

# **Conclusões do 5.º Congresso Internacional de Lepra, Reunido em Cuba — Abril de 1948**

## **EPIDEMIOLOGIA E CONTRÔLE**

### **INTRODUÇÃO**

Neste relatório discutem-se separadamente a epidemiologia e o contrôlo da lepra. Entretanto, estas matérias estão intimamente entrelaçadas por dois motivos; 1) porque as descobertas de uma influem directamente sobre a outra, e reciprocamente; 2) porque, frequentemente as mesmas pessoas ou instituições estão encarregadas da execução dos programas de epidemiologia e contrôlo. Com o fim de esclarecer os conceitos, tentou-se, dar exactamente quanto possível, delimitar ambas as questões.

A *Epidemiologia* opera por meio de investigações destinadas a esclarecer os problemas da origem, evolução e declino da lepra, bem como a determinar-lhe a endemicidade; trata também de conhecer o meio de transmissão da doença e todos os factores que a modificam ou favorecem.

O Controlo intenta a erradicação da doença empregado todos os meios a nosso alcance, aproveitando todos os dados que a epidemiologia lhe oferece.

## **EPIDEMIOLOGIA**

### **GENERALIDADES**

Da Conferência do Rio de Janeiro na introdução ao relatório, reconhecem-se as dificuldades encontradas no estudo epidemiológico da lepra.

A enfermidade é de grande cronicidade, de maneira que o enfermo permanece infectado durante muito tempo. Existe também prolongado período de latência, entre o momento da infecção e a objectivação dos sinais clínicos.

A enfermidade não pode ser transmitida aos animais e não temos nenhum método de cultura do bacilo da lepra, o que impede o diagnóstico durante o período de latência.

Clinicamente, as manifestações cutâneas devem ser observadas durante anos, e da mesma maneira, para obter informações estatísticas, tais, por exemplo, o índice de morbidade em relação com factor de possível importância, é necessário reunir dados durante um largo período de tempos. Isto requer o emprego de métodos estatísticos em uso actualmente no estudo de outras enfermidades crônicas, tal como o método da tabela modificada de vida (*modified life table method*). Este sistema é especialmente útil no estudo do índice de morbidade em lares leprosos, pois leva em conta os nascimentos e outras formas de ingresso no lar assim como as mortes e outras formas de egresso.

A missão primordial do epidemiologista é determinar a magnitude do problema na área a seu cuidado, definindo-se em termos tais que permita a comparação com outros territórios de seu próprio país e ainda do estrangeiro. Resulta obvio, portanto, que devem existir denominadores comuns no reconhecimento e na definição da doença, na classificação de seus diferentes tipos e nos dados básicos reunidos em relação ao doente individualmente e à população geral a que pertence.

Estando satisfeitas estas condições elementares e quando se dispõe de pessoal necessário e de fundos, o epidemiólogo deve dedicar-se a investigação de questões especiais a esclarecer os factores fundamentais, ainda desconhecidos, responsáveis pela existência e disseminação da lepra.

### DEFINIÇÕES

Para determinar a incidência da lepra segundo a idade, o sexo e a raça em diferentes países, é essencial que, em todas as partes se usem a mesma terminologia e os mesmos índices. Neste relatório sugerem-se alguns índices. A uniformidade de dados reunidos por todo mundo permitirá chegar a conclusões valiosas.

*Censo da lepra (Leprosy survey)*. — Propõe-se este nome (em francês: *enquête léprologique générale*) para todas as actividades no campo, a cargo do epidemiologista. Ao analisá-las, podemos distinguir diversas operações, a saber:

1) Um procedimento preliminar de "reconnaissance" (*extensive survey*; em francês: *prospection*) da região estudada. Consiste em determinar, por investigação rápida, si a lepra existe e o grau de sua importância. 2) O procedimento principal é o *censo propriamente dito* (census), ou seja, a determinação do número exacto de doentes na região e em sua proporção em relação à população geral. A pessoa a cargo deste censo deve reunir um mínimo de dados, ain-

da quando trabalhe com populações primitivas, quanto à civilização. Sugere-se o mínimo seguinte: nome, ou número de série, ou ambos; idade; sexo; raça e tribu; estado civil, ocupação e tipo clínico da lepra.

Quando seja possível, devem adiantar-se outros dados, tais como condições ou padrão de vida, estado imunológico, bacterioscopia, assim como o número de menores e adultos conviventes com o doente e expostos ao contágio. Segundo se sugeriu no Rio de Janeiro facilita-se grandemente a censo pelo estabelecimento de dispensários dermatológicos permanentes e clínicas ambulantes, nos quais se diagnostiquem ou tratem também outras doenças. Todo censo de lepra deve ser acompanhado de uma campanha de educação pública sobre a matéria, e de possibilidades para o tratamento de casos novos que se descobrem.

3) A *indagação especial (especial inquiri)*, denominada no Congresso do Cairo "*intensive survey*" é uma operação suplementar para o estudo mais intensivo de determinados aspectos da lepra. Estes são muitos, incluindo a relação entre a incidência e frequência de cada tipo, por uma parte, e, por outra, o clima, fisiografia do país, etnologia, condições sociais, diéta, asseio, insectos, costumes e doenças coexistentes.

### **CONTRÔLE**

Consideram-se divididas em três categorias as medidas destinadas a obter o contrôle da lepra; 1 — medidas de ordem médica, 2 — medidas de ordem legal e 3 — educação do público.

### **MEDIDAS DE ORDEM MÉDICA**

A campanha contra a lepra deve fazer-se por meio da acção coordenada de três organizações fundamentais: os leprosários, os dispensários para pacientes de ambulatórios e os preventórios.

(1) : — *Leprosários*. Um leprosário, ou leprocômio é um lugar para o asilamento de: a) os doentes infectantes e b) doentes não infectantes, em virtude de razões sociais, económicas, ou outras. Os serviços prestados aos doentes. — sociais, médicos, etc. devem ser completos e gratuitos.

O tipo de leprosário mais satisfactorio é a colônia agrícola, na qual os doentes podem ocupar-se em diversas atividades agropecuarias.

Outro tipo de leprosário recomendável é o sanatoria], para pacientes com recursos económicos. Tais enfermos devem estar sujeitos às mesmas regras de profilaxia que os do leprosário tipo colônia. Este sanatório pode ser de propriedade particular ou governamental, porém, em todo caso, dever estar submetido ao controlo da autoridade oficial encarregada da luta anti-leprosa.

Recomenda-se que os leprosários sejam localizados nas proximidades de um centro urbano, com meios faceis de comunicação. Preferivelmente devem estar a uma distância de 10 e 30 Kms. da cidade mais próxima. Condena-se especialmente o asilamento dos doentes em ilhas.

A escolha do lugar deve fazer-se tendo em vista, não só o bom funcionamento da instituição, como, também o bem estar moral e material dos doentes. O leprosário do tipo colônia deve estar situado em um lugar que se preste, por suas condições naturais, ao desenvolvimento de actividades pastoris e agricolas; deve ser de caráter regional e não abrigar mais de 1.000 enfermos.

Em sua organização o leprosário deve ter três zonas: 1) a zona sã, 2) intermediária e 3) a zona dos pacientes. Recomenda-se que haja, no mínimo um médico para cada 200 enfermos.

Além do asilamento institucional, deve permitir-se o isolamento em domicílio, sempre que se possa garantir que este e a profilaxia serão adequados. Não se deve permitir o isolamento em edificios de escritórios, de apartamentos e industriais.

(2) : — *Dispensários para doentes de ambulatórios:* — Os dispensários, clínicas e consultas externas são de importância fundamental para o controlo da lepra. Devem ser de caráter regional e estar situado nas áreas de maior densidade de população com facilidades de comunicação. Devem estar equipados de pessoal, material e meios de transporte para poder cumprir seus fins, que são:

- a) Descoberta de casos e separação dos infectantes
- b) investigação epidemiológica
- c) seleção de casos para isolamento
- d) contrôle e tratamento dos casos não isolados, incluindo os em observação, procedentes dos leprosários
- e) controle dos suspeitos
- f) controle dos conviventes
- g) controle dos fugitivos
- h) internação nos preventórios, quando necessário, dos filhos de pais contagiantes.
- i) a educação sanitária
- j) a "alta" definitiva dos casos.

O contrôlo dos conviventes deve ser feito, de acordo com os conceitos modernos, especialmente no que se refere à reacção à lepromina. Consequentemente, os conviventes devem dividir-se em dois grupos: positivos à lepromina e negativos à lepromina.

Deverão ser objeto de atenção especial os de reacção negativa ou levemente positiva e examinando-os cada seis meses, durante cinco anos a contar do último contacto conhecido, mesmo que ligeiro, com um caso infectante.

Os conviventes com reacções à lepromina fortemente positiva podem ser examinadas em intervalos maiores diminuindo-se o período de observação de acordo com o critério da autoridade sanitária competente.

(3): — *Preventórios* — O objectivo dos preventórios é o cuidar dos menores dependentes de doentes em isolamento. De preferência devem estar situados dentro de uma cidade ou em sua imediata vizinhança o que facilitará o funcionamento da instituição, a obtenção de pessoal médico eficiente e a adaptação progressiva dos internados ao meio social ambiente.

Os conceitos clínicos e imunológicos modernos indicam que as crianças com formas indeterminadas e tuberculóides bacteriológicamente negativas podem permanecer nos preventórios, assim como crianças de alta de leprosários, lepromino - positivos. Recomenda-se esta concessão só nas instituições dotadas de controle médico regular e eficiente.

Separado dos pavilhões gerais deve haver um pavilhão de observação para os casos suspeitos e para os mencionados no parágrafo anterior. Recomenda-se também que as crianças recém-internadas sejam instaladas em sala especial por um período não inferior a três semanas.

Todos os menores do preventório devem ser examinados periódicamente, dependendo a frequência dos exames de seu estado de resistência indicado pela reacção-à lepromina.

A instituição deve ter uma Creche para os recém-nascidos e lactentes filhos de doentes de lepra, que poderá estar situado dentro do preventório ou fora dele.

*Preparação do pessoal técnico:* — Deve insistir-se em que não é possível desenvolver uma campanha contra a lepra sem pessoal técnico especialmente treinado. Recomenda-se que médicos, enfermeiros, técnicos de laboratórios e serventes, recebam curso de leprologia, e treinamento prático nos serviços ou estabelecimentos de controle da lepra. Em relação às instituições oficiais, recomenda-se a criação da carreira de leprologos, com adequada remuneração como incentivo necessário para conseguir-se eficiência técnica.

Nos países de lepra endêmica é de maior importância que nas clínicas dermatológicas se insista no ensino da leprologia, que deve estar incluída também nos cursos de especialização sanitária.

Os governos devem manter institutos de leprologia dedicados a investigação científica sobre epidemiologia terapêutica e anatomia patológica da lepra, assim como o adequado treinamento do pessoal técnico ou prestar-lhes auxílio.

#### **MEDIDAS DE ORDEM LEGAL**

*Recomendação geral:* As leis para o controle da lepra, votadas por corpos legislativos só devem incluir princípios de ordem geral e as necessárias autorizações. Devem os regulamentos ser feitos por técnicos e revisados periodicamente, de acordo com os progressos dos conhecimentos sobre epidemiologia.

*Recomendações específicas:*

(a). — Nos países de endemia leprosa, os estudantes de medicina devem receber ensino adequado em relação com a doença, ções para adquirir o mais completo conhecimento possível sobre o número de doentes de lepra, o que constitui um passo prévio indispensável para uma boa campanha profiláctica.

(b). — Os governos devem iniciar as necessárias investigações para adquirir o mais completo conhecimento possível, número de doentes de lepra, o que constitui um passo prévio indispensável para uma boa campanha profiláctica.

(c). — Os casos infectantes devem ser asilados. A forma e duração do isolamento variarão de acordo com as condições clínicas e sociais do doente e da localidade.

(d). — Quando possível, providenciar-se-á tratamento adequado para todos os casos, isolados ou não.

(e). — Solicita-se enfaticamente dos governos que deem aos doentes isolados todas as comodidades e amenidades a que têm direito. Deve dar-se-lhes oportunidade para melhorar sua situação utilizando seus próprios meios e faculdades.

(f). — Solicita-se dos governos que proporcionem, directa ou indirectamente, as necessárias medidas de subsistência para aquêles dependentes de doentes de lepra incapazes de manter-se por si mesmos.

(g). — Reconhecendo, que as más condições de vida e habitação, nas grandes comunidades, contribuem à disseminação da lepra, recomenda-se aos governos que façam todos os esforços possíveis para melhorar esta situação, de acordo com as possibilidades locais.

(h) . — Os doentes não infectantes, não isolados, devem ser mantidos sob vigilância regular e periódica.

(i) . — A observação periódica e regular é também de maior importância para aqueles que estão o utêm estado em contacto com doentes.

(j). — A separação dos filhos de doentes contagiosos, deve realizar-se imediatamente após o nascimento ou logo que se firme o diagnóstico de lepra no pai ou na pessoa "in loco parentis".

(k). — Para a cessação do isolamento dos casos infectantes e para a vigilância dos casos em ambulatórios deve levar-se conta os dados imunológicos e bacteriológicos. O estado imunológico deve reger a conduta a seguir com os conviventes.

(l). — A proaganda de remédios não científicos constitue um sério impedimento para o controlo da lepra e os governos devem tomar medidas contra esta prática.

(m) . — Recomendam-se acordos cooperativos entre governos de países vizinhos para o intercambio de informação, destinado a permitir a continuidades da observação de enfermos, e conviventes e evitar a passagem ilegal de doentes de um país ao outro.

*Educação do público:* — Para fins educativos o público pode dividir-se em três grupos: 1) Público geral — 2) Público selecto — 3) conviventes de enfermos.

A propaganda deve ser feita por meio da imprensa, rádio, folhetos etc., divulgando a vantagem do exame, de todo aquele que tenha doença de pele ou transtornos da sensibilidade cutânea. Esses exames devem ser feitos em serviços públicos de dermatologia ou nas consultas particulares dos dermatologistas, por causa do temor e preconceito de sua doença. Essa propaganda deve salientar ênfase o perigo de consultar charlatães ou curandeiros e de tomar remédios caseiros que podem ser prejudiciais.

Deve insistir-se em que a lepra é infecciosa e contagiosa, mas evitável. Seu controlo requer precauções e restrições que variam segundo as distintas regiões mas que não necessitam ser excessivas. Só os casos abertos necessitam isolamento. O período de isolamento depende do avanço da doença e de sua resposta ao tratamento. A lepra é frequentemente curável e tanto mais si tratada precocemente por médicos treinados e com a regularidade necessária. Os medicamentos modernos prometem ser mais efectivos que os usados no passado.

Para a campanha educativa é necessário obter o auxílio de organização distintas com influência na opinião pública, como associações cívicas, profissionais, religiosas etc., as empresas de rádio difusão, teatrais, e cinematográficas, os pontos essenciais a destacar são:

a) Evitar o uso da palavra "leproso" ou qualquer outro termo indesejável.

b) Corrigir à crença popular que a lepra é praga bíblica e que o doente é maldito. Esta crença prejudica e estigmatiza o doente, fazendo-o ocultar a doença e impedindo-o de solicitar auxílio médico, aumentando o perigo para o público.

c) Condenamos toda a publicidade em periódicos, revistas, novelas, películas, etc., em que se dramatizem a lepra e os enfermos quando a apresentação não está de acordo com a realidade científica.

Os conviventes devem receber instruções relacionadas com a natureza verdadeira da afecção, insistindo particularmente sobre:

- a) As vantagens de um exame médico precoce geral;
- b) A conveniência de exames periódicos sucessivos, e
- c) A importância da higiene pessoal e doméstica.

## A P Ê N D I C E

### ÍNDICES QUE SE RECOMENDAM

1. — *ÍNDICE DE PREVALÊNCIA (MORBIDITY PREVALENCE RATE)*.:  
Obtem-se este índice na forma recomendada na Conferência do Rio de Janeiro, isto é: dividindo o número de casos conhecidos multiplicados por mil, pela cifra total de povoação enumerada.

I.de P.                       $\frac{\text{Número de doentes} \times 1.000}{\text{População total enumerada}}$

2. I.deP. — *ÍNDICE DE INCIDÊNCIA (MORBIDITY INCIDENCE RATE)*.  
— Este índice nos faz conhecer a marcha ou tendência geral da endemia. Em regiões onde os censos se repetem, será possível computar um índice aproximada anual da incidência da doença, isto é, o número de casos novos que aparecem durante o ano:

I.de I. anual                       $\frac{\text{Casos novos no ano} \times 100}{\text{Povoação total enumerada}}$

NOTA: — Quando seja possível classificar os casos de acordo com o tipo da moléstia, tanto o índice de prevalência como o de in-



cidência devem subdividir-se segundo ditos tipos. Ao calcular as proporções nos tipos específicos, o denominador será o mesmo que quando se calculam a prevalência ou incidência totais, ou seja, a povoação total enumerada na área, região, povo, cidade ou país.

Notar-se-á que si o tempo de duração da doença, entre o diagnóstico e a morte, é por exemplo 10 anos, e a prevalência total é de 5 por mil, devemos ter uma incidência anual promedio de 5 por dez mil:

$$\begin{array}{rcl} \text{Prevalência} = & \text{Incidência x} & \text{Duração em anos.} \\ \frac{5}{1000} = & \frac{5}{10000} \times & 10 \end{array}$$

Notar-se-á, também que, si os censos repetidos são bastante exactos, a duração da doença pode ser estimada a partir dos índices de prevalência e incidência, já que:

$$\text{Duração} = \frac{\text{Prevalência}}{\text{Incidência}}$$

### 3. *ÍNDICE DA INFÂNCIA:*

a) Deve adotar-se o índice de prevalência para crianças recomendada na Conferência do Rio, isto é:

$$\frac{\text{Número de doentes menores de 15 anos x 1000}}{\text{Número total de habitantes enumerados da mesma idade}} = X$$

b) Da mesma maneira, quando se repetem os censos, a incidência anual nas crianças, que é da maior importância, obtem-se da forma seguinte:

$$\frac{\text{Número de casos menores de 15 anos no ano x 1000}}{\text{Número total de habitantes enumerados da mesma idade}} = X$$

*Nota:* E' aconselhável subdividir-se os índices de prevalência e incidência nas crianças de acordo com o sexo e o tipo.

### 4. — *ÍNDICES NO ADULTO:*

a) Prevalência:

$$\frac{\text{Número de doentes maiores de 15 anos x 1000}}{\text{Número total de habitantes enumerados da mesma idade}} = X$$

b) Incidência:

$$\frac{\text{Número de casos novos no ano, maiores de 15 anos x 1000}}{\text{Total de população enumerada da mesma idade.}}$$

Nota: E' aconselhável subdividir ambos índices de acordo com o sexo e o tipo da doença.

### 5. *ÍNDICES DOS CONVIVENTES:*

Similarmente, ambos índices, para menores e maiores de 15 15 anos, podem ser obtidos em estudos especiais a longo termo para pessoas ou conviventes, expostos a contágio com doentes dos distintos tipos de lepra. Admitem-se as grandes dificuldades para a realização de estudos exactos deste tipo, salientando-se a uilidade do método da tabela modificada de vida (modified life table method).

## **APÊNDICE II. RESOLUÇÃO**

Propõe-se pela Comissão de Epidemiologia e Controle que o Congresso reconheça a necessidade de por em vigor leis que fixem as normas a seguir nas campanhas nacionais de Profilaxia de Lepra; fazer menção laudatória à República da Colombia, Egíto, Portugal e Noruega, por have-lo realizado nos últimos anos; e resolve-se que os regulamentos sejam publicados na Memória do Congresso.

(Esta resolução, apresentada separadamente, não foi incluída na informação de Comissão, segundo apresentado na Secção Plenária e por conseguinte não foi tomada em consideração).

## **TERAPÊUTICA**

### **INTRODUÇÃO**

E' evidente, pelas opiniões expressas na Conferência do Rio de Janeiro em 1946 e no presente Congresso, que se realizou muito progresso no tratamento da lepra, desde o Congresso reunido na

cidade de Cairo em 1938. Obteve-se progresso tanto na nova terapêutica com os derivados sulfônicos como no emprego de óleo de *Hydnocarpus* (chaulmoogra) em altas doses.

Enquanto que a actividade terapêutica destes medicamentos é vidente, sua acção sobre o *Mycobacterium leprae* é relativamente lenta. Sugere-se que se estimule a realização de novas investigações com o objeto de aumentar a eficiencia destes medicamentos.

E' aconselhavel estabelecer regras gerais com respeito á administração dos medicamentos de emprego reconhecido na terapêutica da lepra.

### **DERIVADOS DE DIAMINO-DIFENIL-SULFONA**

Afirma-se que as drogas do grupo sulfônico satisfazem as condições enumeradas abaixo "Requisitos Mínimos Terapeuticos" (ver Investigação).

A evidência existente demonstra que estas drogas são de grande valor na lepra lepromatosa; muitos pesquisadores consideram que neste tipo de lepra, é a melhor terapêutica disponível. Seu emprego na lepra lepromatosa é portanto recomendado. E' particularmente eficiente nos casos moderados e avançados e de grande valor nas lesões de mucosas, nasal, bucofaringea e laringea. As lesões oculares, frequentemente melhoram. Sua acção se manifesta, em primeiro lugar, por uma melhoria de aspecto clinico, sendo a bacteriológica mais lenta em produzir-se, observando-se, da par com a melhoria clínica, modificações na morfologia do *Mycobacterium Leprae*.

E' a opinião deste Congresso que as sulfonas constituem no momento atual os medicamentos de eleição para o tratamento da lepra.

### **MEDICAMENTOS SULFONICOS EM USO**

Os medicamentos usados são, por ordem cronológica, Promin (Promanida), Diasona, (Diamidine) e Sulphetrone. Pode considerar-se idêntico, o valor bacteriostático intrínseco destes medicamentos pelo o que se esperam efeitos similares, supostas as mesmas concentrações tissulares. Faltando estudos suficientes, não é possivel fazer afirmações dogmáticas com respeito à posologia. Em geral, recomendam-se as tabelas de dosificação usadas na tuberculose. Sugerem-se como normas praticadas de utilização destas medicações as seguintes:

*Promin*: (didextrosa sodio sulfonato da diamino-difenil-sulfona). Recomenda-se para adultos, em bom estado geral e biometria hemática normal, utilizar como dose inicial endovenosamente e por dia, 2 gr. em 5 cc. de solução durante uma ou duas semanas. Esta dose poderá ser elevada à razão de 1 cc. diário, até alcançar 12<sup>1/2</sup> cc. As doses para as crianças dependem da idade, peso, tolerância e estado geral. Administrar-se-á o medicamento diariamente, durante um a três meses seguidos de um descanso de uma a duas semanas, depois da qual se recommençará o tratamento. Far-se-ão modificações na dose e no tempo do período de descanso deste esquema, de acordo com os factores individuais dos pacientes.

*Diasona*: (sulfoxilato formaldehido disódico da diamino-difenil-sulfona. Sugere-se a seguinte dosagem:

- 1<sup>a</sup> semana: 1 comprimido, 0,30 gr. ao dia, durante seis dias
- 2<sup>a</sup> semana: 2 comprimidos, 0,60 gr. ao dia durante seis dias
- 3<sup>a</sup> semana: 3 comprimidos, 0,90 gr. ao dia durante seis dias

Da quarta semana em diante pode aumentar-se a dose até o máximo de seis comprimidos diários, 1,80 gr. se tolerado. Dár-se-á um período de descanso de uma a duas semanas depois de cada dois meses de tratamento.

*Sulphetrone*: (fenilpropilamino tetrasodio sulfonato da diamino-difenil-sulfona). — Esta droga é facilmente soluvel e administrada por via oral e parenteral. Recomenda-se a concentração de 5 mgr. por 100 cc. de sangue em pacientes de dispensário. Geralmente alcança-se esta concentração nos adultos com uma dose total diária de 3 a 6 gr. administrada por via oral. A dose inicial conveniente é 0,50 gr., cada 8 horas, com aumento diário de 0,50 gr. até alcançar a dose total recomendada. Para as crianças, a dose apropriada parece ser de 1,50 e 3 gr. diárias. Administrar-se-á a droga continuamente durante seis meses e permitirá, então, um período de descanso, segundo a tolerância do enfermo.

### **TOXICIDADE DAS DROGAS SULFONIDAS**

Todos os derivados sulfônicos são, potencialmente, hematotóxicos. Produzem anemia, que pode aparecer desde o começo de sua administração. Esta anemia é de grau variável, segundo os indivíduos, e pode obrigar a interromper a medicação. Na maioria dos casos, entretanto, estabelece-se certo grau de tolerância e o sangue tende a voltar ao normal. O tratamento sulfônico deve ser

acompanhado da administração contínua de ferro e complexo de vitamina "B". Também deve usar-se o extrato hepático e o clorureto de tiamina.

Algumas manifestações da enfermidade podem exacerbar-se, ou apresentar-se, no curso da administração destes medicamentos.

Geralmente consistem em reações cutâneas agudas, às vezes denominadas "eritema nodoso leproso", e também em iritis. Estes fenómenos podem ser motivo para aumentar, diminuir ou suspender temporariamente a medicação segundo a intensidade dos mesmos.

Podem observar-se em raros casos manifestações de sensibilização a estes medicamentos. A incidência parece ser menor quando se associa a terapia vitamínica (complexo B). Em casos de apresentar-se o medicamento deve ser suspenso imediatamente.

### **CONTRÔLE DE LABORATÓRIO**

Em vista da acção hematotóxica dos derivados sulfônicos, é de desejar que seu uso esteja submetido a verificações adequadas de laboratório. Deve saber-se que existem muitas variações individuais na absorção e eliminação das sulfonas.

Nos enfermos em quem se suspeita uma função renal, inadequada, devem afetar-se análise de urina, desde o princípio do tratamento e, ocasionalmente, a determinação da uréa sanguínea.

### **DERIVADOS DE OLEO DE HYNOCARPUS (CHAULMOOGRA)**

E' opinião de muitos pesquisadores que o óleo de hydnocarpus (chaulmoogra) e seus derivados são eficientes na lepra lepromatosa e que os máximos benefícios se obtêm quanto são usados em doses adequadas e com regularidade. Os fracassos do óleo de hydnocarpus e seus derivados são, frequentemente, devido à dosagem inadequada e à administração irregular. As preparações geralmente usadas são: (a) o óleo puro de hydnocarpus com  $1/2$  a 4% de creosoto: (b) os esteres etílicos com 0,5 a 4% de creosoto e 0,50% de iodo.

Cada dia se evidencia mais que os melhores benefícios resultam da aplicação de altas doses (15 a 25 cc. por semana) administrados de maneira regular e injectados pelas vias subcutânea, intramuscular e intradérmica. A dose máxima usada depende da tolerância individual. Em alguns casos é possível iniciar o tratamento com doses relativamente altas e chegar até 40 e 50 cc. semanais.

Outros pacientes não toleram mais de 10 cc., e em alguns as doses máximas devem ser ainda inferiores.

A tolerância dos pacientes, às vezes pode ser melhorada por uma regulação adequada das doses. A este respeito a qualidade do óleo o udos ésteres também é de maior importância.

É recomendável que as doses máximas de 15 a 25 cc. ou maiores si se considera conveniente, sejam alcançadas no menor tempo possível. Mesmo que algumas autoridades considerem que se possa chegar a elas apesar dos surtos, usualmente se recomenda que quando estas manifestações aparecem, o medicamento deve ser suspenso, ou as doses reduzidas de acordo com a intensidade da reacção. De igual modo a diminuição ou suspensão do óleo de *hydnocarpus* (*chaulmoogra*) pode ser necessária devido a reacção locais e ao aumento de actividade das lesões oculares. Período de descanso de 15 dias podem ser aconselhados depois de três meses e meio de tratamento.

#### **MEDIDAS SUPLEMENTARES**

Seria deplorável si se aceitasse que o tratamento do doente de lepra fosse só à base dos medicamentos acima mencionados e se omitisse, à título de medicação suplementar, outros processos terapêuticos. Por conseguinte recomendam-se de modo especial.

Traamento da invalidez e deformidades.

Fisioterapia e laborterapia;

Tratamento das manifestações tróficas e da dor nas neurites agudas;

Tratamento das manifestações oculares, nasais, bucofaringeas;

Cirurgia plástica e ortopédica;

Tratamento dos surtos reacionais.

Consideração geral do aspecto psicológico, social e espiritual do meio ambiente em que vive o doente.

#### **INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA**

Os estudos modernos abriram novas avenidas de ataques contra o *Mycobacterium leprae*. Uma destas pode ser o uso dos antibióticos. Reitera-se a importância de cotinuar as investigações de agentes quimioterapicos e métodos terapêuticos.

*Seleção de doentes:* Nas experiências terapêuticas os seguintes pontos requerem atenção especial. Utilizar-se-á número suficiente de casos lepromatosos moderadamente avançados, le-

promino-negativos, que não tenham respondido ao tratamento de *hydnocarpus*, o uque não tenham sido tratados prèviamente.

Na avaliação dos resultados não devem incluir-se os casos tuberculóides e os atípicos e indeterminados que frequentemente mostram remissões espontâneas.

*Requisitos mínimos terapêuticos:* Consideram-se, na investigação terapêutica como mínimos os seguintes requisitos:

(a) Deve existir evidência directa ou indirecta de acção antibacteriana do medicamento sobre as doenças produzidas por *mycobactérias*.

b) O medicamento deverá ser usado efectivamente sem dar lugar a efeitos tóxicos nem a lesões fisiológicas irreversíveis.

c) Sua administração deve produzir o mínimo de desconforto.

d) Deve haver evidência, tanto &micica como bacteriológica da suspensão ou regressão da moléstia, que deve começar a ser observável no prazo de doze meses.

*Agentes terapêuticos que necessitam maior investigação:* Sulfónas injectaveis, ácido para-amino salicílico, derivados do sulfoxilato de sódio (rongalit, estreptomina, ácido górlico, acção combinada de agentes terapêuticos, antihistaminicos.

Com respeito ás sulfonas injectáveis se sugeriu a possibilidade de que a diamino-difenil-sulfona e seus derivados possam concentrar-se em certos tecidos do corpo (por exemplo: pele, figado, etc.), e que se pode manter uma concentração satisfatória do medicamento no sangue e na pele, mediante a administração de injeções subcutâneas destes remédios. Estas investigações devem continuar-se com o objeto de confirmar os factos mencionados e deter., minar si é possível, por meio *de* injeções de uma suspensão da substância "mãe" ou de emulsões de derivados hidrosolúveis, empregando quantidade menor do medicamento. Isto faria a administração das sulfonas muito mais barata e mais ao alcance de todos os doentes .

O ácido para-amino salicílico e o sulfoxilato de sódio parecem merecer investigações ulteriores.

Considera-se aconselhável continuar as investigações feitas até o presente com a estreptomina, se bem que, o que se obteve não fosse até o presente satisfatório.

Recomendasse o óleo de gorli (ácido górlico) que tem parentesco com o óleo de *hydnocarpus* no tratamento da lepra visto sua importância em certas partes da Africa; assuntos que deve, me- recer novos estudos.

Muita importância se deu neste Congresso à possibilidade de somar os efeitos terapêuticos, combinando as sulfonas com o azeite de *hydnocarpus* (*chaulmoogra*) ou com antibióticos que se saibam ser eficientes sobre o *mycobactéria*.

Como se disse anteriormente o uso das sulfonas pode ocasionar em certo número de casos o aparecimento de reacção cutânea do tipo eritema nodoso.

Registando-se que certos medicamentos antihistaminicos têm a propriedade de controlar e mesmo fazer abortar este surtos. Si estes trabalhos se confirmassem, será afastado um dos mais sérios inconvenientes do tratamento pelas sulfonas.

*Controle dos agentes terapêuticos na lepra: — Em vista da acção tóxica potencial dos medicamentos sulfônicos e da necessidade de uma dosificação cuidadosa e metódica, considera-se que o uso desses medicamentos na lepra deva estar sujeito à controle cuidadoso. Sua venda deve ser exclusivamente por receita médica. E' de se esperar que o custo desses medicamentos se reduza para, assim, pô-la ao alcance de maior número de doentes.*

— — —

## **CLASSIFICAÇÃO E NOMENCLATURA**

### **INTRODUÇÃO**

A grande diversidade das formas de lepra suscitou muitas tentativas para estabelecer sistemas de classificação. Hansen e Looft haviam proposto uma bem fundada divisão da enfermidade em dois tipos. A primeira tentativa para formular uma classificação internacionalmente aceitável foi realizado pela Conferência da Leonard Wood Memorial reunida em Manilha em 1931. A classificação então estabelecida, que era primitivamente clínico-anatômica, incluindo o factor bacteriológico e até certo ponto a histopatologia, foi modificada e ampliada pelo Congresso Internacional reunido no Cairo, em março, de 1938, classificação esta que prevalece ainda em diversas partes do mundo.

Anteriormente, um grupo, que constituiu a minoria no Congresso do Cairo, havia realizado tentativas para ampliar as bases da classificação. Concedia maior importância à histopatologia e introduzia o factor imunológico, representado pela reactividade à lepromina: Desde muito tempo, pensa-se que qualquer classificação para ser satisfatória deve ter bases naturais e por conseguinte levar em conta o 'maior número de factos e agrupá-los em categorias cada uma o mais homogêneo possível, fundados em caracteres es-



senciais e constantes. Os esforços desse grupo conduziram ao estabelecimento da chamada Classificação Sul Americana, logo Panamericana em uma Conferência reunida no Rio de Janeiro em Outubro de 1946.

O Comitê de classificação desse Congresso, em um esforço sério para conciliar e unificar estes dois sistemas de classificação, aparentemente discordantes, chegou a uma fórmula que se considera baseada na interpretação biológica dos factos clínicos. Os critérios sobre os quais se baseia o estabelecimento das três classes, aqui definidos, são por ordem decrescente de acessibilidade: 1) clínico, 2) bacteriológico, 3) imunológico, e 4) histopatológico. Propõe-se que se reconheça e mantenha a divisão clássica da lepra em dois tipos fundamentais — "polares" (Rabello 1938) , em suas características essenciais e relativamente estáveis em sua evolução e que se designem:

*Lepromatoso* (maligno ou gravis) : Símbolo L.

*Tuberculóide* (benigno ou mitis) : Símbolo T .

Propõe-se ainda, em adição, que se reconheça um grupo de casos com caracteres menos distintos, menos estáveis e incertos com respeito à evolução e que se designe:

*Indeterminado* (indiferenciado) : Símbolo I.

## DEFINIÇÕES

As características destas três classes de lepra são as seguintes:

*Tipo lepromatoso:* — Resistência mínima à presença, multiplicação e disseminação dos bacilos; presença constante, de um grande número de bacilos nas lesões com tendência acentuada a formar globi; manifestações clínicas peculiares na pele e mucosas (especialmente as das vias respiratórias superiores), olhos, nervos periféricos e outros órgãos; negatividade habitual à lepromino-reação; estrutura granulomatosa patognomônica. Com respeito a evolução: acentuada estabilidade de tipo e tendência à piora progressiva. Estes são os casos "infectantes" ou "abertos".

*Tipo tuberculóide:* Alto grau de resistência à presença, multiplicação e disseminação dos bacilos; baciloscopia geralmente negativa ou presença de escassos bacilos, excepto nos estados reacionais, quando podem ser abundantes; manifestações clínicas peculiares, predominantes na pele e nos nervos periféricos, com tendência à limitação na extensão e de grau variável segundo a reatividade da lepromino - reação em alta porcentagem de casos; estru-

tura granulomatosa tuberculóide, praticamente constante em lesões activas; mareada estabilidade de tipo e forte tendência à regressão espontânea, na ausência de reacções repetidas. Estes casos são habitualmente "não infectantes" ou "fechados".

*Grupo indeterminado:* — Resistência variável, manifestações clínicas predominantes na pele (manchas planas hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas ou eritematosas) e nos nervos periféricos; baciloscopia em geral negativa ou debilmente positiva; histologicamente as lesões têm estrutura inflamatória simples; estabilidade de caracteres muito menos que a de qualquer dos tipos (polares) ; e tendência variável com respeito à persistência, progressão, regressão, ou transformação em algum dos tipos polares. Estes casos são habitualmente "não infectantes".

### SUBDIVISÕES CLÍNICAS DOS CASOS

Sendo fundamental na classificação dos casos de lepra a determinação do tipo, ou grupo, ao qual pertencem, de acordo com as definições acima, certos membros do Comité de Classificação sustentaram que os "sub-tipos" de outros sistemas, correspondem simplesmente a *aspectos clínicos* de importância variável que podem ser estudados sob diversos pontos de vista;

*Grau de avanço:* (como, por exemplo, os L 1, L 2, L 3, da classificação de Manilha);

*Modo de evolução:* (lento ou rápido, estacionário ou progressivo, estados reaccionais, etc.) ;

*Localização:* — (cutânea, nervosa, ocular, sistemática, etc.):

*Morfologia* (Mácula, nodúlos, "placas", infiltração difusa, etc.);

*Individualidade clínica* (lepromatosa nodular clássica, lepromatosa).

O resto das recomendações da Comissão de Classificação aprovado pelo voto da maioria deste, continha um esquema para dividir os casos em sub-tipos com nomes e definições e uma secção com referencia aos estados reaccionais. Esta parte da recomendação foi recusada pelo Congresso. Um apêndice expondo as minúcias do processo de investigação não foi considerado.

## **AS PALAVRAS "LEPRA" E "LEPROSO"**

Concorda-se:

1) Que o uso do termo "leproso" para designar o doente de lepra seja abandonado e que a pessoa que sofra da enfermidade seja designada "doente de lepra".

2) Que se deve desaconselhar o uso de qualquer termo, em qualquer idioma, que ao designar a pessoa que sofre de lepra, traga implícito associações desagradável. Sem embargo, o uso do nome "lepra" deve conservar-se como a denominação científica da doença. Dever-se-á tomar medidas activas tendentes a explicar ao público, de uma maneira completa, sua verdadeira natureza.

3) Que si o uso popular, regional, de termos menos específicos em substituição ao nome científico "lepra" permite ao público em geral uma compreensão mais clara e completa dos progressos que se conseguiram do conhecimento, diagnóstico e tratamento da doença, tais termos podem ser usados na oportunidade devida, mas nunca serem adoptados para ocultar a verdadeira natureza da afecção.

4) Que estas conclusões devem ser comunicadas às publicações científicas e à imprensa em geral.

## **ASSISTÊNCIA SOCIAL**

A assistência social ao doente de lepra e à sua família constitue uma necessidade fundamental na luta contra essa enfermidade.

Um programa de assistência social deve incluir:

1) A provisão de instituições especiais, onde os filhos sadios de doentes de lepra possam levar vida normal, sob a vigilância de leprólogos competentes;

2) Assistência às famílias dos doentes de lepra para manter sua posição na sociedade sem temor do ostracismo;

3) A provisão de facilidades à educação, ocupação, recreio e assistência religiosa aos doentes.

4) Assistência na reabilitação dos doentes que possam deixar os leprosários.

ACABA DE APARECER:      PREÇO Cr\$ 200,00

# LEPRA TUBERCULÓIDE

pelos Drs.

*L. SOUZA LIMA*  
e *N. SOUZA CAMPOS*

A' VENDA NAS PRINCIPAIS LIVRÁRIAS -----

PEDIDOS A' EDITORA RENASCENÇA

CONTRA REEMBOLSO POSTAL.

RUA GENERAL OSÓRIO N.º 354 — S. PAULO - Brasil

## *D. J. M. Cabello Campos*

GABINETE DE RADIOLOGIA

(RAIOS - X    DIAGNÓSTICO)

Rua Marconi, 94 - 2.º Andar

Fone, 4-0655

**"EDIFICIO PASTEUR"**

(TRAVESSA DA RUA BARÃO DE ITAPETININGA)