

## II CONGRESSO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA

Rio de Janeiro, 29 de junho a 2 de julho de 1978

Presidente de honra: *Paulo de Almeida Machado* (Ministro da Saúde)

Presidente: *Rend Garrido Neves*

Secretários: *Antonio Carlos Pereira Jr., José Trindade Filho, Jacqueline A. Menezes*

Coordenadores científicos: *Diltor V. A. Opromolla, Rubem D. Azulay, Ruy N. Miranda, Walter Belda.*

**CONFERÊNCIAS:** Aspectos gerais da inoculação experimental. *Chapman H. Binford* (E U A). Inoculação experimental no tatu. *Jacinto Convit* (Venezuela). Genética na hansenfase. *Bernardo Beiguelman* (Brasil). (Publicada na integra em *Hansenologia Internationalis* 8 (2) 1978). Hanseníase indeterminada *F. E. Rabello* (Brasil).

### RELATÓRIOS EM PAINÉIS

A — Imunologia *Marion Ulrich* (Venezuela), *F. Cottenot* (Franga), *Paulo G. Leser, Nelson Mendes, José Oliveira de Almeida* (Brasil).

### Comunicações livres. Clínica, Patologia,

EVOLUÇÃO DA DOUTRINA DA POLARIDADE — *R. D. Azulay* — Em 1938, *F. E. Rabello* lança os fundamentos da doutrina da polaridade da hansenfase consubstanciada no gráfico 1. Em 1948, no V Congresso Internacional de Lepra, *Latapi* introduz as noções de tipo e grupo conforme o

B - Epidemiologia e Controle *Celio Motta* (OPAS, Venezuela), *Luiz Marino Bechelli, Walter Belda* (Brasil).

C - Resistência a drogas *Charles C. Shepard, Robert Gelber* (EUA), *Juan Carlos Gatti* (Argentina), *Diltor V. A. Opromolla* (Brasil).

D - Hanseníase visceral e ocular *Raul Negrão Fleury, Marcio M. Tolentino, Ricardo Lúcio de Souza* (Brasil).

E - Problemas da mão na hanseníase *Frank Durksen* (Paraguai), *Ricardo O. Manzi* (Argentina), *José Carlos A. Pernambuco* (Brasil).

F - Reação hansênica *Morton A. Scheinberg, Ivander Bastazini, Cláudio J. S. Tonello* (Brasil).

G - Aspectos psicossociais *Minerva de Mangiaterra, Enrique E. Tello* (Argentina), *George Appel, Thomas F. Frist, Abrahilo Roth erg* (Brasil).

**MESA-REDONDA:** Classificação da hanseníase *Francisco Eduardo Rabello, Mauricio Mota de A. Alchome, Neuza Vendramini, Luiz Fernando Manhães* (Brasil), *Chapman H. Binford* (EUA), *Jacinto Convit* (Venezuela), *Lygia M. C. Andrade, Luiz Peres Quevedo, Rubem David Azulay, Raul Negrão Fleury, Rend Garrido Neves* (Brasil).

gráfico n.º 2. O gráfico 3 põe em evidência maior as noções de "grupo" e "tipo" e destaca as zonas de instabilidade com suas possíveis evoluções. No gráfico 4 mantém-se a estabilidade dos tipos T e V (L) e amplia-se o grupo T pela inclusão no mesmo de várias formas de doença, e as formas B, com

**EVOLUÇÃO DA DOUTRINA DA POLARIDADE (F.E.RABELLO, 1938 -77)**

HANSENÍASE

NOÇÃO DE POLARIDADE (F.E.RABELLO 1938)

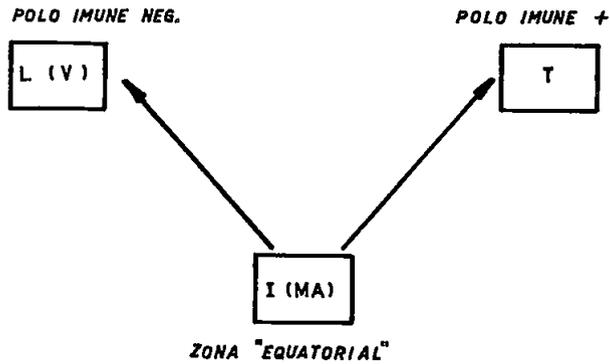
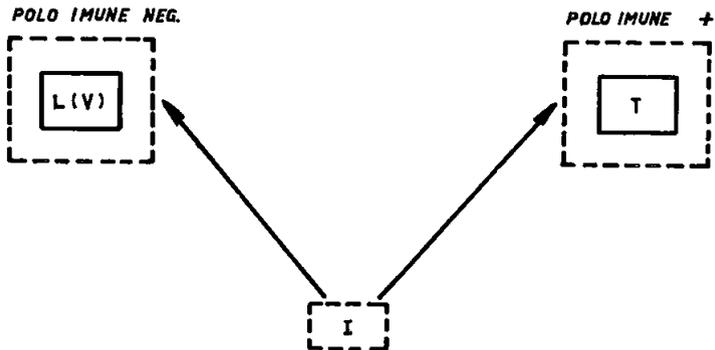


GRÁFICO 1

DISCRIME DE "GRUPOS" E "TIPOS" (ILATAPI 1948)



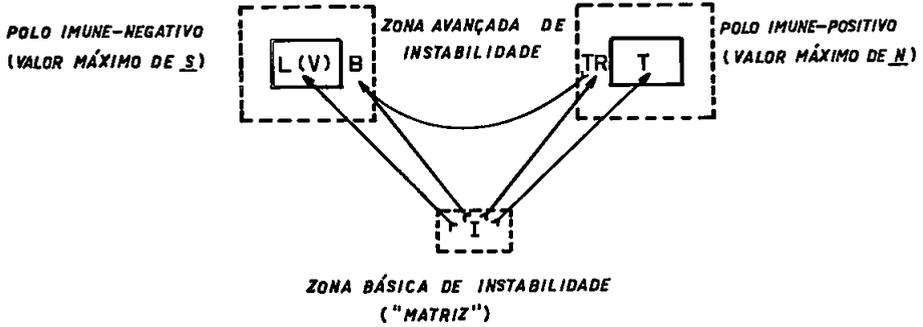
[ - - - ] = GRUPO ("FRANJA" DE CASOS MUTÁVEIS AFINS ÀS FORMAS ESTÁVEIS)

[ ] = TIPO ("NÚCLEO" DE FORMAS ESTÁVEIS IMUTÁVEIS)

GRÁFICO 2

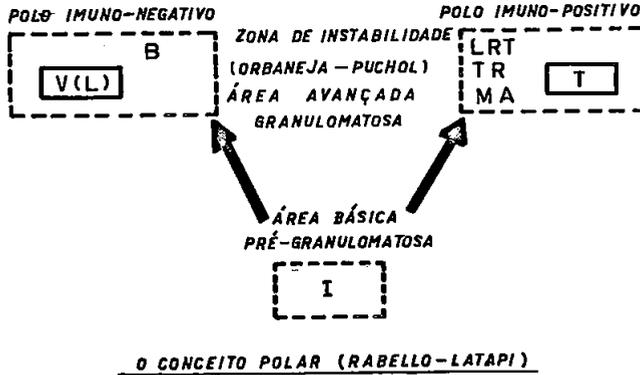
**HANSENÍASE: POLARIDADE E CINÉTICA DO PROCESSO**

**F.E. RABELLO 1959**



N - FATOR NATURAL DE RESISTENCIA (ROTBERG 1937)  
 S - FATOR SUSCEPTIBILIDADE (BLUMBERG 1986)  
 GRUPOS INSTÁVEIS (PONTILHADO) E TIPOS ESTÁVEIS (SÓLIDO) INCLUSOS TAMBÉM EM GRUPOS CONTENDO FORMAS RELATIVAMENTE INSTÁVEIS (LATAPI 1948).

GRÁFICO 3



O CONCEITO POLAR (RABELLO-LATAPI)

LINHAS SÓLIDAS: OS TIPOS, IMUTÁVEIS.  
 LINHAS PONTILHADAS: OS GRUPOS, INSTÁVEIS  
 ASA ESQUERDA TIPO VIRCHOWIANO (LEPROMATOSO) E GRUPO B. POR DEFINIÇÃO INCLUE BB E BL  
 ASA DIREITA: TIPO TUBERCULOIDE E GRUPO INCLUINDO LRT (LOW RESISTANT TUBERCULOID — LEISER), TR (BT) ISTO É TUBERCULOIDE REACIONAL DE SOUZA CAMPOS E MA (MACULO—ANESTESIC DE DHARMENDRA)•  
 GRUPO I: IMATURO (INDIFERENCIADO, MELHOR QUE A PALAVRA EQUIVOCA INDETERMINADO).

GRÁFICO 4

todas as suas nuances, são incluídas no grupo V (L).

Como se ve, a "cor" do problema, isto é, a imutabilidade dos tipos T e V (L), mantém-se intangível.

**ESTUDO HISTOLÓGICO COMPARATIVO DO LIPÍDIO NA HANSENIASE E OUTRAS LESÕES GRANULOMATOSAS — M. E. N. Gallo; R. G. Neves** — Os autores aplicaram a técnica histológica do Sudão III a 60 lesões de Hanseniase pertencentes As diversas formas clinicas e também a 12 lesões granulomatosas de etiologia variada : Blastomicose Sul Americana, Leishmaniose Sul Americana, Cromomicose, Rinoscleroma, Granuloma Anular, Tuberculose Cútis Indurativa, Tuberculose Pápulo Necrótica, Leishmaniose Difusa Anérgica e Infiltrado granulomatoso crônico compatível com Lues terciária. Confirmaram os achados anteriores referentes As preparações de Hanseniase, destacando a imagem típica do lipídio grumoso patológico da célula de Virchow e o falso positivo encontrado nos granulomas com edema da Hanseniase Tuberculóide Reacional.

No grupo das Granulomatoses de etiologia não hansenótica, registraram uma ocorrência inusitada : no caso de Leishmaniose Difusa Anérgica, a presença de lipídio com afinidade tintorial para o Sudão III, semelhante A encontrada na Hanseniase. Fazem breves considerações sobre a origem da degeneração lipídica citoplasmática encontrada na célula de Virehow e nos histiócitos carregados de leishmânias.

**SENSIBILIDADE CORNEANA DO PACIENTE HANSENICO — R. Lúcio de Souza** — O Córneo-estesiometro de Franceschetti, é um instrumento sensível, que permite melhor avaliar o grau de sensibilidade corneana. A investigação abrangeu a 215 pacientes vários de forma V-T-I-D, portadores ou não de lesão corneana, realizando porcentual de estudo de cada forma e caso.

Procuramos mostrar os achados de normo e hipossensibilidade através de instrumento utilizado universalmente, e sem uso na hanseniase.

**AS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICO-CIRÚRGICAS NOS PACIENTES DE HANSENIASE — A. Ferreira da Silva** — A Policlínica do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária, Sao Paulo, tem por objetivo prestar assistência médica diária gratuita As intercorrencias clinico-cirúrgicas dos doentes de Hanseniase. Possui 7.296 prontuários, aumentando diariamente com pacientes novos matriculados. Seu corpo clínico conta com 13 médicos: clínicos, dermatologistas, ortopedista, ginecologista, obstetra, psiquiatra, fisioterapeuta, neurologista, otorrinolaringologista e odontólogo. Há um Serviço Social e de Terapia Ocupacional, laboratório e gabinete de RX. setor enfermagem conta com 2 enfermeiras e 2 auxiliares de enfermagem. Casos que necessitem de internação são encaminhados A rede hospitalar do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária. Creio ser a única organização no Brasil neste sentido.

**TROMBOFLEBITE DE ORIGEM HANSENIANA — I. Santos; A. S. Ledo; V. Bandeira** — Os autores tiveram a oportunidade de diagnosticar dois casos de Hanseniase tuberculóide acompanhados de tromboflebite dos membros superiores, nos quais as lesões vasculares partiram das lesões cutâneas diagnosticadas como Hanseniase. Fazendo uma revisão da literatura sobre esta associação de entidades mórbidas, não encontraram nenhuma citação a respeito.

**VASCULITE COMO MANIFESTAÇÃO DERMATOLÓGICA ÚNICA NA HANSENIASE. A PROPÓSITO DE 1 OBSERVAÇÃO — A. O. A. Alchorne; J. Levites; M. M. A. Alchorne; A. N. S.**

sem a presença de b.a.a.r. na lesão (em doentes comprovadamente com hanseníase) e como manifestação dermatológica única e importante, o que dificulta em muito o diagnóstico. Pretendem os autores chamar a atenção dos colegas para a procura cuidadosa de hanseníase em portadores de vasculite. Foi feita revisão bibliográfica com o intuito de diferenciar estes achados de outras manifestações de vasculite encontradas na hanseníase (eritema polimorfo e fenômeno de Lúcio). Os autores consideram estes fenômenos como manifestação de hiper-sensibilidade ao bacilo, e uma forma de reação diferente das descritas na hanseníase.

**SINOVITE HANSÊNICA** — *M. P. Campos e J. Mich,alany* — Os autores fizeram levantamento clínico e dermatológico de 30 pacientes de hanseníase todos do tipo virchowiano. Dividiram-nos em dois grupos, A e B. O grupo A era constituído de 15 pacientes sem reação dos tipos eritema nodoso e eritema polimorfo, alguns dos quais não referindo crises semelhantes durante todo o tempo de doença. O outro grupo de 15 pacientes se encontrava, no momento do exame, em plena reação, com eritema nodoso ou polimorfo. Foram pesquisadas a hemossedimentação, a muco-proteína e proteína C reativa, a hematimetria e a leucometria. Em ambos os grupos os dados estavam alterados. Foi feito exame histopatológico da membrana sinovial do joelho, o qual tinha sido artrotomizado por técnica uniforme.

O exame histopatológico revelou a presença de bacilos álcool-ácido-resistentes em forma de globias ou de poeira bacilar, com presença de células espúrias de Virchow, em 7 pacientes, sendo 3 do grupo A e 4 do grupo B. O infiltrado inflamatório característico de processo crônico em involução, sugere quadro de sinovite específica — a sinovite hang/ilea.

(Prêmio "Orestes Diniz")

**HANSENÍASE: ASSOCIAÇÃO COM OUTRAS DERMATOSSES** — *S. Talhari; A. dos Reis Gadelha; M. da G. Souza Cunha; A. da Silva Moreira* — Os autores estudam as principais dermatoses encontradas em pacientes portadores de Hanseníase, em tratamento no Hospital Dermatológico de Manaus (ex-Colônia Antonio Aleixo). Foram examinados 706 pacientes, sendo 538 virchowianos, 155 tuberculóides, 10 dimorfos e 3 indeterminados. As dermatoses associadas foram classificadas em A) Doenças secundárias à Hanseníase ou conseqüentes ao tratamento. — Mal perfurante plantar — 304 enfermos; angiodermite — 239 enfermos; moosy foot — 24 enfermos; actiose — 128 enfermos; úlceras crônicas — 48 enfermos; eczema de estase — 17 enfermos; elefantíase — 20 enfermos. B) Doenças não relacionadas com a Hanseníase — Micoses superficiais: piedra negra — 203; candidíase — 105; dermatofitose — 63; tricomicose palmelina — 62; micoses profundas (Doença de Jorge Lobo — 2 casos) dermatozonoses escabiose — 185; leishmaniose — 11; pediculose — 6; discromias: vitiligo — 5; cloasma — 10; pinta — 1. Tumores cutâneos: carcinoma basocelular — 4; verruga seborreica — 6; ceratose actínica — 5; lipomatose — 2; ca. espinocelular — 2. Outras dermatoses: tuberculose cutânea — 5; Favre-Racouchot — 5; Xantelasma — 4; Prurigo nodular Hyde — 2; Lues secundária — 1.

**O FENÔMENO NECROTIZANTE NA HANSENÍASE** — (Discussão a propósito de dois casos clínicos — *V. P. Szytkier; S. Yamada; N. Michalany; L. Y. Tokuo* — Discutiremos a interpretação do fenômeno necrotizante na hanseníase, propondo a adoção de critérios uniformes no nosso meio, uma vez que tais casos promovem divergências conceituais relativas às noções da chamada Lepra de Lúcio, Fenômeno de Lúcio, Síndrome Nódulo-Necrótica

de Orbanaja, Eritema Polimorfo Necrotizante da Hanseníase e do Erythema Nodosum Leprosum. Cumpre ressaltar as dificuldades diagnósticas que ocorrem na observação de tais casos e a atual complexidade que se verifica nas fontes de referência quando se busca situá-los em posição nosológica precisa.

ESTUDO COMPARATIVO DAS NEUROPATIAS HANSENÓTICA E DIABÉTICA — *C. F. M. Ladeira; R. G. Neves; E. C. Peixoto; A. E. N. Gallo* — O estudo selecionou 15 pacientes que permitiram as seguintes conclusões: 1.º) Nos pacientes diabéticos, as manifestações sensitivas parecem ocorrer mais tardiamente que nos hansenianos, onde são referidas precocemente. 2.º) Reflexos profundos são mais rapidamente diminuídos ou abolidos nos pacientes diabéticos. 3.º) As áreas de hipoestesia, hiperestesia e anestesia nos pacientes diabéticos não são tão localizadas em dermatomas como ocorre nos pacientes hansenianos; as queixas dos diabéticos são mais de extremidades de membros a de comprometimento de todo o membro. Espessamento de nervos periféricos não foi encontrado em nenhum dos pacientes diabéticos examinados.

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA NA HANSENÍASE — ESTUDO DE 180 CASOS — *M. M. Tolentino; J. G. Faifer; I. Bastazini; R. N. Fleury; C. J. S. Tonello; D. V. A. Opromolla; J. C. A. Pernambuco* — Queixas digestivas altas têm sido referidas com frequência em pacientes com hanseníase e atribuídas a efeitos colaterais da terapêutica específica prolongada. Entretanto, não existe um estudo detalhado demonstrando um substrato anatômico correspondente a estas queixas. Da mesma forma não temos conhecimento a respeito do emprego da esofagogastroduodenoscopia com fibra óptica como método de pesquisa neste sentido. Neste intuito foram realizados

180 exames endoscópicos em 163 pacientes portadores de hanseníase sendo 140 sintomáticos e com exame indicado para diagnóstico e 23 sem sintomas, incluídos num "estudo de massa" a fim de se avaliar eventuais alterações subclínicas da terapêutica específica com sulfona. Os 140 pacientes incluindo sulfonas, rifampicina, clofazimina etc. Os exames foram realizados com o pan-endoscópio F-8 da ACMI. Podemos concluir que não há nenhuma lesão específica que possa ser atribuída doença ou à terapêutica, assim como a incidência das diversas patologias referidas (neoplasias, úlceras etc.) não difere da população geral.

HEPATITE FULMINANTE E HANSENÍASE APRESENTAÇÃO DE UM CASO — *I. Bastazini; M. M. Tolentino; V. L. Zorzeto; J. G. Falter; C. J. S. Tonello; D. V. A., Opromolla; J. C. A. Pernambuco e R. N., Fleury* — A necropsia mostra hepatite viral fulminante e hanseníase virchowiana em pele, gânglios, laringe, fígado, bazo, supra-renais e tecido ósseo, glomerulites proliferativas difusas e pancreatite. O caso se reveste de particular interesse pela concomitância de duas situações em que se considera a imunoincompetência em nível celular como responsável pela patogenia. Chama-nos a atenção o fato da manifestação clínica da hepatite (icterícia e aumento de transaminases) suceder de perto a fenômenos de alterações do padrão de lesões cutâneas interpretadas como exacerbação da moléstia.

A persistência do AgHBs por um ano constituiu-se em indicio de uma alteração imunológica que é reforçada pela evolução para a forma de hepatite fulminante. É difícil concluir se devemos atribuir ao agravamento da hanseníase a má evolução da hepatite. Caberia então a hipótese de que as células de Kupffer comprometidas com o processo infeccioso específico, ficam

com sua função de fagocitose e remoção e complexos imunes prejudicada, facilitando assim a agressão destes ao fígado, inclusive os formados a partir do AgHBs. Outras alternativas poderiam ser aventadas: o agravamento da hanseníase e da hepatite a partir de outro fator imunodepressor, como por exemplo, a terapêutica com corticóide ; o agravamento da hanseníase pela própria má evolução da hepatite que por si só é causa de comprometimento da capacidade de resposta.

**EVOLUÇÃO DA HANSENÍASE TUBERCULÓIDE REACIONAL** - *L. Wan-del-Rey de Oliveira; M. E. Gallo; R. G. Neves* — As AA. Fazem o levantamento dos casos classificados clínica e histologicamente como "Hanseníase Tuberculóide Reacional" existentes no arquivo do ex-Instituto de Leprologia. Calculou-se a taxa de incidência anual, desde o ano de 1958 até a presente data dos referidos casos. Devido a controvérsias quanto h, evolução desta forma, fazem considerações acerca de 10 casos classificados clínica e histologicamente, acompanhados durante um tempo médio de 3 a 5 anos.

**UM INSTRUMENTO PARA INVESTIGAÇÃO DA SENSIBILIDADE TÉRMICA DA PELE** — *I. M. Castro* — O autor, no ex-Instituto de Leprologia, sob os auspícios da OMS, planejou e desenvolveu um método instrumental para investigação da sensibilidade térmica da pele. Alcançado satisfatoriamente o objetivo, o autor sugere sua aplicabilidade nos ambulatórios de dermatologia, e sobretudo de hansenologia, considerando a segurança, precisão suficiente, simplicidade e rapidez operacional.

(Publicado na íntegra em *Hansenologia Internationalis*, 3(2):165-167, 1978).

**AVALIAÇÃO CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE 378 CASOS COM DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE** — *G. S.*

*Del Pino; J. Ferreira; C. D. V. Bernardi; T. C. Ponzio; H. A. S. Ponzio; M. P. Peres* — São analisados um total de 378 casos suspeitos de hanseníase notificados no Rio Grande do Sul entre 1-4-1974 e 31-8-1977. Casos novos diagnosticados apenas por critérios clínicos por dermatologistas e clínicos gerais foram estudados individualmente. Todos foram submetidos a exame histopatológico. A comparação entre a classificação feita apenas por aspectos clínicos e a feita por critérios clínicos e histopatológicos combinados demonstrou que as diferenças entre as duas não chega a influir estaticamente no número e na proporção das formas granulomatosas. Por outro lado um considerável número de casos de forma incomparável foi eliminado durante estudo quer por não ter sido confirmado como hanseníase, quer por já revelar estrutura granulomatosa, achados que reduzem significativamente a proporção entre a forma incomparável e as demais.

**EXPERIMENTAÇÃO COMPARATIVA DO EMPREGO DA RIFAMPICINA E DDS NO TRATAMENTO DA HANSEMASE** — *W. Belda; L. C. Margarido* — Dos derivados da fermentação do *Streptomyces mediterranei*, a rifampicina vem sendo indicada como mais ativo dos antimicobacterianos. Na dose 600 mg diários tem ação superior, clínica e baciloscópicamente, ao DDS, já nas primeiras semanas de tratamento. A combinação Rifampicina DDS, por período de 6 meses, diminui sensivelmente os denominados bacilos persistentes. Tais afirmações tem permitido, em algumas Areas, o emprego de 900 mg iniciais seguidas de aplicação do DDS, com resultados promissores. Após ter usado a rifampicina em pacientes sulfono-resistentes, os autores repetem o experimento, em termos comparativos da ação isolada da sulfona e rifampicina, em dois grupos de pacientes virgens de trata-

mento e em regime hospitalar. Enfatizam as melhoras clínicas mais precoces, sugerindo seu emprego como opção inicial no tratamento da hanseníase virchoviana.

**PROPOSTA DE TRATAMENTO DO MAL PERFTJRANTE PLANTAR (MPP) PELA "PALMILHA PNEUMÁTICA"** — *R. Bittencourt* — MPP é gerado predominantemente pela anestesia e pelo traumatismo, quando associados. A Palmilha, por ser "Pneumo-Elastica", difunde a compressão localizada nas extremidades dos arcos plantares, reduz o atrito, facilita a circulação, a cura e a profilaxia do MPP.

**A FISIOTERAPIA EM CURUPAITI** — *E. T. Guimarães* — Bons resultados da ionização com salicilato de sódio a 2% na neurite cubital.

**TRATAMENTO DA HANSENÍASE COM RIFAMPICINA: RESULTADOS OBTIDOS APÓS 4 ANOS DE TRATAMENTO COM ÊNFASE AO DESENVOLVIMENTO DE RESISTÊNCIA A DROGA** — *C. J. S. Tonello; D. V. A. promolla; I. Bastazini; R. N. Fleury; M. M. Tolentino; J. C. A. Pernambuco* — Os autores chegaram it conclusão de que, do ponto de vista clínico, a rifampicina apresenta sua máxima atividade naqueles casos do tipo virchoviano em franca piora do processo mórbido e por um período de 4 meses, após o qual essa atividade diminui. Os pacientes passam então a exibir um ritmo de melhora equiparável ao obtido com as sulfonas. Foram observados 36 pacientes, alguns em tratamento monoterápico com a rifampicina e outros

combinados com a sulfona. Desses, 26 apresentam ainda baciloscopia positiva. Considerando-se apenas os que têm mais de três anos de tratamento, 20 ainda apresentam baciloscopia positiva, e 6 ainda apresentam bacilos típicos nos esfregagos feitos a partir de lesões cutâneas. Destes pacientes, 4 apresentam lesões novas como pfpulas e tubérculos (hansenomas) e o índice morfológico sofreu uma ascensão. Apesar de não possuírem meios experimentais para categoricamente afirmar a resistência à droga, tais resultados parecem confirmar essa ocorrência e sugerem ainda que apesar da grande atividade anti-hansdnica, a rifampicina tem suas limitações e deve ser usada com cuidado. Sempre que possível deve ser associada a sulfona com intuito de evitar a emergência de cepas resistentes.

**ESTUDO DA AÇÃO DA TALIDOMIDA NAS NEURALGIAS PERIFÉRICAS** — *R. G. Neves; E. C. Peixoto; M. E. N. Gallo; C. F. M. Ladeira*, — Os AA estudam a ação medicamentosa da talidomida sobre 37 neuralgias periféricas, sendo 17 hansenóticas e as restantes de etiologias variadas, a saber : Neuralgia Esferopalatina de Sluder ; Neuralgia Essencial do Trgênio; Neuralgia Cidtrica ; Neuralgia Facial ; Neuralgia Herpética, Polineuropatia Carencial; Causalgia ; Paralisia Facial Periférica. Da experimentação, ainda em andamento no que respeita a novo lote de enfermos, concluiu-se que o medicamento oferece resultados apreciáveis, obtendo-se melhora dos diferentes sintomas, ao lado de escassos efeitos colaterais.

### **Comunicações livres. Bacteriologia e Imunologia**

**INDUÇÃO EXPERIMENTAL, "IN VIVO", DA CAPACIDADE UTICA DO MACRÓFAGO VIRCHOVIANO** — *R. D. Azu/ay* — Procuramos verificar se o macrófago de doente virchoviano seria capaz de adquirir capacidade líti-

ca para o *M. leprae*, através da formação de linfocinas liberadas inespecificamente por linfócito T sensibilizado a outro antígeno. A experiência foi realizada em 3 doentes virchovianos com sensibilidade ao PPD ; a inoculação de

BCG lepromina superconcentrada, pela via intradérmica, mobilizou o sistema macrófago linfócito T de modo a provocar a use tanto do M. leprae (Iepromina) como do BCG. A experiência demonstra que o macrófago virchoviano especificamente não lisador pode tornar-se lisador específico por mecanismo inespecífico induzido.

**HANSENÍASE: DETERMINAÇÃO DOS NÍVEIS SANGUÍNEOS DE IMUNOGLOBULINAS E COMPLEMENTO (C.) NAS VARIAS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE** — R. D. Azulay; A. C. Lima; H. M. Braschar; J. V. Neto; A. S. Diniz; L. Sudo — Procuramos determinar nas várias formas clínicas da Hanseníase (17 V, 5 B, 7 I e 9 T) os níveis séricos das imunoglobulinas e C.. Obtivemos os seguintes resultados: 1) Aumento de IgG, IgA e IgM no soro de doentes de HV e HB (na primeira maior que na segunda); 2) os níveis séricos das imunoglobulinas em HT se aproximaram do grupo controle; 3) os níveis de C<sub>3</sub> mantiveram-se na normalidade. Conclusão: — houve exaltação da atividade dos linfócitos B na HV e HB.

**REAÇÃO DE RUBINO MICROTÉCNICA PADRONIZADA COM HEMACIAS DE CARNEIRO E HEMACIAS DE CAVALO** — M. J. de O. Angelo; T. A. E. Kliemann; R. P. de S. Carvalho; C. S. Pannuti — A reação de Rubino foi padronizada, por microtécnica, utilizando-se hemácias de carneiro e hemácias de cavalo. Foram observadas porcentagens iguais de reações positivas em 18 soros de pacientes virchovianos quando se comparou a técnica clássica de Rubino com a microtécnica. Foram testados 53 soros de pacientes

virchovianos por microtécnica, utilizando-se paralelamente hemácias de carneiro e hemácias de cavalo. Os resultados obtidos mostraram 50,9% de reações positivas, quando testados com hemácias de cavalo e 41,5% quando a reação foi realizada com hemácias de carneiro. Não foi encontrado nenhum resultado positivo em 30 soros de pacientes não-virchovianos por ambas as técnicas. A microtécnica foi utilizada para testar 40 soros de um grupo controle (doadores de banco de sangue e pacientes com hepatite, leptospirose e sífilis), obtendo-se resultados negativos.

**IMUNOGLOBULINAS NA REAÇÃO HANSÊNICA** — M. M. Tolentino; R. N. Fleury; C. J. S. Tonello; D. V. A. Opromolla; J. C. A. Pernambuco; I. Bastazini — Com a finalidade de estudar as proteínas do plasma, em especial as imunoglobulinas, durante a fase aguda da reação hansênica, foram selecionados 25 pacientes no acme de uma reação tipo eritema nodoso ou eritema polimorfo (grupo reacional). Considerou-se acme o 3.º dia após o início de erupção cutânea importante num paciente sem tratamento para a reação. Destes foram retiradas amostras de sangue e realizada a dosagem de proteínas, eletroforeses em gel de acetato e quantificação de imunoglobulinas pelo método de imunodifusão radial em placas para IgG, IgA e IgM. Os valores foram comparados com os obtidos através da mesma metodologia, em 25 pacientes hansenianos em atividade e que nunca apresentaram reação hansênica (grupo controle), e os considerados normais foram obtidos de 35 voluntários doadores de sangue.

Os resultados foram:

**TABELA I**

	P.T.**	Alb.	$\sigma^1$	$\sigma^2$	$\beta^*$	$\delta^{**}$
Grupo reacional	M 6.20	2,695	0,410	0,762	0,783	1,532
	DP 1.09	0,524	0,151	0,239	0,203	0,425
Grupo controle	M 7.68	2,954	0,433	0,806	0,910	2,564
	DP 0.74	0,535	0,089	0,183	0,211	0,704

Quando comparados com os pacientes normais as PT e  $\delta$  globulinas mostra-

ram aumento significativo nos controles e não significativo nos reacionais.

TABELA II

	IgG**	IgA	IgM**(mg/100ml)
Grupo reacional	M 1.574,40	448,96	154,68
	DP 412,01	142,42	63,85
Grupo controle	M 2.432,84	504,08	515,52
	DP 774,06	166,21	526,51

Comparando-se os valores acima com os obtidos de 35 normais verifica-se que há um aumento significativo de IgG e IgA nos reacionais e de IgG, IgA e IgM nos controles (todos em nível de 0,01 de significância). As diferenças encontradas na eletroforese das proteínas foram interpretadas como decorrentes de consumo de Ac. no grupo reacional pelo próprio fenômeno da deposição de complexos imunes. Isto tem base em trabalhos onde já foi encontrada diminuição dos títulos de Ac circulantes nas fases reacionais. Quanto As imunoglobulinas, interpretações pregressas são muito divergentes e atribuímos A uniformidade do presente grupo. As diferenças de IgG tem a mesma explicação dada A eletroforese. O aumento de IgM verificado no grupo controle pode ser devido A, maior atividade da moléstia nos pacientes sem reação ou mesmo consumo de complexos imune onde esteja envolvida IgM.

ASPECTOS EVOLUTIVOS DA REAÇÃO DE RUBINO — D. V. A. Opromolla; M. S. P. Arruda; S. Ura; J. C. A. Pernambuco; I. Bastazini; R. N. Fleury; M. M. Tolentino; C. J. S. Tonello e O. S. Arruda — A reação de Rubino foi estudada em 178 pacientes hansenianos, buscando correlação entre a sua positividade, forma clinica, presença de E. N. L., tempo e atividade da doença. Os pacientes que fizeram

parte deste trabalho foram classificados de acordo com os critérios estabelecidos pelo Congresso de Madri (1953).

Os resultados demonstraram que pacientes tuberculóides apresentam reação de Rubino negativa, independente de qualquer parâmetro estudado; que 9% dos pacientes Borderline apresentam reação de Rubino positiva, não relacionadas com os parâmetros observados. Os pacientes Virchovianos apresentaram uma diferença significativa de positividade à reação de Rubino, quando foram agrupados quanto A presença ou não de atividade da moléstia. Pacientes Virchovianos com lesões em atividade apresentaram 55% de positividade à reação de Rubino, enquanto que os indivíduos considerados curados clinicamente apresentaram apenas 6% de positividade. A reação de Rubino, tornando-se negativa na grande maioria dos pacientes que se curam clinicamente, este teste poderia fazer parte dos critérios que nos indicariam os pacientes Virchovianos que poderiam, após a cura clínica, interromper o medicamento, sem riscos de recidiva.

TESTE DE TRANSFORMAÇÃO DE LINF6CITOS EM DOENTES DE LEPRA, EM PRESENÇA DE FITO-HEMAGLUTININA, LÉPROMINA E MYCOBACTERIUM LEPRAE, EM MEIO DE CULTURA COM SORO HOMÓLOGO NORMAL — P. M. G.

Pagnano, L. M. Bechelli e N. Tiraboschi Foss — Com o objetivo de verificar a correlação da blastogênese de linfócitos com formas de lepra e lepromino-reação, os autores a estudaram em 42 doentes, em presença de fito-hemaglutinina, lepromina e *M. leprae*. Linfócitos foram separados do plasma por ficoll-hy-paque e cultivados em meio Eagle com 20% de soro de indivíduo não afetado, em concentração de  $0,75 \times 10^6$  células por mil. A resposta blastogênica foi determinada por incorporação de 3H-timidina.

Em todos os doentes, a resposta dos linfócitos à lepromina e ao *M. leprae* foi inferior à da fito-hemaglutinina. Linfócitos de doentes das formas polares, tuberculóide e lepromatosa, e do grupo dimorfo, em presença dos três estímulos, aparentemente incorporaram 3H-timidina de modo semelhante. Resposta a lepromina foi discretamente maior em doentes com reação de Mitsuda 2+ e 3+ do que nos negativos ou fracamente positivos (1+), o que não se observou com fito-hemaglutinina e *M. leprae*. Os resultados até agora obtidos, não sugerem que o teste da transformação de linfócitos em presença de fito-hemaglutina, lepromina e *M. leprae* possa substituir a prova leprominica na avaliação da resposta imune de doentes de lepra ao *M. leprae*.

HANSENÍASE: INVESTIGAÇÃO DA HIPERSENSIBILIDADE TARDIA INESPECÍFICA POR MEIO DE TESTES "IN-VIVO" — R. D. Azulay; M. Diniz; L. Sudo; A. S. Diniz; S. M. Voscahonik — Foram realizados testes intradérmicos com 5 antígenos em 132 pacientes de hanseníase (54 V, 23 B, 25 I e 30 T). Os resultados foram tabulados e os autores chegaram às seguintes conclusões: 1) os resultados com o PPD, candidina e vacínia não apresentaram diferenças significativas nas diversas formas clínicas; 2) com o SK/SD houve uma exaltação da imunidade celular nas formas I e T; 3) com

a PHA essa exaltação ocorreu apenas na forma I; 4) levando-se em consideração os resultados de conjuntos de 3,4 e/ou 5 antígenos, verificou-se em todas as formas uma diminuição da imunidade celular.

MITSUDA REATIVOS E NÃO REATIVOS — (Um conceito universal em imunologia) — R. N. Miranda — A descoberta fundamental de Mitsuda não foi um tipo de reação peculiar e, muito menos, específico. O que de fato o cientista japonês descobriu foi um fenômeno universal de imunologia que deve ser denominado "Fenômeno de Mitsuda" (Miranda, 1967), existindo no gênero humano — ao contrário do que ocorre nos animais, que só respondem de um modo — os "Mitsuda-reativos" e os "Mitsuda-não-reativos". Ser "Mitsuda-reativo" é possuir uma maneira especial de responder aos estímulos do sistema-retículo-endotelial quaisquer que eles sejam: germes vivos, germes mortos, inoculação natural, inoculação artificial, substâncias brutas (granulomas a corpo estranho).

HIPERSENSIBILIDADE HUMANA AO ANTÍGENO DE TATU — (*Dasyus novemcinctus*) — C. A. de Carvalho Pereira — Inicialmente foram feitos estudos comparativos entre os antígenos de Mitsuda de origem animal (*Dasyus novemcinctus*) e os de origem humana, em pacientes de hanseníase, em comunicantes e em estudantes de medicina. Foram realizadas leituras dos testes com 48 horas e 21 dias, com comprovação histológica. Os resultados obtidos com os dois antígenos foram semelhantes, na grande maioria dos testes. Houve, porém, reação mais acentuada ao antígeno animal, principalmente na leitura precoce de 48 horas.

Da pele de um animal sadio (*Dasyus novemcinctus*) capturado em Juiz de Fora, MG, cuja necropsia revelara ausência de hanseníase, foi preparado um

antígeno com técnica igual A utilizada na preparação do Mitsuda bruto. Este antígeno animal, sem bacilos, foi testado em indivíduos sadios, não portadores de hanseníase. A leitura clínica e histológica As 48 horas revelou positividade numa pequena porcentagem dos testes, cerca de 5%. Demonstrou-se, assim, haver uma hipersensibilidade humana do tipo celular a antígenos do tatu (*Dasypus novemcinctus*) capaz de interferir na leitura da reação de Mitsuda.

A "DEPRESSÃO DA IMUNIDADE CELULAR" NA HANSENIASE NÃO CORRESPONDE A "MARGEM ANÉRGICA" — A. Rotberg — Baseado nos resultados de testes de Mitsuda e outros, observados de 1933 a 1937, em São Paulo, o autor propôs (1937-1939) a hipótese de que *uma fracção* da população sã seria *constitucionalmente* incapaz de reagir A micobactéria de Hansen e que essa então designada "Margem Anérgica" seria a massa donde surgiriam os futuros doentes bacilíferos, na dependência de fatores supervenientes "acessórios". A hipótese contraditava a de Mitsuda, que explicava a Mitsuda-negatividade dos doentes virchovianos por "exaustão da reatividade depois de longa luta contra o bacilo".

A "Margem Anérgica" (oposta ao "Fator-N" de resistência) foi a princi-

pio criticada, depois francamente aceita, embora, ultimamente, sob novas designações: "Incapacidade Inerente de Reagir ao Mitsuda", "Inaptidão Constitucional", "Incapacidade Herdada de Alergização", "Defeito da Imunidade Celular", "Ausência de Resposta Imunológica", "Deficiência Imunológica", "Imunidade Potencial Insuficiente", "Tolerância Imunológica", "Incapacidade para Reconhecer o Bacilo", "Incapacidade de Desintegrar o Bacilo de Hansen", "Incapacidade de Formar Granulomas", "Defeito Imunológico", "Defeito Macroffigico", "Defeito Lepromatoso" e outras.

O termo "depressão da imunidade celular", porem, não corresponde "Margem Anérgica": a) a "depressão *específica* para o bacilo de Hansen" se assemelha A "exaustão", criticada e abandonada em 1937-1939 e jamais provada com segurança; b) a "depressão *geral* da imunidade celular", revelada por hipo-reatividade ao dinitroclorobenzeno, candidina e outros avaliadores da resposta tardia, parece existir na hanseníase virchoviana, embora os dados sejam ainda conflitantes. Poderia ser atribuída, talvez, A "conseqüência" do processo hansênico. Não chegou a ser estudada na "Margem Anérgica" e não há prova de que exista tal "depressão" na população sã, Mitsuda-negativa.

### Comunicações livres. Epidemiologia e Profilaxia

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA EPIDEMIOLOGIA DA. HANSENIASE INDIFERENCIADA (Análise de 4.391 casos) — W. Belda — Em 4.391 casos de hanseníase indiferenciada - 26,56% do total de pacientes matriculados no Estado de São Paulo, no decênio 1965-1974 — o autor analisa as características epidemiológicas em termos de fontes de obtenção de doentes, grupo etário, sexo, estado civil,

grau de escolaridade, tipo de residência, tempo provável de doença e idade no início da moléstia. Os dados apresentados enfatizam a importância do Grupo inicial da hanseníase, a maior suscetibilidade nas idades entre 20 e 59 anos e a predominância do problema após os 60 anos sobre os grupos compreendidos entre 0-9 anos.

(Prêmio "Nelson Sousa Campos")

**CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL DA HANSENIASE PARA USO EM PROGRAMAS DE CONTROLE** — C. D. V. Bernardi; J. Ferreira; G. de S. Del Pino; A. C. Gerbase; R. L. Gervini; M. da G. Busko — As várias classificações da hanseníase usadas correntemente são revisadas, analisando-se as dificuldades de sua aplicação em trabalho de campo. Embora reconhecendo o valor científico dessas classificações no sentido de identificar com precisão os aspectos clínicos, bacteriológicos, histopatológicos e imunológicos da moléstia, uma classificação alternativa simplificada é sugerida para ser usada em programas de controle. Nesta classificação, formas clínicas que demandam as mesmas ações de saúde pública são aglutinadas num único grupo. Deste modo, as formas clínicas são reduzidas a três grupos básicos. Os critérios clínicos e laboratoriais que definem cada grupo são apresentados, bem como as correlações entre esta classificação simplificada e as clássicas.

**EMPREGO DA TÁBUA DE VIDA PARA ELIMINAR DO REGISTRO ATIVO DOENTES DE HANSENIASE EM PARADEIRO IGNORADO** — J. Ferreira; C. D. V. Bernardi; A. C. Gerbase; L. F. B. Miller; N. A. Chasot; I. C. P. Kuhl — Demonstra-se como pode ser calculada, através da tábua de vida da população de uma Area, a probabilidade do óbito de pacientes de hanseníase em paradeiro ignorado, eliminando-ots do registro ativo e conseqüentemente- dos cálculos de prevalência, por meio de um critério não arbitrário.

**CONTROLE DA HANSENIASE NA REGIÃO DE UBERLÂNDIA** — MINAS GERAIS — F. A. de Andrade Goulart; J. V. Mineiro; M. Crosara; W. S. da Mata Ribeiro — São apresentados dados referentes ao controle de Hansenianos e seus contatos na Unidade Sanitária de Uberlândia — MG.

Tais dados mostram em resumo que: 1) A prevalência para o município é de aproximadamente 4:1.000; 2) A incidência para o ano de 1977 foi de 5,2:10.000, para o município; 3) O índice de controle girou em torno de 80% (85,5% para as formas V e D) 4) A percentagem de formas V e D registradas em 1977 foi de 45%; 5) Vem ocorrendo redução progressiva da relação V ± D/I nos fichamentos, quando comparados os últimos qüinqüênios; 6) A evasão de pacientes foi inferior a 1% no último ano; 7) A percentagem de altas por cura em 1977 foi de 7,6%; 8) Aproximadamente 2/3 dos contactos das formas V e D foram controlados no último ano.

Concluem que o controle da endemia é exeqüível a curto prazo e pode ser obtido principalmente através de educação sanitária com objetivos dirigidos (treinamento de pessoal médico e paramédico), atendimento direto, personalizado e efetivo de pacientes, e busca sistemática de doentes omissos ou de alguma forma sem controle. O pessoal paramédico exerce papel preponderante nas atividades de controle.

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENIASE NA REGIÃO DO VALE DO PARAÍBA**, São Paulo — R. C. Nobrega, M. Mascani, A. C. T. Câmara — A Regional do Vale do Paraíba apresenta alta prevalência (cerca de 2%) e incidência (0,14%) das mais elevadas do Estado nos últimos anos. E analisada a situação atual de todos os doentes registrados no período de 1929 até 1976. O registro de casos de hanseníase neste período atingiu a 5.162 doentes representando 6,44% dos 80.170 casos observados no Estado de São Paulo. Atenção especial e pormenorizada foi dispensada ao D. S. de Taubaté, focalizando a situação de cada município no que diz respeito a doentes e comunicantes. Neste particular destaca-se, de modo especial,

o encontro de número significativo (74,19%) de doentes de forma indeterminada entre os comunicantes.

(Publicado na Integra em Hansenologia Internationalis 3(1), 1978)

**OBSERVAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE HANSENÍASE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO — A. R. Figueiredo; L. Sudo** — Os autores realizam levantamento dos casos de hansenfase (139 doentes) em Hospital Universitário da cidade do Rio de Janeiro durante o período de janeiro de 1975 a março de 1978. São discutidos os dados apresentados dando-se ênfase aos aspectos epidemiológicos peculiares A. Area metropolitana. Destacam os autores o aumento considerável da incidência da hansenfase neste Hospital e sua importância como centro de triagem na Area metropolitana do Rio de Janeiro, recomendando melhor preparo técnico e material para o combate endemia.

(Publicado na integra em Hansenologia Internationalis, 3(2):194-202, 1978)

**APRECIÇÃO GERAL DA ANALOGIA EPIDEMIOLÓGICA DAS MICOBACTERIOSES DE KOCH E DE HANSEN — J. Aguiar Pupo** — A receptividade da infância e adolescência, registrada no ambiente familiar dos focos poli-infectantes, constitui o ponto vulnerável da luta contra ambas endemias ; pela imunização preventiva e tratamento dos casos precoces, diminui-se e estanca-se a infectuosidade do doente foco, com os recursos atuais da vacina de Calmette — Guerin e da quimioterapia específica pelas medicações antimicrobianas biostfíticas, de acordo como os esquemas de tratamento misto estabelecidos pela prática para uma e outra das infecções

Dentro da moderna estrutura sanitária de controle da saúde da comunidade pelos "Centros de Saúde" de ação dispensarial integralizada por equipes de

médicos sanitaristas, visitadoras e técnicos de laboratório, impões-se paralelamente a formação de *Unidades Móveis* de atuação em meio familiar, para vigilância sanitária periódica de contatos e doentes contagiantes, segundo os preceitos da Medicina Preventiva, harmonizando-se com os "Médicos de Família", obedecendo-se ao critério formulado pelos hansenólogos e tisiólogos.

(Publicado na integra em Hansenologia Internationalis 4(2), 1979)

**O USO DO BCG ORAL NA VIRAGEM DA LEPROMINO REAÇÃO EM ESCOLARES DE 7 A 14 ANOS NO MUNICÍPIO DE PARINTINS, AMAZONAS — G. M. Nascimento; I. K. F. de M. Santos; E. A. Freitas Neto** — Foram sorteados de acordo com a tabela de números aleatórios e submetidos ao teste de Mitsuda 625 escolares de 7 a 14 anos do município de Parintins, Amazonas. Os escolares que apresentaram o teste negativo foram divididos em grupos controle e grupo teste. O grupo teste recebeu três doses de 200 mg cada de BCG oral com um mês de intervalo entre cada dose. Após dois meses da última dose foi realizado um segundo teste de Mitsuda.

**MANIFESTAÇÕES DE HANSENÍASE EM UMA FAMÍLIA — M. L. Wan-del-Rey de Oliveira; M. E. N. Gallo** — Apresentam-se quatro casos de hanseníase em uma família composta por 5 membros, sendo 1 de forma Virchoviana, 2 de forma Tuberculbide e 1 de forma Indeterminada da doença. Tecem considerações acerca do tempo de aparecimento das manifestações dermatológicas da doença, acerca da semelhança observada nas lesões de 3 dos casos e chamam a atenção para a importância do exame dos contatos nos casos bacilíferos como medida importante no controle da doença, desde ha muito conhecido, mas muitas vezes relegada a plano secundário ou até esquecida, na rotina do tratamento ambulatorial.

### Comunicações livres. Hanseníase animal

MANUTENÇÃO DE TATUS EM CATIVEIRO E TENTATIVAS DE INOCULAÇÃO DO *MYCOBACTERIUM LEPRAE* — D. V. A. *Opromolla*; O. S. *Arruda*; M. S. P. *Arruda*; J. C. A. *Pernambuco*; I. *Bastazini*; R. N. *Fleury*; C. J. S. *Tonello* e M. M. *Tolentino* — De aproximadamente 17 gêneros de tatus existentes no Brasil, estamos trabalhando com três: *Dasypus novemcinctus*, *Euphractus sexcinctus* e *Cabassous* sp, a maioria capturada nas imediações do Hospital "Lauro de Souza Lima". Todo animal é catalogado em ficha própria. São feitos exames laboratoriais, como hemograma, exame de fezes e hemossedimentação. Os que morrem são necropsiados e fragmentos dos órgãos, são incluídos em parafina e corados para a verificação da "causa mortis" e procura de micobactérias para se pesquisar uma possível infecção natural pelo *M. leprae* ou outra micobacteriose. Até o momento, já tivemos 56 animais em cativeiro sendo que nenhum dos tatus que morreram demonstrou sinais de infecção pelo *Mycobacterium leprae*.

Até agora foram inoculados 15 animais com suspensões de *M. leprae* preparadas a partir de Hansenomas de pacientes Virchowianos não tratados. O material é inoculado pelas vias subcutânea, intravenosa, etc., tendo-se o

cuidado de imobilizar o animal em um suporte especialmente idealizado para esse fim. Cinco animais inoculados morreram em períodos que variaram de 3 a 14 meses após a inoculação e em nenhum deles foi observado sinal de micobacteriose. Um dos animais, que morreu aos 9 meses após a inoculação, apresentou na semana que precedeu a morte um quadro "gripal" com decaimento do estado geral e abundante secreção nasal fluida, a qual revelou quando corada 2 bacilos ácido resistentes que não conseguimos cultivar. Após a morte foram feitos esfregaços de todos os órgãos e corados pelo método de Ziehl Neelsen não revelaram bacilos álcool ácido resistentes.

(Prêmio "Souza Araújo")

AUSÊNCIA DE HANSENÍASE NO TATU EM ESTADO NATURAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS — C. A. C. *Pereira* — Na América do Sul, Munoz-Rivas (Colômbia), entre 63 animais capturados, e Innami (Paraguai), em 30 animais examinados, não observaram a hanseníase em estado natural. Em Juiz de Fora, MG (Brasil) capturamos e necropsiamos 6 tatus de nove faixas e não encontramos infecção pelo *M. leprae*, devendo prosseguir a nossa procura em número maior de tatus.

### Comunicações livres. Aspectos psicossociais

CONSIDERACIONES SOCIO-ECONOMICAS Y HANSENIASIS — Comparación durante 30 anos entre la consulta privada y un dispensario especializado — E. E. *Tetlo* — Se estudian socio-económicamente a los pacientes hansenianos que durante 30 anos concurrieron a la consulta privada y a un dispensario especializado de la Ciudad de Cordoba en la República Argentina. Las dos muestras de las poblaciones no son superponibles de acuerdo al nivel

socio-económico, el que se obtuvo de una manera traslativa temendo en cuenta las profesiones. En la consulta privada predominan la "clase media", la "clase media alta" a "dase rica"; en el dispensario la "clase pobre". Los dos núcleos disímiles socio-económicamente enferman de hanseniasis virchowiana, tuberculoide y diforma en cifras porcentuales aproximadamente similares, gero la hanseniasis incarakterística se diagnosticó en el 19,48% en la consulta

privada mientras que sólo se hizo en el 9,06% en la consulta dispensarial, predominio que puede ser debido a la mayor cultura o educación o información de los concurrentes a la consulta privada.

(Publicado na integra em  
Hansenologia Internationalis  
3(2), 1978)

LEPRA ES UN TERMINO PORTADOR DE PREJUICIOS — *M. de Mangiaterra* — El estudio se enfoca siguiendo la metodología de las Ciencias Sociales: 1. Planteo del problema — 2. Hipótesis — 3. Teoría explicativa y verificación de la hipótesis.

1. *Planteo del problema*: En base a hechos reales se ilustra el uso no clínico de la palabra dentro de la cultura, la personalidad y la sociedad. — 2. *Hipótesis*: Lepra es un término portador de prejuicios. 3. *Teoría explicativa y verificación de la hipótesis*: Se comprueba la hipótesis mediante un análisis causal a seis niveles válidos: a) Objeto estímulo; b) Nivel fenomenológico; c) Estructura y dinámica de la personalidad; d) Nivel situacional ; e) Socio-cultural; f) Histórico.

Cada uno de estos enfoques es tratado separada e interdependientemente. Comprobada la hipótesis surge como corolario la necesaria inclusión del concepto "terapia semifintica" en toda política pedagógica antihanseniana, mediante la eliminación de la palabra "lepra", lo cual haría más eficaz la información sanitaria y favorecerá la integración del enfermo a su medio social.

O PRO-REHAB E A INTEGRAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DO HANSENIANO — *T. F. Frist* — O PRO-REHAB (Projeto Para a Reabilitação do Hanseniano em Bauru), 6 um Projeto Piloto cuja finalidade principal é a Integração do Hanseniano como um membro a il da sociedade. O Programa do PRO-REHAB é baseado nos seguin-

tes princípios: 1. O paciente em tratamento regular não deveria ser separado da sua família, de seu emprego ou da sua comunidade por causa de "riscos de contágio"; 2. A integração do Hanseniano depende da disponibilidade de soluções adequadas para seus problemas médicos e sócio-econômicos na sua comunidade ; 3. O estigma da "lepra" é nutrido pela baixa qualidade e a segregação de serviços para o Hanseniano.

O PRO-REHAB representa esforços coordenados de organizações governamentais e particulares para criar em uma Região Piloto (Baum-Sao Paulo), soluções adequadas e integradas para os problemas do Hanseniano. O trabalho relata algumas das medidas que foram tomadas nos últimos dois anos, neste sentido, com destaque aos papéis do Hospital Lauro de Souza Lima e da Sociedade Para a Reabilitação e Reintegração do Incapacitado (SORRI).

Apesar do fato de que o PRO-REHAB ainda esteja em fase inicial de implantação, as seguintes observações podem ser feitas : 1. A aceitação do público em geral do programa integrado da SORRI tem sido muito boa. 2. A reabilitação profissional do Hanseniano é dificultada principalmente pelos seguintes fatores: a) O paternalismo de alguns sistemas institucionais que promovem a dependência em vez da reabilitação do hanseniano; b) O mercado de trabalho muito limitado para pessoas com pouca habilidade profissional e o fato de que a maioria dos Hansenianos está nesta categoria; c) Salários mínimos inadequados em comparação com o custo de vida ; d) A falta de legislação e programas adequados para promover a reabilitação do incapacitado em geral.

TRANSFORMAÇÃO DOS PROBLEMAS SOCIAIS DA HANSENIANO NO ESTADO DO PARA — *G. Appel* — Novas estradas como Belém-Brasília, Transamazônica e muitas outras, comu-

nicações (rádio, tv, telefone), unidades de Saúde Pública no interior, treinamento dos médicos e paramédicos na busca ativa, tratamento, controle e prevenção das deformidades da hanseníase : o mundo hanseniano se modificou completamente. Antigamente, ignorância, preconceito da doença por parte do paciente e da sociedade. A solução para muitos era a fuga. Agora a antiga "lepra" se transformou: é doença da pele, tratada em casa como outras, reduzindo-se os complexos problemas psico-sociais de desemprego, escolas fechadas aos minipacientes, rejeição pelas próprias famílias e outros. O tratamento ambulatorial abriu para os pacientes um mundo novo.

O RELACIONAMENTO MÉDICO-PACIENTE EM HANSENÍASE. A. *Petrarca de Mesquita*. A IMAGEM DA HANSENÍASE. A. *Petrarca de Mesquita*. EDUCAÇÃO SANITÁRIA DE HANSENIANOS E COMUNICANTES; A. *Petrarca de Mesquita*. A INTEGRAÇÃO DO HANSENOLOGISTA. A. *Petrarca de Mesquita*. — Embora ainda utilizados em campanhas de angariação de donativos, os aspectos graves da hanseníase são menos comuns, graças ao diagnóstico e tratamento precoces. Esta nova imagem da hanseníase deve ser propagada pela educação sanitária, dirigida especialmente para doentes e comunicantes. A integração deve referir-se não só hanseníase, mas também aos "leprologos", que se viram "segregados" da medicina, devido ao pejorativo "lepra". O bom relacionamento com o paciente depende de que seu médico seja também um psicólogo permanente, desde o diagnóstico da doença.

(Publicado na Integra em Hansenologia Internationalis 4(1): 76-82, 1979)

UMA BÍBLIA NÃO ESTIGMATIZANTE — A. *Rotberg* — O "tsar&ath" das Escrituras hebráicas, traduzido para "lepra" na Bíblia grega, não se referia à hanseníase e sim a uma variedade de lesões da pele e do couro cabeludo, bem como de manchas no vestuário, couro, nas paredes e pedras, as quais determinavam "imundície" e degradação, proclamadas pelo sacerdote e seguidas de "expulsão" da comunidade.

O nome e a degradação se estenderam depois a "elefantíase" dos gregos (hanseníase), enquanto que as verdadeiras "lepras bíblicas" se foram libertando do estigma, graças, em grande parte, a seus novos nomes : vitiligo, psoríase, tinea etc. Em consequência dessa confusão histórica, a "lepra" ficou sendo a única "doença bíblica" a sofrer dessa conotação pejorativa milenar — conotação essa que é levada, diariamente, por textos religiosos e legiões de pregadores e missionários, não são aos que entendem as línguas anglo-latinas, mas também aos que usam as centenas de idiomas para os quais a Bíblia greco-romana foi traduzida. Exemplo recente é o da Papua Nova Guiné, em que o nome local da moléstia produzida pela mico-bactéria de Hansen se tornou "imundo", por influências bíblicas e ocidentais, estigmatizando e ostracizando antes não discriminados e prejudicando seriamente exames e tratamento.

Contribuindo para a solução desse grave problema médico-social edições recentes da Bíblia, quer protestante, quer católica, estão eliminando o termo "lepra" e substituindo-o por "doença da pele", "mofa", "infecção fúngica" outros.

(Publicado na Integra em Hansenologia Internationalis 3(1): 76-82, 1978)