

AS ALTAS AOS DOENTES DE LEpra

**Observação de 4 annos no Departamento de
Prophylaxia da Lepra. (Est. de S. Paulo - Brasil)**

NELSON SOUZA CAMPOS

Medico do Departamento de Prophylaxis da Lepra

Já são decorridos 4 annos, desde que no Departamento de Prophylaxia da Lepra iniciaram-se as altas aos doentes hospitalisados ou em tratamento ambulatorio.

Desde o inicio, estabeleceram-se duas cathegorias de altas: *Alta hospitalar* concedida ao doente hospitalisado, que tenha obtido o numero de exames de laboratorio negativos exigidos, que apresente suas lesões clinicas com aspecto de inactividade, achando-se por isso em condições de continuar seu tratamento em ambulatorio: e, se de tal modo forem seu estado clinico, a forma inicial de sua molestia, o numero de seus exames negativos, será considerado desde logo em *Alta Condicional*.

No primeiro caso a continuidade do tratamento é obrigatoria com toda intensidade e regularidade; as condições sociaes julgadas com o maior rigor; o trabalho restricto, a determinadas profissões; a vigilancia clinica rigorosa. No segundo caso, o tratamento é mitigado ou facultativo, a criterio do medico assistente; mais tolerantes as exigencias das condições sociaes; o trabalho permittido em maior numero de profissões; com mais tolerancia permittido o tratamento avulso.

Assim pois, duas formas distinctas de alta, foram estabelecidas, numa differenciação bem nitida dos casos clinicos.

Ao estabelecermos o regulamento inicial do criterio de altas, tivemos em mente aproveitarmos a experiencia alheia, sobretudo das Philipinas, onde o problema se acha em pleno desenvolvi-

mento, fugindo desde logo ás causas dos fracassos ahi observados. Assim, desde o inicio nosso regulamento exigiu pelo menos 12 exames mensaes negativos, ao lado de um estado clinico satisfactorio. Se por condições alheias á nossa vontade, esse regulamento soffreu em 1934 um hiato na sua applicação, no julgamento das altas do Sanatorio "Padre Bento", Asylo-Colonias Santo Angelo, Cocaes e Pirapitinguy, de modo, a tirar-lhe muito de sua efficiencia, entretanto esse facto serviu, para mostrar a necessidade de augmentar o seu rigor, e isso em beneficio dos proprios doentes. E assim é que a pratica nos aconselhou, de accordo igualmente com suggestões de alguns Directores de Hospitaes; novas modificações no regulamento, criando-lhe novas exigencias.

E hoje, após 4 annos, o estudo que procedemos nos casos recidivades, n7s difficuldades de controle dos doentes em alta, na importancia da forma clinica inicial, concluimos evidentemente que ainda não atingimos a perfeição desejada. São pois as modificações que julgamos uteis serem feitas em nosso regulamento, para tornal-o mais efficiente, procurando reforçal-o ahi onde a pratica demonstrou existir pontos fracos e que apresentamos aos Collegas de Serviço, apoiados em nossa observação, curta embora, mas já bastante elucidativa.

*O CRITERIO DE ALTAS NAS PHILIPINAS, HAWAY,
ESTADOS UNIDOS*

Antes de fazermos as considerações que nosso trabalho suggere, vamos dar em poucas palavras as modificações que tem soffrido o regulamento de Altas nas Philipinas, onde o problema todavia não pode servir de termo de comparação, porquanto o mesmo tem características proprias, inherentes exclusivamente ao meio e á sua propria organização. Desde 1922 vem sendo concedido regularmente alta de seus postos de tratamento, sendo que só o Leprosario de Culion, de 1922 a 1930, concedeu 1.788 altas, segundo LARA (1) .

Esse augmento de doentes "paroled" foi devido sobretudo:

- 1.º) — á diminuição do tempo de observação "preparole" de **dois annos** para **seise mezes**, desde Março de 1922;
- 2.º) — erradicação systematica das lesões nasaes, desde 1928;
- 3.º) — estabelecimento de postos regionaes de tratamento, o que permittia a admissão de casos mais incipientes;
- 4.º) — melhora do tratamento antileprotico, sobretudo pela introducção do methodo de "plancha".

1) — LARA — The paroling and follow up of quiescent cases of Leprosy and associated problems. pg. 85, Transactions of the open meeting of the leprosy Advisory Board — Manilla 1932.

Si essas medidas trouxeram o augmento do numero de altas, por outro lado crearam o problema, correlacto, de seu controle. Com o auxilio do "Philipine Health Service", foi possivel estabelecer não só uma melhor observação desses casos, como tambem uma melhor assistencia aos mesmos, pelo estabelecimento de postos de tratamento na Ilha.

Diz LARA:

"As presentes regulamentações requerem dos doentes "paroled" que se apresentem uma vez por semana a um "comitée" local... para observação e tratamento, até que se finde o prazo de 2 annos que deve ser o de completa quiescencia. Depois deste periodo a observação posterior obrigatoria, é feita de 3 em 3 mezes durante o periodo de um anno: depois disto, somente uma vez cada 6 mezes, por um periodo de 4 annos. O tratamento depois do periodo de quiescencia é opcional da parte do paciente". —

Entretanto, WADE e LARA logo observaram o augmento da incidencia das recahidas nos doentes "paroled" após 6 mezes somente de período negativo. O segundo desses autores analysou os dados de 896 fichas de doentes considerados "paroled" de 1922 a 1927. Dos que foram "paroled" após 6 mezes somente de negativos, 28,8% tornaram-se bacteriologicamente positivos ao passo que aquelles que tiveram maior praso de quiescencia essa percentagem foi reduzida a 11,2%, e a 5% nos casos com mais de 2 annos de quiescencia.

Conclue LARA:

"— o periodo de 6 mezes somente de quiescencia aparente, não é seguro". —

Em trabalho mais recente, LARA E VERA, (1) estudando as condições desejaveis do periodo negativo, assim como as recahidas antes do "paroled", concluem:

"Das observações acima, pareceria imprevidencia, debaixo das actuaes condições conceder o "paroled" sem menos de um ano de periodo negativo".

A divergencia dos resultados dos varios centros, e explicavel, não só pelas exigencias do "paroled", como pelas condições do isolamento. Assim nas Philipinas somente os casos bacteriologicamente positivos, pelos methodos usuaes, são segregados. Já WAYSON e HASSELTINE, no Haway, incluem casos que nunca foram bacteriologicamente positivos, e DENNEY proclama a bella percentagem de 3% de recidivas somente, sem determinar todavia o periodo "preparoled". Nas Philipinas CHIYLITO e

1) LARA e VERA — Comitee on negative and parole. International Journal of Leprosy — 1935. Vol. 3. n.º 4. pg. 420.

VELASCO (1) analysaram casos "paroled" entre 1922 a 1930 provenientes de Manila e provincial visinhas, encontrando a elevada percentagem de 46% de recidivas tendo observado:

"que a incidencia das recahidas entre os "paroled" em periodo de quiescencia de 6 mezes a 2 annos era do dobro dos casos quiescentes por mais de 2 annos".

São unanimes os autores e leprologos em que:

"quanto mais rigidas forem as exigencias para os "paroled", tanto menor será a proporção das recahidas".

Por isso talvez, a modificação que soffreu o criterio de altas nas Philipinas.

E' o seguinte o regulamento Philipino:

"1.º — Todos os doentes de lepra que, depois do tratamento medico, forem declarados negativos durante 3 exames clinicos e bacteriologicos consecutivos, que se realizarão durante o periodo de um mez e meio serão postos em "observação".

"2.º — O periodo de observação durará pelo menos 6 mezes a contar da data em que elles foram declarados negativos pela primeira vez.

"3.º — Os doentes em observação, depois de 6 mezes, no caso de não se verificar reaparecimento das lesões ou quando o exame bacteriologico não resulte positivo durante taes períodos, serão "paroled", com a condição de se apresentarem ao "Comitée de Tratamento da Lepra" em Manila, todos os sabbados, das 10 ás 12 horas da manhã, para a continuação do tratamento ou para o necessario exame durante um periodo de 18 mezes;

"4.º — A apresentação desses negativos pode, a juizo do Comitée, ser dispensada, durante um periodo de 2 semanas, de 3 em 3 mezes.

"5.º — Os "negativos", de accordo com o paragrapho 1.º deste regulamento, que prefiram ficar no hospital, terão de o fazer até a terminação do periodo de 18 mezes. A esses sera permitido, entretanto, se ausentarem do hospital, de vez em quando, sob as condições prescriptas pelo chefe do hospital.

"6.º — Depois de 2 annos de alta, deverão os doentes se apresentarem de 2 em 2 mezes durante o periodo de um anno, ao funcionario de saúde da localidade em que o doente residir dahi em diante.

"7.º — Todos os doentes negativos, em alta condicional, notificarão ao Director de Saúde, seus endereços assim como todas as vezes que mudarem de residencia.

"8.º — Todo leproso negativo, com direito aos privilegios verificados no presente regulamento, será provido de um certificado que indicará os dados necessarios á sua identificação, seu endereço, continuação de tratamento, data em que tenha se apresentado ao Comitée, assim como o resultado do exame clinico ou bacteriologico.

1) CHIYUTO e VELASCO: Observations on fifty hundred and twenty eight cases of leper arrested from isolation.

Journal Philippine Island Med. Associat, 1931.

"9.º — De accordo com as ordens acima, o "San Lazaro Hospital", o "Culion Leper Colony" e o "Central Office", em Manila, terão as fichas de todos os doentes "paroled", nos quaes serão indicadas as informações necessarias para a identificação de cada individuo, com essa alta, seu endereço, as datas em que se apresentou ao Comitée, e o resultado de cada exame clinico e bacteriologico".

"Lei aprovada em 20-3-922"

No Haway — segundo SOUZA ARAUJO (1):

"No Kalihi Hospital o "paroled" é dado a todo doente que mostrar ausencia de bacillos de Hansen, em 3 exames microscopicos successivos, mas intervallados de 3 mezes, um dos outros e com ausencia de symptomas activos de lepra no mesmo periodo... Depois de 4 annos de "paroled", período em que o tratamento deve ser continuado, é feito um exame definitivo, após o qual, si o paciente for considerado curado, ser-lhe-ha dada **alta definitiva**".

De 1912 a 1915 tinha sido dada alta-paroled a 414 doentes, dos quaes nada menos de 102 reactivaram (24,6%) .

Outras condições se exigem todavia em Haway: eis algumas:

“— Somente a pacientes que apresentem capacidade e força para viver na sociedade, e que deverá ser recommendada a "alta";

" Condições satisfactorias, — boas condições de estadia e alimento — devem ser asseguradas aos pacientes em "alta";

“ — Os pacientes com alta não devem preparar alimento para os outros e nem devem viver e nem ter emprego em estabelecimentos alimenticios;

" — O factor mais importante na consideração para concessão da "alta" é a protecção ás creanças abaixo dos 16 annos de idade afim de livral-as de contagio e evitar assim uma possivel infecção",

Em Carville, ainda segundo SOUZA ARAUJO:

"Quando os doentes se tornam negativos, são encaminhados á Secção dos não contagiantes, onde permanecem 2 anos em observação e tratamento, após o que lhes é feito exame **final**" — como diz DENNEY — "o qual si negativo, o doente é "paroled", sujeitando-se a um exame semestral, fóra do hospital durante 3 annos. Findo esse prazo, si o doente continuar "curado" obtem **alta definitiva**".

"Se em alguns dos exames acima referidos o paciente mostrar signaes de regressão leprotica, elle não poderá obter alta senão após um anno, a partir da data do ultimo exame feito",

No Japão, informa-nos J. M. M. FERNANDEZ, não exista regulamentação de altas. Lá perdura ainda:

"Once leper, always leper".

1) SOUZA ARAUTO — A lepra em 40 Países, 1929. Typ. Inst. Oswaldo Cruz.

No Brasil, sabemos que o Asylo Colonia Curupaity, antes da ultima reforma que soffreu o regulamento sanitario federal, possuía um regulamento approved em 3-12-936, mais ou menos nas bases do primitivo regulamento de São Paulo.

*AS ALTERAÇÕES SOFFRIDAS PELO REGULAMENTO
DO D.P.L.:*

A primeira regulamentação de altas, organizada por nós em 1933, (1) quando não estava ainda completamente organizada e regulamentada a assistencia medica nos hospitaes, estabelecia as seguintes condições para alta:

"Depois de 6 mezes de tratamento continuo e regular, o doente é submettido a exame clinico e bacteriologico. Sendo este negativo, elle é então examinado pelos medicos do hospital em conjuncto, em exame clinico e dermatologico cuidadoso seguido da colheita de muco nasal após a prova de iodureto de potassio. Sendo negativos os exames bacterioscopicos e confirmadas as melhoras clinicas, o doente passa a ser considerado: "**Em observação**". Se positivos os exames, será dahi por deante re-examinado cada 3 mezes até a negatificação.

"Os casos de lepra nervosa pura — com provas de laboratorio negativas, inactivos, ou aquelles de lepra localisada, de natureza tuberculoide, são considerados desde logo na cathegoria de doentes: "Em observação", dispensando o periodo inicial de tratamento.

"Durante os 6 mezes seguintes, os doentes "**em observação**" são examinados mensalmente, sob o ponto de vista clinico e bacteriologico. Findo esse primeiro prazo de 6 mezes e caso continue negativo, passarão então para o "**Pavilhão das formas fechadas**" onde por outros 6 mezes permanecerão em tratamento e examinados sob o ponto de vista clinico e bacteriologico. Assim, após um anno de exames negativos obterá "**alta hospitalar**" para continuar seu tratamento em ambulatorio.

"Os doentes de tratamento de Ambulatorio que tiverem durante um anno os exames de laboratorio negativos gozarão de **Alta condicional**, sendo-lhes nesse caso permitido o desempenho de determinadas profissões, a juizo do Inspector-chefe;

" — Os doentes de Alta Hospitalar e Condicional manter-se-ão sob vigilancia da Inspectoria por 2 annos, examinados cada 3 mezes e sob tratamento quer com seus medicos particulares quer nos postos de tratamento".

Findo esse prazo elle será examinado por uma commissão de 3 medicos determinados pelo Inspector-chefe que lhe concederá alta definitiva, sendo-lhe então fornecido attestado, revalidado annualmente, após exame na Inspectoria, durante 5 annos.

N. SOUSA CAMPOS — O criterio das altas na Lepra. Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia V. XXVI. 1933.

"A positivação de um exame, ou o apparecimento de qualquer nova lesão, anulará todos os exames anteriores e todas as regalias adquiridas, passando a ser considerado como no estado de admissão no Posto ou Hospital".

Tal era o regulamento inicial, que serviu de base ás primeiras altas dadas na então Inspectoria, em julho de 1933.

Como se vê, desde o inicio se estabelecia o criterio de 12 exames negativos, acompanhados de satisfactorio estado clinico e assim como já se estabeleciam claramente os dois typos de Alta-Hospitalar e Condicional — conforme a forma inicial da molestia.

Em 1933, apenas o Ambulatorio e o Sanatorio Padre Bento apresentaram doentes para alta, Em 1934, já todos os hospitaes, isso fizeram. Nesse anno, entretanto, por condições especiaes, foi dispensado a um grande numero de casos as exigencias acima, ora accetando doentes com menos de 12 exames negativos, de muco e lesão, ora accetando apenas 12 exames de muco negativos, ora doentes com menos de um anno de internação, e assim o regulamento começou a soffrer os primeiros desvirtuamentos, justificados ainda pela não completa regularisação dos serviços medicos nos hospitaes. Mas as consequencias não tardaram a apparecer e nesse mesmo anno, começaram a se verificar as primeiras recidivas. Impunha-se por isso o cumprimento severo do regimento, aproveitando a pequena experiencia adquirida, e tambem porque a melhoria do serviço clinico-dermatologico já então em plena efficiencia em todos os hospitaes, permittia a exigencia do regulamento em vigor.

De 1936, para cá, pode-se dizer que o regulamento tem sido rigorosamente observado.

O contacto intimo que mantemos com a Secção de Vigilancia dos doentes de Alta, sob a cuidadosa e efficiente direcção de nosso collega, AZEVEDO SACRAMENTO, e dahi a observação e verificação da quasi totalidade dos casos recidivados, levou-nos á confecção do presente trabalho com a finalidade explicita, dentre outras a de corrigir as deficiencias verificadas, pela reforma do regulamento, que nos rege.

Antes de discutil-o, porém, diremos nosso modo de pensar.

Somos de opinião que a questão de alta deve ser regulamentada apenas em linhas geraes, e que cada caso seja julgado individualmente. A forma inicial da molestia, a presença ou não de reacções leptoticas na evolução da doença, o resultado positivo dos exames iniciaes de laboratorio (elemento naturalmente dependente da maneira, lugar e lesão em que é colhido o material), e tempo de tratamento, o numero de seus exames de laboratorio (não só a lista dos negativos, mas a lista completa durante o tempo de internação) são todos factores que merecem ser examinados na occasião da alta, pelo medico que a vae julgar.

Sabido que as recahidas clinicas se processam justamente com muito maior frequencia, nos casos inicialmente cutaneos, sujeitos a reacções repetidas, o rigor para estes casos tem forçosamente que ser maior. Ao contrario, os casos de lepra com lesões localizadas, maculosas, nervosas ou tuberculoides, que não tiveram exames de Laboratorio positivos ou que não tiveram no decurso de sua molestia reacções leproticas. são casos que merecem mais confiança na sua evolução posterior. Assim, a Alta, não é só o julgamento das condições do doente na occasião do exame. Ella deve comprehender um apanhado geral do caso, um estudo minucioso da evolução da molestia, um exame rigoroso na occasião da alta, para se ter u'a maior garantia na evolução subsequente do doente.

A determinação de um prazo fixo, predeterminado, de exames e tratamento, só pode ser feita de modo generico, como base geral de regulamentação: mas em nossa opinião o que condiciona a certeza da inactividade do case, a segurança na sua evolução posterior, é sem duvida muito mais que uma lista de exames de laboratorio, cuja falibilidade não é preciso frizar, nem a presente ausencia de lesões clinicas activas, na occasião da alta, mas o apanhado da evolução do mesmo, a forma inicial da molestia, o resultado dos exames iniciaes de laboratorio.

Fomos um grande optimista da cura da lepra de um modo geral. Nossa experiencia porem, quer de ambulatorio quer de controle dos casos em Alta, nos têm decepcionado de tal modo que hoje julgamos — até prova em contrario — fallido ou quasi, o tratamento da lepra pelo chaulmoogra nos casos mixtos ou cutâneos, pelo menos com os actuaes criterios de alta, dose e tempo de tratamento. Melhoram, é verdade, dão ao doente um aspecto satisfactorio e isso graças sobretudo ao "plancha", desaparecem os bacillos da superficie, mas na intimidade dos órgãos lá elles ficam á espera de uma causa qualquer que favoreça a satisfação de seu dermatropismo. E as reactivações clinicas se succedem. Claro que existem os casos excepcionaes, cuja melhora, cremos, mais dependem de uma reacção propria do organismo de cura expontanea, que ao proprio tratamento.

Ao contrario, para as formas iniciaes, maculosa ou nervosa, para as formas tuberculoides sobretudo, onde parece existir, mais que uma lesão habitat do germen, uma reacção tissural, de lucta do organismo contra esse germen, nos casos, afinal, parvibacillares ou abacillares de inicio, as melhoras com o chaulmoogra são nitidas, rapidas e seguras. Verdade é que aqui, muito mais que nas formas cutaneas e mixtas, as curas expontaneas são mais frequentes, sobretudo quando as possibilidades da super-infecção desappareceram.

Duas medidas de ordem prophylactica proporiamos nós das conclusões acima: a 1.^a, é de que os casos cutaneos devem permanecer no hospital por maior espaço de tempo, dois anos no minimo de negativos, com a finalidade de prever as recidivas, e 2.^a, o controle o mais completo possivel dos communicantes, para descobrir os casos incipientes os mais facilmente curaveis, os que apresentam mais garantia de não recidivarem posteriormente.

MOVIMENTO DAS ALTAS: —

O estudo que procedemos abrange todos os doentes que obtiveram alta, desde Junho de 1933, até 31 de Dezembro de 1936, sendo que as recidivas foram observadas até 30 de junho de 1937, isto é, 6 mezes depois da ultima alta. Do total geral de 642 altas, deduzimos em nosso estudo 44 casos sobre os quaes não se tem ou se teve um controle incompleto, incluidos nesses, doentes que ha mais de 6 mezes não soffreram revisão. Fomos com isso rigorosos, procurando em nossas conclusões encontrar a media de recidivas mais real possivel. Aos casos não controlados, acrescentamos 15 casos, que oriundos de outros Estados, para elles se mudaram, e sobre os quaes não possuímos dados. Não incluimos todavia 10 obitos, porquanto todos esses doentes falleceram sem terem perdido a alta. Igualmente não foram incluidos 6 doentes reinternados por condições sociaes — um por demencia —, por não terem apresentado recidiva dentro do hospital.

Total de casos	642
menos: Transferidos para outro Estado	15
Não controlados	<u>44</u> <u>59</u>
Total de casos de nosso estudo	583

Dos 583 doentes controlados, 102 recidivaram, ou sejam 17,6%.

Esse total é constituído por 279 doentes com alta condicional com 21 recidivas (7,5%) e 304 com alta hospitalar, com 82 recidivas (26,8%).

O quadro geral necessita ser dividido antes de qualquer outro commentario em 2 grandes grupos: o grupo de doentes egressos de leproario e os de tratamento ambulatorio. Nestes, a percentagem de recidiva foi de 3,7%, 7 casos em 186. Essa pequena percentagem está de accordo com a forma de molestia dos doentes de ambulatorio, sempre mais benigna.

Das 7 reactivações em doentes de ambulatorio, 2 apenas reactivaram com apparecimento de bacillos no muco e lesão, sendo hospitalisados. Os outros 5 tiveram apenas reactivação clinica, isto é, as maculas antes inactivas, se apresentaram de novo erythematosas, porem sem bacillo á pesquisa directa.

E' o seguinte o quadro das altas com o numero de recidivas por hospital, com as respectivas percentagens:

ANNOS	Ambulatorios			P. Bento			Sto. Angelo			Pirapiting.			Cocaes			Aymorés			Total geral		
	Cond.	Total	%	Cond.	Hosp.	Total	Cond.	Hosp.	Total	Cond.	Hosp.	Total	Cond.	Hosp.	Total	Cond.	Hosp.	Total	Cond.	Hosp.	Total
1933	11	—	—	11	13	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	13	35
1934	48	—	—	9	48	52	5	18	23	9	33	42	14	12	26	10	10	10	85	146	201
1935	53	—	—	6	38	44	3	29	32	4	13	17	2	—	2	—	1	1	68	81	149
1936	79	—	—	18	30	48	13	73	86	4	25	29	8	7	15	—	—	—	122	135	257
Somma	191	—	—	44	124	168	21	120	141	17	71	88	24	19	43	—	11	11	297	345	642
Menos	5	—	—	2	8	10	2	7	9	1	10	11	3	5	8	—	1	1	13	31	44
Não controlados:	—	—	—	1	3	4	2	2	4	1	3	4	1	2	3	—	—	—	5	10	15
Outros Estados:	186	—	—	41	113	154	17	111	128	15	58	73	20	12	32	10	10	10	279	304	583
TOTAL	7	—	—	5	40	45	4	20	24	1	15	16	4	6	10	—	1	1	21	82	103
Reactivações	3,7	—	—	—	—	31,2	—	—	18,9	—	—	21,9	—	—	31,2	—	—	—	7,5	26,9	17,6

ALTAS HOSPITALARES: —

Deduzindo as altas de ambulatorio do total, restam-nos 397 altas de hospitaes, sendo 93 altas condicionaes e 304 hospitalares, com um total de 103 recidivas — (17,6%) — 14 para as altas condicionaes (7,2%) e 39 para as hospitalares (27,1%). Essa differença se explica pela forma inicial de molestia, sempre melhor na alta condicional.

Dos 103 doentes recidivados, 58 foram reinternados e os demais 45 continuaram em tratamento ambulatorio, sendo que destes 8 tiveram reactivação clinica apenas.

Observamos duas reactivações clinicas que nos pareceram de natureza tuberculoides, e que a biopsia dos mesmos confirmou. Esses doentes não tiveram biopsia anterior, sendo de suppor todavia, que fossem inicialmente tuberculoides.

CAUSAS DAS RECIDIVAS: —

Forma inicial de molestia: — Nada mais difficil do que se obter uma uniforme classificação dos casos de lepra, num serviço com o numero de medicos como o nosso. A classificação de Manila trouxe uma forte confusão, sobretudo na classificação da forma mixta; na realidade a classificação antiga de LEOIR estabelece para esta cathegoria os doentes portadores de lesões lepromatosas sempre bacilliferas, ao passo que a classificação de Manila, nella inclue até as maculas anesthesicas, muita vez sem bacillos. Assim sendo as conclusões se apresentam resentindo dessa falha.

Por outro lado o nosso estudo se baseou nas formas de molestia iniciaes, quando os doentes foram observados no Departamento. E' de suppor que muitas dessas formas tenham evoluído e muito provavelmente para peor.

	Formas de Molestias									
	Tuberosa		Mixta		M. Anesthes.		Nervosa		Tuberculoides	
	N. Casos	Recidivas	N. Casos	Recidivas	N. Casos	Recidivas	N. Casos	Recidivas	N. Casos	Recidivas
Ambulatorio	—	—	—	—	175	7	11	—	3	—
Padre Bento	3	3	27	13	134	29	4	—	—	—
Santo Angelo	1	1	40	11	88	12	12	—	—	—
Pirapitinguy	1	1	16	6	57	9	15	—	—	—
Aymorés	—	—	—	—	11	1	—	—	—	—
Cocacés	—	—	9	5	26	5	7	—	1	—
TOTAL	5	5	92	35	491	63	49	—	4	—
%	—	100%	—	38%	—	12.9%	—	0%	—	0%

Mas apesar disso ellas não podiam ser mais evidentes. Os 5 casos de lepra tuberosa pura que tiveram alta, recidivaram. Isso é

muito expressivo. As formas mixtas — as que mais soffrem a confusão com a classificação de Manilla, vêm em segundo logar com 38%. Estamos certo que uma rigorosa Classificação dos casos elevaria essa percentagem, pois que ellas têm fatalmente que ser quasi a mesma que a das formas tuberosas. As maculas anesthesicas já apresentam uma percentagem menor e as formas nervosas puras e tuberculoideas não apresentaram reactivação. Muito mais de 4 casos de forma tuberculoide já obtiveram alta, mas muitos dos resultados histo-pathologicos não foram annotados nos laudos, de modo que nos singimos apenas aos registrados.

Conclusões correlatas com as de forma inicial de molestia, pois que della são, quasi que dependentes, são os:

EXAMES INICIAES DE LABORATORIO: — Aqui ainda as falhas podem ser apontadas. Um grande serviço como o nosso, em que os medicos — sobretudo os regionaes — trabalham em condições precarissimas de commodidade, pela propria natureza do serviço, a colheita de material, sobretudo de muco nasal, nem sempre pode ser feita com os rigores de technica exigidos. Quanto ás lesões, a sua escolha, o local da colheita, tem evidentemente sua importancia e nós sabemos como é difficil a sua uniformisação. Todavia como nossas conclusões só são tiradas dos resultados positivos, mais evidentes ellas seriam, por mais convincentes, se a technica fosse uniforme.

O calculo aqui é feito sobre o total dos doentes de alta.

	Muco Nasal			Lesão Cutanea		
	—	+	n/ colhido	—	+	n/ colhido
N.º Casos	510	129	3	407	151	86
Recidivas	56	46	1	32	58	13
%	10,9%	35,6%	—	7,8%	38,4%	—

Assim vemos logo, que dos 129 doentes que tiveram muco nasal de inicio, ao primeiro exame, positivo, 46, ou 35,6% recidivaram; para as lesões positivas esse numero ainda augmentou mais: 58 — para 151 ou 38,4%.

Considerando, como dissemos atraz, que a colheita de material resente em um grande numero de casos, de uma boa technica, nós vemos como os resultados positivos, de muco sobretudo, têm uma importancia capital na apreciação da evolução posterior do caso.

TEMPO DE ISOLAMENTO E DE TRATAMENTO: — Outro factor responsavel pelas recidivas como causa — ante-alta —

é sem duvida o tempo de isolamento e consequentemente o tempo de tratamento.

	Tempo isolamento em mezes				Total de medicamento em cc						Reacção Leprotica	
	6-12	13-24	25-26	— 96	1-250	256-500	501-750	751-1000	1-1000	Ignorado	Sim	Não
Pyrapitinguy	1	2	11	2	1	6	2	1	3	3	5	11
Cocoes	3	3	4	—	4	5	1	—	—	—	2	8
Aymorés	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
S. Angelo	1	7	11	5	2	5	5	3	3	—	10	14
Padre Bento	12	27	6	—	10	19	12	2	2	6	16	29
TOTAL	17	40	32	7	17	36	20	6	8	9	33	63

Sem procurar focalisar este ou aquelle hospital, vemos que 17 doentes dos 96, tiveram menos de 1 anno de isolamento; isso foi consequencia evidentemente da phase tolerante que tivemos em 1934-1935, 40 doentes tiveram menos de 24 mezes de isolamento. Sommando-se esses dois numeros temos 57 casos ou sejam 59,% dos doentes recidivados, tiveram menos de 2 annos de hospitalisação. Evidentemente está ahi uma das causas importantissimas do numero das recidivas attingir á alta percentagem que attingiu.

E' evidente que um doente que entra para o hospital, com exames positivos de muco e lesão, não pode sena excepcionalmente, negativar seus exames antes dos 6 primeiros mezes de tratamento. Descontando-se mais um ou 2 mezes logo após a internação até que elle soffra o inicio do tratamento, vemos como na realidade essa razão, isto é, o periodo de isolamento e consequente tratamento insufficiente, condiciona a recidiva.

Quanto ao tratamento, a mesma cousa:

17 doentes receberam nos hospitaes menos de 250 c.c. de chaulmoogra, 53 menos de 500 c.c. e apenas 8 doentes recidivados, tomaram mais de 1000 c.c. de oleo de chaulmoogra,

Estamos certo que as actuaes exigencias do Departamento trarão indiscutivelmente a queda do numero das recidivas, pela exigencia de maior tempo de internação, e consequente maior quantidade de medicamento.

TEMPO APÓS A ALTA EM QUE SE DEU A REACTIVAÇÃO. — E' o seguinte o quadro do tempo decorrido após a alta em que foi observada a reactivação. Aqui ainda ha certa falha na apreciação dos resultados. A data da alta é sempre determinar, mas a data exacta da reactivação, não é possível determinar porquanto quando o doente é reexaminado, quasi nunca informa o tempo da reactivação.

Reactivação	até 6 mezes	apos a	alta:.....	— 15 hosp.	2 cond.
"	de 7 a 12	"	" " "	— 14 "	5 "
"	" 13 " 18	"	" " "	— 19 "	7 "
"	" 19 " 24	"	" " "	— 9 "	5 "
"	" 25 " 30	"	" " "	— 3 "	— "
"	após mais de 30	"	" " "	— 23 "	1 "
TOTAL			— 83 "	20 "

Por ahi vemos que 33 doentes de alta hospitalar (36%) , reactivaram após o 1.º anno de alta; essa percentagem atinge a 68% no fim do 2.º anno.

b) CAUSAS APÓS A ALTA:

Irregularidade e abandono do tratamento: — Uma das causas que mais cooperaram para as recidivas foi a irregularidade na continuação do tratamento anti-leprotico. Nos hospitaes este é obrigatorio ao passo que no ambulatorio essa obrigatoriedade é relativa, pois o doente sempre acha uma razão qualquer, ás vezes real, mas ao mais das vezes ficticia, para faltar ao tratamento. Isso quando elle se trata. Mas succede que muitas vezes, allegando difficuldades de vida, se ausentam dos postos suspendendo o tratamento por longo tempo.

Condições sociaes: — Não devemos igualmente esquecer as difficuldades com que na realidade luctam os egressos de leprosaarios em se adaptar de novo a uma vida, cada vez mais difficill e da qual se acharam ausentes por tempo ás vezes longo. Os officios que são auctorizados a desempenhar além de serem, no geral, de serviços pesados, são pouco remuneradores, de modo que lhes permittem apenas um nivel de vida soffrivel. Alie-se a isso, o alcool, a vida desregrada de quem, ancioso, procura gozar uma liberdade que viu perdida. E' na realidade uma questão das mais complexas, a da assistencia aos egressos dos hospitaes, a sua localisação ahi onde possa ser controlada a continuidade de seu tratamento, mantida a vigilancia clinica indispensavel.

As condições sociaes nas altas, são julgadas pelo Director do Departamento de Prophylaxia da Lepra. E' essa uma questão das mais importantes a ser encarada. Se bem que o numero de doentes sem controle seja entre nós uma percentagem ainda relativamente baixa, 59 casos sobre 642 (9,1%) todavia, o numero de doentes recidivados foi grande, não só pelo abandono do tratamento, por não poderem esses doentes se manter em lugar com postos, como tambem pelas difficuldades que luctam após a alta.

E' de absoluta necessidade que a alta hospitalar, isto é, quando o tratamento ambulatorio e a vigilancia clinica se fazem necessarios com todo rigor, só seja permittida aos casos que offereçam na

realidade toda segurança da localização, de sustento, de possibilidades de vida satisfactorias. Sabemos que isso dificultará a saída a um grande numero de casos; mas é preferível a permanencia dos mesmos no hospital por mais anno e meio de tratamento, até que obtenham a alta condicional do que facilitar-lhes a recidiva, criando ao mesmo tempo um caso administrativo difficil, qual seja a sua vigilancia e tratamento.

CONCLUSÕES E SUGGESTÕES

1.º *Sobre a altas* —

O estudo do resultado de 4 annos de altas no Departamento de Prophylaxia da Lepra suggere algumas modificações no regimento de altas, no interesse de tornal-o mais efficiente.

A incidencia das recidivas entre os doentes inicialmente portadores de formas cutaneas, bacillemicas de lepra (tuberosa e mixta) indica a necessidade de augmentar para 2 annos pelo menos, o periodo de negatividade exigida, para a alta, para esses casos. A evolução clinica, o resultado geral de todos os exames de laboratorio, a forma inicial e o resultado dos exames iniciaes, a presença de R.L., o exame do globo ocular e anexos, o exame da mucosa nasal com a colheita de material por curetagem, são outras exigencias necessarias para uma completa apreciação do caso, que deverão constar do laudo de alta.

2.º — *Controle dos doentes:*

O controle dos doentes de alta se fará:

- a) — Por um serviço central de controle dos doentes de alta;
- b) — Pelos 4 ambulatorios na Capital;
- c) — Pelos 5 hospitaes;
- d) — Pelos 13 medicos regionaes, com os respectivos ambulatorios onde elles já existam.

Com esses elementos é possível, dando uma organização mais efficiente ao serviço, manter um controle praticamente completo. Para isso sugerimos:

a) — Os ambulatorios da Capital terão, para os doentes de alta, quer hospitalar quer condicional, uma ficha de côr, ou signal apposto á ficha clinica, de modo que nas proprias revisões tiimestraes a que estão sujeitos os doentes de Posto, sejam os mesmos encaminhados ao Serviço de Vigilancia da Séde, no tempo indicado. Os ambulatorios manterão sobre os mesmos, o controle bacteriologico, encaminhando ao Serviço de Controle todo o doente que apresente reactivação clinica ou bacteriologica.

b) — Cada hospital deverá ter um fichario dos seus doentes de alta, annotados os elementos essenciaes de apreciação de cada caso. Para esse hospital deverão ser comunicadas todas as recidivas observadas em doente do mesmo, quer seja ella clinica quer bacteriologica. Terá ao mesmo tempo um fichario de doentes que, ao sahir do hospital, fiquem sob vigilancia do mesmo. Nesse caso um medico ficará responsavel por esse serviço, providenciando a regularidade de tratamento, e as revisões clinicas nas épocas determinadas, communicando systematicamente ao serviço central de Vigilancia, o resultado desses exames,

c) — Os Serviços Regionaes que tenham ambulatorio, estarão sujeitos á mesma organização dos Ambulatorios da Capital. Caso não tenham, manterão sob vigilancia e exames de revisão os doentes de alta, em tratamento avulso e residentes na região sob seu controle, criando para isso um fichario somente de doentes de alta.

RESUMO

O estudo realizado sobre 643 Altas de doentes de lepra, de Junho de 1933 a Junho de 1937, revelou que apenas 59 doentes não foram controlados (9,3%) dos quaes 15 mudaram-se do Estado, o que reduz aquelle numero para 44 (6,8%). Entre 584 doentes controlados, foram observados 103 recidivas 17,6%. Como causa das recidivas, foi observado que a forma de molestia tem grande importancia, sendo que a forma tuberosa recidivou 100%. (5 casos) a forma mixta 38% a mac. anesthetica 12%. Nenhum doente de forma nervosa ou tuberculoide, recidivou. Baseado nessas conclusões foi proposta alteração do regulamento de altas, exigindo para os casos tutanos (mixtos e tuberosos) 24 mezes de negativos, para os casos maculosos, muco-negativos, 18 mezes e para os nervosos, maculares achromicos e tuberculoides 12 mezes. E' ao mesmo tempo proposta regulamentação do controle dos doentes de alta, aproveitando para isso os serviços regionaes, os hospitaes, assim como os ambulatórios da Capital.

SUMMARY:

The study realized on 643 leper-patients on parole, in the period of June 1933 to July 1937, demonstrated that only 59 patients were not under control (9,3%) of which 15 have left the "Estado de São Paulo", reducing that number to 44 patients (6,8%).

Among the 584 patients under control there were 107 (17,6%) that presented relapse.

As a factor of relapses it was noted that the form of the disease has great importance: as far as 100% of relapses on the tuberous, form. 38% of the mixed form and 12% of the macular form. Not one of pure nervous or of the tuberculoid forms has relapsed.

Based on these numbers, it was proposed the alteration of the parole regulations, demanding for the cutaneous cases (mixed and tuberous forms) 24 months of negative examinations; for the macular cases, 18 months and for the pure nervous and tuberculoid forms. 12 months. At the same time it was proposed concerning regulations to control patients on parole, availing for this purpose the services in the various districts, in the hospitals and the Dispensary Services in São Paulo.