

ESCARIFICAÇÃO NASAL SISTEMÁTICA NOS CANDIDATOS À ALTA

JOÃO DE MORAIS JUNIOR
Dermatologista do A. C. S. Ângelo

No ano passado, por ocasião do Congresso Nacional de Assistência aos Lázarus, realizado no Rio de Janeiro, tivemos a nossa atenção voltada para os "Egressos dos Leprosários" e sustentamos então o nosso ponto de vista, afinal vitorioso naquele Congresso, favorável à restituição pura e simples dos "curados clinicamente" Sociedade, em benefício da qual haviam sacrificado a sua liberdade.

Desde então, as nossas vistas voltaram-se para essa questão, limitando evidentemente a nossa atividade ao Asilo-Colônia Santo Angelo. E desde já podemos com satisfação por em destaque o pequeno número de reativações verificadas (9 casos em 130 altas concedidas), controladas aliás imediatamente pelo nosso Serviço, o que vem mais uma vez confirmar as nossas afirmações.

Afim de podermos estudar, com menores possibilidades de erro, a questão dos "doentes candidatos à alta", somente levamos em consideração os fatos verificados a partir de janeiro de 1939, quando entrou em pleno vigor o novo e rigoroso Regulamento de Altas de nosso Serviço.

Para isso, reunimos a documentação referente a todos os doentes que, no período compreendido entre 1 de janeiro de 1939 e 31 de outubro de 1940, se apresentaram em condições de serem considerados como possíveis candidatos à alta hospitalar. A seguir, procura-mos acompanhar, até a data atual, a situação dos referidos doentes, afim de verificarmos principalmente a reativação possível da molestia, O nosso trabalho foi grandemente simplificado, graças ao excelente fichário dos doentes de alta, a cargo do nosso distinto colega dr. AZEVEDO SACRAMENTO.

Para maior clareza, resumimos no quadro abaixo o resultado esquemático de nossas pesquisas.

MOVIMENTO DE ALTAS EM SANTO ÂNGELO (1-1-39 a 31-10-40)

	<i>Candi-</i> <i>datos</i>	<i>Excl. pela</i> <i>escarificação</i>	<i>Apresen-</i> <i>tados</i>	<i>Recu-</i> <i>sados</i>	<i>Altas (1)</i>	<i>Reati-</i> <i>vações</i>
Mista	82	12	70	5	65 —	8
Tuberculóide	16	0	16	0	16 —	0
Mácula anestésica.	29	0	29	0	29 —	0
Nervosa pura	20	0	20	0	20 —	1 (*)
Total	<u>147</u>	<u>12</u>	<u>135</u>	<u>5</u>	<u>130</u>	<u>9</u>

OBSERVAÇÃO: 3 pacientes retiraram-se do Estado. (*) somente reativação clínica. (1) Continuam internados, embora tenham obtido alta, 23 pacientes.

O exame atento do referido quadro dá margem a urna serie de considerações, cada qual comportando detalhado estudo.

Assim, chama a atenção desde logo o relativamente elevado número de doentes, já com alta hospitalar, que por motivos supervenientes permanecem internados.

O relativo pequeno número de reativações, atingindo pequena porcentagem e recaindo quasi exclusivamente sôbre os portadores de forma mista, oferece também assunto para melhores indagações.

Outro fato digno de menção, que vem provar de modo evidente que não somente aqueles que ingressam nos nossos leprocômios com exames bacterioscâpicos negativos e portadores de formas mais benignas, obtem alta; com efeito, sobre um total de 145 altas concedidas, 65 dos beneficiados eram portadores de lepra mista.

* * *

Finalmente, o número de doentes cuja possibilidade de alta foi afastada em virtude da escarificação final, também se presta a consideração.

Sôbre êste ponto e que queremos insistir, dele fazendo a razão de ser desta nossa contribuição.

Antes de mais nada, recapitulemos rapidamente alguns dados necessários para a perfeita compreensão de nossa finalidade.

Deixando de lado, por serem de todos conhecidas, todas as condições exigidas pelo regulamento do Serviço para que o doente possa ser apresentado à Comissão de Altas, queremos apenas lembrar que, antes de ser concluído e encaminhado o respectivo laudo, e o doente encaminhado ao especialista do Asilo para um Ultimo exame e para que seja recolhido por escaridicação o muco nasal.

Pois bem, se examinarmos o quadro de altas, vamos observar que em 147 doentes, cujos laudos de alta estavam na dependencia resultado da curetagem, 12 foram excluídos em consequência da positividade do exame bacterioscópico do material colhido.

Se entretanto examinarmos as coisas mais atentamente, vamos notar que as 12 positificações se encontram dentro do total de 82 casos de lepra mista, enquanto nos demais casos, o que aliás não deve causar estranheza, não houve uma só positificação.

Portanto, teríamos aproximadamente 15% de positividade revelada somente com a curetagem final.

Evidentemente, é uma porcentagem elevada, principalmente se levarmos em consideração que a "colheita de material" (muco e lesão), nos casos assim denominados "negativados" é procedida pelo próprio dermatologista.

A titulo de curiosidade, transcrevemos um dos quadros por nós organizados para o estudo da questão das altas: o que se refere aos doentes cuja positividade foi revelada pela curetagem final.

DOENTES CUJA POSITIVAÇÃO SE REVELOU PELA CURETAGEM NASAL

N.º	Nome	Forma	Iniciais		Mensais negativos	
			MN	LC	MN	LC
1	F. M.	Mista	+	+++	38	38
2	G. A. M.	Mista	+++	+++	30	27
3	B. L. L.	Mista	+	+++	26	23
4	M. G.	Mista	/—/	/—/	56	46
5	C. E. S.	Mista	/—/	++	24	24
6	G. R. G.	Mista	+	/—/	33	33
7	F. G.	Mista	/—/	+++	21	21
8	M. F. C.	Mista	/—/	+++	43	24
9	M. W. R.	Mista	+	++	36	32
10	P. O.	Mista	/—/	/—/	24	24
11	M. A. G.	Mista	/—/	/—/	33	33
12	A. A.	Mista	/—/	/—/	24	24

Por aí se poderá ver que essa positificação foi verificada, em alguns casos, após uma sequência de negatividade mensal que ultra-passava de muito o mínimo exigido pelo Regulamento de Altas.

Evidentemente que, para qualquer conclusão seria necessário, em cada caso, examinar atentamente as condições clinicas do paciente, o que no entanto fugiria ao fim a que nos propusemos.

Estas nossas verificações dão margem a que se evidencie uma serie de inconvenientes, entre os quais merecem menção especial os dois seguintes:

1 — O choque moral que o doente sofre ao verificar o desmoronamento de suas esperanças, acalentadas durante muito e muitos meses e justamente na ocasião em que estavam prestes a se converter em realidade.

2 — A decepção do dermatologista, embora na realidade não lhe caiba culpa alguma.

Como obviar esses inconvenientes?

Quer nos parecer que apenas urna solução cabe no caso: acrescentar no Regulamento de Altas a exigência da escarificação trimensal, feita, por exemplo, a partir do 6.º exame mensal negativo.

Desta forma afastaríamos os inconvenientes citados e ao demais o oto-laringologista poderia também, ainda no inicio do período de negatificação, verificar a existência de qualquer eventual lesão na mucosa nasal e intervir a tempo e portanto com maior possibilidade de êxito.

Esta é a sugestão que fazemos à Diretoria do Serviço, trazendo dest'arte a contribuição do A. C. Santo Angelo à já tio debatida questão das altas.

DISCUSSÃO

Dr. SÉRGIO V. DE CARVALHO: Peço a palavra, não porque esteja em desacordo com o Dr. MORAIS, pelo contrário, mas para fazer uma critica amistosa e construtiva, especialmente construtiva. O primeiro ponto que chama a atenção é a questão da Terminologia Técnica — *curetagem final*.

Quero pedir ao Dr. MORAIS que concorde em fazer urna modificação da Terminologia, afim de evitar uma confusão que esta Terminologia obriga, porquanto já apresentei aqui um trabalho no PRIMEIRO CONGRESSO DE MEDICOS DO SERVIÇO, sôbre o assunto: *Curetagem nasal*. Refiro-me nesta curetagem a remoção cirúrgica de tubérculos nasais. Ora, a curetagem a que o Dr. MORAIS se refere à uma verdadeira escarificação da mucosa para pesquisa de bacilos como se fôsse uma pesquisa de lesão, de modo que lhe pediria que o substituísse o vocábulo *curetagem por escarificação* da mucosa nasal, o que, aliás, é prática de rotina no serviço do Padre Bento.

Usamos portanto *curetagem* para remoção cirúrgica de tubérculos e *escarificação* da mucosa para prova de negatividade nasal. Quanto à perquirição da prova antes do laudo final de alta, acho que é de grande alcance porquanto já encontrei no Padre Bento, quando chegava à escarificação final para alta, resultados positivos, seguindo-se, naturalmente, uma serie de dissabores, desilusões e choques, sendo que tudo seria obviado, se a escarificação de prova fosse feita como rotina em periodos espaçados, de 3 a 4 meses, para chegar ao laudo final de alta. Em terceiro lugar, não sei se o Dr. LAURO se lembra que já experimentamos no Padre Bento a infiltração da mucosa nasal com ésteres etílicos de chaulmoogra. Chamamos a atenção deste fato porque em individuos que no final tem a sua escarificação nasal positiva, experimentamos

reproduzir no nariz o que o Dermatologista faz na pele, isto é a *infiltração*, feita sob anestesia local, obtendo resultados de negatificação após uma ou duas infiltrações da mucosa nasal.

Dr. LUIZ MARIANO BECHELLI: Estranhei, no trabalho do Dr. MORAIS, o dado referente ao número de altas concedidas aos doentes de forma mista, que hoje classificariamos de forma lepromatosa. Achei elevada essa cifra, lido que eu queira contestá-la. Em Cocais, esse número tem sido muito inferior. Fato muito importante, destacado pelo Dr. MORAIS, foi a necessidade de se praticar a curetagem trimestral. Eu apóio decididamente esta opinião, uma vez que vem evitar muitos dissabores aos doentes e mesmo, sôbre esse ponto, já, tínhamos manifestado idêntico parecer há dois ou três anos, por ocasião do estudo do regulamento para a concessão de altas.

Dr. FRANCISCO AMÊNDOLA: Antes de mais nada, estou de acordo com a denominação de escairificação. Quando se fala em curetagem hi uma impressão de sangria. A escairificação, feita pelo especialista trimestralmente, nos casos de candidatos a alta, é digno de todo apoio, pois evita as consequências desagradáveis do único exame final, não se para o paciente como para o medico que o assiste. As vêzes, invés do exame trimestral, se impõe um exame mensal ou vários exames no mês, cabendo ao dermatologista fazer a indicação de acordo com a evolução geral da moléstia ou ao próprio especialista quando notar lesões na fossa nasal examinada.

Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS: Só tenho a agradecer ao Dr. MORAIS JÚNIOR, a sugestão apresentada pelo seu trabalho em seguida is conclusões a que chegou da necessidade da escairificação nasal, que vejo apoiada pelos medicos especialistas de vários hospitais. Acho que na realidade é uma questão digna de todo apreço e que aprimoraria ainda mais o nosso regulamento de alta.

Dr. MORAIS JÚNIOR: Quanto aos Drs. SÉRGIO VEIGA DE CARVALHO e FRANCISCO AMÊNDOLA, sôbre a denominação — *escairificação* nasal, em vez de curetagem nasal, nada mais tenho a dizer, pois tratando-se da opinião de especialistas e já endossada pelo Sr. Diretor, só me resta acatá-la, o que faço prazeirosamente. A respeito da infiltração nasal proposta estou de pleno acordo e creio que isto cabe ao especialista e não ao dermatologista.

O Dr. BECHELLI extranhou o número elevado das formas mistas na relação das altas. Não sei o que responder. Esta forma foi controlada pelas fichas dos colegas as quais não posso por em dúvida. Aliás, depois fui ao Departamento e revi todas as fichas, fazendo todas as alterações que foram necessárias; portanto tenho que manter este número.

Ao Dr. AMÊNDOLA, que propôs o encaminhamento dos doentes limitando determinadas formas, proponho que se encaminhe depois do sexto exame mensal negativo. Deve-se supor que um doente que tem seis exames mensais negativos, seja possivelmente candidato para alta. Se o estado geral fôr precário, temos obrigação de procurar uma lesão positiva, esta no caso em que o doente já conte com seis exames negativos e encontrando-a não há mais necessidade de interferência. Ao Dr. NELSON DE SOUSA CAMPOS, eu agradeço.