

A QUINOLEINA NO TRATAMENTO DA LEPROSA

Nota previa

LUIZ MARINO BECHELLI

Clínico do Asilo Colônia Cocais

O tecido retículo-endotelial, em sentido lato, é o tecido fundamentalmente interessado na luta contra as infecções. Pode afirmar-se, com BIELING (cit. por SPADOLINI, 4), que "de um ponto de vista geral, o estado de imunização ativa dos organismos está certamente ligado à atividade do sistema retículo-endotelial. Hoje faz-se necessário admitir isso, ainda que nem sempre se consiga demonstrar a presença de anticorpos no sangue".

Em consequência desses conhecimentos, começou-se a tratar as infecções gerais e locais pela estimulação desse sistema e ficou demonstrada a ação favorável dessa terapêutica.

De outro lado, na lepra foi evidenciado que o sistema retículo-endotelial toma a defeza do organismo quando invadido por essa infecção. Nesse sentido, HEINZ-GERHARD RIECKE (cit. por FRANCISCO ARANTES, 1) afirmou que "... A lepra é, sobretudo e especialmente, um processo infeccioso que se localiza e põe em atividade o tecido retículo-endotelial".

Da mesma maneira que nas infecções em geral, tentou-se tratar a lepra estimulando o sistema retículo-endotelial. Numerosas foram as substâncias empregadas: azul de metileno, mercúrio-cromo, azul de tripan, verde brilhante, verde de malaquita, eosina, carmin, azul de toluidina e outras. Destacamos nesse sentido os estudos feitos por RYRIE, que entusiasticamente se tem dedicado a experimentações, com as mais variadas substâncias.

No entanto, o insucesso tem sido impiedoso para os experimentadores e para os doentes que esperam a sua cura. E, segundo FRANCISCO ARANTES (1) afirma, e com êle estamos de acôrdo, é possível que resultados mais compensadores fôssem obtidos, levando-se em conta o estado funcional do sistema retículo-endotelial, a quantidade, a qualidade, o intervalo entre as injeções e a via de introdução da droga experimentada.

Ha quasi três anos, começamos a experimentar um preparado (1), que se apresentava como "estimulante do anabolismo celular e das defesas anti-bacilares através do sistema reticulo-endotelial". A fórmula dêsses produto, preparada segundo os estudos de PENDE, MANARA e CAVINA é a seguinte:

Solução hidroglicérica do lobo posterior da glândula pituitária, a 10% 0,5 cc.
Solução hidroglicérica da porção cortical da cápsula suprarrenal, a 10% 1,0 cc.
Solução alcoólica a 3% de derivado sintético da quinoleína, contendo 5% de clorofórmio de acetona 1,0 cc.

Começamos nossas experimentações primeiramente em um paciente e, mais tarde, em outros quatro. Em nenhum deles foram praticadas as provas funcionais do sistema reticulo-endotelial. As dosagens, nos intervalos entre as injeções e via de administração, nós mesmos tivemos de estabelecer. Escolhemos a via intradérmica, infiltrando as lesões lepromatosas cada três dias, com 1,5 cc. do medicamento; injetávamos 1 cc. pela via muscular.

Escolhemos para o tratamento 5 doentes de tipo lepromatoso, quatro em estado avançado, nos quais a medicação chaulmoogrica se mostrava impotente para impedir a evolução da moléstia; o último paciente apenas havia iniciado o seu tratamento com o chaulmoogra.

Três dos doentes, com poucos meses de tratamento (em média quatro) não tiveram a sua moléstia favoravelmente influenciada pelo medicamento em experiência, continuando a lepra a evoluir, como sucedera com o chaulmoogra. Mais ou menos inalterado manteve-se outro caso. Em um paciente, contudo, justamente, no que fizera uso do medicamento durante quasi três anos, os resultados ultrapassaram toda expectativa. É a observação dêste caso que passamos a referir:

OBSERVAÇÃO

Alberto B., 30 anos, data da internação 29-5-1933, branco, de forma clínica mixta, brasileiro, procedente de Ituverava.

Com 10 anos de idade, em 1917, já sentia o dorso do pé esquerdo e cotovelos insensíveis. Em outubro de 1925 fez o primeiro exame de muco nasal, que revelou a presença de raros bacilos alcool ácido-resistentes de Hansen. Tomou "Taraktyl" durante um ano e 3 meses, começando pela primeira série e persistindo na 4.^a; êsse tratamento foi feito quasi sem descanso e com perseverança. Apresentava, em 1925 algumas máculas pardas nas coxas e nádegas; orelhas um pouco infiltradas; seu estado geral era muito bom. Durante êsse período de tratamento não teve reacção leprótica e não piorou, parecendo conservar-se em ótimas condições. 6 meses depois de abandonar todo tratamento, em 1927, teve a primeira RL que durou 20 dias: apareceram nódulos em todo o corpo, muito dolorosos; febre intensa, acima de 39°. Foi medicado com Licor de Fowler.

(1) " Citoretina" Erba.

Em setembro de 1927, após melhorar a RL. notou a queda de quasi todas as sobrancelhas. As máculas pardas aumentaram em número e, algumas, em tamanho.

Em fins de 1927 e em 1928 tomou algumas caixas de Hansenyl e duas outras de Antilebrina, porém sem perseverança e com muito intervalo. Em setembro de 1928, teve a segunda RL, com os mesmos característicos da primeira. Depois desse surto teve a impressão de que diminuíram as infiltrações do rosto e clarearam as máculas das nádegas e coxas. Em abril de 1929 tomou azul de metileno, segundo indicação de uma revista médica do Rio de Janeiro. Ficaram azues as extremidades das orelhas e as máculas das faces, pernas e pés, em alguns pontos. Depois de alguns meses desse tratamento, observou a presença de numerosos lepromas na face posterior das pernas. Em setembro desse mesmo ano, teve a terceira RL, igual às precedentes. Ainda nesse mesmo ano, em dezembro, foi fichado pelo medico regional, sendo o seguinte o resultado do exame: lepromas nas faces, na frente, orelhas e pernas; sobrancelhas muito rarefeitas; mãos infiltradas e violáceas; máculas anestésicas nos cotovelos, nádegas, coxas, joelhos e pernas. (Dr. Marcello Guimarães Leite). Exame do muco nasal +.

Em 1930 tomou algumas dezenas de injeções de Alepol, conseguidos na Inspetoria do Rio de Janeiro. Tentou várias vezes tomar o óleo de chaulmoogra por via oral, conseguindo-o porém com muita dificuldade devido à intolerância. Nova reação leprótica em outubro desse ano.

Nenhum tratamento por injeção no decorrer de 1931. Continuou a tomar, com a mesma irregularidade, o óleo de chaulmoogra por bôca. Em outubro de 1931 nova reação leprótica.

Em 1932 percebeu que a infiltração do rosto e algumas máculas desapareciam; os lepromas foram diminuindo. Mal perfurante no pé esquerdo. Nesse ano usou Novomoolgra, em injeções bi-semanais; teve dois surtos eruptivos, um em março e outro em outubro, ambos intensos.

Em maio de 1933 internou-se, quando já estava há alguns meses em tratamento. Quinze dias após a sua internação começou a tomar ésteres creosotados, iniciando com 1 cc. e chegando a tomar 5 ccs. bi-semanais. O exame do muco e de lesão cutânea eram fortemente positivos. Em novembro tomou iodeto, que determinou RL.; descançou mais de um mês e foi repetido o tratamento com o iodeto, que novamente ocasionou RL. Depois disso, em 1924, voltou aos ésteres creosotados. Em 17 de setembro de 1934, foi medicado com o azul de metileno, em injeções de doses crescentes, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35 e 40 ccs., cada dois dias. 15 dias após a última injeção de 40 ccs., teve um surto eruptivo subagudo. Peorou bastante com o uso do azul de metileno: aumentaram e tuberculizaram-se as máculas dos braços, antebraços, nádegas e coxas; essa peora persiste até a época presente. Deixou de tolerar os ésteres. Começou a ter reações oculares, que se repetem com muita frequência e com duração prolongada.

Até 10-3-1937, quando iniciamos o tratamento com a quinoleina, o paciente havia tomado cêrca de 500 ccs. de chaulmoogra pelas várias vias.

No exame dermatológico, praticado nesse dia, observamos infiltração da frente, orelhas e das faces. Perfuração do septo, com deformação do nariz. Máculas em tuberculização, eritêmato-pigmentadas, de limites nítidos, contornos irregulares, de tamanhos vários, confluentes, não descamantes, localizando-se nos antebraços e braços (metade interna), nas coxas e nádegas. Alguns lepromas na borda interna do punho esquerdo, nos braços, cotovelos, joelhos, coxas, escroto e nádegas. As pernas apresentam-se infiltradas. Males perfurantes plantares no pé esquerdo. Deformação dos artelhos do pé esquerdo. Início de garra do mínimo E. Atrofia dos interósseos e dos adutores do polegar.

Mão um pouco suculentas. Madarosis ciliarum e superciliarum parciais. Barba muito escassa (Ver figs. 1, 2, 5 e 8).

Exame físico geral: Estado geral regular. Mucosas regularmente coradas. Panículo adiposo e músculos regularmente desenvolvidos. Não tem esternalgia nem tibialgia. Os gânglios epitrocleanos não são palpáveis; os gânglios cervicais, axilares, inguinais e crurais são enfiados, mais os dois últimos; um gânglio crural direito tem o tamanho de um ovo de pombo e é doloroso à palpação. Pêso 55 kgs.

Exame físico especial: O doente apresenta lesões oculares (ver relatório do oculista). Focos dentários. Nada encontramos ao exame do aparelho cárdio-respiratório. O bago é palpável no decúbito lateral direito; ultrapassa de 1 cm. o rebordo, sendo a sua borda espessada, de consistência aumentada e um pouco dolorosa. O fígado não é palpável. Nada de anormal ao exame do aparelho genital interno, das articulações e do sistema nervoso.

Negativo o exame de fezes para ovos e parasitos. Igualmente negativos os exames da Wassermann e Khan no sangue. Reação do urobilinogênio negativa.

Tratamento: No dia 10-3-37, o paciente começou a tomar as injeções de Citoretina, sendo injetado 1 cc. por via muscular e 1,5 cc. em infiltrações intradérmicas. As injeções eram repetidas cada 3-4 dias, observando-se quasi que diariamente, durante alguns meses, o efeito das mesmas. As infiltrações intradérmicas, os lepromas tomavam a cor azulada, que depois de dois, três dias desaparecia; não provocavam sinão reação inflamatória (2); raramente formavam-se pequenos focos de supuração, do tamanho de uma cabeça de alfinete. Em algumas regiões, 5-6 dias após a infiltração, notamos que as máculas em tuberização se apresentavam mais aplainadas, no mesmo nível que o tegumento vizinho, aparentemente são. Os pequenos lepromas infiltrados também diminuam de volume, sendo a involução mais lenta do que a das máculas. Nenhuma reação febril às injeções e nenhum distúrbio, a não ser ligeira dor à injeção intramuscular.

Tomou inicialmente 6 injeções, sendo a última aplicada no dia 5-4-37.

No dia 8-4-37, as máculas em tuberização da nádega E., que foram infiltradas no dia 5, estavam aplainadas em alguns pontos. Nas máculas da nádega D. a involução é notável: grande número delas regrediram completamente e as que ainda estio presentes, são bem menos infiltradas. Nos antebraços e braços E. também estão involuindo. Nenhuma modificação nas outras regiões.

Vinte e dois dias depois (30-4-37), observamos novas melhoras das máculas eritemato-pigmentadas das côxas e nádegas, mesmo das que não foram infiltradas: encontram-se menos elevadas, ligeiramente descamantes, com suas bordas mais planas; a maioria das máculas estio esmaecidas, percebendo-se regiões que antes estavam infiltradas e que agora tem o mesmo aspecto que a pele que as contorna.

Em 29-5-37, em que o paciente, por falta de medicamento, estava com o seu tratamento interrompido há quasi 2 meses, o estado dermatológico pouco se modificara em relação ao exame anterior. As máculas estavam menos in-filtradas e muitas delas desaparecidas nas coxas; na nádega, principalmente na E., pouco se modificaram. Nos antebraços nenhuma modificação, a não ser o aparecimento de dois pequenos lepromas na face posterior do antebraço direito, e maior infiltração das manchas.

(2) Os outros doentes em que a quinoleina foi experimentada, queixavam-se da dor por ela provocada nas infiltrações intradérmicas.

Recomeçamos o tratamento em 1-6-37, tomou mais 6 injeções, com a mesma orientação anterior, infiltrando principalmente os lepromas que haviam surgido recentemente, e que nos levaram até a formar juízo pessimista sobre o resultado das nossas experiências, mesmo porque, embora observando melhoras, com regressão de muitos lepromas e máculas, elas não eram tão acentuadas e nítidas como no primeiro período de tratamento. Por essa razão observamos o paciente durante mais um mês (até 8-7-37) e depois até deixamos de acompanhar o caso. Em 3-2-38, seis meses após, durante os quais não fizera nenhum tratamento anti-leprótico, por ter frequentemente reação ocular, voltamos a examinar o paciente.

Observamos melhoras consideráveis conforme se poderá apreciar nesta revisão (3-2-38)

Apresenta queda dos supercílios e cílios. Perfuração do septo nasal e deformação do nariz. Bochechas e mento eritematosos. Máculas eritemato-violáceas disseminadas nos braços e antebraços. Nódulos no cotovelo D, braço E. e dorso da mão D. Máculas de cor vermelho-escura, irregularmente dispostas e placas, algumas ligeiramente deprimidas, com centro atrófico, localizadas nas nádegas, coxas e joelhos. Infiltração paquidérmica e pigmentação da metade inferior das pernas. Máculas de cor cúprica localizadas na palma das mãos e planta dos pés. Atrofia dos músculos da eminência hipotenar e dos interosseos de ambas as mãos, mais acentuada à E. Mal perfurante plantar sob o 5.º metatarsiano E. Cicatrizes de males perfurantes plantares, uma em cada pé. Desvio para fora do grande artelho do pé E. Gânglios inguinais ligeiramente enfiados. Nervos cubitais espessados. Anestesia térmica, dolorosa e tátil, atingindo as raízes dos membros superiores e inferiores (ver figs. 3 e 6).

30-4-938: Novo exame dermatológico feito hoje, não demonstrou nenhuma alteração em relação ao exame anterior, a não ser ligeira infiltração de quatro máculas das coxas. O estado geral do doente é ótimo : quando começou o tratamento pesava 55 kgs.; no dia 7-4-38, 13 meses após, o peso foi 64,500 kgs. portanto 9,5 kgs. a mais. A sedimentação foi também muito melhorada.

Pêso 63,2 kgs.

5-5-38: Infiltramos tôdas as regiões nas quais foram positivos os esfregaços. Repeti-los dentro de 5, 15, 30 e 45 dias, 2, 3, 4, 5 e 6 meses (ver os quadros com os exames bacterioscópicos). Pêso 63,5 kgs.

28-5-38: Parece ser menor a infiltração de muitas das regiões infiltradas. Refere terem aparecido, mas de maneira fugaz, duas máculas eritematosas na perna E., mas isso já lhe acontecia anteriormente ao tratamento com Citoretina. Já, tomou as 5 injeções de quinoleína e o tratamento novamente deve ser suspenso por falta da medicação.

20-6-38. Este mês tomou apenas uma injeção de quinoleína e precisamos suspender o tratamento porque o doente esteve gripado. Notamos pequeno elemento nodular eruptivo na perna E. (perto do joelho).

24-6-38: Reiniciar o tratamento.

25-7-38: Ontem teve reação erisipelatoide na perna E., com febre.

15-9-38: Os nódulos diminuíram de volume e as infiltrações antes apresentadas pelo paciente são menos intensas e algumas já regrediram, sendo negativo o exame bacterioscópico dos esfregaços.

20-10-38: Há, um mês, mais ou menos, esta suspenso do tratamento anti-leprótico (Citoretina), porque tornaram-se avermelhadas, uma vez a perna D., outra a E.; com receio de erisipela suspendemos todo tratamento. Assim mesmo, por ocasião desse eritema, fica com febre 1-2 dias e com adenite inguino-crural Temos feito autohemoterapia, sulfato de cobre e injeções de soro anti-es-treptocócico; uso local de pomada de ictiol.

Não ha modificação no quadro dermatológico. Reiniciar as infiltrações com quinoleína.

14-2-1939: Regrediram as máculas eritêmato-violáceas dos antebraços e braços. Estão quasi completamente involuídos os nódulos do cotovêlo direito e braço esquerdo; dos dois lepromas do dorso da mão direita, um regrediu e outro persiste: deve notar-se que eles não foram infiltrados. E' atrofiada a pele das máculas de côr vermelho-escura, localizadas nas nádegas e coxas. Persistem as máculas de côr cúprica localizadas na palma das mãos e na planta dos pés. Diminuiu regularmente a infiltração paquidérmica das pernas, onde se percebe atrofia da pele. Reabriram-se os males perfurantes com sede abaixo dos 1.º e 5.º metatarsianos, tendo ambos uma fenda linear. Ligeiro eritema da perna esquerda, com enfartamento ganglionar inguinal; ligeira elevação da temperatura (ver figs. 4, 7 e 9).

Exame oftalmológico (praticado em julho de 1938): Há 3 anos, desde 6-9-1935, tem sido tratado e observado pelo oculista, que lhe praticou uma cauterização perilímbica e uma peritomia no OE. Teve várias vêzes reações gerais e oculares. Apresenta seclusão e oclusão quasi totais em AO. A visão do OD = 1/6; do OE = dedos 5 metros.

Subjetivamente houve melhora durante o último ano (de 1937 a 1938), porque as reações oculares se ausentaram (SÉRGIO VALE).

Exames bacterioscópicos: Ver quadros anexos.

Tratamento feito com a quinoleína: O paciente tomou 78 injeções do preparado:

de 10.3.1937 até 5.4.1937	.....	6 injeções
" 1.6.1937 " 20.6.1937	.....	6 "
" 5.5.1938 " 28.3.1938	.....	5 "
no início de junho de 1938	.....	1 "
de 24 .6.1938 até 22.7.1938	.....	13 injeções
" 1 .8.1938 " 15.8.1938	.....	7 "
" 30.11.1938 " 30.8.1939	.....	40 "

QUADRO N.º 1

EXAMES BACTERIOSCÓPICOS (*)

Mácula infiltrada da coxa direita

20.3.1937: dia da infiltração	L. 5461	++++
20.4.1937: 1 mês após a inf.	L. 6213	+++
5.5.1937: 45 dias após a inf.	L. 7035	—
20.5.1937: 2 meses após a inf.	L. 7454	+

Macula tuberculizada da nádega D

23.3.1937: dia da infiltração	L. 5501	++++
8.4.1937: 15 após a inf.	L. 5840	+++
23.4.1937: 30 dias após a inf.	L. 6290	—
8.5.1937: 45 dias ap/s a inf.	L. 7035	—
3.2.1938: 9 meses e 1/2 após a inf. ..	L. 4694	—

Leproma da coxa esquerda próximo ao Joelho.

30.3.1937: 15 dias após a infilt.	L. 5555	++++
15.4.1937: 30 dias após a infilt.	L. 6038	+++
30.4.1937: 45 dias após a infilt.	L. 6701	+
15.5.1937: 60 dias após a infilt.	L. 7453	++

Leproma da coxa esquerda, próximo da região inguinal

30.3.1937: dia da infiltração	L. 5556	++++
15.4.1937: 15 dias após a infilt.	L. 6040	+++
30.4.1937: 30 dias após a infilt.	L. 6702	++
15.5.1937: 45 dias após a infilt.	L. 7455	—

(*) Exames positivos: +, +, +, +, +, +, +, +, +, +.
Exames negativos: |—|

QUADRO N.º 2

Côxa D.	Côxa E.	Côxa D.
5- 5-938 — L. 6187 +++++	30- 4-938 — L. 6186 +++++	30- 4-938 — L. 6188 +++++
10- 5-938 — L. 8533 +++++	10- 5-938 — L. 8532 +++++	10- 5-938 — L. 8534 +
20- 5-938 — L. 8549 ++	20- 5-938 — L. 8548 ++	20- 5-938 — L. 8550 +++++
6- 6-938 — L. 8607 +	6- 6-938 — L. 8609 +++++	6- 6-938 — L. 8608 +++++
5- 7-938 — L. 49 —	5- 7-938 — L. 48 +	20- 6-938 — L. 8621 —
20- 7-938 — L. 1220 —	20- 7-938 — L. 1219 —	5- 7-938 — L. 50 +
6- 8-938 — L. 2202 —	6- 8-938 — L. 2201 +++++	6- 8-938 — L. 2203 —
22- 8-938 — L. 2718 —	22- 8-938 — L. 2717 —	22- 8-938 — L. 2719 —
9- 9-938 — L. 3935 —	9- 9-938 — L. 3934 ++	9- 9-938 — L. 3936 —
20- 9-938 — L. 4614 —	20- 9-938 — L. 4613 —	20- 9-938 — L. 6235 —
20-10-938 — L. 6234 —	20-10-938 — L. 6233 —	7-11-938 — L. 9033 —
7-11-938 — L. 9032 —	7-11-938 — L. 9032 —	23-12-938 — L. 2012 —
23-12-938 — L. 2013 —	23-12-938 — L. 2010 —	7- 1-939 — L. 2505 —
7- 1-939 — L. 2504 —	7- 1-939 — L. 2503 —	20- 1-939 — L. 2505 —
20- 1-939 — L. 3423 —	20- 1-939 — L. 3422 —	5- 5-939 — L. 7705 —
5- 5-939 — L. 7705 —	5- 5-939 — L. 7704 —	5- 6-939 — L. 8362 —
mais 4 exames mensais negativos	mais 4 exames mensais —	mais 2 exames mensais —

QUADRO N.º 3

Antebraço D.	Braço E.	Nádega D.
30- 4-938 — L. 6183 +++++	30- 4-938 — L. 6184 +++++	30- 4-938 — L. 6185 +
10- 5-938 — L. 8529 +	10- 5-938 — L. 8530 +++++	10- 5-938 — L. 8531 +
20- 5-938 — L. 8545 +++++	20- 5-938 — L. 8546 ++	20- 5-938 — L. 8547 +
6- 6-938 — L. 8604 +++++	6- 6-938 — L. 8605 +++++	22- 8-938 — L. 2716 —
5- 7-938 — L. 45 ++	20- 6-938 — L. 8617 —	9- 9-938 — L. 3933 —
6- 8-938 — L. 2198 +++++	7- 7-938 — L. 46 ++	20- 9-938 — L. 4612 —
22- 8-938 — L. 2714 —	20- 7-938 — L. 1217 —	20-10-938 — L. 6232 —
9- 9-938 — L. 3932 —	6- 8-938 — L. 2199 —	7-11-938 — L. 8028 —
20- 9-938 — L. 4611 —	22- 8-938 — L. 2715 +	23-12-938 — L. 2009 —
20-10-938 — L. 6253 —	9- 9-938 — L. 3931 +++++	7- 1-939 — L. 2502 —
7-11-938 — L. 9031 —	20- 9-938 — L. 4610 —	20- 2-939 — L. 3421 —
23-12-938 — L. 2007 —	20-10-938 — L. 6231 —	5- 5-939 — L. 7704 —
7- 1-939 — L. 2095 —	7-11-938 — L. 9020 —	5- 6-939 — L. 8362 —
20- 2-939 — L. 3419 —	23-12-938 — L. 2008 —	5- 7-939 — L. 9977 —
5- 5-939 — L. 3419 —		8- 8-939 — L. 923 —
5- 6-939 — L. 8360 —		5-10-939 — L. 3118 —
mais 3 exames mensais negativos		

QUADRO N.º 4

EXAMES BACTERIOSCÓPICOS NO MUCO NASAL

Antes do tratamento:

1929: 12.20. : L. 3333 +
1933: 12. 6. : L. 667 +++++
 7. 9. : L. 1273 ++
 17.10. : L. 2197 ++
1934: 2. 2. : L. 1456 +++++
 18. 9. : L. 2458 +++++

No início do tratamento:

1937: 10. 3. : L. 5254 +++++

Com o tratamento

1937: 20. 3. : L. 5460— 7 dias depois +++++
 30. 3. : L. 5553—20 dias depois +++++
 5. 4. : L. 5734—25 dias depois +++++
 20. 5. : L. 7038—70 dias depois ++
 18. 5. : L. 8157—3 meses e oito dias
 7. 7. : L. 8706—
 18.11. : L. 2835—
1938: 3. 2. : L. 4776—
 10. 3. : L. 6469—
 30. 4. : L. 6181—
 6. 6. : L. 8602—
 20. 6. : L. 8613—
 5. 7. : L. 43—
 20. 7. : L. 1214—
 6. 8. : L. 2196—
 20. 9. : L. 4608—
 20.10. : L. 6229—
 23.12. : L. 2005—
1939: 7. 1. : L. 2091—
 20. 1. : L. 3417—
 5. 5. : L. 7702—
 5. 6. : L. 8359—
 5. 7. : L. 9975—
 8. 8. : L. 921—
 5.10. : L. 3115—

Como vimos na obversação que acabamos que referir, os resultados do tratamento com a quinoleína foram simplesmente notáveis: 1) dermatologicamente observamos o desaparecimento dos lepromas, máculas eritemato-pigmentadas e infiltrações que o paciente apresentava no rosto e membros superiores e inferiores; 2) exames bacterioscópicos: nos lepromas infiltrados com quinoleína a pesquisa dos bacilos tornava-se negativa depois de 4—5 meses e até dois meses após a infiltração; o muco nasal tornou-se negativo três meses e oito dias depois de iniciado o tratamento e assim se mantém até hoje (5. 10. 1939), nos exames mensais; 3) exame oftalmológico: não se registou a evolução das lesões oculares.

O doente, cuja observação citamos, experimentou considerável melhora e a êsse sucesso contrapõe-se o resultado nulo de quatro casos.

Êsses são os resultados dos nossos ensaios. Por terem sido feitas em poucos casos as nossas indagações, não podemos estabelecer quais as doses ótimas e o intervalo entre as injeções. Para isso somos obrigados a observar o efeito do medicamento em maior número de doentes e, por enquanto, a seguir a mesma orientação terapêutica do caso em que o resultado foi feliz.

O medicamento poderá ser experimentado não só isoladamente, como também associado ao chaulmoogra, a titulo de experiência, nos casos em que este não consegue deter a evolução da moléstia.

RESUMO

Há quasi três anos, visando estimular o sistema reticulo-endotelial, o A. começou a experimentar um preparado (Citoretina Erba) cuja fórmula, preparada segundo os estudos de PENDE, MANARA e CAVINA, é a seguinte: solução hidroglicérica do lobo posterior da glândula pituitária, a 10% ... 0,5 cc.; solução hidroglicérica da porção cortical da cápsula suprarenal a 10% ... 1 cc.; solução alcoólica a 3% de derivado sintético de quinoleína, contendo 5% de clorofórmio de acetona ... 1 cc.

O medicamento foi experimentado em 5 doentes lepromatosos, nos quais o chaulmoogra fôra impotente para impedir a evolução da moléstia. Em 4 pacientes o resultado foi nulo, enquanto que em um os resultados foram simplesmente notáveis: 1) dermatologicamente observou o A. a regressão dos lepromas, máculas eritemato-pigmentadas e infiltrações que o paciente apresentava nos membros superiores e inferiores (como bem o demonstram as fotografias); 2) exames bacterioscópicos: nos lepromas infiltrados com a quinoleína a pesquisa de bacilos tornava-se negativa depois de 4-5 meses e até dois meses após a infiltração com o medicamento; o muco nasal tornou-se negativo 3 meses e oito dias depois de iniciado o tratamento e assim se mantém até hoje (5.10.1939) nos exames mensais; 3) exame oftalmológico: não se registou a evolução das lesões oculares.

SUMMARY

Since 3 years the A. wanted to excite the reticulo-endothelial system and begun to experiment a medicine, which formula, prepared according to PENDE, MANARA and CAVINA'S studies is as follows: 10% hydroglyceric solution of the posterior lobe of the pituitary gland, ... 0,5 c.c.; 10% hydroglyceric solution of the cortical portion of the suprarenal capsule, ... 1 c.c.; 3% alcoholic solution of quinolein synthetic derivative, including 5% chloroform acetone, ..., 1 c.c.

The medicine was experimented in 5 lepromatous patients in whom the chaulmoogra could not prevent the evolution of the disease. No results were obtained in 4 of them, while in 1 they were remarkable: 1) the A. observed the involution of the lepromata, erythematopigmented macules and infiltrations that the patient had in the upper and lower limbs (see figures); 2) bacterioscopic examinations: in the lepromata intradermically treated with quinolein, the research for bacilli became negative after 4-5 months and even 2 months after one application of the drug; the nasal mucosa became negative 3 months and 8 days after the treatment started and so it continued until today, (October 5th, 1939) at the monthly examination; 3) ophthalmologic examination : the ocular lesions did not improve.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — RIBEIRO ARANTES, F. — Contribuição ao estudo da patologia e terapêutica da lepra. Rev. Bras. de Lepr., junho de 1938, n.º 2, pa. 113.
- 2 — GUGLIELMO — Sistema reticolo endoteliale. Le emopatie, 1933, vol. I, Pag. 438.
- 3 — LOMBARDO — Di alcuni nuovi metodi di terapia della lepra. Bol. Sez. Reg., 1934, pag. 250.
- 4 — SPADOLINI — O sistema reticulo-histiocitário em fisiopatologia e a avaliação da sua atividade funcional. Resenha clin. científica, abril de 1936, n.º 4, pag. 123.

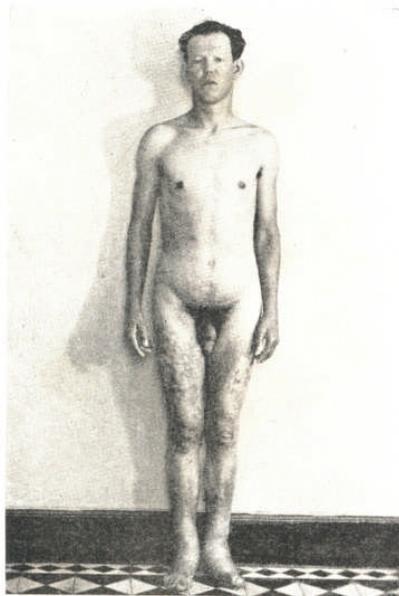


FIG. 1



FIG. 2

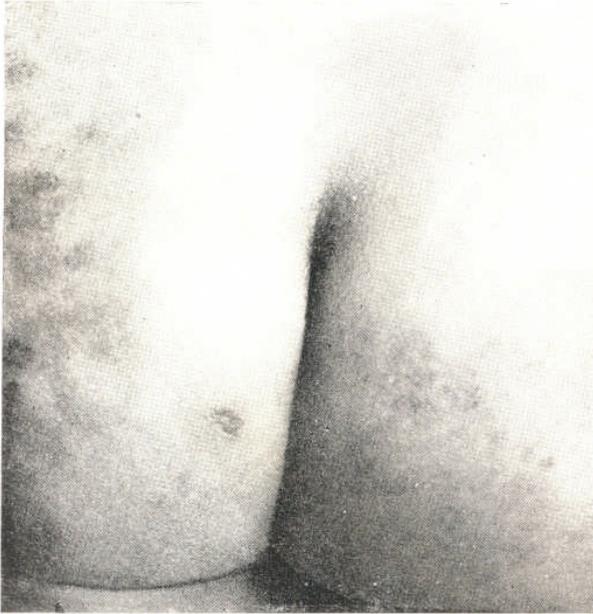


FIG. 3



FIG. 4

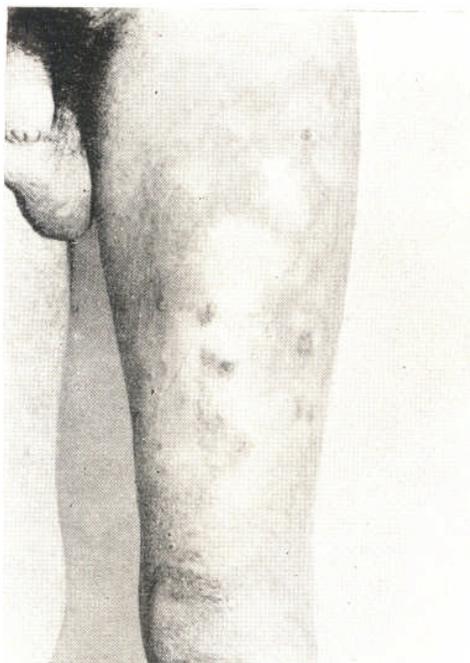


FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7



FIG. 8



FIG. 9