

**Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de
São Paulo**

DO
RELATÓRIO DO DR. LAURO DE SOUZA LIMA

Diretor do Sanatório "Padre Bento"

Membro da Representação Brasileira e
Delegado do Estado de São Paulo ao 1.º
Congresso Internacional de Lepra no
Cairo em 1938, apresentado ao Director
do D.P. L.

KINGDOM OF EGYPT

International Congress of Leprosy - Cairo. 1938

Bureau: Faculty of Medicine
Tel. 45431

Cairo. March 28th. 1938.

CERTIFICATE

This is to certify that Dr. Lauro de Souza Lima has kindly handed over his film of the Leper Colonies in St. Paulo to be exposed in Egypt for educational purposes to dr. M. Dalgamouni the Secretary General Adjoint of the International Congress of Leprosy.

(a) Dr. M. Dalgamouni
Secretary General Adjoint
Dr. M. Dalgamouni

A representação brasileira à IV.^a Conferência Internacional de Lepra, do Cairo, constituída pelos Drs. ERNANI AGRICOLA, Chefe da Representação, RABELO JUNIOR e do delegado do Estado de São Paulo, como delegados oficiais, Drs. HENRIQUE MOURA COSTA, H. C. DE SOUZA ARAUJO e D. EUNICE WEAVER, como delegados extra-oficiais, chegou ao Cairo no dia 19 de Março de 1938.

No dia 20 do mesmo, entregou o representante de São Paulo à Secretaria da Conferência os trabalhos de que era portador e o film do Departamento de Profilaxia da Lepra, cuja exibição foi logo marcada para 23-3-38, às 20 horas, no anfiteatro de Parasitologia da Faculdade de Medicina. Nessa ocasião fomos informados de que do acôrdo entre a Comissão Executiva da Conferência e o Governo do Egito a reunião científica que se iniciaria no dia seguinte seria denominada 1.^o CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA diferenciando-se das três Conferências já realizadas, visto que ao 1.^o Congresso eram admitidos tanto Delegados Oficiais como quaisquer pessoas que se interessassem pelo problema da Lepra, enquanto que às três Conferências anteriores só eram admitidos Delegados oficiais.

Ao entregar os trabalhos paulistas fomos cientificados das seguintes resoluções do Comitê Executivo do 1.^o Congresso:

- a) Só serão lidos em plenário os trabalhos de autores presentes ao Congresso; os dos ausentes seriam *lidos apenas pelo título*;
- b) Os delegados presentes teriam 15 minutos em cada sessão para leitura, podendo ler um ou mais trabalhos dentro deste prazo.

Assim sendo da lista de trabalhos de São Paulo, abaixo discriminada, apenas o primeiro seria levado a plenário, os demais lidos pelo título e, todos, publicados nas atas do Congresso.

Trabalhos de São Paulo entregues à Secretaria do Congresso:

- 1.) Manifestações precoces da lepra em São Paulo. Aspectos clínicos e evolução - Drs. NELSON DE SOUZA CAMPOS e LAURO DE SOUZA LIMA.
- 2.) Aspectos clínicos do lepra tuberculolde na Infância - Dr. NELSON DE SOUZA CAMPOS.
- 3.) Alguns aspectos da imunidade na lepra e sua Importância na Epidemiologia, Patogenia e Classificação da molestia - Dr. ABRAHÃO ROTBERG. (*)
- 4.) O equilíbrio proteico do soro sanguíneo na lepra - Dr. MOACYR DE SOUZA LIMA.
- 5.) Lepra e Amputações - Dr. LINEU M. DA SILVEIRA.
- 6.) Influência da Reação leprótica na evolução das lesões cutâneas da lepra Dr. LUIZ M. BECHELLI e EDISON DA COSTA VALENTE.
- 7.) Exposição relativa à **Coroidite leprótica precoce** de Hoffmann Dr. SERGIO DO VALLE.

(*) De colaboração com o Centro Intemadonal de Leprologia, do Rio de Janeiro.

- 8.) Influência da tuberculose pulmonar sobre a evolução das lesões cutâneas precoces - Drs. LUIZ M. BECHELLI e JOÃO S. GUIMARÃES.

Informaram-nos ainda que o Comité Executivo do Congresso havia recebido um convite da Cidade de Paris para que lá fosse realizado o II Congresso Internacional de Lepra. A aceitação, ou não, deste convite seria discutida em sessão plenária por ocasião do encerramento do Congresso.

Entregaram-nos neste primeiro dia:

a.) O folheto de resumo dos trabalhos a serem apresentados (Brief Summary of the Communications to be read at the International Congress of Leprosy).

Neste folheto estão os resumos dos trabalhos de São Paulo nos. 1, 2, 3 e 4, e mais os seguintes que não nos foram entregues:

- 1.) O Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo Dr. FRANCISCO DE SALLES GOMES JUNIOR
- 2.) Lepra e Tumores malignos - Drs. MARTINS DE CASTRO Sr. e Jr.

Como a publicação das Atas do Congresso demorem, ainda, um ano, no mínimo, estes trabalhos poderão ser enviados ao Encarregado da publicação (Dr. M. DALGAMOUNI, Leprosy Expert. Inspector Chest Diseases and Leprosy Section .Ministry of Public Health. Cairo - Egypt).

b.) Lista dos Membros inscritos.

Inscreveram-se como Congressistas 452 pessoas, das quais 376 medicos e 76 senhoras, porem calculando-se o comparecimento pelo número de trabalhos lidos, apenas 44% dos inscritos estiveram presentes ao Congresso.

c.) Programa definitivo do Congresso.

A distribuição dos trabalhos fui:

- 1.) Sessões plenárias para leitura dos trabalhos, das 9 as 12,30.
- 2.) Funções sociais (visitas, passeios, chás, etc. das 2 as 5 13. p.m)
- 3.) Reuniões dos Sub-Comités para redigir as recomendações do Congresso, das 21 em diante.

Dia 21 de março —

Primeira Sessão Plenária. Foi dedicada á leitura da Secção "A". Grupo 1 *Epidemiologia* e Grupo 2 - *Distribuição Geografica*. 21 trabalhos inscritos, foram lidos 11. Nesta sessão leu um trabalho o representante do Brasil H. C. de SOUZA ARAUJO —

"*Alguns aspetos epidemiologicos da Lepra no Brasil*", fazendo referências elogiosas ao Serviço de São Paulo e reclame do film.

Foi-nos entregue o Boletim N.º 1, contendo os discursos da Sessão Inaugural realizada na Ópera do Cairo. As mesas que deveriam presidir as reuniões científicas e a formação dos Sub-Comitês que deveriam redigir as resoluções do Congresso.

Todos os representantes brasileiros, menos o delegado de São Paulo, foram indicados para fazer parte de 1 dos 3 sub-comitês (*Classificação, Tratamento e Epidemiologia e Controle*). As indicações partiram do sr. H. DE SOUZA ARAUJO, vice-presidente da secção de Oeste da *International Leprosy Association*. Entretanto estes Sub-comitês foram, posteriormente, alterados, entrando para o de Classificação os Srs. Drs. BALIÑA, BASSOMBRIO e a representante de São Paulo para o de tratamento. Estas modificações foram propostas pelo Prof. Dr. BALIÑA, representante da Argentina e designado pelo Comité Executivo do Congresso para chefe da representação Sul-Americana.

Não obstante termos sido incluído no Sub-comité de Tratamento, dada a importância do centro paulista de leprologia, fomos convidados pelo Presidente do Sub-comité de Classificação a comparecer as suas reuniões para dar a opinião de São Paulo sobre as "bases" da classificação das formas de lepra. Assim, comparece-mos às 2.^a e 3.^a reuniões deste Sub-Comité, expressando o que pensamos ser o pensamento de São Paulo, conforme se verá ao relator-mos as Reuniões do Sub-Comité de Classificação.

Dia 22 de Março —

A sessão plenária foi dedicada á leitura dos trabalhos da Secção "B". Esta foi dividida em 6 grupos:

Grupo 1 - Lepra nervosa e tuberculoide - 7 trabalhos
Grupo 2 - Classificação - 4 trabalhos
Grupo 3 - Lepra precoce - 2 trabalhos
Grupo 4 - Reação - 2 trabalhos
Grupo 5 - Estado ocular - 3 trabalhos
Grupo 6 - Miscelânea - 7 trabalhos

Dos 29 trabalhos inscritos apresentaram-se apenas 10. No grupo 1 foi lido pelo titulo o trabalho de São Paulo — Brasil — "*Aspetos clínicos da Lepra Tuberculoide na Infância*" do Dr. NELSON DE SOUZA CAMPOS. No grupo 2, o trabalho "*Alguns aspetos da imunidade na lepra relativos a Epidemiologia, Patogenia e Classificação das formas clinicas*" do dr. ABRAÃO ROTBERG. No grupo 3, lemos o trabalho "*Sintomas precoces da Lepra em São Paulo. Aspetos clínicos e evolução*", de colaboração com o Dr. NELSON DE SOUZA CAMPOS.

Não houve discussão Foi-nos entregue to Boletim n.º 2 com a lista total dos trabalhos e o anúncio do film de São Paulo, Brasil.

Dia 23 de Março —

A sessão plenária foi dedicada á leitura dos trabalhos da Seção "C", dividida em 7 grupos:

- Grupo 1 - **Cultura**, com 2 trabalhos
- Grupo 2 - **Inoculação**, com 2 trabalhos
- Grupo 3 - **Reações de sensibilização**, com 4 trabalhos
- Grupo 4 - **Reações sorológicas**, com 5 trabalhos
- Grupo 5 - **Chalmoogra**, com 5 trabalhos
- Grupo 6 - **Histopatologia**, com 2 trabalhos
- Grupo 7 - **Bioquímica**, com 2 trabalhos.

Do total de 22 trabalhos foram lidos 12. O trabalho de São Paulo, — Brasil — "*Equilíbrio proteico do soro sanguíneo na lepra*", do Dr. MOACYR DE SOUZA LIMA, inscrito no Grupo 7, foi adiado para a sessão de 26 de Março, pelo adiantado da hora.

No Grupo 2, foi lido o trabalho "*Da inoculação experimental da Lepra no homem*", do Dr. LAGONDAHY, que se inoculou, fazendo uma injeção endovenosa de sangue colhido de doente de forma lepromatosa avançada. 3 meses depois surgiram os primeiros sintomas cutâneos (nódulos, manchas. etc.) . O experimentador iniciou o tratamento, tendo melhorado muito, mas ainda apresenta sintomas de atividade. O autor foi longamente aplaudido pelos Congressistas.

Neste dia foi distribuido o Boletim n.º 3, do qual constam 3 trabalhos de São Paulo — Brasil —, sob a rubrica "*Trabalhos recebidos sem prévia notificação*"; são:

1. **Influência da reacção leprotica na marcha das lesões cutâneas leproticas**, de LUIZ M. BECHELLI e E. DA COSTA VALENTE.
2. **Exposição relativa á "Coroidite leprosa precoce" de Hoffmann**, de SERGIO DO VALLE.
3. **Influenciada tuberculose pulmonar sobre a evolução das lesões cutâneas leproticas**, de L. MARINO BECHELLI e J. DA SILVA GUIMARÃES.

* * *

Foi anunciada a morte do dr. LLERAS COSTA, em Marseille, quando em caminho para o Congresso.

* * *

Dia 24 de Março —

A sessão plenária foi dedicada á leitura dos trabalhos da Secção "D", dividida em 4 grupos:

Grupo 1 - **Tratamento chalmogrico**, 6 trabalhos

Grupo 2 - **Tratamento especial**, alem do Chaulmogra, 6 trabalhos

Grupo 3 - **Tratamento pelos corantes**, 2 trabalhos

Grupo 4 - **Miscelânea**, 6 trabalhos.

Do total de 20, foram lidos 7 trabalhos.

Foi distribuido o boletim n.º 4.

Dia 25 de Março —

A sessão plenária foi dedicada á leitura dos trabalhos da Secção "E", sobre "Controle", com 20 trabalhos inscritos, dos quais somente 10 foram apresentados.

Ás 20 horas, realizou-se no anfiteatro de Parasitologia da Faculdade de Medicina a exhibição do filme do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, Brasil, comparecendo grande número de Congressistas com suas senhoras. O filme provocou em cada intervalo de suas partes calorosas palmas, sendo grande a admiração dos presentes pelas realizações de São Paulo em matéria de segregação. Terminada a exhibição, o Dr. HEISER, presidente da INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION agradeceu aos representantes brasileiros a magnifica oportunidade de conhecer o trabalho realizado em São Paulo, afirmando "não conhecer em qualquer outra parte do mundo realização tão maravilhosa". Os representantes brasileiros foram felicitados individualmente pelos presentes. Fomos nessa ocasião procurados pelo dr. M. DALGAMOUNI, secretário Geral do Congresso e Inspector da Lepra no Egito, que vivamente se empenhou conosco para que lhe cedéssemos o film, a titulo de emprestimo, afim de fazer propaganda no Egito da Campanha Antileprótica, obrigando destarte o governo a fornecer-lhe as verbas necessárias. Instava ainda mais que o Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo lhe enviasse um Relatório completo de sua organização ,acompanhado de graficos e do maior numero possivel de fotografias.

Tal foi o interesse despertado pelo filme que fomos forçados a ceder, ainda que não autorizados a tanto, atendendo á finalidade a que se destinava, pensando que só com isto o Brasil daria uma contribuição inestimavel ao Congresso e especialmente prestaria um beneficio aos doentes de lepra daquele pals. Exigimos, contudo, do Dr. DALGAMOUNI um documento comprobatório do emprestimo do filme, e que regularizasse a situação do mesmo na alfandega de Alexandria, onde firmamos um documento de responsabilidade, comprometendo-nos a mostrar o filme á saída do Egito. Esta segunda parte não foi cumprida pelo Dr. DALGAMOUNI, e só pudemos deixar aquele pais graças á intervenção do consul brasileiro em Alexandria, Dr. JOSE' LAVRADOR, que se incumbira tambem da devolução do filme.

Pretenderam, ainda, o filme como empréstimo a Sra. D. EUNICE WEAVER, para exibi-lo nos Estados Unidos da América Do Norte e o Sr. H. C. DE SOUZA ARAUJO, para exibi-lo na Belgica.

Foi distribuido neste dia o boletim n.º 5.

Obtivemos suas impressões sobre o filme do Prof. MAR-CHOUX e do dr. H. VEGAS, delegado da Venezuela.

Dia 26 de Março —

A sessão plenária foi dedicada a leitura dos trabalhos da secção "F", dividida em 3 grupos:

Grupo 1 - **Lepra do rato**, com 3 trabalhos

Grupo 2 - **Organizações privadas**, com 2 trabalhos

Grupo 3 - **Miscelânea**, com 7 trabalhos, e mais os trabalhos restantes do Grupo "C".

Do total 12, foram lidos apenas 8 trabalhos.

Nesta sessão foi chamado o trabalho "*Equilíbrio proteico do soro sanguíneo na Lepra*" do Dr. MOACYR DE SOUZA LIMA.

Dia 27 de Março —

Neste dia realizou-se, pela manhã, a sessão ordinária da INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION. A' tarde, a sessão de encerramento do Congresso. Na sessão da manhã foi eleito Presidente da International Leprosy Association o Prof. MARCHOUX, e vice-presidente da Secção de Leste, o Dr. J. LOWE, da de Oeste, o Prof. BALIÑA.

Na sessão de encerramento foi votado o convite de Paris para a realização do II Congresso (O Brasil foi posto de lado, por não haver "convite especial" para a realização do Congresso e custéio das despezas, tendo sido proposto pelo Prof. BALIÑA). Aceita a séde do Congresso, votou-se o tempo de sua realização: 3, 4 ou 5 anos. A maioria, nós indusivé, votou pelo prazo de 5 anos. Ficou, assim, assentado que o proximo II Congresso Internacional de Lepra será realizado em Paris, em Junho de 1943.

O prof. MARCHOUX propôs, e foi aceito, um voto de louvor ao Sr. G. GUINLE, pelo muito que tem feito pela lepra no Brasil. Foi distribuido o Boletim n.º 7 e encerrado o Congresso.

* * *

REUNIÕES DO SUB-COMITE' DE CLASSIFICAÇÃO

Convidados a opinar sobre alguns pontos examinados pelo Comité, comparecemos á 2.^a e 3.^a reuniões do mesmo.

De uma maneira geral, a orientação dos trabalhos do Comité coincidiu com o nosso memorial apresentado ao Dr. NELSON DE SOUZA CAMPOS, juntamente com a tradução do trabalho de H. W. WADE "*A proposed Revision of the Memorial Conference Classification of Leprosy*", ao qual devia servir de Introdução, expressando o ponto de vista do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo. Esta orientação consistiu em estabelecer de início os fatos "incontestáveis" para depois considerar os fatos "contra-vertidos", estabelecendo a divisão básica das formas de lepra, em seguida sua divisão em sub-tipos pela severidade da moléstia e pelas variedades dos mesmos e em seguida discutir a terminologia e os símbolos a empregar.

O primeiro fato incontestável estabelecido foi a perfeita individualização da, até esta data, denominada *forma cutânea* da lepra. cujos característicos clínicos, bacteriológicos, imunológicos, e prognósticos a separam nitidamente das demais formas.

Estabelecida esta premissa restava determinar o primeiro fato controvertido, como classificar os casos não incluídos na forma cutânea: a) se em uma única forma, como na classificação de Manila, a "*forma nervosa*", ou b) se em duas formas distintas (1) *forma nervosa* e (2) *forma tuberculoide*; em outros termos se se deveria dar individualidade própria á *forma tuberculoide*.

Debatida a questão resultou que se representantes do Brasil (RABELO JR.) e os da Argentina (FERNANDEZ, BASSOMBRIO e BALIÑA), opinavam pela separação dos demais casos em "forma nervosa" e "forma tuberculoide", enquanto que WADE, LOWE, DUBOIS, GERMOND e KLINGMUELLER, opinavam pela conservação de uma forma única, a *forma nervosa*. Nessa ocasião, fomos convidados a dar a opinião de São Paulo. Esta já é conhecida pelo referido memorial. Em resumo foi n seguinte o nosso ponto de vista:

"Acreditamos que o fator principal de desacordo está na adopção do termo "cutâneo" para a primeira forma; e a opinião quasi unanime de São Paulo e que seja ele substituído por "lepromatoso" (Se bem que não se tratasse ainda da questão de terminologia, este ponto era capital para a solução do problema). Teríamos, assim, uma primeira forma de lepra: forma lepromatosa. sobre a qual não ha discrepâncias.

Os demais casos, adotada a denominação lepromatosa, deveriam constituir, pelo menos no momento, um grupo único "a forma nervosa", visto que (1) nossos conhecimentos atuais sobre a lepra tuberculoide não são precisos, pelo pouco tempo de observação que temos de tal forma, não se podendo de maneira absoluta fixar pontos importantes, como seja a "evolução" normal destas formas, sua

"fixidez" como forma ou sua mutabilidade: (2) que as diferenças entre a forma lepromatosa e as formas nervosa e tuberculoide são nítidas, ao passo que entre a nervosa e a tuberculoide são apenas de grau.

Acreditamos contudo que houvesse em São Paulo 3 correntes:

- (1) **dualistas** - (a) lepromatosa
(b) nervosa (tuberculoide como variedade) abrangendo a maioria;
- (2) **trialistas** - (a) lepromatosa
(b) nervosa
(c) tuberculoide;
- (3) **indiferentes** - que aceitavam uma ou outra.

Nas duas reuniões que tivemos oportunidade de assistir, foi-nos dado admirar o bom senso e critério, e "savoir-faire" do Presidente deste Comitê, Sr. Dr. H. W. WADE, para dirigir e orientar os trabalhos, sua deferência especial para os sul-americanos, como eramos denominados.

Nós pensamos ser muito satisfatória a classificação adotada pelo Comitê, atendendo principalmente às condições especiais da maioria, que trabalham como "missionários", em condições precárias, com enorme número de pacientes, sem assistentes, sem laboratório, para os quais até uma reação de Mitsuda é impraticável. Alguns destes leprologos têm a seu cargo colônias com mais de 700 pacientes (GERMOND, HOLM, ROSE) para administrar e tratar sozinhos. É evidente que não poderão nunca descer a minúcias de uma classificação apurada.

* * *

RELATÓRIO DO SUB-COMITÊ DE CLASSIFICAÇÃO

(Este comitê foi constituído por Dr. H. W. WADE (Presidente), Dr. R. G. GERMOND (Secretário) e Drs. P. L. BALIÑA, A. DUBOIS, J. M. FERNANDEZ, V. KLINGMUELLER, J. LOWE e RABELO Jr.).

A CLASSIFICAÇÃO DA LEPRO

Os problemas sobre classificação de casos de lepra devem ser considerados amplamente, tendo em mente tanto (a) as necessidades e condições de trabalho do prático rural, a quem a classificação é necessária para fins de prognóstico, tratamento e controle, mas que não pode empregar métodos esmerados ou que exijam tempo prolongado, e (b) os requintes de diferenciação que são possíveis aos especialistas empregando métodos especiais de investigação. A maioria dos que trabalham em lepra, fazem-no em circunstâncias tais que exigem que a classificação básica ou primária seja tão simples quanto possível.

Os progressos nos conhecimentos das formas de lepra e da natureza do processo leprótico realizaram-se depois que a classificação, que é agora mais geralmente empregada, foi adotada pela *Leonard Wood Memorial Conference on Leprosy*, em 1931, e já é possível modificar alguns dos termos daquela classificação para eliminar certas causas de desinteligências. Contudo, nossos conhecimentos sobre o assunto não progrediram ainda a ponto de ser possível alcançar unanimidade de opiniões sobre certos aspetos essenciais.

Recomenda-se que, presentemente, a divisão básica da lepra em dois tipos, segundo a orientação estabelecida pela classificação da Memorial Conference, seja mantida, até que estudos posteriores sobre assunto permitam a obtenção de unanimidade. Recomenda-se, além disso que as pesquisas futuras se orientem na diretriz indicada pelas questões propostas pela minoria deste comité, das quais a principal é: se o tipo nervoso (neural) da Memorial Conference deve ou não ser dividido em dois tipos principais distintos, "nervoso simples" e "tuberculoide". Presentemente predomina a opinião que esta divisão seja considerada como sub-tipo ou variedade.

Fizeram-se frequentemente objeções ás denominações usuais dos dois tipos (isto é "nervoso" e "cutâneo") pela confusão que surgia do sentido especial em que os empregava na classificação da lepra, em virtude das dificuldades de tradução em outros línguas e por motivos outros. Contudo nenhuma outra palavra se propoz que estivesse isenta de objeções semelhantes. E' opinião do Comité: (a) que presentemente, pelo menos, o termo "nervoso" (neural) deva ser mantido, para o tipo ao qual se aplica; (b) visto "cutâneo" ter demonstrado ser particularmente confuso, seu emprego deve ser abandonado, e seja ele substituído pelo termo "lepromatoso", cujo símbolo e "L".

Propõe-se que a definição dos dois tipos da classificação da Memorial Conference seja corrigida, como segue:

CLASSIFICAÇÃO PRIMÁRIA

Tipo nervoso (Neural) N — Todos os casos da forma "benigna" da lepra, com distúrbios de natureza polineurítica (isto é, alterações da sensibilidade periférica, distúrbios tráficos, atrofia e paralisias e suas sequelas), ou máculas de natureza não lepromatosa, isto é, léprides habitualmente com distúrbios sensitivos localizados), ou ambos. Estes casos evidenciam relativa resistência á infecção, são de prognóstico relativamente bom em relação á vida, se bem que possa haver mutilação, e geralmente reagem positivamente a leprolina. As lesões da pele são bacteriologicamente típicas, porem

não invariavelmente, negativas, pelos métodos padrões de exame, se bem que se possa achar a mucosa nasal positiva.

Muitas destas lesões são histologicamente de natureza tuberculoide.

Tipo lepromatoso (L) — Todos os casos da forma maligna da lepra, relativamente não resistentes e de mau prognóstico, habitualmente negativos a leprolina, tendo lesões lepromatosas da pele e de outros órgãos, especialmente dos troncos nervosos. O exame bacteriológico revela geralmente abundantes bacilos. Os distúrbios de natureza polineurítica podem, ou não, estar presentes; estão ausentes habitualmente nos estádios precoces e presentes nos estádios mais tardios dos casos primariamente lepromatosos e muitas vezes presentes nos que se originam secundariamente da forma nervosa.

SUB-CLASSIFICAÇÃO

A sub-divisão dos tipos de lepra pode ser feita sob dois pontos de vista: (a) em relação ao grau de adiantamento da moléstia e (b) em relação as formas ou variedades dos casos dentro de um tipo (isto é, sub-tipos), baseada na natureza das lesões. O primeiro método de sub-divisão é o da classificação da Memorial Conference, e demonstrou ser útil a muitos pesquisadores, especialmente aos que tratam largamente com grande número de casos. O último é, geralmente empregado quando se trata mais precisamente de casos individuais. Ambos tem seu emprego e devem ser compreendidos mas ainda não se conseguiu numa fórmula pratica geralmente applicavel, para combinar os dois. Tratamos dos dois separadamente.

1 — **SUBCLASSIFICAÇÃO GERAL** (Pelo grau de adiantamento). As especificações que se seguem são inevitavelmente algo grosseiras, porem indicam de um modo geral as bases da divisão nos 3 graus de adiantamento de cada tipo.

Nervoso 1 — (N1) - nervoso leve: (a) casos com, de 1 a várias pequenas maculas, ou um número proporcionalmente menor de grandes máculas, seja planas ou elevadas, sem indicação de alterações polineuríticas, ou (b) casos que apresentam somente alterações polineuríticas de grau leve: distúrbios da sensibilidade periférica, que afetam uma ou duas extremidades, de extensão não acentuada, apenas com distúrbios tróficos mínimos, atrofia musculares ou paralisias, se existirem, ou (c) casos que apresentam combinações de manifestações maculares e polineuríticas em grau equivalente de afeção total.

Nervoso 2 (N2) — Casos nervosos moderadamente avançados: (a) casos com máculas grandes ou bastante numerosas, ou de ampla

distribuição, sem evidência de alterações polineuríticas, ou com tais manifestações em grau leve, ou (b) casos que apresentam apenas alterações polineuríticas de grau moderado: anestesia periférica de extensão considerável, se afetando só uma extremidade, de menor extensão se mais de uma; e alterações tróficas, atrofia e paralisias, incluindo contraturas iniciais, se de extensão limitada ou (c) casos que apresentam combinações de grau total equivalente.

Nervoso 3 (N3) — Nervoso avançado: (a) casos com lesões maculares muito numerosas ou muito extensas das espécies mais acentuadas ou (b) casos que apresentam apenas alterações polineuríticas avançadas: anestesia periférica extensa e distúrbios tróficos e motores mais ou menos acentuados: paralisias, atrofia, contraturas, úlceras tróficas e mutilações ou (c) casos que apresentam combinações de grau total equivalente.

Lepromatoso 1 (L1) — Lepromatoso leve: casos com lesões lepromatosas da pele que consistem em 1 ou 2 áreas maculares, ou poucas e pequenas áreas infiltradas, ou pequenos nódulos, ou alterações lepromatosas difusas de grau leve; as lesões da mucosa nasal estão geralmente ausentes.

Lepromatoso 2 (L2) — Casos lepromatosos moderadamente avançados; casos com áreas maculares numerosas ou pequenas e numerosas ou algumas infiltrações grandes, ou nódulos ou alterações lepromatosas difusas de grau moderado: as lesões da mucosa nasal estão frequentemente presentes.

Lepromatoso 3 (3) — Lepromatoso avançado: casos com lesões lepromatosas numerosas e extensas ou muito acentuadas, que podem variar em seu estágio de progressão ou de regressão: as lesões da mucosa nasal estão quase sempre presentes.

Casos mistos: — Deve-se reconhecer como um tipo, os casos mistos. Contudo, os casos do tipo lepromatoso apresentam habitualmente, mais cedo ou mais tarde, graus variáveis de comprometimento polineurítico, e, para clareza, tais casos "mistos" ou "completos" podem ser designados por L N. Ao símbolo L deve-se dar precedência, sem considerar a natureza original do caso ou a severidade relativa dos dois elementos, em virtude da importância predominante do elemento lepromatoso. Na graduação do adiantamento destes casos os algarismos apropriados são colocados depois de cada símbolo; por exemplo: L2N1, ou L1N3.

Casos nervosos secundários — Os casos que foram previamente de tipo lepromatoso com aspectos polineuríticos (casos mistos), mas nos quais as lesões lepromatosas resolveram-se deixando apenas as manifestações polineuríticas, são denominados "nervosos secundários".

2. SUBCLASSIFICAÇÃO ESPECIAL (segundo a natureza das lesões apresentadas) -

1. *Tipo lepromatoso* — Não se estabeleceram quaisquer variedades do tipo lepromatoso, que sejam suficientemente distintas, frequentes e gerais na ocorrência para exigir reconhecimento em uma classificação formal. Em alguns lugares (por ex. Índia) onde muitos casos apresentam, pelo menos durante um certo tempo, comprometimento da pele, extenso e difuso, não localizado em máculas ou infiltrações, poderia haver vantagem em distinguir tais casos que poderiam ser indicados pelo símbolo (d) mas não é certo que esta divisão seja geralmente empregada.

2. *Tipo nervoso* — O tipo nervoso da lepra pode ser dividido em 2 sub-tipos principais, a saber: *anestésico* e *macular*. Para certos fins, uma tal sub-classificação pode ser suficiente. Contudo, para trabalho mais preciso, a variedade macular deve ser dividida em "simples" e "tuberculoide", e esta pode ser ainda dividida em formas "menor" e "maior". Para isto, propõe-se o seguinte:

Tipo neural	[Anestésico (não macular, polineurítico) Na
		Macular simples (com máculas planas) Ns
		Macular tuberculoide (menor e maior) Nt

ANESTÉSICO — Esta variedade de lepra nervosa apresenta somente evidência de comprometimento de troncos nervosos (alterações polineuríticas e sequelas) sem lesões maculares na pele.

MACULAR SIMPLES — Os casos maculares simples compreendem uma proporção considerável dos que se encontram: apresentam lesões da pele (léprides) que não tem, ou apenas muito leve, elevação ou infiltração palpável. Quando esta presente a elevação é muitas vezes difícil percebê-la à luz difusa, e a superfície é lisa, não granular ou pedregosa na aparência: tal elevação limita-se geralmente a uma estreita zona marginal. As lesões residuais, que são sem elevação e, portanto, "simples", pela definição (ainda que possam estar afetadas pela cicatrização) não devem ser consideradas como uma variedade separada.

MACULAR TUBERCULOIDE — Este sub-tipo, como se afirmou, pode ser dividido em 2 grupos, que são aqui descritos separadamente.

a) *Tuberculoide menor* — As lesões assim designadas são as menos acentuadas da espécie que se tornou geralmente reconhecida como histologicamente tuberculoide, e que é clinicamente, como tal, reconhecida com certeza. Estas lesões apresentam elevação definida, de aparência característica, se bem que haja variações consideráveis. São habitualmente notáveis pela irregularidade de su-

perfície, devida á natureza essencialmente focal e localização superficial do processo tuberculoide. Esta condição pode produzir faixas elevadas, ou áreas, que podem ser continues ou descontínuas, mesmo ao ponto de produzir população solida. Ocasionalmente o processo é relativamente profundo no derma, caso em que a superfície pode ser relativamente lisa e a aparência pode, por isso, aproximar-se da de algumas das lesões tuberculoides major, porem o grao da condição é menor em relação a esta forma.

b) *Tuberculoide major* — As lesões assim designadas são as mais notavel e grandemente elevadas, às quais o reconhecimento como tuberculoide se limitava no passado. Elas são "major" tanto no grão como na natureza do processo patologico. Tipicamente o processo invade as camadas mais profundas da pele a um grao acentuado, e tambem o tecido subcutâneo, e, por extensão ulterior aos nervos cutâneos em conexão com as máculas, pode produzir grande comprometimento destes. As máculas desta variedade são as que teem maiores probabilidades de serem confundidas com lepromas, especialmente quando são (a) pequenas, porem esparsas, morfologicamente nodulares, (b) em estado de reação, avermelhadas, túrgidas e lisas ou (c) bacteriologicamente positivas. Um aspeto que auxilia diferencia-las é sua delimitação nítida e sua distribuição frequentemente assimétrica. Outro aspeto ocasional é a tendência ao desenvolvimento de acentuado espessamento dos nervos cutâneos locais, condição que as vezes se estende aos troncos principais de uma extremidade afetada, introduzindo assim um elemento polineurítico secundário. Um ponto de importância é a frequência com que estas lesões iniciam abruptamente um estado de reação e a relativa rapidez — e muitas vezes a perfeição — com que desaparecem.

DEFINIÇÕES

Com o fim de ampliar certos aspetos destas propostas e facilitar atingir a uniformidade na sua aplicação, são adotadas as seguintes definições:

Leproma — O estado lepromatoso, que é o aspeto diferencial do tipo de lepra assim denominado, é um estado granulomatoso no qual os tecidos invadidos apresentam a tolerância maxima em relação aos bacillos. O aspeto histologico essencial é um acúmulo de "celulas leproticas" que podem apresentar pouca diferenciação em relação a sua forma original (os macrófagos) ou podem conter globi, ou podem sofrer vacuolização múltipla para produzir a chamada célula de Virchow, que são muitas vezes multinucleadas. As células leproticas contem bacilos em numero consideravel, ainda que os bacilos possam aparecer em celulas de outros tipos. As

lesões granulomatosas na pele podem ser tão leves, a ponto de ser imperceptíveis, indo até às infiltrações extensas acentuadas ou às massas nodulares conspícuas. Como regra, são mais mal definidas e de limites mais difusos do que as léprides e não apresentam a mesma tendência a extensão radial ou As mesmas alterações na cor e sensibilidade.

Lépride — Este termo se aplica às lesões maculares discretas que são características da lepra nervosa, quando a pele está comprometida. As léprides variam grandemente na aparência, dimensões e em relação à elevação; elas podem ser planas ou acentuadamente espessadas; podem ser de superfície lisa ou muito irregular ("granular", ou "pedregosa" ou "micropapulosa"); tendem a aumentar radialmente e fundir-se com as adjacentes e sofrer resolução central. Os distúrbios de percepção sensitiva, leve ou acentuada, são um aspeto típico, se bem que seu desenvolvimento possa ser retardado. As léprides definitivamente elevadas, pelo menos, são granulomatosas, sendo seu aspeto essencial a alteração tuberculoide não específica, com a qual ha habitualmente infiltração banal cronica inflamatória de grao variável.

Os nervos cutâneos associados podem ser similarmente afetados e podem sofrer necrose e mesmo formação de abcesso frio, se bem que estas lesões resultem da reação do tecido à presença do bacilo da lepra, ordinariamente não se encontram bacilos nos esfregaços, e, apenas em pequeno número nos cortes. Em casos ocasionais, contudo, especialmente durante ou depois de um estado reacional, podem-se encontrar bacilos nos esfregaços e estes podem ser numerosos.

Leprotico e leproso — Estes termos devem ser empregados somente em seu sentido geral, significando o que pertence à lepra, ou que está afetado de lepra.

Lepromatoso — Este termo significa a natureza, ou o que possui as qualidades de leproma. Em classificação, aplica-se aos casos com esta forma de lesão.

Mácula — Este termo é especificamente aplicado às léprides (tipo nervoso de lepra), mas algumas vezes é empregado para designar áreas lepromatosas. Significa uma área circunscrita de pele de cor anormal — variando amplamente neste caráter em diferentes raças, porém habitualmente hipopigmentadas, ocasionalmente hiper-pigmentada e muitas vezes eritematosas, comumente com outras anormalidades de superfície, sendo tais alterações evidentes no todo ou apenas em partes da área. Na terminologia da lepra emprega-se sem consideração à presença ou ausência de infiltração ou elevação.

Infiltração — Este termo é muitas vezes aplicado clinicamente,

em sentido especial, a um espessamento difuso de natureza lepromatosa.

Placa — Ordinariamente este termo se applica somente ás grandes léprides nas quais a resolução central está retardada ou ausente e não a áreas de infiltração difusa.

Pápules (§) — Uma pápula é uma pequena, mais ou menos sólida elevação circunscrita da pele, habitualmente, mas não necessariamente, circular, convencionalmente descrita como variando em tamanho do de uma cabeça de alfinete, ou menos, a 5 mm. de diametro (tamanho de meia ervilha). As pápulas ocorrem em ambas as formas da lepra e diferem correspondentemente em estrutura e mesmo na aparência.

Nódulos (§) — Um nódulo (sinónimo, mas preferível á tubérculo) é uma elevação sólida da pele. Muitas veses semelhante a uma pápula, exceto em que é maior; na prática a applicação deste termo não se limita ao que concerne o tamanho máximo. Ordinariamente applica-se somente aos lepromas. Os nódulos são habitualmente mais profundamente situados do que as pápulas e muitas vezes surgem de massas subcutâneas localizadas.

(§) - As definições de pápulas e nódulos aqui dadas são as geralmente aceitas pelos dermatologistas americanos e britânicos. Reconhece-se que estes termos são empregados com sentido diferente em outros países. Os membros sul-americanos do comité apresentaram o seguinte comentário:

Alguns autores, entre os quais se colocam os leprólogos da América do Sul, não admitem o termo "pápula" na lepra, porque em dermatologia a pápula é uma eflorescência espontaneamente resolutive e na lepra as lesões cutâneas ás quais os autores americanos e ingleses applicam o termo pápula, não desaparecem senão deixando após elas uma lesão cicatricial, pelo menos histologicamente. A rigor poder-se-ia empregar para designa-las o termo papuloide; quanto ao que se refere ás lesões granulares da lepra tuberculoide pelas mesmas razões apresentadas, os dermatologistas da América do Sul preferem adotar a designação de lesões micropapuloides.

Polineurite — Este termo tem sido empregado para designar o comprometimento dos troncos nervosos perifericos, do qual resultam alterações sensitivas das extremidades que tendem a estender-se centripetamente (anestesia "acroterica") e alterações tróficas de várias espécies paralisias e atrofiás, que também podem comprometer a face. As manifestações polineuríticas não incluem necessariamente alterações sensitivas nas léprides ou nas lesões de nervos cutâneos superficiaes, que se desenvolvem por extensão das léprides.

Alterações tróficas — Sob este título estão incluídas as alterações que se atribuem aos distúrbios do sistema vaso motor e da nutrição; anhidrose, "glossy-skin", ictiose, alterações pigmentares, perda de pelos, mal perfurante, atrofia e necrose dos ossos com as

mutilações consequentes e lesões neuropáticas das articulações. Estritamente falando a atrofia e paralisia dos músculos e as contraturas consequentes de tais alterações, não estão incluídas, mas na pratica não se faz frequentemente esta distinção.

SIMBOLOS ESPECIAIS

Indicação da fase original da moléstia — Se se desejar indicar simbolicamente, em um caso mixto, a forma que primeiro ocorreu, pode-se fazê-lo prontamente colocando o acento agudo (' primário) depois da letra apropriada como C'N ou CN'. Isto não interferiria com o uso dos algarismos habituais para indicar o grão de adiantamento.

Indicação dos casos nervosos secundários — Se se desejasse indicar um caso neural secundário, poder-se-ia como N" (" secundário).

Indicação do estado bacteriológico — Para considerações epidemiológicas ou outras, é util indicar em um caso o estado bacteriológico; isto se pode fazer ajuntando positivo ou negativo (ou como sugere LIE, B + ou B) ao símbolo do caso.

O Professor BALIÑA e o Dr. RABELO Jr., que tomaram parte nas deliberações sobre a questão de classificação nas formas clinicas da lepra, desejam salientar que já publicaram seus pontos de vista pessoais sobre o assunto, seja durante ou antes da Conferência. As definições e descrições aqui anotadas são baseadas nos artigos de H. W. WADE no Int. Journ. 4 (1936) 409-430 e Am. Journ. Trop. Med. 17 (1937) 733-801

*
* *
*

RELATORIO DO SUB-COMITE DE TRATAMENTO

(Composto do Dr. G. A. RYRIIE (Presidente), Dr. I. G. ROSE (Secretário)
e Drs. C. J. AUSTIN, H. I. COLE, H. H. GASS, H. E. HASSELTINE,
B. MOISER, H. MOURA, E. MUIR, L. DE SOUZA LIMA e
M. VEGAS

O olio de hidnocarpo e seus esterés, administrados por via intramuscular, subcutanea e endovenosa, permanece, até onde vai nosso conhecimento atual, o medicamento de maior eficácia para o tratamento especial da Lepra, sendo que os olios do *Hydnocarpus wightiana* e *H. anthelmintica* são os mais largamente usados.

Tem-se demonstrado que as propriedades irritantes dessas drogas são devidas aos produtos de decomposição de seus constituintes terapeuticos, isto é, ácidos chalmogrico, hidnocarpico e górico. Esta decomposição tem lugar rapidamente nas sementes, donde a

necessidade de, unicamente usar-se óleo obtido de sementes frescas. O óleo em si é completamente estável e se conserva perfeitamente bem em condições apropriadas de armazenamento. Os ésteres etílicos são muito menos estáveis que o óleo e deverão ser preparados e hermeticamente fechados tão rapidamente quanto possível. A destilação dos ésteres e eliminação de ácidos gordurosos livres é de menos importância na redução da irritação que o uso de um óleo obtido de sementes frescas. O uso de ampoulas, onde possível, é recomendado; quando se empregam garrafas seu tamanho deve ser tal que uma vez abertas seu conteúdo seja usado no mesmo dia. Qualquer droga restante será empregada para aplicação local. O reaquecimento dos ésteres deverá ser proibido.

Muitos pesquisadores têm recentemente, usado doses altas, acima de 30 c. c. ou mais de ésteres de óleo por semana. Se os medicamentos são preparados e fornecidos de maneira acima mencionada, eles são bem tolerados e, correspondentemente, os resultados são satisfatórios.

Com referência ao desaparecimento gradual das lesões na lepra, o sub-comitê é de opinião que isto é devido a uma das duas causas seguintes: (a) baixa de resistência do paciente resultante de doenças intercurrentes, perturbações do metabolismo, etc. dando em resultado perda do poder de reação; ou (b) controle da infecção como resposta ao tratamento. No último caso o processo difere essencialmente do do primeiro, devendo ser encarado como completamente benéfico.

Para melhoria e manutenção da saúde geral do paciente: (a) é de importância verdadeiramente real que a dieta seja liberal, bem equilibrada e rica em vitaminas; (b) exercícios moderados, saudáveis, sob a forma de terapêutica ocupacional e exercício ao ar livre é de valor e (c) é importante eliminar doenças intercurrentes.

O tratamento da lepra tuberculóide é de maior eficácia que o da forma lepromatosa e os resultados benéficos na primeira estão na proporção direta à intensidade do tratamento. Esta opinião é unânime. Doses acima de 1 c. c. por 14 lbs. de peso corporal, ou mesmo mais, 2 vezes por semana, administrada subcutaneamente ou por via intramuscular, tem sido usada e recomendada. Aqui ainda a pureza da droga é de importância capital. Exceto nas fases agudas, a infiltração intradérmica é um método aconselhável de se tratar a lepra tuberculóide.

A mesma norma geral de tratamento será recomendada tanto para a forma lepromatosa como para a tuberculóide da lepra. A terapêutica com óleo e ésteres de hidnocarpus proporciona resultados benéficos, ainda que geralmente não seja tão efetiva como nos casos tuberculóides. A infiltração intradérmica é de valor especial.

A dose máxima possível será dada, tendo-se que encarar estritamente a necessidade de evitar febre leprotica.

Devido ao perigo de recidiva, um período prolongado de tratamento ulterior é aconselhavel, particularmente nos casos de doentes de forma lepromatosa.

Durante os últimos 5 anos prestou-se atenção consideravel ao emprego dos corantes de anilina no tratamento da lepra. A afinidade seletiva de tais corantes para as lesões lepróticas, combinada, em muitos casos, com uma poderosa atividade bactericida *in vitro*, fez com que depositasse consideravel esperança nesta forma de tratamento. Até a presente data tais esperanças não foram confirmadas e o tratamento da lepra pelos corantes não pode ser considerado como tendo atingido um estado em que recomendações encarando tal método terapeutico possam ser feitas. É muito de desejar que seja feita uma experimentação ulterior, especialmente com a fluoresceina.

No que diz respeito à lepra tuberculoide aguda, tem sido sugerido que o melhor método de tratamento de uma reação aguda é dobrar ou triplicar a dose original de olio de hidnocarpo.

O tratamento pelo olio e esteres do hicinocarpus deverá ser suspenso no inicio e decurso da reação leprótica (febre leprótica). A evolução desta é tão variável que é difficil afirmar o valor de qualquer droga em seu tratamento. Os medicamentos seguintes aconselhados como tendo provado, em centros diversos, ser de valor em casos especiais: (a) fluoresceina, recentemente preparada, por via intravenosa: (b) mercurocromo, solução a 104 de preparação recente, via endovenosa (não mais de 10 c. c.): (c) tártaro emético por via intramuscular. Quanta ao tratamento geral recomenda-se um purgativo salino inicial e dieta leve sendo que a alcalinização, pode ser de valor. Acentúa-se a importância do repouso e enfermagem cuidadosa.

Quanto á neurite aguda na lepra, tratamento geral, irritação, injeções locais, aplicação local de calor e diatermia são, até o presente, s únicos recursos a não ser a operação que não deve ser temporizada.

Lesões dos olhos e nariz ocorrem com grande frequência na lepra. A piorreia é, tambem, uma condição cuja eliminação é de primária importância. Os serviços de um oftalmologista, um especialista em garganta e nariz e um dentista são, por isso, de grande importância em todos os leprosários. Exame de rotina dos olhos será feito tendo cai vista um tratamento precoce quando necessário, particularmente nos países em que a incidência de lesões oculares é alta. De maneira idéntica exame de rotina do nariz será levado a efeito em todos os casos.

O tratamento das úlceras lepróticas, no presente estado de nos-conhecimentos, não é satisfatório e investigação ulterior em hospitais e outras instituições é recomendado.

No que diz respeito ao mal perfurante, é aconselhado que o osso em necrose, quando presente, seja removido. O repouso da perna afetada é um fator valioso no tratamento da condição.

Preparação comercial alguma, óleo ou ésteres de hidnocarpus ou qualquer preparado comercial existente no presente, no mercado, é mais ativa que o óleo puro ou seus ésteres preparados em instituições. Por esse motivo, e devido ao seu elevado preço, o uso preferencial daquelas preparações não é recomendado.

Quanto ao tratamento com iodeto de potássio, o uso deste medicamento é frequentemente seguido de resultados desastrosos. Portanto deverá ser reprovado para os fins de diagnóstico, tratamento ou como demonstração de cura clínica (recovery) a menos que manejado por mãos habéis e experimentadas.

Em conclusão o comitê, tendo em mira que forma alguma de tratamento pode ser encarada como completamente satisfatória, deseja a importância da pesquisa terapêutica, e urge que os institutos interessados devam fundos para esse fim.

RELATORIO DO SUB-COMITE DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE

(O Comitê foi constituído por: Dr. BRIERCLIFFE (Presidente) Dr. R. KOCHRANE (Secretário), Dres. E. AGRÍCOLA, A. V. BERNARD, Mr. P. BURGESS, Do. Et. BURNET, M. DALGAMOUNI. F. DAVEY, J. A. DOULL, G. GUSCHE-TAYLOR, P. H. J. LAMPE, Prof. E. MARCHOUX, Mr. A. D. MILLER, Dr. J. N. RODRIGUES, Col. A. J. H. RUSSELL, Dres. I. SANTRA, G. M. SAUDERS, S. DE SIMON e J. B. SITANALA)

1.º *Recomendações para as investigações epidemiológicas na lepra.*

Introdução

Incidência — A incidência da lepra deve ser tomada em relação ao número de casos de lepra vistos, por mil da população total. Deve-se especificar sobre que informação se baseia a incidência. Este deve incluir: (a) o número total de pessoas que residem na área especificada; (b) número total de pessoas examinadas. Qualquer discrepância entre o total da população e o número de examinados deve ser aplicada; (c) em qualquer exame físico deve-se inspecionar o corpo todo e onde isto não é feito, deve-se juntar uma nota a respeito; (d) os casos isolados devem ser registrados na área em que viviam na ocasião da segregação; (e) todos os casos

diagnosticados como lepra pelo examinador, incluso os "quiescentes" e "estacionados" devem ser registrados.

Deve-se usar a seguinte *distribuição por idade*:

0 — 4

5 — 9

10 — 14

15 — 19

20 — 29

30 — 39

40 — 49

50 — 59

60 para cima.

Deve-se considerar como "criança" qualquer pessoa incluída nos primeiros grupos de idade.

Incidência de lepra pelo sexo — deve ser baseada sobre a população inteira, masculina e feminina, examinada. A *sexo-ratio* é:

Proporção por mil de femininos

Proporção por mil de femininos

Tipos de inquéritos (Survey) — Reconhece-se que ha dois tipos principais de "Survey": a) Extensivo ou geral e b) Intensivo ou particular.

Extensivo ou geral — Este pode ser baseado sobre o exame acidental de casos conhecidos de lepra por médicos oficiais, ou outros, ou sobre o exame de certos grupos, como por ex.: escolares, prisioneiros, sorteados, ou sobre o exame dos comunicantes de casos conhecidos.

Intensivo ou particular — Um survey intensivo depende do exame completo da população inteira por pessoal competente. Em tal "Survey" deve-se declarar se os exames foram feitos nas clinicas ou nas residências particulares.

Dados epidemiologicos minimos

O Comité recomenda que a informação para os estudos epidemiologicos padrões seja registrada em 2 grupos principais: 1.) geral e 2) individual.

1. Geral
 - a.) Clima e meteorologia — solo
 - b.) geografia e topografia
 - c.) grupos raciais
 - d.) condições gerais economicas e sociais
 - e.) regime alimentar
 - f.) habitação e higiene

- g.) hábitos higienicos da comunidade
- h.) vestuário
- i.) ocupação dominante (agricultura, pesca, etc.)
- j.) moléstias dominantes (epidemia e outras)
- k.) natalidade, mortalidade, mortalidade infantil quando possível)
- l.) densidade da população
- m.) história da lepra na comunidade
- n.) folk-lore, tradições, costumes e superstições em relação com a doença

2.) Individual: requerem-se as seguintes informações **de cada** indivíduo na área examinada:

- a.) número de série (individual)
- b.) número de casa
- c.) nome
- d.) idade
- e.) sexo
- f.) raça, casta, religião
- g.) parentesco com o chefe da família
- h.) exame físico. Demonstração ou moléstias da pele, outras moléstias incluindo a lepra definida ou suspeitos, ver abaixo)
- i.) história do contacto com doentes de lepra como abaixo

Requerem-se as seguintes informações para os doentes ou suspeitos:

- a.) doenças anteriores
- b.) história do contacto com doentes de lepra:
 - 1) intrafamiliar ou contacto domiciliar (leito, quarto, casa, incluindo o sistema de famílias reunidas (declarar o parentesco). 2.) extra-familiar (íntimo ou casual). 3.) convivência não conhecida.
- c.) Período de convivência
 - 1. Tempo desde o primeiro contacto conhecido.
 - 2. Tempo desde o último contacto conhecido.
 - 3. Duração da convivência.
 - 4. Convivência contínua ou intermitente.
- d.) particularidades sobre a fonte de contágio presumida
- e.) idade no início da primeira manifestação da lepra
- f.) evolução da moléstia
- g.) estado atual, descrição e tipo da moléstia incluindo o local da lesão inicial
- h.) achados de laboratório, exame de esfregaços e se possível de cortes e exames sorológicos.
- i.) conclusão: a.) Lepra — definida
b.) Lepra — suspeitada

Método para conduzir um "survey" intensivo

E' essencial que a área escolhida para o "survey" seja bem limitada e se possível coincida com uma área administrativa. Em resumo, pode-se dizer que ha dois pontos num "Survey" intensivo.

Primeiro, deve haver uma enumeração completa ou "censo" da área escolhida por um inspetor sanitário ou assistente, preferivelmente por alguém com alguma preparação preliminar de lepra e que seja capaz de reconhecer as lesões claras de moléstias. O segundo ponto é o exame cuidadoso de cada indivíduo na área por um leprologo e o registro dos dados em fichas apropriadas.

a.) Exame preliminar ou "Survey"

O enumerador deve fazer um censo de "casa em casa" da área registrando seus achados em qualquer livro de censo ou ficha familiar. Deve-se dar um número às casas, e desenhar-se um mapa da área em escala grosseira indicando as ruas praças casas (com número), latrinas públicas, etc. Insista-se que seja regra que o inspetor veja todos os indivíduos e não registre dados apenas por "ouvir dizer".

b.) Exame clínico

Depois que o "survey" preliminar tiver sido completamente feito, o leprologo procede ao exame de todas as pessoas da area. Será provavelmente melhor ter algum edificio próximo no centro da área, afastado, para ser usado com "clinica" onde devem ser examinados tantos individuos quanto possível da população. Todas as pessoas devem, si possível, ser despidas e examinadas em boa luz e os achados do examinador registrados no livro "survey" e em adição quando houver lepra atual ou suspeitada, deve-se encher uma ficha separada de exame. Os dados preliminares registrados pelo Inspetor devem ser verificados e informações mais minuciósas obtidas. Nos não doentes assim como nos doentes, pelo interrogatório e pelos registros depois de terminado o "survey" deve-se esperar para determinar se houve convivência prévia com doentes, o tempo e a duração, assim como a natureza de tal contacto. A obtenção de tais informações pode apresentar dificuldades consideraveis em muitos casos.

Derivação dos índices

Certos índices de lepra que podem ser valiosos podem ser derivados dos dados do survey". Sao:

- a.) índice de tipos de casos e o número de casos abertos em casos de lepra
- b.) índice de sexo e o número de masculinos por 100 casos de lepra
- c.) índice de infância e o número de crianças doentes

por 100 casos de lepra

d.) índice de comunicantes:

1. o número de doentes com convivência familiar (domiciliar) por 100 casos de lepra.
2. o número de doentes de lepra com convivência extra-familiar por 100 casos de lepra.
3. o número de doentes de lepra com convivência não conhecida por 100 casos de lepra.

Os outros índices podem ser derivados dos casos à discrição do investigador, tais como índices entre "tipos de casos" e sexo, por grupos de idade, raça, etc.

PRINCIPIOS GERAIS PARA O CONTROLE DA LEPPRA

(O sub-comitê recebeu uma proposta para que formulasse um esquema geral de controle da lepra, que pudesse ser modificado segundo as condições locais em relação à segregação em diferentes paizes. Depois de consideração cuidadosa decidiu-se que é preferível estabelecer o que acreditamos constituir os princípios mais importantes que regem o controle da lepra, do que formular um esquema geral).

Enquanto o modo de transmissão da lepra não for conhecido com absoluta certeza, qualquer método de profilaxia será até certo ponto empírico. A concepção atual é que a lepra é uma moléstia infecciosa disseminada principalmente pelo contágio direto e possivelmente por contágio indireto, como por ex. pelo uso de roupas infectadas. Como para outras doenças infecciosas, o objetivo é descobrir os casos tão cedo quanto possível, afim de controlar a disseminação na comunidade e dar ao paciente os benefícios de tratamento.

Método para descoberta dos casos:

- 1) — *Exame e observação prolongada dos comunicantes.*
- 2) — *Exame periodico de crianças na idade escolar.* Quando isto é feito como parte do serviço medico escolar, o corpo clinico deste deverá ter treino adequado no diagnostico da lepra precoce.
- 3) — *Dispensárioso* — *Em muitos paizes tropicais onde abunda a lepra, ha um extenso sistema de dispensário; o pessoal destes, se completamente ou não, desde que treinados no diagnostico precoce da lepra, será capaz de descobrir casos incipientes da doença.*
- 4) — *Notificação de casos* pelos médicos e também pelos membros de responsabilidade do público em geral, por ex., práticos de medicina indígena, professores, chefes. Tal notificação será de efeitos mais eficazes desde que o público em geral seja instruído nos sinais precoces da lepra.

PREVENÇÃO DE DIFUSÃO

(1) *Isolamento dos casos abertos* — O ponto de vista atual é de que os casos abertos constituem o maior perigo para a saúde pública, donde a necessidade de prevenir o contacto de tais casos com pessoas sãs, especialmente crianças. Isto tem sido tentado do modo seguinte: (a) isolamento em instituições, (b) isolamento domiciliar (c) isolamento em vilas.

(a) *Isolamento em instituições*: em alguns paizes tem-se substituído lentamente o isolamento compulsório pelo voluntário. Esta mudança é devida ao fato de que as condições de isolamento são, então, consideravelmente mais atraentes e encorajadoras para o paciente. Em outros paizes, com incidência bastante alta, isolamento compulsório está fóra de cogitação dado que a despesa está fóra de qualquer proporção aos recursos financeiros. Reconhece-se, no entanto, que em alguns paizes o isolamento obrigatório é ainda praticável e aconselhável. Quando este é o caso as condições gerais da vida do paciente deverão se aproximar tanto quanto possível das do isolamento voluntário, permitindo-se razoáveis períodos de licença. Deve-se desencorajar os visitantes aos estabelecimentos de demorar-se junto aos doentes e casas de repouso distantes dos quarteirões doentes deverão ser arranjadas. Em alguns paizes onde a segregação em estabelecimentos apropriados é compulsória, é preferível o estabelecimento de multiplos leprosários regionais a uma única instituição central com o fito de fazer com que os doentes fiquem tão perto quanto possível de suas próprias casas. É também recommendado o restabelecimento de colônias agrícolas. Qualquer seja o tipo de instituição, todo esforço deverá ser feito com o fito de torna-la capaz de bastar-se a si própria, pelo menos em parte. Em conexão, com o estabelecimento de tais leprosários regionais e colônias agrícolas, não haverá perigo para a saúde da população circundante desde que precauções apropriadas sejam tomadas. Nos paizes em que ha um sistema de isolamento voluntário, é recomendável atribuir-se as autoridades sanitárias o poder de obrigar o isolamento de qualquer caso de lepra considerado como uma ameaça especial a saúde pública.

b) *Isolamento domiciliar* — Pode-se designar como premissa do isolamento de uma pessoa com lepra o separa-la do público e dos membros de seu próprio circulo familiar, ou do público somente. Em caso algum consideramos o isolamento domiciliar como um método geralmente efetivo. Isto diz respeito especialmente ao isolamento da própria familia do paciente. Excepcionalmente, ou debaixo de circunstancias favoráveis (por exemplo, no caso de um paciente rico), isolamento domiciliar pode ser possível. Este tipo de

isolamento não é recomendado como alternativa ao isolamento em instituições.

(c) *Isolamento em vila* — é designado efetuar isolamento parcial de doentes de lepra em comunidades, sendo um método de se aplicar somente em paizes onde não existam fundos necessários para um sistema completo de estabelecimentos apropriados. Isolamento completo é o método mais eficiente e o isolamento em vila não o substituirá exceto se o primeiro tipo é impossível.

2. *Casos não isolados* — Todos os casos não isolados devem estar sujeitos a uma vigilância regular, periodica por parte das autoridades sanitárias, sendo variável nos vários paizes o método de levar a efeito essa vigilância. Usualmente, a clinica será o centro para o controle de tais casos. Os casos registados na clinica pertencerão a um dos dous grupos seguintes: (a) os sob de vigilância.

(a) Casos sob vigilância e tratamento: recomenda-se que todo paciente com lesões ativas sejam submetidos a tratamento e deverá ser visto frequentemente pelo pratico responsável.

(b) Casos unicamente sob vigilância: os pacientes que não requerem tratamento serão examinados em intervalos regulares. Este dependera do caso, mas no mínimo cada 6 meses o doente devera ser examinado, ou mais frequentemente se necessario, fazendo-se exames bacteriologicos cada vèz. Em conexão com isto compreender-se-á que todo o caso com alta de isolamento será colocado em vigilância.

Esta incluirá visitas regulares à residência dos pacientes para verificação de higiene e dar conselhos sanitários, e com o fito de tornar conhecidas das autoridades as condições residenciais.

LEPRA NAS CRIANÇAS

Não se pode accentuar bastante quão importante é a lepra nas crianças, devendo-se fazer todo o esforço para descobrir nelas as lesões precoces da lepra. Com este fito toda criança, nas zonas onde a lepra é endêmica, será examinada na admissão à escola e re-examinada cada ano durante a vida escolar. Em muitos casos as lesões incipientes em crianças são de tal natureza que se lhes permitirá continuar seus estudos escolares desde que mantida sob vigilância, mas é reconhecida que, em certos paizes, o sentimento popular pode obrigar as autoridades a excluir tais crianças da escola. Os casos abertos serão isolados. Aquelas com lesões progressivas serão onde possivel, enviadas a uma instituição que disponha de facilidades especiais para o tratamento da lepra na infancia.

COMUNICANTES

As pessoas com contato íntimo com todo caso de lepra serão examinadas e os comunicantes infantis serão reexaminados regularmente.

A história da lepra mostra que pessoas trabalhando com doentes raramente contraem a moléstia desde que observem precauções razoáveis contra a infecção.

PROTEÇÃO DE CRIANÇAS COM SAUDE

Crianças de pais doentes serão afastada dos mesmos, quando os últimos são considerados como fonte potencial de infecção. As nascidas de pais portadores de formas abertas serão imediatamente removidas após o nascimento e colocadas debaixo de condições de saúde.

EDUCAÇÃO E PROPAGANDA

Para que a lepra seja tratada com sucesso em uma escala extensa e antes que proporção grande de casos iniciais apareçam voluntariamente para exame, deverá haver uma modificação, na atitude do público para com a doença. Maiores aperfeiçoamentos tem sido possível como um resultado do aumento de interesse no bem estar do paciente sob isolamento; ulteriormente, o aumento do número das altas contribuiu para este fim. Permanece, no entanto, ainda um vasto campo para educação sanitária. Qualquer esquema para controle da lepra dependerá, para seu sucesso, de urna opinião pública educada.

Tipo algum de modo proceder, para se obter esse fim, pode ser considerado como um padrão para aplicação universal, devendo-se sempre tomar em conta em consideração os costumes e condições locais. Há, no entanto, alguns princípios gerais a serem formulados e que são os seguintes:

(1) Toda propaganda deve estar de acôrdo com a opinião científica melhor informada.

(2) A propaganda terá como objectivo: (a) dissipar o temor excessivo da lepra ensinando uma perspectiva correta de a encarar; (b) acentuar a necessidade do diagnostico precoce, e assim se um casa não é considerado sério aliviar-se-á a ansiedade do paciente, enquanto que se o tratamento é necessário será iniciado o mais cedo possível; (c) em conexão com isto, treino adequado será proporcionado aos estudantes de medicina e aos médicos, tais ensinamentos sendo, preferivelmente, dados por um leprologista; (d) cursos sabre diagnostico de lepra precoce serão dados a enfermeiras, visitantes e inspetores sanitários; (e) instrução elementar acerca da lepra formará parte do ensino de higiene; (f) atenção especial será

dada à instrução de caseiros onde haja casos conhecidos de lepra, sobre métodos de profilaxia pessoal e geral, e particularmente encarando a necessidade de conservar crianças longe do contacto com o membro infectado da casa.

ORGANISAÇÕES VOLUNTÁRIAS

Grande auxilio prestaram no passado, e ainda podem fazer no futuro, as organizações voluntárias no trabalho anti-leproso. Deve-se acentuar, no entanto, que o controle da lepra é de responsabilidade inadiável dos Governos, sendo a função primária das organizações voluntárias cooperar com eles para demonstração dos metodos aprovados e dos novos de profilaxia, educação e terapêutica. Com isto em mente, mas como o reconhecimento do fato de que em muitos paizes o apoio financeiro do governo está ainda muito longe do necessário, as seguintes sugestões são feitas concernentes as atividades das organizações voluntárias.

(1) *Atividades educacionais* — No presente necessita-se de auxilio para fornecer oportunidade a médicos, enfermeiros e pessoal técnico de alargar seus conhecimentos. Muito deve ser obtido pela organização de curtos cursos de instrução intensa. Conferências regionais são tambem de auxilio para este fim. Há falta de material educacional, cientificamente correto e adaptavel ao público, como boletins, filmes, cartas e preparados para projecção.

(2) *Bem estar e medicamentos* — A manutenção de leprosários deverá ser continuada indefinidamente pelas agências voluntárias, mas paulatinamente se tornar uma obrigação dos governos e novos projetos estes devem assumir sua responsabilidade financeira, ainda que sua administração possa ser melhor assumida pelas organizações voluntárias. O escapo principal de tais organizações é verificar o tipo mais adaptado de instituição para o paiz em particular, e os melhores métodos de sua administração. O desenvolvimento de preventúrios para crianças de pais leprosos que são casos abertos pode ser mencionado nesta relação; estes deverão tambem ser generosamente contemplados pelo governo. Haverá, provavelmente, sempre necessidade de trabalho social entre os pacientes, tanto dentro como fóra das instituições, para o qual o governo terá dificuldade em fazer provisão.

(3) *Pesquisa* — Pesquisa sobre lepra deverá ser promovida no laboratório e no campo, tanto pelo Governo como pelas organizações voluntárias.

Reabilitação: — Reabilitação de pacientes com alta é uma esfera em que as organizações voluntárias podem fornecer auxilio valiosissimo com a assistência do Governo pelo fornecimento de trabalho adaptado a eles e auxiliando a sua reabsorção pela comunidade.