadas.

Antes de encerrar, devo fazer referencia a alguns dos outros medicamentos usados. As preparações auricas, estou certo, tem um logar limitado no tratamento. A tendencia é usar dose's demasiado grandes por muito tempo. Pessoalmente prefiro Solganal B dado em injeção intramuscular na seguinte dosagem semanal :

| | |
|---|-----------|
| I ^a . e 2 ^a . semanas | 0,01 grs. |
| 3 ^o . e 4 ^a . semanas | 0,05 » |
| 5 ^a . e 6 ^a . semanas | 0,01 » |

Ao usarmos os metais pesados devemos lembrar que, de modo geral, as pequenas doses podem ser beneficas e as elevadas prejudiciais.

As indicações para a terapeutica aurica são :

- 1) a presença de afecção leptotica dos olhos.
- 2) a produção da febre-leptotica com os metodos usuais de tratamento.

Não se devem fazer mais de que 2 series, com 21 dias de descanço, sem um intervalo prolongado (tres mezes) para que se não inicie uma reação. Devemos lembrar que se um paciente tem tido muita febre ele necessita "reconstrução" e não se lhe deve dar qualquer medicamento que tenda á resolução de focos leproticos. MUIR recentemente declara-se contrario é terapeutica pelo ouro mas os leprologos da Malaia confirmam os pontos de vista de Hoffmann dando-lhe um valor definido

Deve-se-me desculpar por tratar tão superficialmente deste assunto mas tentei no tempo a meu dispor, indicar as linhas gerais do tratamento.

Hoje o prognostico na lepra está avaliado mais acuradamente e o extremo otimismo dos primeiros dias do novo tratamento está sendo substituido por um juizo mais razoavel, enquanto o completo pessimismo dos velhos leprologos se substittie gradualmente por um horizonte mais brilhante. Admitindo-se haver logar para progresso, contudo pode-se dizer que a moderna terapeutica da lepra alterou completamente a situação e trouxe alivio permanente a muitas centenas de soffredores, e tornou razoavel e confortavel a existencia de milhares que de outra maneira não seriam mais que mortos-vivos. Ter conseguido isto em poucos anos é de fáto uma conquista. E esperam-se ultteriores progressos visto que o estudo desta tão negligenciada molestia esta sendo feito intensamente.
