

RELATÓRIO DA "COMISSÃO DE PROSPECÇÃO DA LUTA CONTRA A LEPRO NO ESTADO DE SÃO PAULO"

(Provida por decisão da Sociedade Paulista de Leprologia em sua reunião de
15 de agosto de 1966)

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após longa experiência de 40 anos, a profilaxia da Lepra em S. Paulo, disciplinada pelos postulados dos Congressos Internacionais de Leprologia (1922-1963) e em consonância aos regulamentos do Serviço Nacional de Lepra, não atingiu a diferencial de sua expressa finalidade: **o declínio da endemia.**

A prevalência da leprose prossegue em ascensão desalentadora, a despeito do mais amplo aparelhamento sanitário que o Estado de S. Paulo montou no País.

O caminho palmilhado em perseverante campanha, foi demarcado por grandiosos empreendimentos no campo da assistência nosocomial e sanitária, propiciando estudos sobre a epidemiologia, a patologia clínica e a terapêutica da leprose, que contribuíram notavelmente para o progresso da leprologia contemporânea, em termos uníssonos com os demais centros de idêntica atividade, desenvolvidos em outros Estados da Federação.

A situação da endemia no Brasil, na Argentina, na Venezuela, na Espanha, no México, no Paraguai e nas Filipinas, cujas organizações se desenvolvem dentro de argumentos idênticos aos da luta travada em S. Paulo contra o terrível flagelo, acusam o flagrante progresso endêmico que ora nos preocupa.

Apreciando a organização do Departamento de Profilaxia da Lepra e ouvindo os Chefes das suas Secções Técnicas e Administrativas, a Comissão conclui pela atualização do sistema profilático nas seguintes proposições:

ORGANIZAÇÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DO DEPARTAMENTO DE PROFILAXIA DA LEPRO:

A organização técnico-administrativa do D.P.L. deve operar-se, respeitando-se a atual estrutura, conservando as suas divisões, seus serviços e suas secções, para que entrosados às demais Unidades Sanitárias do Estado possa desenvolver plenamente a sua função que é de conhecer, controlar, pesquisar e cuidar da endemia feprótica, dentro de novas normas de profilaxia.

Para isso, dadas as condições peculiaríssimas da lepra, e considerando que a infraestrutura sanitária do Estado não oferece meios para o contróle da endemia, sòmente o D.P.L. poderá solucionar o problema da lepra, atuando com os recursos de seu arruamento profilático.

DINAMIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS DISPENSÁRIOS

O atual número de Delegacias e Dispensários será no momento suficiente para a execução do programa de profilaxia no Estado, desde que se forneça a cada Unidade os recursos necessários.

Intensificar a dinamização das atividades dispensariais é medida primordial na adoção da nova orientação da profilaxia da leprose, que está passando da fase estática (ambulatório) para a fase dinâmica (dispensário) indo em busca das formas matrizes da endemia leprótica, pelo exame domiciliar e familiar dos contatos, prioritário nos focos Lepromatosos e Dimorfos.

A dinamização dispensarial visando a descoberta de todos os casos de lepra existentes na comunidade, com finalidade de tratamento dos casos incipientes e das fontes de infecção, far-se-á através de:

- a) exame de todos os contatos, com especial referência aos dos casos L e D;
- b) tratamento de todos os doentes, com especial referência às formas contagiantes;
- c) visitação domiciliária dos focos na comunidade;
- d) programa educativo dentro e fora do dispensário, visando a intensificação de apresentação espontânea de doentes, suspeitos e conviventes;
- e) coordenação com as demais unidades médico-sanitárias e médico-assistenciais da comunidade, visando a intensificação da notificação de casos;
- f) orientação dos pacientes relativamente à medidas preventivas da incapacidade física decorrente dos processos neurológicos da lepra nervosa;
- g) a vigilância de contatos será realizada semestralmente, durante 5 anos, período corresponde à incubação da lepra; durante esse período o poder infectante do foco domina os contatos receptíveis, que passam do estágio da infecção latente exteriorização da moléstia, em sua fase vulnerável aos atuais recursos terapêuticos (veja gráficos 1 e 2).

Com fim de atender às necessidades acima discriminadas, os dispensários serão providos com:

- a) médicos itinerantes;
- b) visitantes adequadamente orientados e supervisionados;
- c) educadores sanitários;
- d) medicamentos específicos e auxiliares;
- e) viaturas;
- f) dotações orçamentárias específicas.

Os Dispensários manterão fichários atualizados e dinâmicos contendo, pelo menos, fichas dos seguintes tipos:

- a) ficha clínico-epidemiológica;
- b) ficha evolutiva e de tratamento;
- c) ficha individual de contato.

Os três tipos de fichas devem oferecer bases bem discriminadas para investigação estatística, cumprindo aos médicos e auxiliares, a adoção do «Glossário do D.P. L.»

CALMETIZAÇÃO:

Com objetivo profilático, será realizada nos focos lepromatosos, dimorfos e indeterminados com baciloscopia positiva e lepromino-reação negativa, a calmetização dos contatos lepromino - negativos e duvidosos, contrastando-se nas mesmas

condições ecológicas de cada domicílio, a eficácia de um grupo de contatos calmetizados, com um grupo de contatos não calmetizados.

A calmetização será praticada por via oral até a consecução da viragem da reação de Mitsuda, para segurança da diferencial epidemiológica em estudo, registrando-se os resultados com discriminação por grupos etários.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA:

Será desenvolvido um programa educativo intenso e permanente que compreenda atividades dentro e fora do Dispensário.

No Dispensário:

Os doentes, suspeitos e comunicantes, deverão ser orientados sobre os primeiros sinais da moléstia, importância do exame periódico dos comunicantes, regularidade do tratamento, cuidados higiênicos indispensáveis dos casos contagiantes e medidas de prevenção das complicações da moléstia.

Todos os funcionários do Dispensário desenvolverão atividades educativas: o médico no consultório, os auxiliares de enfermagem e de laboratório e os visitantes em seus respectivos campos de trabalho.

Havendo Educadora, esta planejará, orientará e supervisionará o trabalho educativo dos auxiliares, assessorando o médico, sempre que necessário. Será, ainda, encarregada do material educativo do Dispensário: quadros, murais, cartazes, folhetos, álbum seriado e outros.

Fora do Dispensário:

1 — nos domicílios:

Os doentes, suspeitos e comunicantes, bem como seus familiares, deverão ser orientados pelo médico e visitantes ou educadoras, durante as visitas domiciliares, sobre a importância do exame periódico, sinais precoces da moléstia, tratamento regular e medidas de higiene julgadas necessárias em cada caso particular.

2 — na comunidade:

A população, de um modo geral, deverá ser orientada sobre os primeiros sinais da moléstia, onde procurar exames e tratamento, e da moderna orientação profilática da lepra, de modo que seja estimulada a apresentação espontânea de casos e destruídos os tabus que pesam sobre a moléstia.

Para tanto, serão utilizados os líderes de grupos da comunidade, através de reuniões com o Médico ou Educadora, entrevistas ou trabalho de grupo. Especial ênfase será dada aos farmacêuticos, médicos e autoridades sanitárias, e aos professores das diversas escolas da área (escolas primárias, secundárias e outras).

O médico poderá realizar, ainda, palestras para diversos grupos, principalmente médicos e profissionais para-médicos (enfermeiros, dentistas e outros); a Educadora realizará palestras para professores, operários, estudantes e outros grupos.

ASSISTÊNCIA NOSOCOMIAL DIFERENCIADA:

Os atuais Sanatórios de Lepra do Estado, embora tenham perdido sua função primordial pela modificação atual do sistema profilático baseado na dinamização dos dispensários, na quimioprofilaxia e na calmetização, serão mantidos em função complementar de alta relevância, adaptados para as seguintes finalidades:

a) centros de assistência médica para egressos de suas respectivas zonas de ação, quer na parte de atendimento médico-cirúrgico, quer na parte de reabilitação e educação sanitária;

b) centros ideais para os estudos terapêuticos da lepra, pois a hospitalização dos pacientes permite melhor estudo e observação da evolução clínica, bacteriológica e histológica à ação terapêutica dos novos medicamentos;

c) para tratamento específico dos doentes sem condições econômicas, sociais ou familiares, para fazê-lo em dispensários;

d) para os casos altamente deformados que não tenham condições físicas para viverem sem constrangimento na coletividade sã;

e) para realização de operações plásticas de reabilitação;

f) para os tuberculosos ou doentes mentais, que necessitem de tratamento especializado além do anti-leprótico;

g) para doentes de lepra, que devam cumprir pena criminal na reclusão de determinado Sanatório;

h) para doentes que vivendo em meio coletivo não se sujeitam ao tratamento anti-leprótico regular e às medidas de controle sanitário.

Nos modelares sanatórios do Estado estão atualmente internados 4.415 doentes assim distribuídos:

Sanatório Santo Ângelo	990
Sanatório Pirapitingui	1566
Sanatório Cocais	1103
Sanatório Aimorés	596
Inst. Educ. Pe. Bento Dias Pacheco	160

A despeito do regime liberal instituído pelo Seminário de Belo Horizonte (1958), os nossos Sanatórios, **por muitos anos** prosseguirão em suas finalidades humanitárias e sociais, abrigo dos doentes socialmente desajustados, os casos de invalidez (cegos, paralíticos e doentes mentais), propiciando o tratamento médico e cirúrgico de doentes pobres com moléstias agudas intercorrentes ou necessitados de reabilitação física; constituem um campo indispensável à investigação terapêutica, seja de novos medicamentos, seja para aperfeiçoamento dos métodos atuais de tratamento.

A alta cifra de 85% dos doentes internados é constituída por lepromatosos, forma poli-infetante e incurável, de crônica evolução e baixa mortalidade, que invade lenta e progressivamente o organismo, no decurso de decênios de desajuste social e física invalidez; é o resíduo irreversível da lepra que se oculta sob o pêso de místico e milenário conceito popular, constituindo plúmbeo ônus sanitário.

II

PROFILAXIA DA LEpra PELA SULFONOTERAPIA

a) FUNDAMENTOS PARA A ATUAÇÃO NO CICLO EVOLUTIVO DA MOLÉSTIA:

Entre os resultados do tratamento sulfônico da lepra, dois se destacam pela influência que exercem no ciclo evolutivo da moléstia, quer sobre as fontes ativas de infecção (tipo lepromatoso e grupo dimorfo), quer sobre a matriz da endemia (grupo indeterminado).

Em relação às fontes de infecção, representadas pelos doentes do tipo lepromatoso e do grupo dimorfo, a experiência universal demonstra que o tratamento sulfônico reduz-lhes progressivamente o teor bacilar até atingir, lentamente

te, sua esterilização pela negatização bacilosópica, tornando-os de contagiantes em não contagiantes em prazos médios de 5 anos.

No que concerne à matriz da endemia, os casos do grupo indeterminado (Lepromino-negativos), dos quais se originam, por mutação, as fontes de infecção, é indiscutível a ação impediante da sulfonoterapia nessa transformação: o tratamento regular dos doentes do grupo indeterminado impede-lhes a transformação no tipo lepromatoso e no grupo dimorfo, que são as fontes de infecção.

b) ESQUEMAS TERAPÊUTICOS CONSOANTE A MODALIDADE CLÍNICA DA MOLÉSTIA

Não se adotam esquemas terapêuticos distintos consoante a modalidade clínica da lepra; diferem tão somente no que concerne à sua duração: prolongada para os casos malignos, crivados pela primeira fase do programa, que exigem uma vigilância mais estrita, até o branqueamento para o tipo tuberculóide, não inferior a 5 anos para os casos indeterminados, lepromino-negativos, mesmo após o branqueamento; para o grupo dimorfo a duração do tratamento ficará na dependência de sua posição no espectro, a critério do médico assistente.

Não chegaram, ainda, os especialistas a um acôrdo em relação à dose ótima a ser administrada. Para a sulfona-mãe (DDS ou Dapsona) por via oral, passou-se de uma super-dosagem, até 300 miligramas diários, para sub-dosagens de 10 a 50 miligramas diários ou duas vezes por semana, concordando-se, entretanto, que se não deve ultrapassar 600 miligramas semanais, isto é, 100 miligramas diários, em uma ou duas tomadas.

A quase impossibilidade de manter a regularidade do tratamento pela via oral por prazos dilatados (segundo os inquéritos da OMS apenas 15 a 20% dos casos mantêm tratamento regular depois do 2.º ou 3.º ano), levou os especialistas das grandes áreas endêmicas à adoção da via intramuscular em injeções espaçadas de suspensões aquosas ou oleosas (usando de preferência como veículo os esteres etílicos do chalmugra) de 1,25 grs. de DDS, em administração quinzenal ou mensal.

c) VALOR DAS ASSOCIAÇÕES DE MEDICAMENTOS BIOSTÁTICOS ESPECÍFICOS CONTRA A MOLÉSTIA

Dois são os objetivos visados com o emprêgo de associações de medicamentos no tratamento da lepra lepromatosa. O primeiro, a exemplo da prática tisiológica, com o fito de impedir o desenvolvimento de mutantes sulfono-resistentes, para o que a lepra oferece condições muito propícias: enorme população bacilar selvagem, emprêgo de uma única droga e a irregularidade do tratamento, muitas vêzes empregado em doses inadequadas. O segundo, a tentativa de obter sinergia medicamentosa, encurtando o tempo necessário para a esterilização das fontes de infecção.

Preconizam-se dois esquemas diferentes, segundo as condições dos pacientes.

1.º — Para os casos virgens de tratamento, a associação de DDS (100 miligramas), ao Ciba 1906 (50 centigramas) e a uma sulfamida de ação prolongada (sulfadimetoxina, sulfametoxipiridazina ou sulfametoxipirazina), cuja atividade terapêutica é, praticamente, equivalente, na dose de 50 centigramas, preferivelmente em uma só tomada;

2.º — Para os casos já sulfono-resistentes, a substituição do DDS no esquema anterior pelo Vadrine (200 miligramas).

Não é ainda suficiente o tempo de experimentação para permitir conclusões definitivas em relação ao desenvolvimento de sulfono-resistência, fenômeno que, até o presente, parece de aparecimento tardio. Por outro lado, está demonstrada, a possibilidade de recuperação dos pacientes resistentes e demonstrada nítida su-

periodicidade dos resultados clínicos e baciloscópicos com as associações, sobre qualquer das drogas empregadas isoladamente.

d) CONTRÔLE DOS CASOS CURADOS:

Constitui sério problema para o sanitarista o controle dos casos lepromatosos dados como curados, isto é, branqueados clinicamente e tornados negativos à baciloscopia, pela necessidade de um tratamento de consolidação prolongado, a fim de evitar a quase infalível recaída se interrompido o tratamento.

Comprovada a eficácia do tratamento pela via intramuscular com suspensões **retard**, seria esse o método ideal para o tratamento de consolidação, pela sua fácil praticabilidade, sem ocasionar maiores inconvenientes para os pacientes, sujeitos apenas ao comparecimento mensal ou quinzenal aos centros de tratamento.

III

AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA ENDEMIAS DE LEPRA NO ESTADO DE SÃO PAULO:

Em virtude da Secção de Epidemiologia não haver recebido ainda relatórios de todos os dispensários com a situação dos doentes existentes em 31-12-1965, muitos dados serão fornecidos tendo como referência o ano de 1964.

1 — Doentes existentes nos 70 Dispensários em 31-12-64:

	L	I	T	Total
Interior	9498	5472	4293	19.263
Capital	4649	1532	1800	7.981
Total	14.147	7.004	6.093	27.244

2 — Doentes existentes nos Sanatórios em 31-12-1964:

	L	I	T	Total
Pirapitingui	1287	161	107	1.555
Aimorés	496	75	30	601
Cocais	1035	20	18	1.073
Sto. Angelo	856	2	52	910
Pe. Bento	68	21	9	98
Total	3.742	279	216	4,237

3 — Doentes com baciloscopia positiva, nos Dispensários 1490
Doentes com baciloscopia positiva, nos Sanatórios 1119

4 — Doentes sem controle, nos Dispensários do Interior 1321
Doentes sem controle, nos Dispensários da Capital 439
Total 1760

5 — Situação dos doentes existentes nos Sanatórios em 31-12-1964:

para tratamento específico	397
para tratamento de moléstia intercorrente	175
para tratamento da tuberculose	66
à disposição da Justiça	15
por condições sociais	1002

6 — Total de doentes em tratamento nos Dispensários em 31-12-64	27.244
Total de doentes existentes nos Sanatórios em 31-12-64.....	4.240
Total de doentes matriculados no D.P.L. em 31-12-64.....	31.484

Coefficientes de incidência e prevalência da lepra no Estado de São Paulo durante o período de 1930-1965.

ANO	Incidência p/1000 habitantes	Prevalência p/1000 habitantes
1930	0,19	0,67
1935	0,28	1,28
1940	0,21	1,81
1945	0,16	2,01
1950	0,18	2,15
1955	0,17	2,35
1960	0,16	2,40
1965	0,11	2,27

(Veja gráficos ns. 3 e 4)

Fichamento anual de novos casos de lepra por forma clínica

ANO	L		I		T		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1930	732	68,5	245	22,9	91	8,5	1068
1935	1119	62,2	342	19,0	339	18,8	1800
1940	848	55,8	311	20,5	360	23,7	1519
1945	746	57,8	285	22,1	259	20,1	1290
1950	1057	59,2	387	21,7	341	19,1	1785
1955	965	53,3	363	20,0	483	26,7	1811
1960	895	45,3	584	29,5	496	25,1	1975
1965	887	50,6	449	25,6	415	23,7	1751

(Veja gráfico n. 5)

Municípios que apresentaram os mais elevados coeficientes de incidência da lepra no período 1960/1965.

N.º	Municípios	Coef. Incidência p/ 100.000 habitantes
1	Santo Anastácio	80,0
2	Salto	72,0
3	Tatui	37,7
4	Adamantina	32,5
5	Pindamonhangaba	31,1
6	Rio Claro	30,7
7	Leme	29,1
8	Taubaté	26,6
9	Igarapava	26,6
10	Itú	25,0
11	Americana	25,0
12	Piracicaba	24,6
13	Presidente Prudente	21,2
14	Marília	22,1
15	Jundiaí	20,7
16	Assis	20,0
17	Lorena	18,4
18	Bauru	18,3
19	Sorocaba	16,2
20	Lins	16,0
21	Catanduva	15,4
22	Campinas	15,3
23	São José dos Campos	14,3
24	Araçatuba	14,4
25	Presidente Bernardes	14,3
26	Araraquara	13,3
27	Santo André	12,8
28	São Caetano	12,8
29	Ribeirão Preto	12,2
30	Limeira	11,7
31	Mogi das Cruzes	10,8
32	S. José do Rio Preto	10,5
33	Guarulhos	10,7
34	São Bernardo	10,0
35	São Carlos	10,2
36	São Paulo	7,8
37	Santos	6,3

CONCLUSÕES

1a. — A curva da incidência da lepra mostra ascensão até 1935, quando atinge o seu acme, e começa em seguida a declinar acentuando-se êsse declínio no último quinquênio (1960/1965).

2a. — A curva de fichamento de casos novos de lepra no Estado, mostra ascensão nos períodos compreendidos entre 1925, 1935, 1945 e 1960, com declínio entre 1935-1945 e 1960-1965.

3a. — A curva de percentagem de formas lepromatosas fichadas anualmente variou de 70% em 1925 para 56% em 1940, 59% em 1950, 45% em 1960 e 50% em 1965. De um modo geral, foi de apenas 20% a queda de formas lepromatosas em 40 anos de atividade contra a lepra no Estado (veja gráfico n. 5).

4a. — A curva de percentagem de casos indeterminados de lepra variou de 20% em 1925 a 25% em 1965. Houve apenas um aumento de 5% de fichamento de casos iniciais da moléstia em 40 anos (veja gráfico n. 5).

Lepra Familiar
 Tempo de aparecimento da moléstia após o isolamento
 do doente contagiante
 Gráfico dos casos verificados na Seção de Vigilância
 dos comunicantes
 Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo

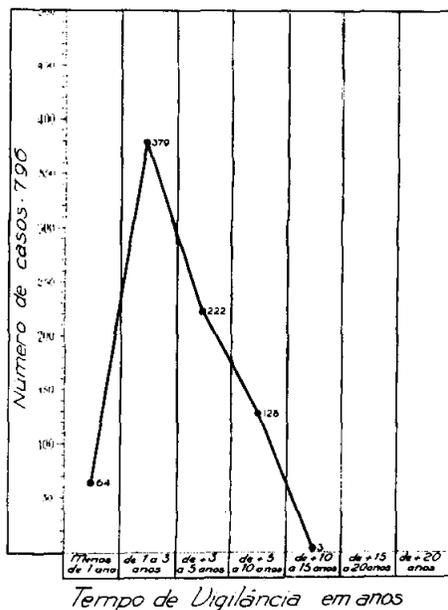


Gráfico 1 — Tempo de incubação da lepra entre contatos (796 casos de lepra precoce).

Durante o período 1960-1963 o D.P.L. fichou o maior número de casos I:

ANO	% L	% I
1960	45,3	29,6
1961	44,5	32,0
1962	18,0	29,5
1963	45,1	27,2

5a. — Em algumas regiões, apesar do grande número de fichamentos, a percentagem de formas L está diminuindo substancialmente, ao mesmo tempo que se eleva o fichamento de casos I, como acontece na D.R.L. 14 (Adamantina, Tupã, Dracena), nos Dispensários de Andradina, Avaré, Rio Claro, Bragança Paulista, Taubaté, São José do Rio Preto, condições que indicam mais intenso trabalho dos dispensários; em outras regiões continua elevado o fichamento de formas lepromatosas, como acontece em Jundiá, Mogi das Cruzes, São Carlos, São Joaquim da Barra, Bebedouro, onde as atividades dispensariiais são extensivas.

Isso significa que existe diferença no trabalho de controle de focos nos diversos dispensários do D.P.L., que atuam em maior ou menor profundidade, na proporção da maior ou menor densidade da população, no respectivo setor.

Contágio Familiar na Infância

*Tempo de aparecimento da moléstia
após afastamento do foco contagiante*

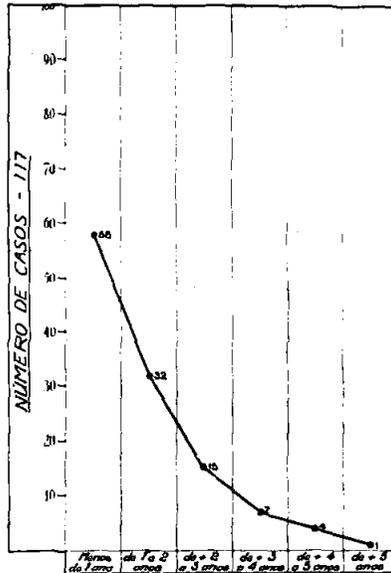


Gráfico de 117 casos observados no Asilo de Santa Teresinha de Setembro de 1927 a Setembro de 1946

— PREVENTÓRIO PARA FILHOS DE LEPROSOS —

Gráfico 2 — Tempo de incubação da lepra entre crianças afastadas dos focos contagiantes em Preventório (117 casos de lepra incipientes).

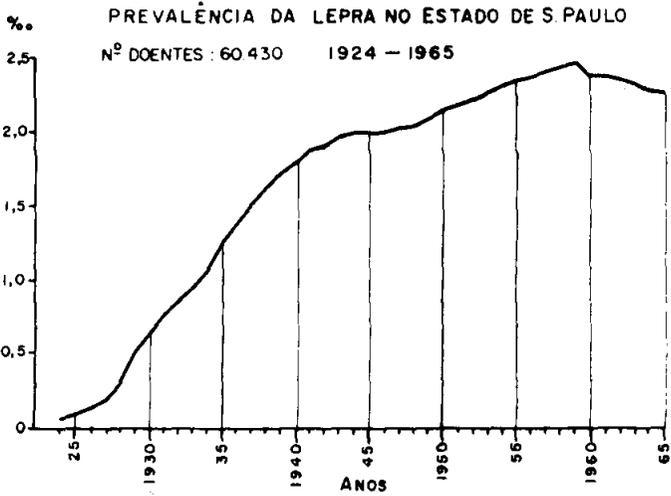


Gráfico 3 — A curva acima acusa uma queda diminuta de 0,496% na prevalência, a partir de 1959, que pela leve significação justifica a mudança do sistema profilático para novos rumos de controle endêmico, diante da persistência de uma prevalência de 2,1 por mil habitantes, após tão longo período de luta contra a lepra.

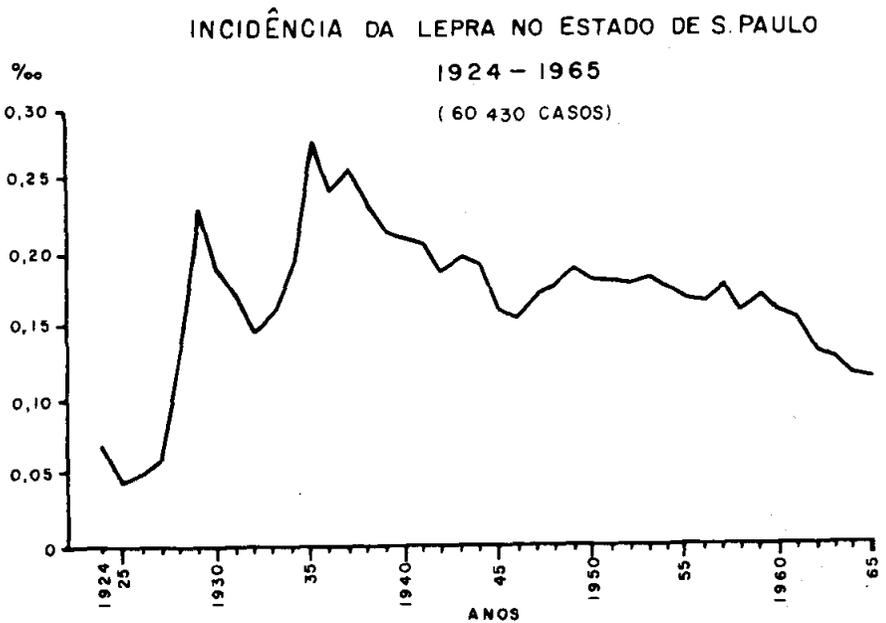


Gráfico 4 — A queda da incidência é índice administrativo de busca deficitária casos novos, desde que a prevalência se mantenha em direta relação com a expansão demográfica do Estado.

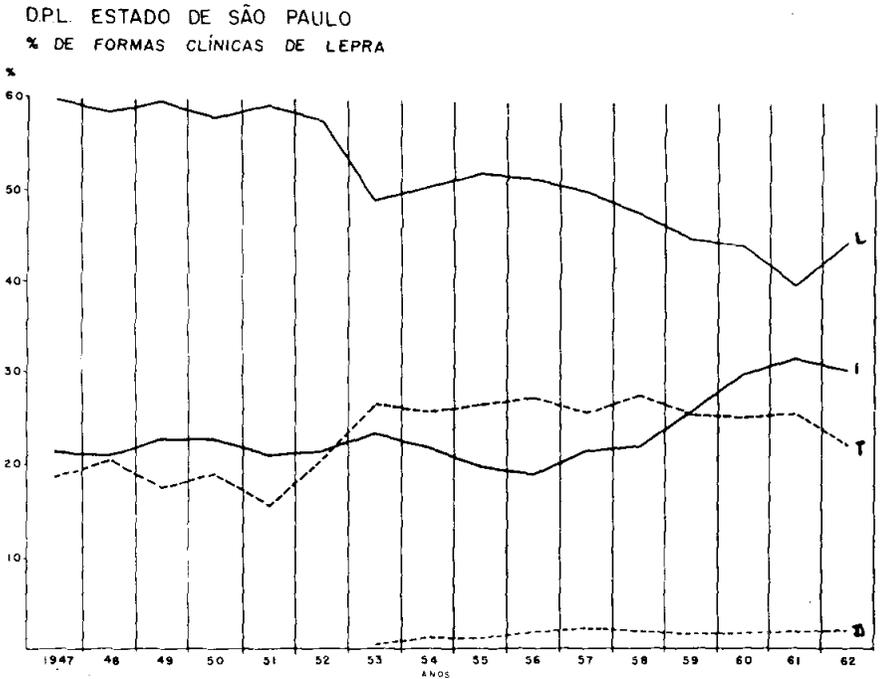


Gráfico 5 — A predominância do tipo lepromatoso evidencia a gravidade da endemia, mantida pela lepra maligna. (52.722 casos de tôdas as formas clínicas).

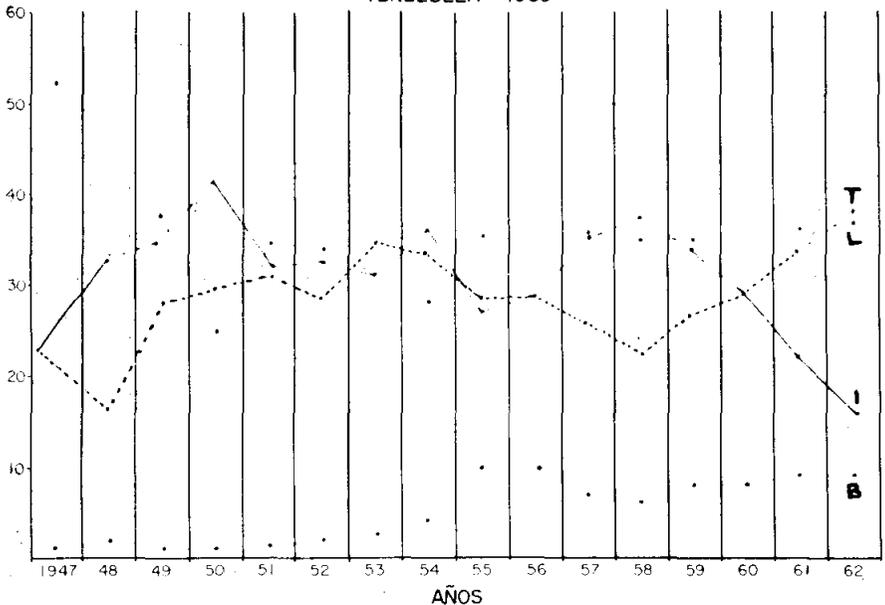
Além dos índices de incidência e de prevalência, o contrôle endêmico será ainda verificado pela seguinte apreciação das curvas censitárias por formas clínicas, interpretadas pelas seguintes conceituações diferenciais:

a) na primeira fase quinquenal a eficiência da campanha será revelada pela predominância dos casos indeterminados, em ascensão, com tendência ao cruzamento dos casos L, decorrente da **dépistage** da lepra incipiente através a vigilância domiciliária semestral dos contatos adstritos aos focos lepromatosos e dimorfos;

b) será considerado deficitário o contrôle endêmico com predominância da promatose sôbre os casos I e T;

c) a predominância da lepra tuberculóide constitui legítima expressão da defesa da população, decorrente da imunização endêmica ancestral; a calmetização dos contatos é recurso a ser tentado como fator para-imunizante, atendendo-se aos promissores resultados da calmetização intra-dérmica realizada na «Luella antileprosa em Venezuela» (Veja gráfico 6).

D. D. S. — 4
 PORCENTAJE DE FORMAS CLINICAS DE LEPROSA
 CLASIFICADOS POR AÑOS DE INVESTIGACION
 VENEZUELA — 1963



EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPROSA EM VENEZUELA
 COMUNICACION VIII CONG INTERN. LEPROLOGIA — RIO DE JANEIRO — 1963
 CARLO SISIRUCA — JACINTO CONVIT

Gráfico 6 — Cruzamento das curvas de formas clínicas com alto índice de lepra tberculóide decorrente da calmetização intra-dérmica para-imunizante, predominante no quinquênio de 1958-1962.

IV

CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA DO DEPARTAMENTO DE PROFILAXIA DA LEPROSA NO ESTADO DE SÃO PAULO:

No Sanatório Padre Bento diferenciou-se notável Centro de Estudos de Leprologia no período 1935 a 1955, pelas investigações no campo da Patologia Clínica e da Terapêutica da Lepra.

Nesse período atraiu notáveis leprólogos estrangeiros e do nosso país, em estágios de aperfeiçoamento e visitas de colaboração intelectual.

Entre as suas contribuições científicas destacam-se as seguintes monografias

- Lima, L. S. — Sôbre a moderna terapêutica anti-leprótica. S. Paulo, 1937; 27 p.
 Fernandes, S — O doente de lepra na sociedade. S. Paulo, 1938; 27 p.
 Maurano, F. — História da lepra em S. Paulo. S. Paulo, 1939; 2 v.

Barros, J. M. — Aspectos clínicos do comprometimento ocular na lepra. S. Paulo, 1939; 79 p.

Lima, L. S. & Alayon, F. L. — Sôbre a significação patológica das lesões incacterísticas. S. Paulo, 1941; 301 p.

A Revista Brasileira de Leprologia, editada em S. Paulo, a partir de 1933, para divulgação das atividades das Sociedades Paulista e Brasileira de Leprologia, conta com os seguintes volumes:

1933 — 1965 — vs. 1 a 33.

O Tratado de Leprologia editado pelo Serviço Nacional de Lepra teve a seguinte colaboração dos médicos do DPL:

v. 1 — Maurano, F. — História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. 1944; 206 p.

v. 2 — Rotberg, A. & Bechelli, L. M. — Etio-patogenia e anatomia patológica. 1944; 451 p.

v. 3 — tomo 1 — Lima, L. S. & Campos, N. S. — Diagnóstico clínico, laboratorial e biológico. 1943; 184 p.

v. 3 — tomo 2 — Bechelli, L. M.; Cerruti, H.; Julião, O. F. & Berti, A — Diagnóstico clínico, biológico e laboratorial. 1943; 232 p.

v. 4 — Beebelli, L. M.; Rotberg, A. & Maurano, F. — Clínica e terapêutica. 1944; 368 p.

v. 5 — Campos, N. S.; Bechelli, L. M. & Rotberg, A. — Epidemiologia e profilaxia. 1944; 397 p.

A Biblioteca do Departamento de Profilaxia da Lepra, que possui o maior acervo bibliográfico da leprologia internacional, graças à esclarecida, deligente e pertinaz chefia de Da. Luiza Keffer, vem contribuindo para o progresso da leprologia contemporânea, promovendo intercâmbio com os centros leproológicos do país e do estrangeiro através das seguintes publicações:

1 — Keller, L. — Alguns aspectos da campanha contra a lepra em S. Paulo: 1799-1947. S. Paulo, 1947. 26 p. ilustr.

2 — Keffer, L. — Índice da bibliografia dermatológica brasileira; 1930-1950. S. Paulo, 1950. 305 p.

3 — Keller, L. — Índice bibliográfico de lepra. S. Paulo, vs. 1, 2, 3 — 1944 — 1948.

Suplementos: 1) Sulfonas — 1952; 2) Sulfonas — 1956; 3) BCG na lepra — 1956; 4) Reação de Mitsuda — 1960; 5) Profilaxia — 1962; 6) Educação e Aspectos Sociais — 1963; 7) Reabilitação e cirurgia — 1963; 8) 8.º Congresso Internacional de Leprologia — 1963.

Nota — Êsses suplementos tem por finalidade a atualização do «Índice Bibliográfico de Lepra».

4 — Keller, L. — Seminário sôbre permuta nacional e internacional de publicações. S. Paulo, 1936. 19 p.

5 — Sumários Bibliográficos — Boletim mensal .1933-1959, ns. 1 a 313.

2a. fase: Sumário Bibliográfico, patrocinado pelo Serviço Nacional de Lepra: 1960 a 1966 — vs. 1 a 7.

6 — Catálogo geral dos periódicos existentes na Biblioteca do D.P.L.: 6 volumes publicados de 1942 a 1964.

A biblioteca atende solicita e constantemente a numerosos pedidos de consulta.

V

JUSTIFICAÇÃO DO SISTEMA PROFILÁTICO

A III Conferência Internacional de Lepra reunida em 1922 na cidade de Strasburgo, consagrou o sistema escandinavo de profilaxia pelo isolamento compulsório, preconizando a preservação da infância do contágio familiar da lepra à luz da experiência das Campanhas contra a tuberculose que instituíram os preventórios; o grande certame acumulou precioso acervo de contribuições no campo da patologia e da imunologia da lepra, entre os quais distinguiram-se as comunicações de Mitsuda sobre o teste lepromínico e de Jadahssoon, individualizando a lepra tuberculóide.

O V Congresso Internacional da Lepra, realizado na cidade de Havana em 1948 sancionou a doutrina da Classificação Sul-Americana da Lepra, e confirmou o êxito da sulfonoterapia de Faget, ampliando o campo da investigação clínico-epidemiológica e da terapêutica profilática.

O Seminário Pan-Americano de Profilaxia da Lepra, reunido em 1958 na cidade de Belo Horizonte, sob o patrocínio da «Oficina Sanitária Panamericana», estabeleceu as bases da profilaxia orientada pela epidemiologia e a quimioterapia das formas precoces da lepra, postergando em humanitária decisão, a desalentadora situação das campanhas de isolamento compulsório, juncadas no sistema profilático do tripé Sanatório-Preventório-Dispensário. *

As conclusões da histórica reunião de Belo Horizonte, balisadas pelos relatórios de J. A. Doull, L. Souza Lima, H. Floch e Orestes Diniz, estabelecem medidas que asseguram o êxito profilático. segundo novo sistema de controle da endemia de lepra, que sucintamente justificamos: a **lepra incipiens** apresenta-se em flagrante predominância com os caracteres clínico-patológicos das formas do grupo seguramente curáveis pelos biostáticos do grupo sulfurado (sulfonas, tiambutazona e sulfamidas cumulativas); quando a vigilância clínico-sanitária não surpreende o mal na passagem da infecção latente, a moléstia verificada através do controle periódico dos contatos nos focos domiciliares superinfectantes, é diagnosticada após vários anos de discreta evolução, dominando a lepromatose incurável nos balanços censitários, em consequência da lenta mutação dos casos indeterminados.

A endemia perpetua-se em cadeia de contágio, mantida pela alta infectuosidade dos focos lepromatosos domiciliares, através o desdobramento dos lares em linhagem familiar; a esta condição fundamental da expansão endêmica, somam-se os focos esporadicamente instalados na convivência de doentes infectantes, em ambiente de trabalho e outras condições de vida promíscua, surgindo os casos paradoxais transmitidos por doentes de mal oculto em inadvertido convívio.

A prevenção da lepromatose pela atuação de uma rede dispensarial em periódico controle dos contatos nos focos domiciliares superinfectantes, constitui o argumento diferencial da moderna profilaxia que repousa na segurança da cura da lepra indeterminada, na diminuição do poder infectante dos focos e nas possibilidades da ação para-imunizante da vacina de Calmette-Guerin.

A profilaxia da tuberculose pela terapêutica biostática e vacinação específica, auxiliada pela **dépistage** da moléstia em sua fase inicial, pela prática da abreugrafia, acusa o soberano êxito da queda progressiva da mortalidade, registrada no âmbito internacional da grave endemia.

* Bal. Of. Sanit. Panamer. 45: 469-556, 1958.

A leprologia atuando à luz dos conceitos do Seminário de Belo Horizonte, encontra no paradigma da tuberculose, a verdadeira rota do seu sistema de controle endêmico, induzindo-nos ao consciente otimismo decorrente da legítima conceituação do problema sob os fundamentos da Medicina Preventiva.

S. Paulo, 31 de outubro de 1966

(aa) J. M. Alcântara Madeira,
J. de Aguiar Pupo,
L. de Souza Lima,
Nelson de Souza Campos,
J. Martins Barros
Murilo P. Azevedo.