

SOCIEDADE PAULISTA DE LEPROLOGIA

ATA DA 235.^a SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 16 de janeiro de 1966

José Rivera Miranda
Secretário

Aos dezesseis dias do mês de janeiro do ano de mil, novecentos e cinquenta e seis, realizou-se no auditório da Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, sito à Avenida Ademar de Barros, trezentos e um, às nove horas, sob a presidência do Dr. J. Corrêa de Carvalho, a ducentésima-trigésima-quinta sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia. Abrindo a sessão o Sr. Presidente, durante o expediente, informa à Casa da realização, em Belo Horizonte, de 25 a 28 do corrente, de uma reunião conjunta de leprólogos, patrocinada pela Sociedade Mineira de Leprologia, visando o debate e o estudo de questões leproológicas, estando programado o seguinte ternário: 1) Dez anos de experiência com sulfonoterapia; 2) Epidemiologia da lepra, modernas tendências profiláticas e organização do serviço; 3) O BCG na premunização da lepra; 4) Ensino de leprologia no currículo universitário e nos cursos especializados; 5) O médico leprólogo e suas reivindicações. O Sr. Presidente pede aos colegas que queiram comparecer, à citada reunião, para se inscreverem indicando, igualmente, os trabalhos que pretendem apresentar. Com a palavra o Dr. Luiz Baptista informa que a Diretoria do D. P. L. recebeu o convite do Serviço de Lepra de Minas Gerais e diz do interesse que o presente conclave possui, tanto para a Sociedade Paulista de Leprologia como para o próprio Departamento. Aproveita a ocasião para congratular-se com a Diretoria da Sociedade pela publicação do último número da Revista Brasileira de Leprologia. Pede a palavra o Dr. Renato Braga para dar o seu ponto de vista a respeito das reivindicações para a carreira do leprologista, afirmando que os problemas são os mesmos entre os leprólogos dos dois Estados. Novamente com a palavra o Dr. Luiz Baptista informa que tendo os Drs. José Correa de Carvalho, Renato Braga e João Morais Júnior, participado ativamente dos debates sobre este assunto, deveriam os mesmos compor a comissão que sintetizaria todo o nosso movimento nesse sentido a fim de que seja obtida uma legislação de âmbito federal que obrigue o cumprimento, em todos os Estados, do que fôr nessa reunião resolvido. O Sr. Presidente põe em discussão e em seguida em votação, a proposta do Dr. Luiz Baptista, a qual é unânimemente aprovada, ficando a comissão nomeada, devendo dar o seu parecer sobre o assunto dentro de dez dias. Nada mais havendo a ser tratado no expediente, o Sr. Presidente passa à ordem do dia, assim programada: 1) A hidrazida do ácido nicotínico na reação leprótica, pelos Drs. Francisco Berti e Osmário Borges de Macedo; 2) Sobre a patogenia da reação leprótica, pelo Dr. Osmário Borges de Macedo. Com a palavra o Dr. Francisco Berti faz uma síntese da constituição, forma orgânica e derivados do produto, finda a qual o Dr. Osmá-

rio passa a expor o seu primeiro trabalho sôbre a hidrazida e seus efeitos na reação leprótica. Citando os iniciados de aplicação na tuberculose bem como o; investigados e observados sôbre o efeito do medicamento. A seguir, cita a casuística observada em 28 doentes de lepra com reação leprótica, comentando os resultados obtidos, que assim resume: "a hidrazida do ácido nicotínico foi experimentada em vinte e oito doentes com reação leprótica, tipo eritema nodoso (sendo um doente portador da forma tuberculóide reacional); sete doentes abandonaram o tratamento, nos vinte e um restantes foi observado bom resultado em 81% dos casos, sendo nulo o efeito em 19%. A droga foi usada por via oral, em doses diárias, variando de 100 a 200 miligramas. Conclui considerando que a droga ministrada por via oral é, atualmente, o melhor meio de se combater a reação leprótica sub-aguda, pois faz regredir os casos onde os nódulos se mantinham por vários meses rebeldes a qualquer outra medicação. Em alguns casos a resposta foi pronta, em outros, com nódulos mais profundos, a evolução provável só foi observada depois de um ou dois meses. Os casos agudos de febre leprótica resistiram, de um modo geral, ao medicamento, por via oral. Nota-se o efeito surpreendente do medicamento sôbre a dor da nevrite cubital, superior a qualquer remédio usado, mesmo aos analgésicos comuns. A impressão que temos sôbre o produto, diante de nossas observações, é que atualmente é a melhor medicação para os casos de reação leprótica sub-aguda, usando-a semente em comprimidos". Finda a leitura do presente trabalho, que será publicado na Revista Brasileira de Leprologia, o A. pede permissão à Casa para proceder à leitura da sua segunda comunicação sôbre "Patogenia da reação leprótica", a fim de que fôssem seus trabalhos discutidos em conjunto. Inicia o Dr. Osmário a leitura da segunda comunicação, a qual já havia anteriormente sido apresentada ao Congresso de Alergia, do Rio de Janeiro, chegando às seguintes conclusões: "A patogenia da reação leprótica ainda não está perfeitamente esclarecida, predominando hodiernamente o conceito alérgico para a sua explicação. É fato conhecido a existência de vários micróbios disseminados na pele, no aparelho digestivo e outros órgãos. Além disso, contém o corpo humano, por vêzes, focos bacilíferos susceptíveis de se incrementarem produzindo infecções diversas. Quando o *mycobacterium leprae* invade o paciente dá-se um equilíbrio entre o bacilo e a flora já existente, amoldando-se uns aos outros. Poderá sobrevir o desequilíbrio dos germes apresentando a dominância do bacilo de Hansen ou a dos microorganismos. Desde que o equilíbrio seja perturbado teremos a reação leprótica, causada pelo incremento do bacilo da lepra ou de qualquer outro micróbio. Se prevalecer o bacilo, iremos ter os quadros de lepromatização aguda ou os da forma tuberculóide reacional com bacilosopia positiva; no caso de qualquer outra raça de micróbios se exaltar e predominar, teremos os episódios agudos onde a bacilosopia será sempre negativa: eritema nodoso ou polimorfo." Em seguida o A. passa a enumerar as causas determinantes da quebra desse equilíbrio com a instalação da conseqüente reação leprótica, tais como as diarréias, moléstias infecciosas concomitantes, estados fisiológicos como a menstruação e bem assim os medicamentos como: a sulfona, chaulmugra, penicilina e sulfamida. O presente trabalho deverá, também, ser publicado na Revista Brasileira de Leprologia. O Sr. Presidente põe em discussão os trabalhos apresentados quando o Dr. L. Bechelli pede a palavra para indagar do A. sôbre que fundamento foi utilizada a hidrazida nos casos de reação leprótica e se teria sido com o propósito de intervir sôbre o estado geral do doente; ao que o A. informa que o interesse do emprêgo foi de intervir sôbre a reação leprótica. Novamente com a palavra, diz o Dr. Bechelli: "Nós começamos a trabalhar no D. P. L. há vinte anos e alguns colegas, da mesma época, lembram-se do verdadeiro entusiasmo que havia, a propósito da reação leprótica. Experimentamos uma série de medicamentos: o mercurocromo, o azul de metileno, a vitamina C e outros. Apreciando os resultados, anos após, verificamos um fato interessante, que no momento tinha passado despercebido: quase todos os medicamentos davam resultado em cerca de 30 a 40% dos casos, fosse o azul de metileno, o piramido, a vitamina ou qualquer dos outros experimentados. Diante desse fato, chegamos à conclusão

de que os medicamentos não teriam tido uma ação sugestiva. O que sucede é o seguinte: a reação leprótica segue o seu curso, e por si, com o medicamento ou sem ele, tem seu decurso mais ou menos favorável, como tem toda reação; pouco a pouco a tempestade vai amainando e a reação leprótica chega a desaparecer, para depois reiniciar. De modo que a nossa impressão se tornou pessimista. Sabemos que a patogenia da reação leprótica é um dos assuntos mais obscuros. Se há casos em que essa reação é provocada por um agente medicamentoso, tal como sulfona e chaulmugra, há outros em que uma amigdalite, uma hepatite, um processo renal, poderá também desencadear a reação. Vemos que a patogenia é muito complexa e sendo complexa é difícil encontrar um medicamento que dê resultado em todos os casos. De modo que o crivo, o ponto inicial da escolha de um medicamento, segundo o nosso modo de ver, dependente da patogenia da reação leprótica. Tivemos casos de reação que melhoraram sem tratamento. Diante dessa complexidade, somos levados a estabelecer um crivo rigoroso para toda experiência terapêutica. Deveriam ser escolhidos casos em que não existisse qualquer infecção clínica e, eliminados esses fatores, iríamos então experimentar a terapêutica só nos casos onde realmente existisse uma reação dependente de um organismo, frente ao bacilo da lepra. Há outro ponto muito importante: será essa reação leprótica maléfica ou benéfica para o doente? Julgamos alguns, que a reação seja favorável à evolução da lepra lepromatosa. Nossa opinião, no momento, é que, excluídos os casos de reação provocada por uma infecção intercorrente e eliminados esses casos, em que haveria necessidade de um tratamento, então deveríamos meditar se é favorável ou não; de modo geral, somos hoje de opinião que essa reação representa uma tentativa do organismo para vencer a infecção. Ele viveria, vamos dizer, em estado de guerra fria, de uma hora para outra, tenta vencer a infecção reagindo de modo mais agudo contra a doença. Interpretamos essa reação como uma tentativa, que antigamente era fracassada na maioria dos casos, porque o organismo não tinha um medicamento que o auxiliasse. O chaulmugra não dava esse auxílio tão desejado. Com os resultados obtidos com as sulfonas, essa impressão foi reforçada. Vimos doentes, inclusive lepromatosos avançados, segundo observação de Lauro de Souza Lima, que melhoraram, o que evidencia que a reação leprótica, em si, não impede a melhora do doente; o que estava faltando era um medicamento que lhe desse um último solavanco. Atualmente admitimos que para um caso de reação leprótica sub-aguda não se deve interromper o tratamento antileprótico tentando ao contrário prosseguir-lo. Temos a impressão de que a revisão minuciosa procedida pelos Drs. Berti e Osmário na literatura, dão certo apoio à nossa opinião. Alguns autores afirmam que a hidrazida influencia a reação leprótica, outros, já asseguraram o contrário. Isso mostra a complexidade do fenômeno, que se manifesta ou se evidencia por mecanismos diferentes, de modo que os resultados vêm a ser aparentemente discordantes. Fazemos esse comentário, não com o desejo de criticar, ao contrário, para demonstrar como ficamos satisfeitos de ver que os colegas mais novos, procuram encontrar a solução para um problema que é realmente muito grave. Com a palavra o Dr. Ari Lippelt diz: "Fazendo uma adenda ao comentário do Dr. L. Bechelli, lembro o seguinte: depois dessa fase, temos a fase de despertar a reação, quando procuramos uma série de medicamentos que a provoquem. Para evitar o termo reação crônica, que parece mesmo descabível, perguntamos se não seria conveniente chamá-la "surto sub-agudo". Um terceiro reparo é o seguinte: como enquadraria esses casos de melhora com a hidrazida na sua teoria de explicar a patogenicidade da reação leprótica? Acho que não entendi bem." Em seguida o Dr. Rocha, pedindo a palavra, diz: "Queria perguntar se não haverá uma contradição entre o possível poder antileprótico da hidrazida e o conceito anti-patogênico emitido; a ausência do eritema nodoso indicaria um equilíbrio entre os diversos cogumelos do intestino, da pele, etc., e a sua presença uma quebra desse equilíbrio. Agindo a hidrazida sobre o *mycobacterium leprae* e os outros cogumelos, haveria um rompimento do equilíbrio e como consequência uma deflagração do fenômeno do eritema nodoso." Indaga o Dr. Osmário B. Macedo se o Dr. Renato Braga tem expe-

riência com a hidrazida. O Dr. R. Braga responde: "Tivemos já alguma experiência com o uso da hidrazida, mas o Dr. L. Bechelli e posteriormente o Dr. Ari Lippelt abordaram todos os pontos, como se traduzissem o ponto de vista de uma escola de veteranos do serviço. Sempre nos batemos pela solução desse problema e até hoje não chegamos a uma conclusão. Assistimos com muito interesse os trabalhos e vimos quase uma condenação das hidrazidas. Achamos que a hidrazida não tem efeito. Só deverá ser considerada em relação aos compostos e em associação medicamentosas. Vimos em Santo Ângelo essa questão da melhoria do estado geral, com aumento de peso. Filiamos a idéia da étio-patogenia ser relacionada à questão da alergia. Temos alcançado melhores resultados com o tratamento dessensibilizante. Em relação à questão focalizada pelo Dr. Ari Lippelt, parece-nos que isso seria dependente dessa conceituação nova. O fato é que há doentes que se apresentam, durante muitos anos, formando processos térmicos crônicos e nos parece que o mais conveniente é procurar afastar as causas concomitantes, as moléstias intercorrentes, com o que temos obtido algum resultado. Estamos de acordo com o Dr. L. Bechelli, quando afirma que a reação leprótica é uma manifestação de cura. O processo dessa reação poderá levar, pela sua dramaticidade, a casos mortais, levando o doente à caquexia. Assim, focalizamos, mais uma vez, esse interesse de um grupo de Colegas, que está praticamente com a mesma convicção, com o mesmo conhecimento que no dia em que entramos no Departamento." Pedindo a palavra o Dr. Garcia Duarte diz: "Ainda não usamos a hidrazida. Aliás, apreciamos alguns casos, porém, não com o espírito de verificar o seu efeito na reação leprótica. Mesmo em Tupã, usando hidrazida em altas doses, constatamos, de quando em vez, surtos de reação leprótica. Porém, como já dissemos, as observações não foram feitas com esse espírito, nada nos permitindo afirmar. De início tivemos casos surpreendentes, melhoras espetaculares, mas, com todo remédio de reação acontece a mesma coisa: por dois ou três meses o paciente fica em ótimas condições, depois regride e fica na mesma. Durante a leitura do trabalho apresentado pareceu-nos que os pacientes que melhoraram foram aqueles que não fizeram tratamento concomitante." Terminada a discussão o Sr. Presidente dá a palavra ao Autor, que assim se expressou: "Agradecendo os comentários procurarei responder, em primeiro lugar, ao Dr. Bechelli. Tivemos muito cuidado ao fazer essas observações, que só agora apresentamos à Sociedade. Temos quase um ano de experiência. Sabemos que foram usados vários medicamentos anteriormente e que, em média, houve 30/0 de melhorias. Escolhemos para nossas observações doentes de formas crônicas de 1 a 3 anos, doentes que não podiam ter alta porque tinham reação. Sendo a finalidade do tratamento a concessão de alta ao doente, achamos que a reação é maléfica para o doente desde que o impede de ter alta. Nas experiências realizadas a regressão foi imediata, possibilitando ao doente um tratamento de base, que é o sulfônico. Somos de opinião que não é benéfica essa reação que obriga o paciente a ficar internado por 2 ou 3 anos. Não podemos nos ater a esses brilhantes teorias patogênicas da lepra. O ponto de vista de que o doente, mesmo sem tratamento, terá uma regressão, é falso, pois na maioria são casos de longa duração — não são casos agudos de um, dois meses. Como verificamos, são 17 casos sub-agudos, 7 agudos e 19 super-agudos. Nesses casos vimos que a hidrazida por via oral tem pequeno efeito, quase nulo. Antigamente se fazia o tratamento pela febre, hoje não se usa mais essa terapêutica, apesar da febre ser benéfica. Na lepra a reação pode ser benéfica ou maléfica, entretanto, não vamos deixar o doente com reação, por supor que essa reação possa ser benéfica. Respondendo ao Dr. Ari P. Lippelt, diz o A. que a hidrazida do ácido isonicotínico deve agir sobre os cogumelos, pois como sabemos, o *mycobacterium leprae* e *tuberculosis* pertencem ao gênero dos *actinomicetales*. Supõe-se que sejam um cogumelo e tenham forma ácido-álcali-resistente. A hidrazida, tendo ação sobre o *mycobacterium tuberculosis* e *leprae* também terá ação sobre os cogumelos. As sulfonas, as hidrazidas e os bacteriostáticos, atuam sobre a respiração celular, substituindo o oxigênio do sistema de oxido-redução. Se as hidrazidas agem assim sobre o *mycobacterium leprae*,

agirão também sôbre as células de todos os outros microorganismos que estiverem no corpo. A respeito da nomenclatura, tenho a impressão que a posologia médica já aceitou as denominações de agudo e sub-agudo, ao passo que isso de surto reentrante teria aceitação apenas em algumas moléstias. Justifica-se, portanto, a nossa preferência pela nomenclatura: agudo e sub-agudo." Nada mais havendo a tratar, o Sr. Presidente agradece a contribuição dos Autores, dando por encerrada a sessão. São Paulo, dezesseis de janeiro de mil, novecentos e cinqüenta e seis. (a) *José Rivera Miranda*, Secretário.

236.^a SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 20 de fevereiro de 1956.

Dr. José Rivera de Miranda
Secretário

Devido ao adiantado da hora, tomada com a Assembléia Geral Extraordinária realizada no mesmo dia, deixou de haver a Reunião-Ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia. São Paulo, 20 de fevereiro de 1956. *Dr. José Rivera de Miranda* — Secretário.

237.^a SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 19 de março de 1956

Walter de Paula Pimenta
Secretário

Após a Assembléia Geral Extraordinária, convocada para a posse da Diretoria eleita para o biênio 1956-1957, realizou-se, com a presença de trinta e dois sócios, às nove horas do dia dezenove de março de mil, novecentos e cinqüenta e seis, no auditório da Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, sito à Avenida Ademar de Barros, número trezentos e um, a ducentésima-trigésima-sétima sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia. Abrindo a sessão o Dr. Fernando Lecheren Alayon, já empossado como Presidente e iniciando os trabalhos põe a palavra à disposição dos interessados, quando o Dr. Renato Pacheco Braga passa a ler a "*Declaração de Princípios*", firmada na IV Reunião de Leprólogos, realizada em Belo Horizonte de 25 a 28 de janeiro de 1956, sob os auspícios da Sociedade Mineira de Leprologia e que são os seguintes: "Leprólogos nacionais, reunidos sob os auspícios da "Sociedade Mineira de Leprologia", após cuidadoso exame da situação da endemia leprótica no Brasil, sentem-se no indeclinável dever de, perante os órgãos responsáveis do país, expor, com lealdade e idealismo, o seu pensamento acêrca do problema e, ao mesmo tempo, pleitear o indispensável apoio para a integral realização das tarefas que lhes cabem na defesa da saúde coletiva. São induzidos a esta atitude, em consequência das conclusões a que chegarem, pelos estudos epidemiológicos procedidos nas várias regiões do país, nestes últimos dez anos, em que ficou evidenciado o agravamento da endemia através do constante aumento do coeficiente de prevalência, pelo qual se observa haver, no momento, dois hansenianos para cada mil habitantes. Isto vem demonstrar que o método de ação profilática necessita reajustar-se às novas aquisições científicas, operadas neste campo da medicina, e traduzidas pela melhor concepção da patologia da enfermidade, pelos novos conhecimentos de sua epidemiologia, pela obtenção de

agentes terapêuticos mais eficazes, pela probabilidade de se elevar a resistência das populações contra a infecção, mediante recursos imunológicos, e pelo aprimoramento da técnica sanitária. A vista destes fatos, são firmados os seguintes princípios e reivindicações para a profilaxia da lepra:

1 — Aperfeiçoamento do método de ação profilática, visando a conseguir a racionalização do trabalho, a fim de dar maior ênfase ao diagnóstico precoce, tratamento extensivo, proteção dos contactos susceptíveis à infecção e educação sanitária;

2 — Justa aplicação do isolamento, de sorte a limitar sua prática à exigência médico-social e à conveniência profilática;

3 — Estímulo e apoio ao ensino da leprologia sob todos os modos e onde se fizer necessário, bem como às pesquisas científicas inerentes à especialidade;

4 — Incentivo à arregimentação de técnicos, considerando sua atual escassez numérica, mediante recompensas correspondentes à natureza do trabalho;

6 — Instituição do regime de campanha, nos moldes do já adotado no Serviço Nacional de Tuberculose e outros, o que permitirá maior flexibilidade da aplicação dos seus recursos;

6 — Atualização dos dispositivos legais e regulamentares.

Terminada a leitura dessa "Declaração de Princípios", sugere o Dr. Braga seja a mesma enviada ao Senhor Governador, à Assembléia Legislativa, ao Senhor Secretário da Saúde e a todos os sócios da Sociedade Paulista de Leprologia. A seguir o Dr. J. M. Barros, diz estar de acôrdo com a "Declaração de Princípios", ressaltando, porém, a necessidade de um estudo mais pormenorizado do 6.º princípio. Com a palavra o Dr. Luiz Baptista comunica o seguinte: 1.º) A reabertura da Creche "Carolino da Mota e Silva", com capacidade para abrigar cem crianças, e que nesta data acolhe a primeira criança; 2.º) Que o Sr. Governador, na sexta-feira p. p., assinou o decreto assegurando a verba de vinte milhões para a abertura de novos postos do D. P. L.; 3.º) Quanto à "Declaração de Princípios" está de acôrdo com o ponto de vista do Dr. J. M. Barros e ainda, que as leis 610 e 1046 devem ser revogadas para levar avante a profilaxia. O Prof. Aguiar Pupo, traz ao conhecimento da Casa que estão abertas as matrículas para o "Curso de Especialização em Dermatologia da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo", cuja duração será de dois anos. Ressalta que já é hora de se iniciar a prática em nossa Faculdade, dos cursos de especialização. O Dr. L. M. Bechelli sugere: 1 — Seja enviado à Sociedade Mineira de Leprologia, um voto de agradecimento pela recepção dada à delegação de São Paulo por ocasião da IV Reunião de Leprólogos; 2 — Indaga se não seria conveniente officiar às Sociedades Brasileira e Mineira, consultando quais as medidas práticas já tomadas e como São Paulo poderia cooperar no que se refere ao problema da profilaxia da lepra. Esta segunda sugestão suscita diversos comentários, sendo finalmente aprovada uma proposta do Dr. F. L. Alayon no sentido de ser constituída uma comissão integrada pelos seguintes elementos: Prof. Aguiar Pupo, Drs.: L. Baptista, L. M. Bechelli, A. Rotberg, C. Mello Reis Filho e J. M. de Barros, para representar a Sociedade Paulista de Leprologia, estudar as modificações da legislação e apresentar sugestões de ordem crítica, principalmente em relação ao item 6, dando destaque ao ponto de vista social. Passando à Ordem do Dia, o Sr. Presidente convida o Dr. Reynaldo Quagliato a apresentar seu trabalho inscrito, intitulado: "Contágio familiar da lepra entre os comunicantes da Inspeção Regional de Campinas. Importância dos exames periódicos para o despistamento dos casos indiferenciados. Vinte anos de observação (1934-1964)". Este trabalho, que foi apresentado na IV Reunião de Leprólogos e será publicado na íntegra pela Sociedade Mineira de Leprologia, apresenta as seguintes conclusões: Estudando o arquivo da Inspeção Regional do D. P. L., em Campinas, que completava vinte anos de organização, verificou-se que quinhentos comunicantes lá registrados, apresentaram manifestações de M. H. O arquivo do ambulatório, de agosto de 1934 (quando foi organizado) a dezembro de 1954, acusava 1.669 doentes (excetuados os casos "O. C.", que atingiam cêrca de 160) fichados pela Inspeção

e 7.062 comunicantes examinados, de modo a dar média de 4,5 contactos, por paciente registrado pela Regional.

2) A distribuição nos vários grupos de comunicantes foi a seguinte:

Comunicantes	Tipos de moléstia			Total	
	L	I	T e TR		
Doentes ao 1.º exame	201 (58%)	74 (21,5%)	71 (2) 5%	346	
Doentes em exames posteriores	Irregular	53 (68%)	13 (15,5%)	12 (14,5%)	78
	Regular	19 (25%)	24 (31,5%)	33 (43,5%)	76
	273	111	116	500	

3) Há apreciável diferença entre os tipos dos três grupos de comunicantes, favorecendo os que estavam com seus exames em dia. 4) As porcentagens de lepromatosos nos dois primeiros grupos são muito altas e aproximadas. 5) A porcentagem um pouco maior no grupo dos exames atrasados seria explicada pelo fato de serem examinados praticamente todos os contactos de focos recentes, de modo a diluir o material. 6) Os exames posteriores dos comunicantes, são feitos com grande deficiência de acôrdo com os relatórios anuais da Inspeção. 7) Mesmo entre os contactos controlados (com exames regulares) há, ainda, certo número de lepromatosos (25%) impossível de ser evitado. 8) Trabalhos feitos em melhores condições mostram também incidência de lepromatosos em contactos sob severa vigilância. No Dispensário de Candeias, após censo intensivo (Joir Fonte, Bol. Ser. Nac. Lepra, 1953: (3) 208/214) houve 23% de lepromatosos iniciais. Souza Campos (citado por Joir Fonte), no Educandário "Santa Teresinha", de São Paulo, observou 7,5% de casos de L, iniciais. Pupo e Cerruti (Mem. 5.º Congr. Int. de Lepra, Havana, 1951) em 400 casos da clínica particular encontram 4,75% com infiltrado do tipo L. 9) Relacionando-se os quinhentos comunicantes doentes com o total dos contactos examinados (7.062), temos a prevalência de 70%, freqüência maior *que* a registrada em Candeias que foi de 39,8 por mil comunicantes examinados (Bol. Serv. Nac. Lepra, 1951: 10 (4) 203/207). 10) Equacionando-se apenas os comunicantes doentes despistados ao 1.º exame (346) com total de 7.062 contactos examinados, teríamos cêrca de 4,9% de doentes aproximando-se mais do número de Candeias. 11) Talvez fôsse mais expressivo comparar os 154 casos diagnosticados nos exames posteriores com o número dos que estão com os exames menos atrasados (1.535 com exames há menos de dois anos) ; a prevalência então subiria para 10%. 12) Do total de 1.569 doentes fichados na Inspeção Regional, 500 eram comunicantes (31%). 13) Essa verificação, feita anualmente pelo A. nas Inspeções Regionais de Bebedouro e Campinas, mostra a cifra até de 46%, o que seria explicado pelos melhores métodos de inquérito postos em prática nos últimos anos, o que mais se aproxima da cifra de Candeias que foi de 70%. 14) O inquérito do Dr. Duarte do Páteo feito até 1946 no Arquivo Central do D. P. L. (Estudo epidemiológico da lepra nos focos domiciliares, II Conferência Pan-Americana de Lepra. Rio de Janeiro, outubro de 1946) acusou 2,8 contactos examinados por doente fichado. 15) No mesmo estudo Duarte do Páteo encontrou 8% de contágio familiar. O trabalho apresentado foi bastante apreciado suscitando comentários do Professor Aguiar Pupo, Dr. A. Rotberg e Dr. L. M. Bechelli. Encerrando a sessão o Senhor Presidente agradece a contribuição do Dr. Reynaldo Quagliato e a presença

dos senhores sócios. São Paulo, em 19 de março de 1956. (a) *Walter de Paula Pimenta* - Secretário.

238.ª SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 16 de abril de 1956.

Walter de Paula Pimenta
Secretário

As dezesseis dias do mês de abril do ano de mil novecentos e cinqüenta e seis, realizou-se às nove horas, no auditório da Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, sito à Avenida Ademar de Barros, número trezentos e um, à ducentésima-trigésima-oitava sessão ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia, com a presença de trinta e um sócios. Substituindo o Sr. Presidente, que justificou a sua ausência, por motivo de força maior, assumiu a presidência o Dr. Argemiro Rodrigues de Souza, vice-presidente, que inicialmente convida o Dr. Josef Cap, leprólogo do Congo Belga, ora estagiando em nosso Estado, a tomar assento à mesa. O Sr. Presidente propõe se officie à Diretoria do Jockey Clube de São Paulo, comunicando ter sido aprovada, unanimemente, a inserção em ata de um voto de louvor pela concessão de dezoito milhões de cruzeiros, que possibilitarão a abertura de vários Dispensários na Capital e no Interior. O Dr. Paulo Rath de Souza propõe um voto de pesar pelo falecimento do Prof. Dr. Rocha Lima, solicitando que se officie à família. O Dr. J. C. de Carvalho comunica que o decreto que restabelece a gratificação aos onze médicos deverá sair esta semana e que o Sr. Governador acataria o recurso administrativo, estendendo a gratificação aos demais médicos que a ela fazem jus. O Dr. Luiz Baptista propõe que imediatamente após esta concessão dos 35%, entre a Comissão de Estudos de Lepra em entendimento com o Sr. Governador para que essa gratificação atinja os demais médicos, ainda que a título precário. A seguir é dada a palavra ao Prof. Aguiar Pupo, que diz o seguinte: "Respeitando os direitos dos médicos referentes às disposições legais que dão aos médicos do D. P. L. uma gratificação de 35% sobre seus vencimentos, divergimos, todavia, dêste critério, julgando de difícil aplicação. Consideramos mais justo o seguro por acidente, instituindo-se contemporaneamente o regime de tempo integral para os funcionários que em cargos técnicos de direção se obrigarem ao devotamento integral ao serviço do D. P. L. É êste o critério adotado na Universidade que nos parece melhor se adaptar à realidade. Para solucionar as dificuldades decorrentes do alto padrão de vida causado pela inflação de nossa moeda, o reajustamento de vencimentos tem uma ação transitória, tendendo os que estudaram o assunto na Universidade à instituição do "Geographic full time" que dá ao magistério da Universidade e aos cargos com função técnico administrativa o direito de exercerem paralelamente ao serviço público uma atividade privada controlada pela respectiva repartição oficial." Com a palavra o Dr. H. Mercer declara ter sido incumbido pela Diretoria, na reunião anterior, de apresentar um esboço de projeto da carreira de médico leprologista; trabalho êsse que deseja apresentar como contribuição pessoal para o estudo oportuno do assunto, sem que o mesmo seja objeto de deliberação nesta reunião, embora sujeito a debates com a finalidade de esclarecimento e de formação de opinião da classe interessada. Esclarece que nem a Diretoria da Sociedade nem a do Departamento foram auscultadas sobre as opiniões consubstanciadas nesse anteprojeto, pelo que são de responsabilidade pessoal do autor as modificações que sugere para provimento de cargos de direção bem como outras de menor importância. A seguir lê o trabalho cujo resumo é o seguinte: propõe a criação de uma carreira de Médico-leprólogo desmembrada da carreira de médico, com 130 cargos distribuídos na forma usual de tronco de pirâmide

entre os padrões de Y e Z3; os cargos criados teriam lotação privativa no D. P. L. e a transferência dos atuais médicos seria feita por opção dentro de trinta dias, obedecendo-se ao ajuste dos níveis atuais aos níveis criados, passando os médicos do padrão T ao padrão Y e assim sucessivamente. O ingresso na carreira se faria com supressão da gratificação pelo risco de vida e saúde, porém, sem perda das demais vantagens da Lei n. 252 e assegurando-se tôdas as que vierem a ser atribuídas aos médicos do Estado. Os cargos vagos na classe inicial seriam providos obedecendo às exigências em vigor e ainda mediante a apresentação de certificado ou diploma de especialização em leprologia expedido por instituição oficial. Os cargos de Diretor que se vagarem serão declarados extintos e suas funções passarão a ser exercidas em comissão com função gratificada. Aos atuais diretores seria formulada a opção pela transferência para a classe final da carreira e os médicos do Serviço do Pênfigo Folfáceo poderiam, também, optar pela carreira obedecendo ao mesmo escalonamento de padrões. Pedindo a palavra o Dr. J. M. de Barros, após elogiar o Prof. Aguiar Pupo como idealista, principalmente no setor Universitário, diz que a única maneira de se atrair funcionários para o D. P. L. será concedendo a gratificação, porque a realidade tem mostrado que sem estímulo monetário não se consegue preencher os claros no quadro do Departamento. Quanto ao tempo integral, acha que 70% não são suficientes, desestimulando conforme se constata na Universidade, ou mais precisamente, com os professores adjuntos da Faculdade de Higiene, sendo, pois, favorável à volta dos 35%. Com a palavra, a seguir, o Dr. Bastos diz que a reivindicação dos médicos leprólogos não cogita pròpriamente de risco de vida, mas, sim, de natureza especial de trabalho, uma vez que o risco de vida, se considerado, seria mais de natureza policial. Lembra que certa vez, ao ter que examinar um doente em domicílio, teve que tomar diversas precauções, inclusive chegar ao domicilio antes do doente despertar, pois o mesmo havia ameaçado com arma de fogo, a quem do D. P. L. o fôsse procurar. Além do mais se refere às dificuldades de trabalho no sertão, onde se passa maior tempo viajando em péssimas estradas, dormindo em hotéis de terceira categoria, constituindo todos êsses fatores, condições especiais de trabalho que justificam plenamente a volta da gratificação. Pedindo a palavra informa o Dr. Mello Reis que não se cogita pròpriamente da questão de risco de vida, mas, sim, condição especial de trabalho, salientando o aspecto antipático do trabalho do médico leprólogo pela sua função executiva. O médico da lepra não só cura como também cerceia a liberdade do doente. Com a palavra o Dr. L. M. Bechelli, inicia dizendo que o Prof. J. Aguiar Pupo, como velho leprólogo, apesar de sempre jovem, conhece perfeitamente a situação do médico leprólogo. Considera errada a denominação de risco de vida dada à gratificação que poderia ser substituída por natureza especial de serviço. Lembra as dificuldades que o leprólogo encontra nas cidades do interior, onde é impossível formar clinica particular, daí julgar ser os 35% o reconhecimento do serviço prestado. Quanto ao tempo integral exclusivo, não satisfaz ao médico, pois o acréscimo de 70% nos seus vencimentos não dá para manter, modestamente que seja, a sua família. A sugestão do seguro, igualmente, não serve para o leprólogo, pois é pouco provável que o médico, que por infelicidade venha a adquirir a moléstia se denuncie para obter o seguro, pois isso acarretaria a estigmatização de sua família. A seguir tomou a palavra o Dr. M. P. Azevedo que faz diversas considerações sôbre os riscos de se constituírem os médicos leprólogos numa classe isolada, chamando a atenção sôbre o que ocorreu com os Biologistas. O Dr. H. Mercer externa seu ponto de vista declarando que a gratificação e o seguro não se excluem, pelo contrário, se completam: a gratificação sôbre o risco e o seguro sôbre o infortúnio. As ponderações do Dr. M. P. Azevedo quanto ao confinamento da carreira são muito oportunas e se justificam mesmo pelo exemplo do ocorrido em relação aos Biologistas que, se destacando da carreira de médico para obtenção de vantagens, foram prejudicados quando da reestruturação geral das carreiras de currículo universitário. O caso está previsto, neste anteprojeto, quando estabelece que a carreira é um desdobramento da carreira de médico e que aos seus ocupantes se aplicarão

todos os preceitos relativos à mesma, adjudicando-se-lhe os direitos e vantagens concedidas ou que vierem a ser concedidos aos médicos do Estado. Embora nada tenha sido resolvido quanto à pretensão dos médicos do D. P. L., é incontestável que há unanimidade quanto à necessidade urgente de uma solução do desajuste criado pela sustação da vigência do risco de vida e saúde. Há um anseio geral, bem caracterizado pelo calor dos debates sobre o assunto e pela própria dificuldade em que se encontra a Diretoria para prover as vagas existentes no quadro. Ninguém melhor do que o ilustre Prof. J. Aguiar Pupo, que tem auscultado a opinião dos médicos, participando ativamente destas reuniões, e que conhece os problemas da administração como elemento destacado da Comissão de Estudos de Lepra, ninguém como êle está credenciado para levar ao Governo do Estado o que aqui se tem discutido, não apenas no interesse de um grupo, mas também, no da administração pública, em setor de suma importância. Sugere ao plenário que ao Prof. J. Aguiar Pupo seja confiado o patrocínio da causa que a todos empolga, propondo ao Govêrno as providências para a solução mais acertada, seja o restabelecimento do risco de vida, que não exclui o seguro ou o estabelecimento dêste sem a supressão do risco, seja a criação da carreira em níveis de vencimentos que compensem as incontestáveis condições especiais de trabalho do médico na assistência aos doentes de lepra ou na profilaxia da moléstia. Esta proposta do Dr. H. Mercer é aprovada com uma salva de palmas. O Prof. J. Aguiar Pupo resolve, porém, que irá trabalhar como membro da Comissão de Estudos de Lepra. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e dela lavrei a presente ata, que vai por mim assinada. (a) *Walter de Paula Pimenta*, 2.º Secretário.

239.ª SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 21 de maio de 1956

José Rivera de Miranda
Secretário "ad hoc"

Aos vinte e um dias do mês de maio do ano de mil, novecentos e cinqüenta e seis, às nove horas, no auditório da Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, à Avenida Ademar de Barros, trezentos e um, com a presença de elevado número de sócios, realizou-se a ducentésima-trigésima-nona sessão ordinária, da Sociedade Paulista de Leprologia. Na ausência justificada dos Senhores Presidente e Vice-Presidente da Sociedade, assume a presidência o Senhor Secretário, Dr. Walter P. Pimenta, que convida e nomeia como Secretário "ad hoc" o redator da presente ata, abrindo a sessão e dando a palavra, na hora do expediente, ao Dr. Athayde Nunes Siqueira, que diz: "Desejava fazer uma proposição. Vários estudos foram empreendidos por uma comissão no sentido de restabelecer as vantagens dos funcionários do Departamento de Profilaxia da Lepra. Essa comissão houve por bem levar ao Palácio a resolução que no momento mais comportava aos médicos, ou seja, restabelecimento da vantagem dos 35%, a exemplo, talvez, de uma questão judiciária. Essa proposição, segundo consta, não foi entregue diretamente ao Sr. Governador, devido à sua viagem, ficando com o Consultor Jurídico. Seria interessante que a comissão acompanhasse o seu andamento na Consultoria e creio mesmo que essa proposição poderia ser apresentada ao Sr. Vice-Governador, em exercício. Parece-me que êle também tem poderes para dar a solução em questão. Era o que tinha a dizer." *Sr. Presidente*: — Antes de pôr em discussão a proposta do Dr. Athayde, gostaria que o Dr. Mercer, ou o Dr. Carvalho, dessem esclarecimentos sobre o andamento do processo. *Dr. Mercer*: — Fomos ao Palácio e lá encontramos informação de que a proposição fôra despachada à Secretaria da Saúde, para opinar. Nesta Secretaria, o processo encontra-se na Secção de Pessoal;

de lá, ao que nos informaram, irá à Consultoria Jurídica, para que esta dê parecer: aí é que precisamos realizar algumas gestões, no sentido de que não se aparem apenas os direitos dos que tem títulos de gratificação, mas que também se manifestem sôbre os demais itens e sôbre a extensão a todo Departamento de Profilaxia da Lepra, ou seja, retirar-se o pessoal do D. P. L. das disposições do decreto que aboliu o risco de vida e saúde. Aliás, pedi ao Prof. Aguiar Pupo que, na oportunidade do despacho do Secretário da Saúde encaminhando o requerimento ao Palácio, se entendesse com o Secretário nesse sentido, tendo o Professor Pupo atendido esse pedido. *Dr. J. Corrêa de Carvalho*: — Desejava avisar aos colegas do interior que procurassem o Secretário e com êle deixassem suas assinaturas, com a importância referente ao selo, para se fazer uma petição em que todos os médicos fariam jus à gratificação. Assim já se poderia redigir a segunda petição. Já conversei com o Dr. Baptista e estou informado de que o Sr. Governador não pretende dar essa gratificação como uma medida geral; mesmo porque interessa ao Governo resolver o caso paulatinamente, dando o expediente mediante petição e essa gratificação futuramente será considerada uma vantagem pessoal. Êles estão prontos a dar apoio, mas como uma medida circunscrita à lepra, com os direitos baseados no nosso acórdão. Qualquer esperança de um decreto do Executivo, de caráter geral, será vã. Precisamos insistir numa medida de caráter individual, desde que o Governo generalizando-a terá que desembolsar dos cofres do Tesouro, uma soma enorme. *Dr. A. Rotberg*: — Mas o Governo quer melhorar a nossa situação. *Dr. J. C. Carvalho*: — Mas essa é a opinião dos advogados, igualmente. O Sr. Presidente dá a palavra ao *Dr. J. M. Barros*, que a solicitou. Queria chamar a atenção dos colegas para um discurso de S. S. o Papa, a respeito do problema da lepra, que está começando a ter uma certa repercussão. No mês de abril dêste ano, realizou-se em Roma um Congresso Internacional para Reabilitação do Doente de Lepra, do qual faziam parte delegações de 17 países. Essas delegações foram recebidas por S. S. o Papa, que pronunciou então um discurso muito interessante traduzindo os problemas de uma maneira muito inteligente e moderna. O discurso foi publicado no "O Legionário", de 13/6/1966, por transcrição do "Osservatore Romano" de 18/4/1956 e também no "Diário Oficial", devido à sua leitura na Assembléia Legislativa, por um Deputado. Queria ressaltar aqui algumas de suas observações: *O Santo Padre e o pensamento da Igreja sôbre o problema da lepra* — No dia 17 de abril do corrente ano o Santo Padre o Papa Pio XII recebeu em audiência especial os participantes do Congresso Internacional Pela Defesa e Reabilitação Social do Doente de Lepra, que teve lugar em Roma e contou com a representação de delegações de cerca de 20 países. Nessa ocasião Pio XII dirigiu aos presentes à audiência um importante discurso sôbre o problema da lepra, dizendo, entre outras coisas, o seguinte: "Pode-se afirmar atualmente que a lepra não é mais incurável, ainda que as recaídas possam ser possíveis em certo número de casos." "Deve ser assinalado que se a lepra é contagiosa ela o é menos do que a tuberculose, e não se propaga a não ser muito dificilmente: apenas 3 a 6% das pessoas que vivem junto dos hansenianos contrairiam a infecção, podendo-se dar como excepcional o fato de que médicos ou famílias que viviam em proximidades dos locais de hospitalização tenham contraído a enfermidade." "Não há, pois, motivo de se adotarem com relação à lepra, medidas mais severas do que com relação a outras doenças contagiosas; desta maneira se evitará uma das causas mais ativas da sua propagação: a dissimulação do mal. Os doentes tratados com liberalidade não temerão mais o médico como a um policial e procurarão espontâneamente os cuidados médicos em vez de se esconderem, em vez de permanecerem como foco permanente de contágio para as pessoas de suas relações, condenando-se eles mesmos às piores conseqüências." "A supressão dos preconceitos correntes e dos métodos coercitivos condicionam, pois, o sucesso das campanhas antileprosas." Referindo-se ao isolamento obrigatório dos doentes, como única medida de profilaxia, o Santo Padre acha que ela é "cruel e, aliás, de utilidade muito contestada. Tudo isso contribuía e ainda contribui para manter contra a moléstia uma

aversão instintiva, contra a qual deve-se reagir fortemente". Quanto às medidas de ação direta de combate à moléstia S. Santidade preconiza "organizar a luta nos lugares mais afetados: dispensários bem equipados, fixos ou móveis segundo os casos, constituirão os elementos de importância para a descoberta e tratamento precoce dos enfermos de tipo benigno, enquanto que os contagiosos seriam encaminhados para sanatórios que lhes assegurem todos os cuidados necessários sem entravar sua liberdade". Continua o Dr. Barros: — "Acho muito interessantes essas palavras, principalmente pelo efeito que vão produzir na comunidade cristã e acho que todos os leprologistas devem estar mais ou menos aptos para modernizar seus pontos de vista sobre o problema da lepra, para o poderem enfrentar." Continua a leitura de trechos do discurso de S. Santidade: — "Possa uma propaganda bem organizada tornar conhecidos do grande público os meios de que dispõe atualmente a medicina para travar esta luta, assim como seu verdadeiro caráter, e, por outro lado a urgência de uma ação mais enérgica e mais vasta. Aqui ainda queremos crer que católicos formados na escola de um Mestre que propõe a caridade como seu primeiro preceito, porfiarão em engenho e fervor se possível por meios de um "Comitê Internacional Católico", em aliviar essas penas e devolver aos seus irmãos, visitados pela provação, mais serenidade e mais alegria íntima." Este discurso de S. S. o Papa, deve ter sido orientado por técnicos e especialistas, pois trata o problema como êle merece. Aliás, está perfeitamente de acôrdo com a nova orientação do D. P. L. Pede a palavra o *Dr. L. Baptista*: — Queria propor à Casa que a Sociedade Paulista de Leprologia officiasse a S. Eminência o Sr. Cardeal Arcebispo de São Paulo, pela oportunidade do discurso e sobretudo pela maneira clarividente com que foi feito, pois representa realmente o pensamento do médico leprologista. Da mesma maneira se manifestou a Diretoria do D. P. L., nesse sentido. *Dr. J. M. Barros*: — Seria interessante que, nessa carta, endereçada ao Sr. Cardeal, se pedisse também a maior divulgação, junto ao clero e às sociedades religiosas, do conteúdo da mensagem de S. S. o Papa. *Dr. Estevam de Almeida Neto*: Queria comunicar à Sociedade Paulista de Leprologia que estão abertas as inscrições para o "III Curso Intensivo de Lepra", com a finalidade de formação de leprologistas, para preenchimento de 10 vagas em postos da Capital. Queria pedir também a colaboração de todos os colegas no sentido de propaganda: "Haverá um "Curso Intensivo de Lepra", com a duração de dois meses, findo o qual será realizado o "Concurso" aludido nas notícias enviadas aos jornais, sob forma de provas de aproveitamento. A classificação obtida nas provas servirá de base para o preenchimento das vagas de médicos dispensaristas. O curso deverá iniciar-se a 1.º de junho do corrente, podendo sua data de início ser transferido de acôrdo com o número de inscrições. A frequência será obrigatória e as aulas serão ministradas no período da manhã, quer as teóricas, quer as teórico-práticas constantes dos estágios. Os médicos aproveitados serão contratados por um ano, regime de 8 horas, sendo 2 períodos de 4 horas, percebendo vencimentos de vinte mil cruzeiros mensais. Queria também comunicar que as inscrições deverão ser feitas mediante requerimento dirigido ao Diretor do D. P. L., constando de nome, enderço, número de diploma, etc. Os centros de inscrição são a Biblioteca, a Sede dos Dispensários e o Protocolo no Palácio da Saúde. Mais uma vez concitamos o interêsse de todos os colegas no sentido de propaganda, sobretudo os colegas que trabalham no interior. *Dr. Bechelli*: — Desejaria propor à Casa que se criasse, na Sociedade Paulista de Leprologia, uma comissão de defesa da classe. Temos visto que, de alguns meses para cá, a Sociedade vem designando colegas para defender direitos já adquiridos. Talvez seja interessante haver uma comissão que esteja permanentemente alerta para defender os interêsses, não só dos médicos como de todos os funcionários. São vários os pontos em que esta comissão poderia atuar, além dos 35%, como, por exemplo, a aposentadoria. Se fôsse aceita esta proposição, tomaríamos a liberdade de propor Dr. J. C. Carvalho como presidente. *Dr. A. Rotberg*: Proporia também os Drs. H. Mercer e Danilo N. Cunha como membros. *Sr. Presidente*: Está em discussão a proposta do Dr. L. M. Bechelli. *Dr. C.*

E. Rocha: Proporia que entrasse algum representante dos extranumerários. *Dr. Farjalla Zacharias:* Proponho como representante o Dr. Garcia Duarte. *Dr. H. Mercer:* Sr. Presidente, eu gostaria de fazer uma observação: parece-me que esta sessão não pode decidir êsse assunto; de acôrdo com os Estatutos, semente uma Assembléia poderia resolvê-lo. *Dr. L. M. Bechelli:* Essa comissão agiria enquanto houvesse necessidade de uma intervenção, independentemente de uma reforma dos Estatutos. Ficaria alerta para trazer ao nosso conhecimento os fatos que possam interessar e tomar as medidas que fôsem sancionadas. *Dr. H. Mercer:* Mas aí essa comissão não teria uma importância oficial, assim digamos. *Dr. A. Rotberg:* Uma reforma poderia de fato criar essa comissão, mas como é um assunto de *emergência*, poderia ser nomeada essa comissão provisória. *Dr. H. Mercer:* Não se fixou o número da comissão do Dr. L. M. Bechelli e, como o quadro do D. P. L. conta com advogados, eu achava interessante a inclusão de um dêles, embora não seja membro da Sociedade. *Dr. L. Baptista:* Não sendo membro da Sociedade, não creio que seja possível. Finda a discussão, o Sr. Presidente põe em votação a proposta que é aprovada por unanimidade, ficando, pois, a Comissão constituída pelos Drs. J. C. Carvalho (presidente), H. Mercer, D. N. Cunha e L. Garcia Duarte. O Sr. Presidente indaga, a seguir, do Dr. Athayde Nunes Siqueira se o mesmo, após as informações do Dr. Mercer, ainda mantinha a sua proposta inicial. O Dr. Athayde informa que retira, em vista do exposto, a sua proposição. Não mais havendo quem quisesse fazer uso da palavra, na hora do expediente o Sr. Presidente convida o Dr. Nelson de Souza Campos a apresentar o seu trabalho sob o titulo: "Significado patogênico da correlação dos resultádos das reações lepromínica e tuberculínica". Finda a exposição do Dr. Nelson, o Sr. Presidente põe em discussão o trabalho e dá a palavra a quem quiser comentá-lo. *Dr. Barros:* — Acho o trabalho do Dr. Nelson de uma repercussão assustadora, se de fato as experiências posteriores vierem confirmar essas observações, profundamente desapontadoras para a profilaxia; especialmente com respeito aos preventórios, fazemos exatamente o que não deveríamos fazer, de forma que, do ponto de vista profilático, terá uma repercussão muito grande. Assim sendo, acho que o próprio Dr. Nelson deve ter uma experiência mais larga. *Dr. Rotberg:* — Foi com muito prazer que ouvi o trabalho do Dr. Nelson, pois vem confirmar uma série de pontos de vista que defendi há 20 anos, quando o ambiente ainda não estava preparado para recebê-lo e foram comentados de uma maneira, vamos dizer, um pouco deselegante. O Dr. Wade, por exemplo, disse que era "vassouraste". Creio que é esta a expressão que mais se aproxima ao "sweeping" dêles; não encontro uma tradução mais exata. No entanto, passados 20 anos, vemos vários autores de diversos países do mundo voltar ao mesmo ponto, o que nos vem dar muita alegria. O Dr. Nelson está admitindo exatamente o que tínhamos sugerido, demonstrando que na realidade existe uma predisposição (o que também não era novidade na época) relacionada com a tuberculino-reação. Naquela ocasião, já tínhamos sugerido que a presença de um doente de lepra poderia determinar, em muitos indivíduos, uma primo-infecção, que se localizaria provávelmente nos gânglios e que a consequência seria apenas uma lepromino-positivação. Essa foi a idéia da época e que não teve maior repercussão. No entanto, estamos vendo isso dito novamente por um de nossos maiores leprólogos. Numa segunda ordem de idéias, verificamos que essa positivação não era constante. Dava-se apenas num grande número de casos, na maioria dos indivíduos expostos à primo-infecção. Só 10% dos indivíduos não desenvolviam, apesar de todo o contacto, essa capacidade de positivação. Isso criou uma série de dúvidas e problemas. Assim chegamos à idéia do fator N. Determinado grupo não teria essa capacidade de reagir à infecção, produzindo a lepromino-reação positiva e êsse grupo era de onde saíam todos os casos lepromatosos. A demonstração do Dr. Nelson trouxe uma série de dados para um trabalho que ainda estou modificando, à medida que aparecem novas contribuições. Infelizmente, nesse momento me ponho em desacôrdo com Dr. Nelson, quanto à positivação com relação à tuberculose. Não tenho experiência pessoal sôbre a lepromino-reação, mas sempre

me interessei sem saber o efeito que a tuberculose poderia fazer sôbre a lepromino-reação. De pessoal, sbmente posso dizer o seguinte: em 1937, por motivos totalmente diversos dos atuais, pois naquela ocasião essa idéia era muito diferente — pensava-se que gente muito forte, sob todos os pontos de vista, era imune e víamos muitos indivíduos fracos perfeitamente resistentes; a idéia geral da época, há vinte e cinco anos atrás, de que o indivíduo forte não pegava lepra, me pareceu errônea — fizemos testes em casos de malária e vimos reações interessantes, provando que êles seriam imunes em relação à lepra. Nessa mesma ordem de idéias, fomos acabar no Jaçanã e pudemos observar então a positividade das reações de lepromina em cêrca de 80% dos casos. A fraqueza com relação a Koch não determinava uma fraqueza com relação à lepra. É claro que não foi êsse o sentido do trabalho da época. Ultimamente, quando se faz uso da bibliografia da época não se dá a devida significação. Nesse trabalho, vimos cêrca de 20%; de casos que não viraram lepromino-positivos; tinham tuberculose franca, com lepromino-reação negativa; não demos maior importância a isso porque nos pareceu que asses 20c/ eram justamente a média num meio não tuberculoso. Chegamos portanto à conclusão de que a tuberculose não tinha efeito. Nisso é que discordo do trabalho do Dr. Nelson. *Dr. Nelson S. Campos*: Sem querer estabelecer diálogo, queria esclarecer o seguinte: (lembro-me dêsse trabalho no Jaçanã) na tuberculose, atingida uma determinada evolução, até a prova tuberculínica é negativa. *Dr. A. Rot-berg*: Não, os casos que citei eram casos de tuberculose com vírus violento e o Mitsuda 80% negativo, mas a tuberculina sempre positiva. Não me pareceu que a tuberculose influenciasse mais ou menos que as outras doenças. Como não tinha experiência pessoal, tive a paciência de levar apenas uma espécie de conipilação dos resultados da becegeização para verificar a positividade da leproiiiina nesse grupo. Em todos os casos da literatura, onde havia menção ao fator tuberculose, encontrei em média cêrca de 20% de lepromino-reação que continua negativa e portanto semelhante a não tuberculosos. Com tuberculina positiva, indicando uma infecção tuberculosa, também a mesma percentagem de Mitsuda positivo e negativo. Esse dado não está de acôrdo com que a tuberculose possa fazer a viragem na proporção que desejaríamos. Outro dado interessante do trabalho do Dr. Nelson se refere exatamente aos grupos de indivíduos que depois se tornaram tuberculino positivos e ainda assim se conservam. Na realidade, está dentro da hipótese do fator N. Naquele grupo, os que eram lepromino-negativos e se tornaram tuberculino-positivos provaram que tiveram uma primo-infecção tuberculosa e mostraram então sua capacidade de defesa, ao passo que os que se tornaram tuberculino-negativos provaram a inexistência dêsse fator. Não tendo fator N, êles podem se tornar tuberculino-negativos sem se tornar lepromino-positivos. *Dr. L. M. Bechelli*: Dr. Nelson trouxe urna soma de dados importantíssimos. Como ele abordou o assunto sob os mais diversos prismas da patologia, são vários os tópicos em que poderíamos aqui ter uma troca de opiniões e é nesse sentido que desejamos comentar o trabalho. Aliás, poucos leprólogos do mundo poderão ter material tão importante quanto o que Dr. Nelson apresentou hoje. Desde que entramos para o Departamento, Dr. Nelson vem controlando as crianças dos preventórios, de modo que poucas pessoas, repetimos, poderão apresentar material tão precioso. Dos vários pontos que anotamos aqui para uma troca de opiniões sôbre a lepromino-reação, o que primeiro temos a dizer é que sua positividade seria devida seja a uma primo-infecção leprosa, seja a uma infecção tuberculosa. Um outro elemento: sem contacto prévio com um doente de lepra e sem contacto prévio com a tuberculose é possível ter uma lepromino-reação positiva. A prova disso tivemos pelos trabalhos realizados nos Estados Unidos, em colaboração com os Drs. Rotberg e Keil, de Nova York, em que certo número de indivíduos, embora com reação tuberculínica negativa, eram lepromino-positivos. Tivemos oportunidade também de verificar nos Estados Unidos, onde a lepra é excepcional, que r.a ausência de uma primo-infecção tuberculosa seria possível ter uma reação lepromínica positiva, devido ao próprio antígeno inoculado ao se fazer o teste. Outra prova tivemos em trabalho feito com os

Drs. Quagliato e Nassif, num grupo de holandeses lavradores, em que o índice de tuberculina era tremendamente baixo; a despeito disso, cerca de 75% reagiam positivamente à lepromina. Seguindo na ordem dos fatos em relação a outra informação do Dr. Nelson, achamos muito justo que o número de infetados no meio familiar seja relativamente elevado. De fato, quando tivemos essa experiência muito pequena de preventórios, verificamos que relativamente é elevado o número de crianças que se contaminaram com lepra. Voltamos, na ordem de raciocínio sobre a relação tuberculose e lepra, a outro dado muito importante, que diz que há crianças com Mantoux negativo e Mitsuda positivo, sem contacto com tuberculose e com contacto com lepra, em 80 casos. Essa a dúvida que me ocorre, quando interpretamos então a correlação tuberculose e lepra; se o contacto com a lepra provoca o aparecimento, como afastarmos esse grupo que reage independentemente, quando encontramos outros em que houve o contacto com a tuberculose, a reação de Mantoux é positiva e a de Mitsuda negativa? Acreditamos que exista uma sensibilização cruzada entre tuberculose e lepra, mas não sabemos até que ponto essa sensibilização poderá influir na positividade da reação lepromínica. Em relação à lepra nodular, Dr. Nelson abordou o assunto considerando se seria tórpida ou reacional. Temos impressão de que tanto poderia ser tórpida como reacional. Observamos em adultos lepra nodular com diversas lesões, em caso típico de reação tuberculóide. Estamos de acôrdo quando considera a possibilidade de uma localização ganglionar. Não há argumento de ordem patológica que possa revalidar essa hipótese. Aliás, autores peruanos descobriram lesões no fígado. Uma contribuição importante e que tem servido de base para se considerar o valor da reação lepromínica positiva é a que diz respeito aos 119 menores de Jacaré, que foram observados durante 25 anos, dos quais apenas 3 ou 4 tinham reação lepromínica positiva. Mencionou outro fato importante, que é o seguinte: são os 3 menores de lepra indeterminada que com as sulfonas e o BCG, tiveram Mitsuda positivo; o que determinou a viragem teriam sido as sulfonas ou teria sido o BCG? O Dr. Lauro S. Lima apresentou também casos de lepra lepromatosa que tiveram uma reação que se assemelhava à tuberculose. As sulfonas poderiam produzir isso também, pois foram administrados conjuntamente com o BCG. Fica pois difícil atribuir a um ou a outro. Ainda a referência ao fato da inexistência de lepromatosos abaixo de 3 anos de idade. Talvez se possa explicar isso pelo período de latência ou incubação da moléstia, que habitualmente é longo, embora tenhamos o ponto de vista que em casos de defesa eficiente da moléstia, seja possível encontrar-se um tempo de incubação mais restrito; de modo que julgamos que o período de latência poderá ter uma importância maior ou menor, mas de qualquer maneira é esse período que determinaria, segundo o que estamos pensando, a raridade de casos de lepra, antes dos 3 anos de idade. Na mesma linha de pensamentos, não teríamos possibilidade de observar precocemente a lepra lepromatosa dado o fato de que seria necessário um certo período de tempo, que pode ser um tanto longo. Essa a razão por que seria difícil observar a forma lepromatosa da moléstia esses os comentários que anotamos, numa deferência aos dados importantíssimos apresentados pelo *Dr. Nelson, Dr. L. Baptista*: — Queria um esclarecimento. Posteriormente, teria então uma objeção a fazer; naquele grupo de crianças internadas, que tiveram a viragem após o tratamento sulfônico, esse tratamento e a becegeização foram feitos concomitantemente? Então já teria uma resposta ao Dr. Bechelli, pois me parece que o uso das sulfonas iria destruir e impedir a cultura do BCG. Então não teríamos uma infecção, simplesmente porque a sulfona teria ação esterilizante. Portanto, a ação só poderia ser da sulfona. Esse argumento é muito interessante. Eu já tenho insistido para que tomem o cuidado de não dar o BCG juntamente com substâncias químicas capazes de impedir sua ação. Nesse caso, eu me permitiria perguntar ao Dr. Nelson se ele não pensaria que a viragem foi por causa do tratamento sulfônico e não do BCG, pois não houve vacinação na acepção da palavra. Em relação às crianças alérgicas, que foram vacinadas, gostaria de saber, depois de vacinadas, qual foi o comportamento com relação ao Man-

tox. Com relação ao fato da incidência depois dos 3 anos de idade, também acho, como o Dr. Bechelli, que realmente o motivo seria o período de incubação. Quanto ao mais, não acho conclusões revolucionárias no trabalho do Dr. Nelson. Ao contrário, confirma uma série de realizações anteriores, sobretudo quando diz que uma primo-infecção tuberculosa vacina contra a lepra, o que vem confirmar que as infecções tuberculosas promoveram vacinações em várias regiões. Ao Dr. Nelson, nossas felicitações. *Dr. C. E. Rocha:* — Queria perguntar, tendo como verdadeiras as duas premissas defendidas, uma pelo Dr. Nelson e a outra pelo Dr. Bechelli, se essa positividade não seria fatalmente conseguida por um aparecimento de anticorpos produzidos pela inoculação de antígenos. E se esta hipótese fôsse verdadeira, como se explicaria a viragem do Mitsuda? Uma vez negativo, a minha impressão é que nunca poderia ser positivado, porque se houvesse aparecimento de anticorpos se daria com o próprio antígeno inoculado. *Sr. Presidente:* — Mais algum comentário? *Dr. O. B. Macedo:* — Queria de início cumprimentar o Dr. Nelson pelas suas realizações. Mas parece-me que somente o contágio poderia trazer tão grande número de doentes, pois que temos uns 100.000 no Brasil. Em segundo lugar, existe a predisposição dos doentes de lepra, hoje explicada por uma predisposição genérica. A pessoa já nasceria com uma certa predisposição para receber a moléstia. Para um estudo detalhado do ponto de vista da lepromina e da correlação tuberculose e lepra, foi feita o ano passado uma reunião, onde apareceram leprologos e especialistas de tuberculose; ali ficou demonstrado por Muir que existe uma primeira fase da tuberculose e uma fase da lepra lepromatosa em que temos uma parada no primeiro estágio e forma esta reação folicular, que é semelhante à lepromino-reação. Quanto à não existência de doentes lepromatosos abaixo de 3 anos, existe uma publicação feita o ano passado, em que êle descreve em Martinica casos de doentes com um mês e outros com 3 meses, apresentando manchas lepromatosas. *Dr. Nelson S. Campos:* — Agradeço as referências e procurarei responder a tôdas. Quanto ao Dr. Rotberg, há entre os nossos conceitos sobre imunidade um ponto comum e um ponto ligeiramente diverso. Estou de acôrdo com o Dr. Rotberg sobre a necessidade do fator N para que sejam desencadeados os fatores de resistência. Esse fator é variável de indivíduo para indivíduo, e não basta a sua presença. Estou perfeitamente de acôrdo e a presença desse fator é um fato que não pode ser discutido. O ponto em que estamos em desacôrdo é que eu tenho a impressão de que êsse fator necessita ser despertado por qualquer agente biológico; êle embora concorde também, acha que a tuberculose não seja um fator desencadeante. *Dr. A. Rotberg:* — Acho que sim. *Dr. Nelson S. Campos:* De acôrdo. Para verificar essa situação, as experiências realizadas no estágio que estamos fazendo na tisiologia me foram de sumo interêsse e profundamente convincentes. Em todas as minhas pesquisas, sempre lido com crianças porque acho que no organismo adulto o número de fatores a influir é muito maior. Verificamos que nessa coletividade infantil em 73 casos, apenas 18 até 14 anos, sendo 34 abaixo de 10 anos; na ausência de história de lepra (não podemos afirmar que não haja) obtivemos essa positividade de Mitsuda de maneira indiscutível. Já tive oportunidade de trazer aqui um fato inédito na leprologia: uma criança filha de tuberculosa, que se apresentou com 28 dias; nesse dia foi feito exame abreugráfico, tuberculina e Mitsuda. Essa criança tinha um complexo primário. Aos 30 dias, foi positivada. Com 30 dias de vida, ela já estava tuberculosa, tanto que a abreugrafia revelou o complexo tuberculoso. Isso é excepcional. Esta criança teve Mitsuda positivo. Parece que nesse caso foi indiscutivelmente a tuberculose o fator desencadeante do fator N. Acredito que a tuberculose seja um dos fatores que mais desencadeia a positividade do Mitsuda. E sendo a tuberculose a moléstia mais difundida em nosso meio, de um modo geral, acredito que seja uma das causas mais freqüentes, que elevam a positividade da lepromino-reação. Não há dúvida de que a presença do fator N é fundamental. Mas êsse fator tem gradações. *Dr. A. Rotberg:* — Êsse fator obedece uma gradação, evidentemente, e uma gradação muito variável; demonstrei que em grupos de crianças

muito bem controladas, umas se tornavam lepromino-positivas e outras continuavam negativas, provando a inexistência do fator N, ou melhor, provando uma graduação. *Dr. Nelson S. Campos:* — Isto justamente o que eu queria dizer. Outro exemplo: numa moça de 18 anos, com Mitsuda negativo, foi feita a primeira série de becegeização; na segunda série, ainda Mitsuda negativo, bem como numa terceira série de becegeização; no quarto série de ECG essa moça positivou todos os Mitsudas anteriores. Quer dizer, foi preciso uma excitação pelo BCG, para que despertasse esse fator N. Ou talvez essa moça estivesse infetada e nesse caso o fator N não estava reagindo. A questão do fator N tem a sua graduação. O fato do percentual de crianças que não viram o Mitsuda à primeira série não diz que essas crianças estejam predispostas. Quanto ao Dr. Bechelli, nessa mutação que verificamos em Jacarei trabalhei com Dr. Lauro S. Lima, inclusive nas formas atípicas e acompanhei vários casos. Em nosso compêndio sobre lepra tuberculóide está o processo de mutação de indeterminada para tuberculóide e a experiência do Dr. Lauro S. Lima é muito grande. O caráter mais frequente da mutação do indeterminado para o tuberculóide é o aparecimento lento de pequenas pápulas tuberculóides nas lesões. Eu nunca vi um caso de incompleto que tivesse feito mutação em 3 meses de tratamento (os senhores estiverem lá em outubro); nessa ocasião, essas crianças tomaram 60 dráguas de Diaminoxil e sete doses de BCG. Nunca vi nenhum incompleto proceder à mutação. Na realidade, Dr. Baptista argumenta muito bem, quando pergunta se a sulfona não destruiria o BCG. Isso está sendo objeto de um trabalho que estamos fazendo no Educandário "Santa Teresinha" e que virá elucidar esses casos. A umas crianças vamos tratar com estreptomomicina ou hidrazida, ao mesmo tempo que vamos dar BCG para verificar se posteriormente essas crianças virarão ou não. *Dr. L. Baptista:* — Perdão, mas esse esclarecimento é indispensável. O fato é que a sulfona destrói as culturas, de maneira que a comparação com a hidrazida eu sugeria que fosse feita a experiência também, paralelamente, no campo experimental. Poderia até Dr. Rotberg fazer esse estudo experimental. *Dr. Nelson S. Campos:* — Isso poderá ser feito mais facilmente numa cultura do próprio BCG. *Dr. L. Baptista:* — Se vamos ter uma sulfonemia, uma bacilemia desaparecerá com a ação das sulfonas. Outro fator que não foi lembrado é o seguinte: a convivência com as crianças lepromatosas, dentro do próprio Educandário "Jacarei". Foram de lá afastadas 4 crianças lepromatosas. Agora, quem prova que este Mitsuda não correu por conta do adquirido dentro do próprio preventório? Esse fator deve ser considerado, pois pode ter corrido por conta da primo-infecção leprótica. *Dr. Nelson S. Campos:* — Outro fato é sobre a incidência da lepra abaixo dos 3 anos. Eu inquiriria ao Dr. Bechelli: no arquivo, quantos casos há abaixo de 3 anos e qual a forma clínica? *Dr. L. M. Bechelli:* — difícil responder assim de cabeça. O caso mais baixo é do Dr. Edgard S. Neves, de uma criança de 7 meses: *Dr. Nelson S. Campos:* — A incubação não é tão longa. Nos preventórios, em que temos duas datas fixas, dois dados mais ou menos exatos — a internação da criança, que corresponde à separação, e a data mais ou menos aproximada da moléstia — há uma estatística sobre esses 119 casos: 58 apareceram antes da internação, 38 depois do primeiro ano. A incubação não passará de 1, 2, no máximo 3 anos. No meu tempo de observação, nenhuma criança teve incubação maior que 3 anos. A grande maioria incide dentro do prazo de 1 ano, vamos dizer. De modo que a criança faz predominantemente a forma tuberculóide. A razão não posso saber, mas é muito maior a incidência das que apresentam lesões tuberculóides cicatriciais ou atípicas. Não quero me estender mais, porque o tempo vai adiantado. *Sr. Presidente:* — Encerrando a sessão, quero agradecer a colaboração do Dr. Nelson de Souza Campos, que tanto interesse despertou. *Dr. F. Cerruti:* — Fazendo parte da comissão científica, temos um assunto relativo aos prêmios do ano passado, de maneira que queria verificar a possibilidade de se resolver esse impasse, em que uma comissão dêste ano tenha que resolver prêmio referente ao mandato anterior. Não seria interessante que a Casa nomeasse uma nova comissão? *Sr. Presidente:* — Está

em discussão a matéria proposta pelo Dr. Cerruti. *Dr. L. M. Bechelli*: — Tenho a impressão de que a comissão nomeada agora deve exercer essas funções, mesmo porque seria quase uma prova de desmérito da atual comissão. *Dr. Nelson S. Campos*: — Êsses autores poderiam retirar os trabalhos e tornar a apresentá-los; seria uma outra solução. O Sr. Presidente promete estudar o assunto segundo os estatutos e não havendo mais nada a tratar e nem quem quisesse fazer uso da palavra, dá por encerrada a sessão. São Paulo, 21 de maio de 1956. *José Rivera Miranda* — Secretário "ad hoc".

240.^a SESSÃO ORDINÁRIA
São Paulo, 18 de junho de 1956

Dr. Walter de Paula Pimenta
2.^o Secretário

Às oito horas e trinta minutos do dia dezoito de junho de mil novecentos e cinquenta e seis, realizou-se a 240.^a Sessão Ordinária da Sociedade Paulista de Leprologia, no Auditório da Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, sito à Avenida Ademar de Barros, número 301, com a presença de elevado número de sócios. Abrindo a sessão, o Sr. Presidente propõe à Casa a suspensão da mesma em sinal de pesar pelo falecimento do Prof. Nicolau Maria Rossetti, Catedrático de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina e antigo Inspetor Regional do D. P. L., ocorrido no dia 10 do corrente. Por unanimidade de votos é aprovada a proposta e uma comissão de sócios incorporados resolvem comparecer à missa de 7.^o dia, que se realiza às 9 horas do dia de hoje. A sessão é encerrada e dela lavrei a presente ata que vai por mim assinada. São Paulo, 18 de junho de 1956. *Dr. Walter de Paula Pimenta*, 2.^o Secretário.

PROMANID (PROMIN)

(Ampolas de 5 cm³ (2 g) e e 12,5 cm³ (5 g). por via endovenosa)

PROMANID (PROMIN nos E. U. A.) é um agente quimioterápico ativo — p,p'-diamino-difenil-sulfona-N,N'-di-(dextrose sulfonato de sódio) — descoberto nos Laboratórios de Pesquisas Parke Davis.

Este derivado sulfônico padrão é apresentado para uso clínico sob a forma de solução aquosa a 40%, incolor ou ligeiramente amarelada, que se mantém estável indefinidamente. **PROMANID** é indicado, por via endovenosa, como a medição de resultados mais positivos no tratamento da lepra humana.

DIADIMIN

(Drágeas de 0,33 g. Para o tratamento da lepra por via oral)

DIAMIDIN (4,4'-diamino-difenil sulfona-diformaldeído sulfoxilato di-sódico, marca de Parke Davis) é um novo composto químico do grupo das chamadas "sulfonas", semelhante ao já muito conhecido **PROMANID (PROMIN)**, preparado sinteticamente pela reação do sulfoxilato de formaldeído sódico com 4,4'-diamino-difenil-sulfona. **DIAMIDIN** é fornecido na forma de drágeas contendo cada uma 0,33 g de substância ativa, para uso por via oral, preferivelmente associado com injeções endovenosas de **PROMANID**, no tratamento da lepra humana.



LABORATÓRIOS PARKE DAVIS LTDA.

Rua Marquês S. Vicente, 99-103
Rio de Janeiro

Av. da Liberdade, 1086-1088
São Paulo