

SOCIEDADE PAULISTA DE LEPROLOGIA

ATA DA 223.^a SESSÃO ORDINÁRIA

21 de junho de 1954

José Rivera de Miranda
Secretário

Com a presença de elevado número de sócios, realizou-se no dia 21 de junho do ano de mil novecentos e cinquenta e quatro, no Instituto Conde Lara, à rua Domingos de Moraes n.º 2463, às vinte horas e trinta minutos, a 223.^a sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia sob a presidência do Dr. Plínio Bittencourt Prado, vice-presidente, na ausência, por motivo de força maior, do Sr. Presidente, Dr. José Corrêa de Carvalho. Abrindo a sessão, o Sr. Presidente propõe a dispensa da leitura da ata anterior, o que foi aceito, tendo a mesma sido aprovada. Em seguida, põe à disposição dos presentes o uso da palavra. Não tendo se apresentado oradores, o Sr. Presidente passa à ordem do dia, convidando o Dr. José Martins de Barros, a apresentar o seu trabalho inscrito sob o tema: "PLANO PARA A CAMPANHA DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA PARA O D. P. L.". Com a palavra o Dr. Barros informa, de antemão, à casa, que o Serviço de Educação Sanitária do D. P. L. havia sido, recentemente, criado, compreendendo a enfermagem e a educação sanitária propriamente dita, sendo sua principal função organizar um plano para difusão dos conhecimentos básicos para toda a população do Estado. Informa o autor que o encargo é de muita responsabilidade, desde que não conhece outros países onde já tenha sido organizada tal difusão educativa e, que ele próprio, estava se iniciando nesse setor. Sua dissertação mostra, primeiramente, a importância da Educação Sanitária: consistindo na mudança de hábitos antigos e errados com a criação de novos hábitos 'sadios e perfeitos num grupo de indivíduos, ou em todo um Estado ou país. É um processo delicado e demorado, aliás, como todo processo educacional, sendo que só alguns anos mais tarde se poderá sentir os seus resultados. Os processos estimativos de uma educação sanitária são dados pelo aumento do número de exames de doentes, sendo que há causas de erros na sua avaliação, por múltiplos fatores. O que porém se deseja com a presente campanha de educação sanitária no D. P. L., é aumentar o aparecimento do número de indivíduos com sinais de lepra, o mais precocemente possível para o seu prévio tratamento. Hoje o D. P. L. possui uma função estática. Os indivíduos são enviados para exame, porém, lá não aparecem, ou porque não sabem ou porque têm medo. Cita, uma diretriz da "Organização Mundial de Saúde", dando normas para atrair o doente ao tratamento: — "Embora se deva manter, ainda, o critério de isolamento dos casos infecciosos, a maneira de pô-lo em prática deve ser modificada, atraindo o paciente o mais precocemente possível para o tratamento". A seguir, o Dr. Barros lembra a dificuldade da educação sanitária na lepra, desde que com pouca coisa se pode acenar para os interessados no sentido da solução de seus males. Ao acenarmos com o tratamento, pedimos concomitantemente que o interessado se interne em nosocômio e se segregue da sociedade! E para os sãos, com o que podemos acenar? Não podemos lhes oferecer nem uma vacina que os proteja, pois não a temos! Analisa o conferencista o termo "Lepra", para saber se devemos substituí-lo ou não. Relata as dificuldades para

a confecção de folhetos e cartazes, de vez que o público que os irá ler é de idade mental de 12 anos para baixo. Informa sobre as dificuldades de se conduzir sincera e honestamente uma campanha de educação sanitária sobre a lepra. Apresenta um esquema de campanha que compreende os seguintes tópicos: 1) Estimular o comparecimento espontâneo dos doentes, o que poderá ser realizado diretamente por intermédio da imprensa, rádio e palestras que cheguem até o doente, que não sabe o que tem, que se trata erradamente, ou, ainda, que tem medo de se apresentar. Pelo processo *indireto* preparamos a classe médica, farmacêutica e odontológica, ou pela orientação de parteiras, enfermeiras e estudantes os quais acabarão descobrindo a moléstia em algum de seus doentes ou visinho, amigo etc. 2) Intensificar a educação sanitária dos doentes por meio de palestras individuais, ferindo diretamente o interesse da pessoa, o que aliás, consiste num método mais ou menos demorado. Pela intensificação coletiva, de aspeto mais fácil na sua realização, porém, não tão profunda quanto à primeira. Tanto uma como a outra poderá ser ilustrada ou não, as primeiras impressionando muito mais por intermédio de filmes, diapositivos, planchas, etc. Esta intensificação deverá, também, ser feita nos Sanatórios, onde serão interessados os doentes apáticos ou aqueles que não querem fazer tratamento, bem como nos Dispensários. 3) Intensificar o exame de comunicantes uma vez que os doentes em potencial estão nessa população. Também essa intensificação poderá ser realizada, diretamente, por intermédio de palestras, cartazes expostos nas salas de espera, folhetos, visitas nos domicílios ou, indiretamente, por meio do próprio foco, educado na época do fichamento e com mais influência sobre seus comunicantes. 4) Intensificar a cooperação e melhorar a capacidade de diagnóstico dos médicos não especialistas. Na verdade, às vezes os doentes mostram boa vontade, procurando o médico, porém muitos deles falham no diagnóstico tratando erradamente os seus clientes. Há, necessidade de alertar a classe médica para o problema da lepra, por intermédio de palestras nas associações médicas, folhetos, revistas ou, manuais práticos sobre os principais sintomas e sinais da moléstia. 5) Solicitar a cooperação de outros grupos profissionais tais como: farmacêuticos, parteiras, enfermeiros, dentistas, etc., pois serão de ótima ajuda quando orientados sobre o assunto. Aliás, essa orientação deveria ser iniciada nos diversos cursos profissionais e escolas. 6) Colaborar na realização de inquéritos em massa, principalmente nas regiões de índice endêmico alto, pois nos de índice baixo tal método se tornaria dispendioso. 7) Introduzir a pesquisa da lepra nos exames de rotina, tais como nos pré-ocupacionais, pré-militares, pré-escolares, pré-nupciais e pré-natais, sempre lembrando que vivemos numa região de lepra e que esta faz parte das doenças comuns. 8) Colaborar com instituições particulares na sua orientação sanitária, porém, sem deixar que elas tomem o controle, o que seria uma arma de dois gumes. 9) Solicitar a cooperação de líderes de grupo, como, nas oficinas, os mestres ou operários mais velhos ou mais respeitados, os religiosos, etc. A seguir, passa a expor como realizar a educação sanitária do público em geral, que também será direta ou indiretamente, essa por intermédio dos médicos, estudantes de medicina, educadoras, enfermeiros, parteiras, professores e estudantes (secundários principalmente), líderes de grupo etc. Relata que no D. P. L. a grave falha na educação sanitária é observada pelo hábito do próprio médico fazer orientação social e educacional, conjuntamente com o tratamento. O importante seria, retirar tais atribuições dos médicos do D. P. L. para entregá-las a elementos que realizassem esses encargos em melhores condições. Passa o autor a indicar, onde deve ser feita a educação sanitária: a) No D. P. L., com a cooperação de todos os seus funcionários, desde o diretor geral até o contínuo. b) Nos centros de saúde onde se fala sobre tudo, mas, não se fala em lepra. c) Nos ambulatórios e dispensários. d) Nas escolas. e) Nas fábricas. f) Nos clubes e associações recreativas. g) Nos clubes esportivos. h) Nos clubes e associações religiosas. i) Nos cinemas, teatros e circos. j) Nos parques de diversões, feiras, quermesses etc. A seguir o orador enumera os diversos veículos a serem utilizados na educação sanitária, a saber:

palestras (que é o meio mais eficaz de convencer), jornais, (tais como "O Estado", "A Gazeta", o "Dia", etc.) interessando a classe média; revistas, rádio (que são ótimos veículos, alcançando a Cidade, o Município, o Estado e o País, ganhando em extensão mas perdendo em profundidade), T. V., cinemas, folhetos, cartazes, boletins circulares, etc. A televisão embora seja um ótimo processo perde um pouco a eficiência pois se dilui. O cinema é extraordinário nesse sentido, porém, é caro para o nosso meio. Os folhetos são interessantes, podendo selecionar o público (crianças, comunicantes, adultos) lembrando porém, que a grande maioria da massa é analfabeta. Os cartazes são de valor relativo, apenas para memorizar. Na lepra, precisamos enviar mensagens e o cartaz para isso não se presta. Serve bem para os ambientes das salas de espera das estradas de ferro, etc. São necessários apenas para anunciar campanhas, mas, logo o público os esquece. Os boletins e as circulares servem para a educação sanitária interna, entre os funcionários. Cita, ainda, o orador outros meios de difusão, tais como as exposições e os aviões escritores dos céus. Finalizando a exposição aborda o problema que, a seu ver, é o mais importante no momento, qual seja o da intensificação do exame dos comunicantes, resumindo nos seguintes tópicos: 1.º) Pelo aumento da cooperação de todos os médicos do D. P. L. 2.º) Pela seleção dos pacientes por intermédio do inquérito epidemiológico (qual o maior interesse: pelo familiar afastado do foco, há anos, ou pelo amigo convivente íntimo atual?). Seleção, também, pela reação de Mitsuda, quando surge o problema da dificuldade de antígeno. 3) Pela maior facilidade nos exames, evitando promiscuidade entre doentes e comunicantes, evitando esperas, estudo de horários de exames, exames em centros de saúde, exames por médicos credenciados, etc. 4) Pela melhoria dos meios de controle por intermédio de um arquivo vivo (cartões de chamadas, telefonemas, visitas). 5) Para educação sanitária dos comunicantes, por meios diretos (conversas, material, cartazes) e indiretos (grupos médicos e educadoras). Finalizou, frisando a necessidade imperiosa de dinheiro e pessoal para poder levar avante esta campanha de educação sanitária. Terminada a explanação, o Sr. Presidente pôe em discussão o trabalho tendo o Dr. A. Rotberg pedido a palavra informando que em sua tese de doutoramento, em 1933, afirmara que a reação de Mitsuda deveria ser usada na seleção dos comunicantes, tendo posteriormente, chamado por mais vêzes, a atenção da classe médica do D. P. L. para êsse assunto. Assim sendo, restariam apenas 10% dos comunicantes a nos interessar para os exames dermatológicos rigorosos (casos negativos à lepromino reação). No que se refere à melhoria de capacidade de diagnóstico dos médicos, diz o Dr. Rotberg que o povo que trata a sua dermatose, procurando um clinico, é um povo mal educado. O médico também deverá ser educado no sentido de encaminhar para o especialista o que a êste competir, desde que um clínico não se torna dermatologista de uma hora para outra. Com a palavra o Dr. Gonçalves Bastos, que analisa o problema do médico no interior, onde não há dermatologista. Acha o apartante que se deva criar uma mentalidade nos médicos do interior, a fim de que estudem um pouco sôbre lepra para suprirem essa falta.

O Dr. L. Bechelli se refere aos resultados satisfatórios e brilhantes do tratamento atual da lepra, achando que a "Educação Sanitária" deveria fazer uma campanha sôbre êsse tópico: O aumento de número de casos para tratamento desde que se propagou a notícia da eficácia da terapêutica pelas sul- fonas. Seria o atrativo do tratamento em prol da profilaxia. Usaram ainda da palavra a educadora D. Hebe e o Dr. Farjalla Zacharias, esposando êste a tese do Dr. Bechelli sôbre a propaganda do tratamento. O Dr. Barros a seguir agradece o interêsse pelo assunto exposto. O Sr. Presidente felicita o orador pelo brilho de sua conferência e nada mais havendo a tratar declara encerrada a sessão. São Paulo, 21 de junho de 1954. (a) *José Rivera de Miranda* — Secretário.

ATA DA 224.^a SESSÃO ORDINÁRIA
16 de agosto de 1954*José Rivera de Miranda*
Secretário

No dia dezesseis de agosto do ano de mil e novecentos e cinquenta e quatro, realizou-se no Instituto Conde Lara, à rua Domingos de Morais n. 2463, às vinte horas e trinta minutos a 224.^a sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia com a presença de elevado número de sócios e sob a presidência do Dr. José Corrêa de Carvalho. Abrindo a sessão o Sr. Presidente deu ciência à casa dos resultados de duas reuniões da Associação Paulista de Medicina, nas quais tomara parte, representando a Sociedade Paulista de Leprologia, e onde foram tratados assuntos referentes ao reajustamento e reestruturação da carreira de médico do Estado. Informa, também, que solicitara audiência ao Sr. Governador do Estado a fim de pedir o reconhecimento da Sociedade Paulista de Leprologia como de utilidade pública, tendo a referida audiência ficado marcada para o dia vinte e quatro próximo, às dezesseis horas e quinze minutos, convocando para essa data a Diretoria da Sociedade. Foi proposto pelo Sr. Presidente, de acordo com a requisição do interessado, o Dr. José de Souza Pinto, médico Regional de Votuporanga, para sócio contribuinte da Sociedade, o que foi aprovado. Após propor a dispensa da leitura da ata anterior, o Sr. Presidente deu a palavra ao primeiro orador inscrito, Dr. Osmário Borges de Macedo que, em colaboração com o Dr. Silvio Napole dissertou sobre: "Divisão regional do corpo humano para a localização das lesões de lepra". Com a palavra o Dr. Osmário, o qual diz: A descrição das lesões cutâneas da lepra, inscritas na ficha epidemiológica e clinica das unidades sanitárias do Brasil, implica em uma exata localização de seus elementos. A averiguação posterior da evolução do processo mórbido terá a sua base na exposição inicial do caso, vem daí a importância do acerto na colocação regional dos sintomas examinados. A ficha epidemiológica e clinica atual divide o corpo humano em quatro partes a saber: a cabeça, o tronco, os membros superiores e inferiores, deixando ao arbítrio de cada médico, na ocasião do fichamento do doente de lepra, as minúcias da localização das lesões cutâneas. Não existe padrão, onde se possa amparar o leprologista ao localizar essas alterações. As regiões existentes em Anatomia Topográfica, em excesso pormenorizadas, não se prestam para situar lesões, muitas vezes, tão extensas como são as da lepra. Entretanto, é ela fundamental para toda a divisão do corpo humano e dela não poderemos prescindir em nosso estudo, devendo apenas adaptá-la ao objeto de cada ciência sendo essa adaptação que procuraremos fazer. A lepra apresenta lesões pequenas, mínimas, medindo menos de um centímetro e outras vezes enormes ocupando áreas extensas do tegumento. Se as primeiras cabem facilmente em uma região topográfica bem delimitada, já as grandes lesões se estendem por várias regiões e seria inútil e fastidioso a sua repetição em uma ficha clinica. Além disso, há regiões onde as lesões de lepra predominam e outras várias onde elas raramente aparecem. Nas primeiras, as regiões deverão ser perfeitamente delimitadas e nas últimas, onde raramente se depara um sinal de hansenose, não há inconveniente em reunirmos em uma área mais extensa que por si só abrangerá toda uma parte do corpo. A distribuição das lesões varia com a forma clinica da infecção. Na lepra lepromatosa a predominância é para o lado da face e da superfície de extensão dos membros. Na face: a frente e os supercílios, as orelhas e o nariz são mais atingidos; nos membros, os cotovelos, punhos e joelhos. Raramente as lesões se assentam no couro cabeludo, no pescoço ou na região escrotal. Na lepra indeterminada são lesados de preferência as nádegas, coxas e tronco, principalmente junto as axilas e poupados, couro cabeludo, palma das mãos e planta dos pés. A lepra tuberculóide imita a localização da forma indeter-

minada, excepto na variedade racional onde a face e as regiões palmares são também as preferidas. Não constitui novidade uma divisão do corpo humano para a lepra. Ernest Muir apresenta no seu livro "LEPRA", Trad., ed. 1947 (Imp. Nacional) uma divisão da superfície do corpo em 100 áreas com o fim de assinalar a localização das lesões ou para a prática do tratamento local com o óleo de chaulmoogra, hoje abandonado com o advento ds sulfonas, classificação aliás denominada exaustiva. Tomou a palavra, para completar a explanação do presente trabalho, na parte anatômica, propriamente dita, o Dr. Silvio T. Napole, que inicialmente demonstrou as vantagens da uniformização das classificações das regiões anátomo-topográficas, quais sejam: a sistematização com a localização de uma região dentro de limites definidos anátomo-topográficos e a estatística, com suas facilidades no estabelecimento de dados estatísticos em determinadas regiões do corpo humano. Citou os Congressos de Anatomia da Basileia e Iena, com uma fusão entre diversas classificações. O corpo seria então dividido em: 1) *Segmento cefálico*. Segmento cefálico com a sua fase dorsal posterior (crânio) e face inferior, com as seguintes regiões: frontal, supra orbitária, couro cabeludo, orbitária nasal, lábio mentoneira bucal, parótido massetéica e aurículo mastóide. 2) *Segmento cervical* (colo ou pescoço) com as regiões: Ventral do pescoço(infra hióide e supra hióide) externo cleido mastóide e nucal. 3) *Segmento torácico* com as regiões: external, costal (infra-mamária), infra claviclar; 4) *Segmento abdominal* com as regiões: antero-lateral (superior, média e inferior) a superior com o hipocôndrio E o o hipocôndrio D, a média com o flanco D, a umbelical e o flanco E e a inferior com a supra inguinal D, o hipogástrio e a supra inguinal E e a região lombar. 5) *Segmento da bacia*, com as regiões púbica, sacro-coccígeo, perineal (anterior e posterior); 6) *Segmento dos membros*: superiores (torácicos) e inferiores (pélvicos). Os superiores com as regiões: espádua (infra- claviclar, deltóidea, escapular), formando a cavidade axilar, braço (anterior e posterior), cotovelo (anterior e posterior) ante-braço (anterior e posterior) punho (anterior e posterior), mão (mão e dedos) com a palmar e dorsal. Os membros inferiores, com as regiões: anca anterior (sub inguinal) e posterior (glútea trocanteriana), coxa (anterior e posterior) joelho (patela) com a parte anterior ou patelar e a posterior ou poplitea, perna (anterior e posterior) tornozelo (anterior e posterior) pé (pé e dedos) com as faces anterior ou dorsal e posterior ou plantar e finalmente o dorso com suas três regiões: tóraco dorsal, tóraco lombar e sacro coccigea. Terminada a apresentação do trabalho o Sr. Presidente põe o mesmo em discussão. Iniciando os comentários e Sr. Presidente lembra ao Dr. Silvio a subdivisão da mão, nas regiões tênar e hipotenar, muito visadas pela lepra nervosa em suas amiotrofias. O Dr. Renato Braga elogia o trabalho e lembra, também, a denominação dos interósseos ao que o Autor relembra que o critério da classificação é cutâneo e não estratográfico. Ainda com a palavra o Dr. Braga lembra o valor da adopção desse esquema que seria interessante não ser tão semente anatômico, mas sim, anátomo preferencial. O Dr. Demétrio Vasco de Toledo também elogia o trabalho e, apesar da novidade, aceita a denominação de face anterior e posterior do cotovelo, principalmente, por ter sido adotada e descrita por anatomista competente. Não havendo mais comentários sôbre o trabalho em pinta o Sr. Presidente dá a palavra, novamente, ao Dr. Osmário B. de Macedo, para apresentação do 2.º trabalho inscrito em colaboração com o Dr. José Corrêa de Carvalho, sob o título: "A PROPÓSITO DO PERÍODO DE INCUBAÇÃO DA LEPRA — ESTUDO DE UM CASO". Diz o Dr. Osmário B. Macedo: "Apresentou-se para exame periódico na secção de comunicantes no dia 1.º de julho do corrente ano, o Sr. N. F. que tem vários parentes doentes. Clinicamente foi constatado ser o referido paciente portador de uma zona de anestesia nos dois últimos dedos do pé esquerdo prolongando-se a lesão até o tornozelo. Classificado como caso de lepra indeterminada neurítica foi colocado em observação ficando sujeito a revisões trimestrais. O primeiro sintoma foi observado há dois meses da data do fichamento, assegura o paciente. O Sr. N. F iniciou o seu contrôle em 1948, tendo feito dois exames clínicos naquele ano,

ambos negativos. Posteriormente foi reexaminado em 1949 (1 exame) em 1950 (1 exame) em 1951 (dois exames) em 1952 (um exame) em 1953 (um exame) em dezembro, e em julho de 1954, o exame a que nos referimos, verificando-se que do penúltimo ao último exame passaram-se exatamente seis meses, o que permite concluir que a eclosão da doença teve início há menos de seis meses e o tempo de dois meses alegado pelo paciente tem a sua razão de ser. O Sr. N. F. é solteiro e vive só desde o internamento de seus familiares doentes. O primeiro fichamento na sua família foi o de sua mãe — V. D. (P. 22414) em 5 de dezembro de 1943, estando doente há seis anos. A forma clínica, lepra tuberculóide reacional com baciloscopia e muco nasal positivo (++++) e na lesão cutânea. O segundo fichamento foi o de seu pai, P. F. (P. 22.467), dez dias depois, estando o mesmo doente há um ano, sendo classificado como forma indeterminada com baciloscopia negativa. Posteriormente, em 24 de dezembro de 1947, foram fichados quatro irmãos: A. F. (P. 27.994); D. F. (P. 27.995); G. F. (P. 27.993); A. F. (P. 29.816); E. F. (P. 27.992), sendo que: A. F. (P. 27.994) era doente há dois anos, classificação: lepromatosa cutânea (++++). O. F. (27.995) doente há 6 meses (?), classificação: indeterminada cutânea (lâminas negativas). G. F. (27.993) doente há 7 meses, classificação: lepromatosa generalizada (?) tuberculóide reacional (?) (laminas muco negativo, lesão ++). E. F. (27.992) doente há um ano, classificação: lepromatosa generalizada (lâminas positivas ++). O último parente a ser fichado foi A. F. (29.816), doente há um ano e meio, classificação: indeterminada cutânea (lâminas negativas). Todos os seus parentes foram internados e durante o isolamento não fugiram do Sanatório. Verifica-se que seus irmãos com baciloscopia positiva foram isolados em dezembro de 1947; portanto, considerando-se a sua moléstia como iniciada logo após dezembro de 1953, temos mais de seis anos de período de incubação. Se levarmos em conta seu irmão, o último internado, em dezembro de 1948 (com baciloscopia negativa) teremos mais de cinco anos na incubação do mal de que é portador o doente em questão. Sendo a média do período de incubação da lepra colocada entre dois a cinco anos, segundo a maioria dos autores, vê-se que o caso em estudo apresenta um espaço de tempo superior ao mediano. Aliás, as pesquisas nesse setor são mínimas, visto a dificuldade que se nos depara na fixação do tempo. Os casos apresentados são, na maioria, de crianças separadas dos pais doentes ou elementos nascidos em países livres de lepra que vão morar em regiões infectadas sendo que ao voltarem a pátria aparecem enfermos. Mesmo 'esses são em pequeno número, sendo que dentre os leprologistas podemos citar Gomes, Nicolas & Blasé, com 22 casos de crianças; Rogers, com 84 casos, e Duarte do Páteo com quase dois mil casos, não apresentando, porém, um estudo detalhado de cada caso como agora o fazemos. O tempo de incubação da lepra vai desde a contaminação até o aparecimento dos primeiros sinais da moléstia. Querer separar 'esse período, alegando possíveis reproduções do bacilo, não encontra apóio na prática pelo nosso total desconhecimento da biologia do germe. Parece-nos que as formas clínicas reagem de maneira diferente durante o período de incubação. A lepra tuberculóide faz uma incubação mais rápida, ao passo que a indeterminada e a lepromatosa tem um período mais extenso. A proporção que se forem apresentando doentes onde, com segurança, se possa estabelecer o seu período de incubação, serão agrupados de forma a posteriormente podermos apresentar um trabalho completo onde se possa verificar a exatidão dos conceitos aqui emitidos. Finda a apresentação do trabalho, o Sr. Presidente põe o mesmo em discussão, usando a palavra o Dr. Demétrio V. Toledo que argumentou ser a forma tuberculóide a de menor incubação por ser a forma que se mostra mais exuberante em seus sintomas e por isso mesmo mais fácil e precocemente notada até por pessoas leigas ou médicos não especialistas; ao contrário da lepromatosa que às vezes se mostra no seu início muito discreta com infiltração difusa, somente perceptível a olhos bem experimentados. O Dr. Reinaldo Quagliato comentando a matéria cita sua estatística de Campinas, no caso de comunicantes que passaram a doentes, informando que notou naqueles mais antigos (com 20 anos de observação) nú-

mero de doentes em elevada percentagem, sendo que nos comunicantes observados mais recentemente, o tempo é de menos de seis anos de incubação. Lembra a seguir que o único meio de seleção, a ser adotado com real valor e eficiência, seria a prática do Mitsuda. O Dr. Renato Braga lembra o caso de uma lepromatosa internada que após 15 anos foi seguida da internação do filho. O Dr. Francisco Amendola pergunta se os doentes, no caso em apreço, são tratados pelos métodos, ditos específicos, mesmo comprovado apenas as áreas de anestesia, tendo respondido o conferencista que tal ação dependia do caso, situação e de acordo com a vigilância, havendo sempre interesse em instituir tratamento, mesmo nesses casos. Nada mais havendo a tratar o Sr. Presidente agradecendo a colaboração dos presentes dá por encerrada a sessão.

ATA DA 225.^a SESSÃO ORDINÁRIA
18 de outubro de 1954

João Baptista Zocchio
1.º Secretário

Realizou-se no Instituto de Leprologia "Conde Lara", sito na rua Domingos de Moraes n.º 2463, a sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia, 225.^a sessão, aos dezoito dias do mês de outubro do ano de 1954, às vinte horas e trinta minutos, sob a presidência do Dr. José Corrêa de Carvalho. Abrindo a sessão o Sr. Presidente, propõe seja dispensada a leitura da ata anterior, o que foi unanimemente aceito com a aprovação da referida sessão. Em seguida põe à disposição dos presentes o uso da palavra, quando o Dr. Luiz Marino Bechelli propõe seja providenciado junto aos poderes competentes a concessão das vantagens do tempo integral aos médicos que se interessarem por essa medida. O Sr. Presidente dá explicações sobre o assunto e sobre a proposta já feita de concessão de tempo integral aos novos médicos do D. P. L. e faculdade de opção para os antigos. O Dr. Farjalla Zacarias faz um apelo sobre o caso dos novos médicos nomeados interinamente com prejuízo dos mensalistas já há muitos anos trabalhando no D. P. L. O Sr. Presidente se declara disposto a entrar em entendimento com o Sr. Diretor do D. P. L. e com o Senhor Secretário da Saúde para sanar, se possível, a desvantagem dos mensalistas em relação aos interinos recém-nomeados. Passando à ordem do dia o Sr. Presidente convida o Dr. Quagliato a apresentar o seu trabalho inscrito sob o título: "O problema das reativações nos dispensários de lepra". O A. estuda as reativações bacterioscópicas na lesão dos doentes de lepra matriculados nos ambulatórios de Bebedouro (1943-1947) — (tratamento chalmooogrico) e de Campinas, (1949-1953) — (tratamento sulfônico) fazendo um confronto dos dois períodos. Na parte final do trabalho estuda o "follow-up" dos doentes reativados de Campinas, que continuaram no Dispensário até Julho de 1954. Os doentes foram divididos em D. A. (pacientes que não foram internados) e T. A. (casos de vieram com alta de leprosaríos). O A. chama atenção para a diferença de ambos os materiais em estudo, pois tanto um como o outro, em tratamento no ambulatório de Bebedouro, preenchem condições as mais rigorosas para a matrícula, ao passo que em Campinas muitos dos D. A. e dos T. A. já apresentavam positivos seus primeiros exames no ambulatório. Com essas ressalvas, pela análise dos diferentes quadros apresentados pode-se evidenciar o seguinte: Ambulatório de Campinas, 1949 a 1953 (tratamento sulfônico) Quadro I: a) 65 D. A. positivos, sendo 50% logo no primeiro exame, 7 no decurso do 1º ano de tratamento e 28 depois do 1.º ano (de 2 a 5 anos); b) 96 T. A. reativados no quinquênio com 30% de positivos no 1.º exame, 22 casos no decorrer do 1.º ano (excluindo-se os já positivos no 1º exame) e 41 do 2.º ao 5.º ano de tratamento. TIPO DE MOLESTIA: Dos 65 D. A. positivos nos 5 anos, 18 eram lepromatosos, 16 indiferenciados, 15 T. R. e 16 vieram de T. R. ou I para L (25% o total de reativados) sendo que a transição foi

observada ao se iniciar o tratamento sulfônico, (doentes vindos da época do Chaulmoogra) ou se tratavam de doentes que faziam o tratamento irregularmente. Dos 96 T. A. positivos, 89 eram L (92%), 2 I, 1 T. R. e 2 haviam feito a passagem de I para L. MITSUDA — 99 dos 161 reativados tinham a reação de Mitsuda, sendo 56 D. A. (51 negativos e 5 T. R. positivos) e 43 T. A. todos negativos. REGULARIDADE DO TRATAMENTO: Dificilmente avaliada. Assinalou-se apenas 40 casos certamente irregulares, porém, êsse número sem dúvida, seria muito maior. AMBULATÓRIO DE BEBEDOURO: 1943-1947 (Chaulmoogra) Quadro II. a) 30 D. A. com exames positivos na lesão, sendo 3 no primeiro ano (23%). Dos T. A. apenas 5 apresentavam bacilos na lesão ao 1.º exame (maior dificuldade para matrícula desses casos). TIPO DE MOLÉSTIA: Dos 30 D. A. positivos de Bebedouro, 7 eram L, 6 I, 5 T. R. e 12 haviam evoluído de I e T. R. para L. Dos 13 T. A. positivos, onze eram L, e dois vieram de I para L. Quadros III, IV, V. AMBULATÓRIO DE CAMPINAS (1949-1953 — Sulfonas): a) 181 D. A. novos matriculados e desses 37 (20%) reativados no 1.º ano de tratamento; b) nos 5 anos houve o total de 304 D. A., em tratamento ambulatorio, com 65 reativações (21%). Doentes T. A.: a) 291 novas matrículas de T. A., com 55 reativados (18%) no 1 ano; b) total de 381 T. A. matriculados nos 5 anos, com 96 reativações (25%). AMBULATÓRIO DE BEBEDOURO: (1943-1947, Chaulmoogra) a) 110 novos D. A. matriculados, com 11 positivos no 1º ano (10%); b) total de 162 casos D. A. matriculados nos 5 anos, com 30 positivos (18%). CASOS T. A.: a) 52 novos T. A. matriculados com 3 reativados no 1.º ano (5,7%); b) Total de 76 T. A. matriculados no quinquênio com 13 positivos (17%). Análise: maior número de reativados no 1.º ano de matrícula dos doentes de Campinas em comparação com os de Bebedouro. Diferença que se faz pouco notável no final de cinco anos. Quadros VI a XV "follow-up" dos casos reativados de Campinas (1949 até julho de 1954) I) Positivo para negativo: a) Doentes D. A.: Dos 65 D. A. positivos, 26 se tornaram negativos após a 1º revisão (40%), os outros depois de vários meses de tratamento sulfônico, o mais demorado após 48 meses no dispensário. b) Casos T. A.: Dos 96 T. A. reativados, 39 negativaram-se sendo 27 logo após o 1.º exame (28%), os demais até 36 meses de tratamento. 2) Doentes com o último exame positivo. a) 27 D. A. com a última revisão positiva, sendo 5 deles examinados uma única vez; os 22 restantes estão ainda positivos; os de maior prazo, depois de 54 meses de tratamento. b) Dos 96 T. A. reativados nos 5 anos, temos 57 com última revisão positiva, sendo que 37 deles apenas fizeram um exame; estão ainda positivos no Dispensário 22 casos, dois deles depois de 5 anos de terapêutica sulfônica.

COMPUTO GLOBAL: (I. R. de Campinas) — 161 pacientes D. A. e T. A. com exames positivos nos 5 anos. Desses 161, baixamos com exames positivos 46 doentes, continuando no Dispensário 115, dos quais passaram a negativo até julho de 1954, 77 (67%), os mais demorados depois de 36 meses de tratamento sulfônico. Dos 115 continuam no Dispensário, com exames positivos, 38 doentes T. A. (33%) sendo 2 depois de cinco anos de terapêutica intensiva, e mais 16 D. A. três deles após 3 anos de tratamento. Dos doentes positivos no ano: 1.º) 1949 — a) Um D. A. ainda está positivo; sete passaram a negativo; 3 foram internados com exames positivos. b) 2 T. A. estão ainda positivos; 3 tornaram-se negativos; 10 foram internados positivos. 2.º) 1950 — a) Um D. A. ainda continua positivo; 7 estão negativos; dois foram baixados com resultados positivos. b) 2 T. A. estão negativos e 2 foram internados positivos. 3.º) 1951 — a) 1 D. A. continua positivo; 7 já estão negativos; 4 foram baixados com exames positivos. b) 3 T. A. negativaram-se; 2 foram reinternados positivos. 4.º) 1952 — a) Um D. A. continúa positivo; outro foi baixado com resultado positivo; 8 se tornaram negativos. b) 5 T. A. positivos; onze foram baixados, também positivos; 16 já estão negativos. 5.º) 1953 — a) 12 D. A. ainda estão positivos; 9 negativos. b) — 15 T. A. continuam positivos; 10 baixados, também, positivos; 15 já estavam negativos até

julho de 1954. Discutiram o trabalho os Drs. José M. Barros, Amêndola, Farjalla Zacharias, Hildebrando Vasconcelos Abrão Rotberg, L. M. Bechelli e José Corrêa de Carvalho. Em seguida o Senhor Presidente convida os Drs. Luiz Marino Bechelli e A. Rotberg para apresentarem seu trabalho inscrito sob o tema: "Contribuição ao estudo da herança de resistência à infecção leprosa; A lepra no Estado de São Paulo (Brasil) segundo a naturalidade". Focalizam os AA. um aspeto da epidemiologia da lepra no Estado de São Paulo, onde os estrangeiros, de modo especial os italianos e seus filhos, são comumente infectados pela lepra. Discutem o assunto da resistência racial e julgam que a ausência de imunidade atávica nos estrangeiros, como admitem alguns autores, não seria a explicação provável para êsse fato. Isso porque, se existe essa resistência racial ela deveria ser maior nos estrangeiros, os quais provêm de países onde a lepra existe ou existiu durante mais séculos do que em São Paulo. Considerando a possibilidade de que fatores diversos venham a intervir no binômio exposição-resistência, proporcionando índice de lepra mais ou menos elevado em correlação direta e essencial com a maior ou menor resistência do grupo nacional e estrangeiro, os AA. acham que é da maior importância observar os dados referentes à forma clínica nesses dois grupos. Isso porque, a forma clínica dependeria mais particularmente do fator resistência e o aparecimento de maior número de casos tuberculóides em um dos grupos indicaria maior resistência contra a infecção leprosa. Nos dados que obtiveram, os AA. verificaram o seguinte: 1) A forma tuberculóide foi mais freqüentemente observada entre os estrangeiros do que entre os nacionais filhos de brasileiros; 2) Os nacionais filhos de estrangeiros desenvolveram a forma lepromatosa mais freqüentemente do que os nacionais filhos de brasileiros. Observaram maior prevalência da lepra entre os estrangeiros, diferença essa pequena mas estatisticamente significativa. Não podendo atribuir essa maior prevalência a uma susceptibilidade maior à lepra, conforme se deduz pelos dados acima, julgam os AA. que ela deverá ser explicada diferentemente. Talvez muitos estrangeiros (especialmente os lepromino negativos) viessem a ter sua resistência diminuída em virtude das condições diversas que interferem na sua aclimação (clima, alimentação e outros). Fatores ocasionais também poderiam ser invocados (maior hábito de comparecimento dos estrangeiros aos exames médicos; os nacionais se exporiam menos ao contágio, por reconhecer melhor os casos de lepra). Discutiram o trabalho os Drs. Reinaldo Quagliato, F. Amendola e J. Corrêa de Carvalho. Nada mais havendo a tratar o Senhor Presidente encerra a sessão. São Paulo, 18 de outubro de 1954. — O 1.º Secretário (a) *Dr. Iodo Baptista Zocchio*.

ATA DA 226.ª SESSÃO ORDINÁRIA
20 de dezembro de 1954

José Rivera de Miranda
Secretário

Com a presença de elevado número de sócios realizou-se no Instituto de Leprologia "Conde de Lara, sito à rua Domingos de Morais n.º 2463, às vinte horas e trinta minutos, a 226.ª sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia, aos 20 dias do mês de dezembro do ano de 1954, sob a presidência do Dr. José Corrêa de Carvalho. Abrindo a sessão o Sr. Presidente, na parte do expediente, comunicou à casa os resultados da reunião da Diretoria da Sociedade em novembro, motivada pelas dificuldades financeiras por que passa a Revista Brasileira de Leprologia, enumerando a seguir as resoluções tomadas, quais sejam: 1) o Dr. A. C. Mauri providenciar maior número possível de anunciantes. 2) Diminuir o custo de impressão. 3) Cancelamento de distribuição gratuita. 4) Petição ao Governador do Estado sôbre o envio de uma mensagem à Assembléia, considerando a Sociedade de utilidade pública,

ficando assim a Sociedade de Leprologia com direito a pleitear subvenções e permissão para a importação do papel necessária à impressão da Revista. Passando para outro assunto o Sr. Presidente comunica a admissão de novos sócios contribuintes, a saber: Dr. Armando Carvalho Rocha, da Colônia de Itanhenga em Vitória, Espírito Santo (Julho de 1954), Dr. José Maria da Costa Menezes Gonçalves Bastos, médico Regional de Itapetininga (Agosto de 1954), Dr. José Raimundo Suriano, Regional de Jaú (Setembro de 1954) Dr. José de Souza Pinto, Regional de Votuporanga e Dr. Fausto de Camargo Mendes, pediatra do Educandário de Jacaréí. Ainda no expediente o Dr. Renato Pacheco Braga pede retificação de alguns pontos da ata 222.^a publicada no vol. 22 da Revista Brasileira de Leprologia (março de 1954), ficando de apresentar por escrito as necessárias retificações, que constará da próxima 227.^a sessão. Também o Dr. Reinaldo Quagliato apresenta uma retificação por escrito sobre o seu trabalho igualmente transcrito na sessão supra-citada; o que passamos a registrar: "pág. 106 do citado volume da Revista, na linha 10, onde se lê: "A lepra teria feito na Europa cerca de 73 (setenta e três) mil vítimas" leia-se: "a lepra teria feito na Europa cerca de 23 (vinte e três) mil vítimas". Na mesma página, linha 20, leia-se: "vai diminuindo a diferença entre homens e mulheres. (ponto) De acôrdo com a idade etc..." em vez de: Vai diminuindo a diferença entre homens e mulheres de acôrdo com a idade etc...." Na linha 41, da mesma página, onde se lê: "e Fontiles, no Sul, na região de Andaluzia, com 300 leitos, etc...." leia-se: "...e Fontiles, no Levante, na região de Valência, província de Alicante, com 300 leitos, etc. ..." Finalmente, na página 107, na 13.^a linha, onde se lê: "na Itália, com uma estimativa de 500 a 600 casos, todos autoctones etc. " leia-se: "Na Itália com uma estimativa de 500 a 600 casos a maioria autoctones, et." Passando à ordem do dia o Sr. Presidente apresenta a Senhorita Sonia Letayf, inscrita com um trabalho sobre: "A ATITUDE DO MÉDICO E SUA REPERCUSSÃO PSICOLÓGICA SOBRE O DOENTE DE LEpra". Com a palavra a Srta. Sonia se refere às suas observações pessoais sobre o estado psicológico dos doentes de lepra, em geral, e dos internados em Sanatórios Paulistas em particular. Tece uma série de considerações sobre a maneira pela qual interpreta a atitude dos leprologos diante aqueles enfermos. Desenvolve sua tese fazendo considerações sobre a personalidade dos doentes e o materialismo da maioria dos médicos, abrindo exceções para elogiar aquêles que podem ser considerados mais humanos e dedicados à coletividade enferma. Externa seus conhecimentos sobre psicologia para concitar o leprologo a um trabalho de recuperação psíquica de cada um de seus clientes enfermos de lepra. Depois de se referir às diversas contingências que um doente pode se encontrar ou deparar, afirma a oradora: "Seria necessário que o médico compreendesse qual é o gênero de doente com quem êle trata, porque, com alguns precisa muito cuidado, muita delicadeza, a menor falta de tacto repercute muito profundamente. Alguns precisam de reeducação social, outros de informação geral sobre o tratamento, o contágio, as razões sociais de repulsão, etc. Muitos e muitos problemas nascem por causa da lepra e não é possível inquiri-los, sobretudo quando por uma razão, ou outra, os doentes atravessam nosso caminho. Um médico não pode realizar sua profissão tratando o homem como um "corpo" um organismo portador de bacilo, é também uma "alma", alma que sofre nas suas ambições e por causa das limitações injustas feitas às suas possibilidades! E sobretudo um animal racional, que vive em relação com a sociedade, que quer se afirmar, que precisa ser interpretado no meio natural e para êle esta situação de "regeitamento" é verdadeiramente um traumatismo que poderá conduzir, talvez, ao irreparável!" Finda a apresentação do trabalho da Srta. Sonia, o Sr. Presidente põe o mesmo em discussão tendo usado a palavra os Drs.: Barros, Rocha, Braga, Quagliato, Amêndola, Farjalla e José Corrêa de Carvalho. O Sr. Presidente agradece à Srta. Sonia, cumprimentando-a pela ótima dissertação. Nada mais havendo a tratar, declarou encerrada a sessão. São Paulo, 20 de dezembro de 1954.

(a) Dr. José Rivera de Miranda — Secretário.