

# PREVENÇÃO DA LEPROMATOSE PELA CURA DOS CASOS INCIPIENTES DO GRUPO INDETERMINADO INSPEÇÃO PERIÓDICA DOS FOCOS DOMICILIARES NO CICLO DA INCUBAÇÃO DA LEPRO - QUIMIOPROFILAXIA PELAS SULFONAS

J. AGUIAR PUPO

"Se pense que la lèpre est une maladie de famille, non parce qu'elle est héréditaire, mais parce qu'elle est contagieuse et que c'est dans les familles que se fait mieux le contagion".

Armauer Hansen (vide citação Leloir — Traité de Lèpre, 1886, pág. 286).

Do alto conceito clínico-patológico da lepra que F. E. Rabello instituiu em 1935, estabelecendo as bases imunobiológicas das formas polares que atualmente individualizam os tipos lepromatoso (L) e tuberculóide (T), a Classificação Sul-Americana da Lepra (1938) firmou doutrina incluindo no ciclo evolutivo da moléstia, a forma incharacterística (I), descrevendo casos clínicos intermediários de estrutura inflamatória simples inicial que, pelas suas variáveis condições de defesa, evoluem freqüentemente para as formas polares.

Aprovando a nova concepção doutrinária, os Congressos Internacionais de Havana (1948), de Madri (1953) e de Tóquio (1958), estabeleceram para os casos histologicamente incharacterísticos ou atípicos, que se diferenciam das *formas polares* de F. E. Rabello, pelos caracteres clínicos instáveis de sua mutação, dois grupos na classificação oficial, o *Grupo Indeterminado* e o *Grupo Dimorfo* (borderline).

No amplo estudo que os grandes pesquisadores da leprologia contemporânea realizaram nos últimos 25 anos, a doutrina implantada pelos leprologos sul-americanos firmou-se como fundamento das investigações clínico-patológicas e epidemiológicas, derrocando o tabu milenário que pesava sobre as vítimas da elefantíase dos gregos, instituindo à luz da terapêutica sulfônica de Faget, rumos humanitários de auspiciosa eficiência, para solução do problema da profilaxia da lepra. A medida fundamental situa-se na inspeção periódica dos focos domiciliares de modo a surpreender-se a endemia pela verificação da moléstia em sua manifestação inicial, oportuna situação para se evitar a evolução dos casos do grupo indeterminado para a forma lepromatosa.

---

Comunicação à Sociedade Paulista de Leprologia, em sessão de 11 de junho de 1962, pelo Prof. João de Aguiar Pupa (Professor Emérito da Faculdade, de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro Honorário da Academia Nacional de Medicina).

Os casos do grupo indeterminado, sobre serem de cura relativamente fácil pela terapêutica sulfônica, incidem em alta cifra nas formas clínicas da moléstia.

Walter Büngeler, com sua grande autoridade e larga experiência no estudo da patologia da lepra em nosso meio, assim ressalta a importância do infiltrado inespecífico como processo dominante na lepra incipiente: "El infiltrado inespecífico representa, probablemente, *una lesión precoz* de la lepra, la manifestación del primer foco de la enfermedad (el aún no demostrado *complejo primario*), o es la consecuencia de una generalización primaria que sigue a la primo-infección..." (W. Hueck & W. Büngeler, Patologia Morfológica, pág. 888).

A estatística de 400 casos observados em nossa clínica privada, no período de 1936 a 1948, em sua maioria de recente evolução, deu-nos o seguinte resultado:

Lepra incaracterística (I).....	173 casos (43,25%)
Lepra tuberculóide (T).....	144 " (36,00%)
Lepromatose (L).....	64 " (16,00%)
Casos atípicos (eritema polimorfo primitivo).....	19 " (4,75%)

Em 1943, F. E. Rabello apreciando do ponto de vista clínico-histopatológico, 119 casos reunidos por Lauro de Souza Lima no estudo evolutivo dos doentes internados no Sanatório Padre Bento (São Paulo), apresentou a seguinte estatística:

Estruturas incaracterísticas (I).....	70 casos (58,80%)
Estruturas tuberculóides (T).....	26 " (21,80%)
Estruturas lepromatosas (L).....	23 " (19,40%)

A vigilância de contatos do Departamento de Lepra de São Paulo, realizada por Duarte do Pateo, no período de 1924-1945, sobre um total de 72.079 comunicastes, verificou 796 doentes de *Lepra incipiens* com um índice de contágio de 1,13%, cujas modalidades clínicas eram as seguintes:

Lepra incaracterística (I).....	639 casos (80,28%)
Lepromatose (L).....	96 " (12,06%)
Lepra tuberculóide (T).....	61 " (7,66%)

Nelson Souza Campos, em 175 casos incipientes observados no controle de preventório, nas idades de 0 a 15 anos, verificou a seguinte percentagem de formas clínicas:

Lepromatose (L).....	17 casos (9,71%)
Incaracterísticas (I).....	129 " (73,71%)
Tuberculóides (T).....	29 " (16,57%)

No censo geral do Serviço Nacional de Lepra (1946), João Batista Risi, sobre um total de 38.701 casos, registrou a seguinte percentagem de formas clínicas:

Lepra incaracterística (I).....	29,80%
Lepromatose (L).....	62,88%
Lepra tuberculóide (T).....	7,32%

A profilaxia da lepra em São Paulo, praticada em regime de isolamento compulsório no período de 20 anos (1931-1951), a despeito da simultaneidade da terapêutica sulfônica, que se expandiu na região a partir da descoberta

de Faget (1946), não modificou o índice de prevalência, que no último quinquênio (1946-1950) foi de 1,03:1000; assim, para uma população de 9.242.610 habitantes, foram registrados 9.528 casos no último quinquênio, contando-se um acervo de 50,17% de lepromatoses, casos malignos que pelo seu alto poder infectante mantêm a expansão da lepra no Estado de São Paulo (Brasil). (Vide Quadro XV)

Os censos extensivos de lepra, realizados em países das mais distintas regiões, acusam altas cifras de lepromatose, contrastando com a baixa percentagem do mesmo tipo clínico-patológico, verificada nas estatísticas de casos incipientes, coma já citamos anteriormente.

Como legitima expressão de grave endemia não dominada pelo sistema escandinavo de profilaxia da lepra pelo isolamento compulsório, citamos as cifras de lepromatose verificada nos censos dos seguintes países:

*Argentina* (1950-1959), segundo Rinaldi e Capuano

Lepromatosos.....	48,99%
Tuberculóides.....	33,67%
Indeterminados.....	10,51%
Dimorfos.....	1,70%

*El Salvador* (América Central), segundo Carranza Amaya

Lepromatosos.....	53,5%
Indeterminados.....	27,6%
Tuberculóides.....	16,7%
Dimorfos.....	2,2%

*Brasil* (1955), segundo Joir Fonte

Lepromatosos.....	60,7%
Indeterminados.....	20,4%
Tuberculóides.....	18,9%

*Epanha* (1950), segundo Cordero Soroã

Lepromatosos.....	68,1%
Indeterminados.....	14,2%
Tuberculóides.....	17,4%

No México, acompanhamos os trabalhos da Mesa Redonda realizada em novembro de 1961, pelo Serviço Nacional de Lepra, com o objetivo de esclarecer os sanitaristas da Sociedade Mexicana de Higiene a respeito do "Contrôle da Lepra"; nesse certame, Arturo Erosa, consagrado epidemiologista, apresenta as seguintes cifras de lepromatose, constantes das estatísticas do Serviço :

Casos verificados nos focos, pelas Brigadas Móveis

Lepromatosos.....	33,9%
Tuberculóides.....	26,2%
Indeterminados.....	39,0%
Dimorfos.....	0,9%

Casos verificados nos registros dos Centros Dermatológicos :

Lepromatosos.....	58,8%
Tuberculóides.....	27,4%
Indeterminados.....	13,1%
Dimorfos.....	0,7%

Comparando-se os dados estatísticos ora expostos, a ilação profilática proposta na presente comunicação a esta douta reunião de leprólogos, assenta-se nos seguintes fatos:

- a) A vigilância de contatos nos focos domiciliares propicia a verificação da lepra em sua fase inicial, quando a terapêutica oferece maiores possibilidades abortivas para a moléstia, detendo a evolução para os estádios infectantes com lesões abertas, interrompendo-se a cadeia de contágio. Na relação dos casos incipientes, a lepromatose apresenta-se em baixa percentagem, situação muito mais favorável à quimioprofilaxia pela terapêutica sulfônica. (Vide Quadros III e IV)
- b) O controle da lepra nos domicílios permite a verificação mais segura da incidência anual da epidemia (índice de morbidade), tornando mais real o cálculo do índice quinquenal de prevalência; segundo Rogers e Muir (Leprosy, pp. 79 e 80), o contágio domiciliar da lepra varia entre 2,7% e 5,6% (vide comentário final sobre os índices de eficiência das campanhas profiláticas).
- c) O exame dos contatos nos focos domiciliares abrange em sua maioria os grupos etários da infância, da puberdade e da adolescência (idades de 0 a 20 anos), as mais receptíveis à lepra, que nos casos gerais correspondem à cifra média de 50% dos contaminados (vide quadro XII, apud Rogers e Muir — Leprosy), fato idêntico ao que se verifica na expansão da tuberculose em direta relação com os índices de positividade da reação de Mitsuda.
- d) Os censos extensivos, anteriormente realizados, basearam-se na ação dos dispensários, órgãos estáticos que examinam os doentes e respectivos contatos sob a dependência da iniciativa dos pacientes, circunstância que explica as cifras dominantes de lepromatose na relação clínica dos casos recenseados, expressivo documento de epidemia incontrolada (vide quadros VI a XI); as campanhas de massa realizadas pela inspeção total das populações, sobre serem de alto custo e exigirem numeroso corpo de dermatoleprólogos, dão no determinado tempo exigido para a sua ação extensiva, baixo rendimento censitário, visto os índices endêmicos oscilarem entre 1 e 5:1000; o controle dos focos domiciliares, além de ser de persistente e de profunda ação médico-sanitária, dá um rendimento censitivo de 2 a 5%, 20 a 50 vezes maior que as campanhas de massa.
- e) Assegurar o controle dos *doentes foco*, diminuindo-lhes o poder infectante pelo tratamento específico, melhoria do padrão alimentar e educação sanitária ambiente; nestes casos incluem-se os egressos dos sanatórios.
- f) O controle domiciliar propicia o estudo da imunização preventiva dos contatos com reação de Mitsuda negativa, pela vacina BCG, esclarecendo-se pela queda do índice de contágio, o valor da imunidade cruzada, aventada por Chaussinaud, Souza Campos, Rosemberg e Aun, pela apreciação da correlação das duas epidemias e observando a viragem da reação de Mitsuda após a calmetização.

A profilaxia pelas *Unidades Sanitárias Móveis* realiza a ação médico-sanitária no período de 5 anos, correspondente ao ciclo de incubação da lepra (vide quadros XIII e XIV); dentro desse período no qual a superinfectuosidade da lepromatose já saturou o ambiente receptível, constituído pelos

contatos Mitsuda negativos e outros expostos à intercorrência de fatores anergizantes, dentro do justo conceito epidemiológico, aventado pela esclarecida visão de Lauro de Souza Lima.

Expirado o prazo de 5 anos de contrôle de foco, as equipes móveis passarão a cuidar de novos focos, desdobrando-se o rendimento de suas atividades médico-sanitárias.

No México, o alto espírito de Fernando Latapi, que dirige o Serviço Nacional de Lepra, com o esclarecido apoio do Secretário de Saúde Pública Dr. José Alvares Amesquita, deu-nos a oportunidade de apreciar a Campanha contra a Lepra dentro de novo esquema profilático; o mestre ilustre, mobilizando seus destacados discípulos num trabalho de contrôle intensivo dos focos domiciliares, está realizando uma campanha sanitária que se alicerça nas suas dinâmicas brigadas móveis; são unidades sanitárias que praticam a profilaxia pela investigação epidemiológica e assistência médica especializada junto aos lares e pequenos povoados do meio rural, cabendo aos Centros Dermatológicos a ação centralizadora regional que, além da função profilática junto às populações urbanas, exercem dentro de padrões universitários a alta finalidade de formação de pessoal técnico no campo da dermatoleprologia.

A campanha mexicana postergou o triplice sistema profilático (sanatório, preventório e dispensário), instaurando a nova ação pelas atividades médico-sociais das Brigadas Móveis e Centros Dermatológicos, subordinados às cátedras de Dermatologia das Universidades do México, Guadalajara e Morelia; essa campanha realiza-se com a cooperação da Organização Mundial de Saúde, colaborando como consultor o consagrado leprólogo Dr. Joir Fonte, Chefe da Seção de Epidemiologia do Serviço Nacional de Lepra do Brasil.

As decisões do Seminário Pan-Americano de Lepra, reunido em setembro de 1958 na cidade de Belo Horizonte, despertam a consciência humanitária e científica dos que mourejam em tão árdua missão, e constituem marco decisivo da leprologia contemporânea.

No Brasil, Orestes Diniz, esclarecido defensor do novo sistema profilático, na qualidade de Diretor do Serviço Nacional de Lepra, instituiu moderna organização dentro de atribuições consubstanciadas na Lei n.º 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Esse sistema orienta a profilaxia das infecções segundo a prática da Medicina Preventiva Domiciliar, fundamento da formação médica contemporânea.

Inspirados pelos argumentos do presente estudo, trazemos a esta douta Sociedade os nossos pontos de vista, consubstanciados nos seguintes meios de ação contra a expansão da lepra:

I — Inspeção domiciliar periódica dos focos domiciliares por *Unidades Sanitárias Móveis*, constituídas por dermatoleprólogos e auxiliares técnicos, atuando em direta relação com os Centros de Saúde (dispensários polivalentes de ação clínico-sanitária), que farão o contrôle da endemia pelo exame semestral dos doentes e seus contatos. As Unidades Sanitárias Móveis, destinadas à prática da profilaxia nos focos domiciliares, visam:

- a) Cura abortiva dos doentes do Grupo Indeterminado, prevenindo a sua evolução para a lepromatose;
- b) Tratamento da lepromatose incipiente, evitando sua evolução para os estádios de caráter poli-infectante pelas lesões abertas;
- c) Apreciação evolutiva da leprose em seus estados de reação, corrigindo-as pelos medicamentos anti-alérgicos;

- d) Calmetização dos contatos Mitsuda-negativos, verificando a correlata modificação de sua receptividade à lepra;
- e) Contrôlê dos casos curados, incluídos os egressos dos sanatórios, cuidando-se dos seus problemas de recuperação física e readaptação social, com a direta atividade de assistentes sociais;
- f) Educação sanitária nos lares, disciplinando os doentes em estádio contagiante, promovendo por meios suasórios a inter-nação, em sanatórios, dos lepromatosos resistentes à medicação antibacilar biostática, dispondo-se de um grupo de educadores sanitários.

II — Instituição da Assistência Sanatorial Seletiva, sob regime de *Open-door*, destinada aos casos altamente contagiantes pelo estado avançado da lepromatose, onde os doentes inválidos e socialmente desamparados encontrarão abrigo para o seu infortúnio.

Os sanatórios atuais são complementos da profilaxia ativa em meio coletivo, com finalidades profiláticas, assistenciais e sociais para atenderem ao pesado acervo da lepromatose (cifra média de 50% dos recenseados).

Os doentes com mais de 10 anos de evolução, nos quais a pele, as mucosas das vias aéreas superiores, os nervos periféricos e o sistema linfático se acham bloqueados pelo processo lepromatoso invasor, dada a condição anérgica do organismo no processo específico de defesa, necessitam assistência sanatorial; em recente visita que fizemos ao Sanatório "Santo Ângelo", percorremos contristados o Pavilhão de Inválidos, onde encontramos dois doentes do tempo em que exercíamos as funções de médico do Hospital dos Lázarus de Guapira (São Paulo, 1926), casos queimados pela longa evolução da lepromatose, um cego e paralítico, adquirira a moléstia em 1910 (há 52 anos) e o outro cego pelo *panus* lepromatoso da córnea, contraiu a moléstia em 1917 (há 45 anos); velhos e estimados amigos, que motivaram a nossa visita, testemunhos do grave problema sanitário.

III — Transformação dos Preventórios em estabelecimentos de educação e amparo aos menores, sem finalidades específicas relativas à lepra e outros males sociais polivalentes, de modo a proteger os filhos de hansenianos do estigma de milenária tradição!

IV — Produção de medicamentos específicos contra a lepra por institutos oficiais, destinados à padronização da qualidade e baixa do custo, com capacidade de fornecimento ao serviço público e ao meio social.

V — Integração dos órgãos de profilaxia específica da lepra nos Serviços de Saúde Pública, tendo em vista a cooperação administrativa decorrente de mútua compreensão do ponto de vista da epidemiologia, da investigação científica, da técnica sanitária e do interesse médico-social.

VI — Organização de um Serviço de Reabilitação, para cuidar dos problemas de recuperação física, de readaptação social com a cooperação de instituições privadas e organizações estatais e para-estatais.

VII — Desenvolvimento da pesquisa científica no campo da leprologia, com a direta colaboração dos institutos científicos do Estado e das Universidades.

VIII — Organização de Cursos de Dermatoleprologia, para formação de Sanitaristas especializados, solicitando-se ativa colaboração das Cátedras universitárias.

O estudo ora apresentado ao comentário dos ilustres companheiros da Sociedade Paulista de Leprologia é a expressão de eclética atitude que nos sugere a transição dos velhos conceitos, sublime perspectiva de um novo sistema de profilaxia mais científico e da mais alta compreensão humanitária.

Cabe ao sanitarista voltar os olhos de epidemiologista para a vigilância dos focos domiciliares, amparando os lares desmantelados pelo místico e doloroso anátema da lepra, certo de que entre os conviventes se acha o verdadeiro campo onde germina a semente maldita, regada pela miséria e o infortúnio.

#### RESUMO

Partindo do conceito tradicional estabelecido por Armauer Hansen (1886), segundo o qual a lepra se propaga pelo contágio no seio da família, o A. aventa argumentos epidemiológicos sugerindo um sistema profilático de fundamentos ecológicos no campo da Medicina Preventiva, cujo êxito resultará das seguintes medidas:

- a) inspeção periódica dos focos domiciliares. atuando-se por Unidades Sanitárias Móveis;
- b) tratamento intensivo dos casos do grupo indeterminado, com o objetivo de interromper a *cadeia de contágio*, evitando a sua evolução para o tipo lepromatoso que, na maioria dos casos, decorre de precedente estágio na forma indeterminada, caracterizada por infiltrado inespecífico que é o processo dominante na *lepra incipiens*;
- c) terapêutica sulfônica intensiva da lepromatose incipiente, prevenindo-se a sua evolução para as lesões abertas poli-infectantes;
- d) abolição do isolamento compulsório que, sabre ser extremamente oneroso como se pratica no atual regime sanatorial de segregação, determina a ocultação dos focos da moléstia; os sanatórios existentes serão mantidos em regime de *open-door*, para assistência aos casos avançados de lepra, de resistente infeciosidade ou inválidos por cegueira e paralisia, oferecendo condições favoráveis à prática do *isolamento seletivo*, preconizado pelo VI Congresso Internacional da Lepra (Tóquio — 1958);
- e) transformação de preventórios em estabelecimentos polivalentes de educação e assistência para menores desamparados, com o objetivo de proteger os filhos de hansenianos do *estigma de milenária tradição*;
- f) integração da Profilaxia da Lepra nos Serviços de Saúde Pública, entrosando-a como setor específico nas organizações polivalentes de finalidades sanitárias, científicas e assistenciais oficiais, paraestatais e de iniciativa privada; dêste modo se estabelece a mais íntima colaboração entre médicos, patologistas e sanitaristas especializados no campo da leprologia, com os diretores e técnicos dos diversos setores da Saúde Pública.

Assim se aperfeiçoam os padrões específicos nos diversos setores da profilaxia, dissimulando-se os estigmas e anátemas populares que habitualmente recaem sabre as vítimas da lepra e da tuberculose.

## SUMMARY

Starting from the traditional concept established by Armauer Hansen in 1886 that lepra is a disease spread through contagion within the family, the author suggests a prophylactic system in accordance with irrefutable epidemiologic arguments and with an ecologic basis in the field of preventive medicine, to work as follows:

- a) periodic inspection of domestic foci by mobile Sanitary Units;
- b) intensive treatment of the indeterminate group cases, so as to break the cycle of contagion and avoiding their development towards the lepromatous type, the majority of which evolve from the indeterminate type, the most frequent among *Leptra incipiens*;
- c) higher efficiency and more facilities for sulphone therapy when lepromatosis is diagnosed in its initial evolution, avoiding highly infective open lesions through intensive treatment;
- d) extinction of compulsory isolation, which besides being extremely expensive for the campaign, brings about the hiding of foci, the existing sanitariums being maintained with an *open door* policy to assist advanced cases of the disease, only condition compatible with *selective* isolation advocated by the VII International Leptra Congress (Tokio — 1958);
- e) transformation of preventories into polyvalent educational and assistential institutions for needing minors, so as to protect descendants of lepra patients from the stigma of millenary tradition;
- f) integration of lepra prophylaxis within the Public Health Service, to be coordinated as a specific unity in polyvalent organizations with sanitary, assistential and scientific aims, of official, parastatal and private institutions; thus a close collaboration is obtained between clinicians, pathologists and sanitarists specialized in leprology and the technical personnel of Public Health Organization. In consequence, specific standards are raised and stigmas and anathemas, among which popular prejudices against lepra and tuberculosis are paramount, can be dissimulated.

## ANEXO

*Meios de avaliação da endemia e de controle da Campanha Sanitária*

- I. — Número de casos registrados no último quinquênio e cálculo do índice de prevalência;
- II. — Número de casos registrados no último ano e cálculo do índice de morbidade;
- III. — Percentagem de lepromatosos no último quinquênio (índice de infeciosidade da endemia e de expressão do rendimento do sistema profilático);
- IV. — Percentagem de lepra tuberculóide, índice das condições de defesa específica da população;
- V. — Avaliação do tratamento clínico segundo as normas *a*, *b* e *c* estabelecidas no VI Congresso Internacional de Leptra (Tóquio — 1958);



VI. — Índice de controle anual da inspeção dos focos domiciliares pelas *Unidades Sanitárias Móveis*, cuja eficiência manifesta-se pelos seguintes diferenciais:

1. — elevando a prevalência no primeiro quinquênio, pelo maior rendimento censitário;
2. — elevando a percentagem de casos do Grupo Indeterminado e diminuindo a de Lepromatosos;
3. — aumentando o número de contatos sob controle médico-sanitário.

Como proposição original sugerimos o seguinte índice de avaliação da vigilância de contatos:

- A) Índice padrão de máxima atividade das Unidades Sanitárias Móveis
- $$\frac{\text{Nu (Número de Unidades Móveis)} \times 20 \text{ dias de trabalho mensal} \times 12 \text{ meses}}{5c \text{ (N}^\circ \text{ de contatos por foco domiciliar)} \times 2s \text{ (N}^\circ \text{ mínimo de inspeções anuais por foco domiciliar)}} \times 100$$
- B) Índice anual de avaliação da atividade das Unidades Sanitárias Móveis
- $$\frac{\text{Nc (Número de contatos examinados durante o ano)}}{5c \text{ (N}^\circ \text{ médio de contatos por foco domiciliar)} \times 2s \text{ (No mínimo de inspeções anuais por foco)}} \times 100$$

Com as resultantes numéricas destes dois índices se estabelece a seguinte equação com o fim de obter o índice percentual das atividades das *Unidades Sanitárias Móveis*:

$$A:100::B:x$$

#### BIBLIOGRAFIA

1. CAMPOS, N. S. — Da importância da lepromino-reação no controle das crianças recolhidas nos preventórios. Rev. Brasil. Leprol. **14**:3-20, 1946.
2. CAMPOS, N. S. — Da viragem da lepromino-reação pela calmetização. Estudo do Educandário Santa Teresinha. An. Paul. Med. Cir. **63**:335-367, 1952.
3. LIMA, L. S. — Relatório às Sociedades Paulista e Mineira de Leprologia sobre o estado atual da sulfonoterapia na lepra. Arq. Min. Leprol. **8**:3-11, 1948.
4. LIMA, L. S. — Importância da sulfonoterapia nos dispensários, e resultados. Rev. Brasil. Leprol. **18**:24-32, 1950.
5. LIMA, L. S. & outros — Estado atual da sulfonoterapia no Sanatório Padre Bento. V Cong. Int. Lepra, Havana, 1948. Memória, Havana, 1949, pp. 120-127.
6. MARIANO, J. — Sugestão acerca do controle hematológico dos hansenianos tratados pelas sulfonas. Arq. Min. Leprol. **9**:173-176, 1949.
7. MARIANO, J. — Normas gerais da sulfonoterapia na lepra. Arq. Min. Leprol. **11**:202-210, 1951.
8. MITSUDA, K. — Les lèpreux maculo-nerveux, d'une part, les tuberculeux, d'autre part, se comportent différemment à la suite d'une inoculation d'emulsion de tubercule lépreux. III Conf. Int. Lepre, Strasbourg, 1923. Paris, Baillièrre, 1924, pp. 219.
9. PATEO, J. D., Jr. — Da lepra incipiente na vigilância sanitária dos focos domiciliares (estudo dos comunicantes). Rev. Brasil. Leprol. **17**:249-263, 1949.
10. PORTUGAL, H. — Patologia da lepra. (Anotações do Curso de Lepra, do DNS, Rio Janeiro, 1942-1943). Rev. Brasil. Leprol. **12**:49-64 e 151-164, 1944.
11. PUPO, J. A. — Das formas clínicas da lepra. Modalidades invasoras e reacionárias. Rev. Brasil. Leprol. **7**:357-390, 1939.
12. PUPO, J. A. — Evolução da leprose. Rev. Brasil. Leprol. **17**:157-174, 1949.

13. PUPO, J. A. — Contrôles da endemia leprosa. (Bases atuais da luta contra a lepra). Rev. Brasil. Leprol. **19**:203-226, 1951.
14. PUPO, J. A. — Dos sistemas profiláticos na luta contra a lepra. (Súmula histórica e conceito atual). Rev. Brasil. Leprol. **26**:135-139, 1958.
15. PUPO, J. A. & ROTBERG, A. — A lepra encaracterística e sua importância profilática. V Cong. Int. Lepra, Havana, 1948. Memória, Havana, 1949, p. 1031.
16. RABELLO, F. E. — A lepra encaracterística na experiência do Sanatório Padre Bento. Rev. Brasil. Leprol. **11**:115-132, 1943.
17. RABELLO, Jr. — Uma classificação clínico-epidemiológica das formas da lepra. Rev. Brasil. Leprol. **4**(nº especial):375-410, 1936.
18. RHEINBOLDT, H.; BERTI, F. A.; PEREGO, C.; RIECKMANN, B. H. G.; RZEPPA, H. W.; MAURI, A. C.; HADLER, W. A. & LIMA, L. S. — Quimioterapia da lepra: estudos químicos, experimentais e terapêutico-clínicos. Nota prévia. Rev. Brasil. Leprol. **17**:135-145, 1949.
19. ROSENBERG, J.; CAMPOS, N. S. & AUN, J. N. — Da relação imunobiológica entre tuberculose e lepra. Rev. Brasil. Leprol. **18**:3-23 e 117-143, 1950.
20. Idem. Ibidem — **19**:8-26, 1951.
21. Idem. Ibidem — **20**:67-103, 1952.
22. ROTBERG, A. — Contribuição para o estudo das cutirreações alérgicas na lepra. Reação de Mitsuda-Hayashi. Tese — Fac. Med. Univ. São Paulo, 1933.
23. RZEPPA, J. — Quimioterapia da lepra. Rev. Brasil. Leprol. **15**:83-87, 1947.