



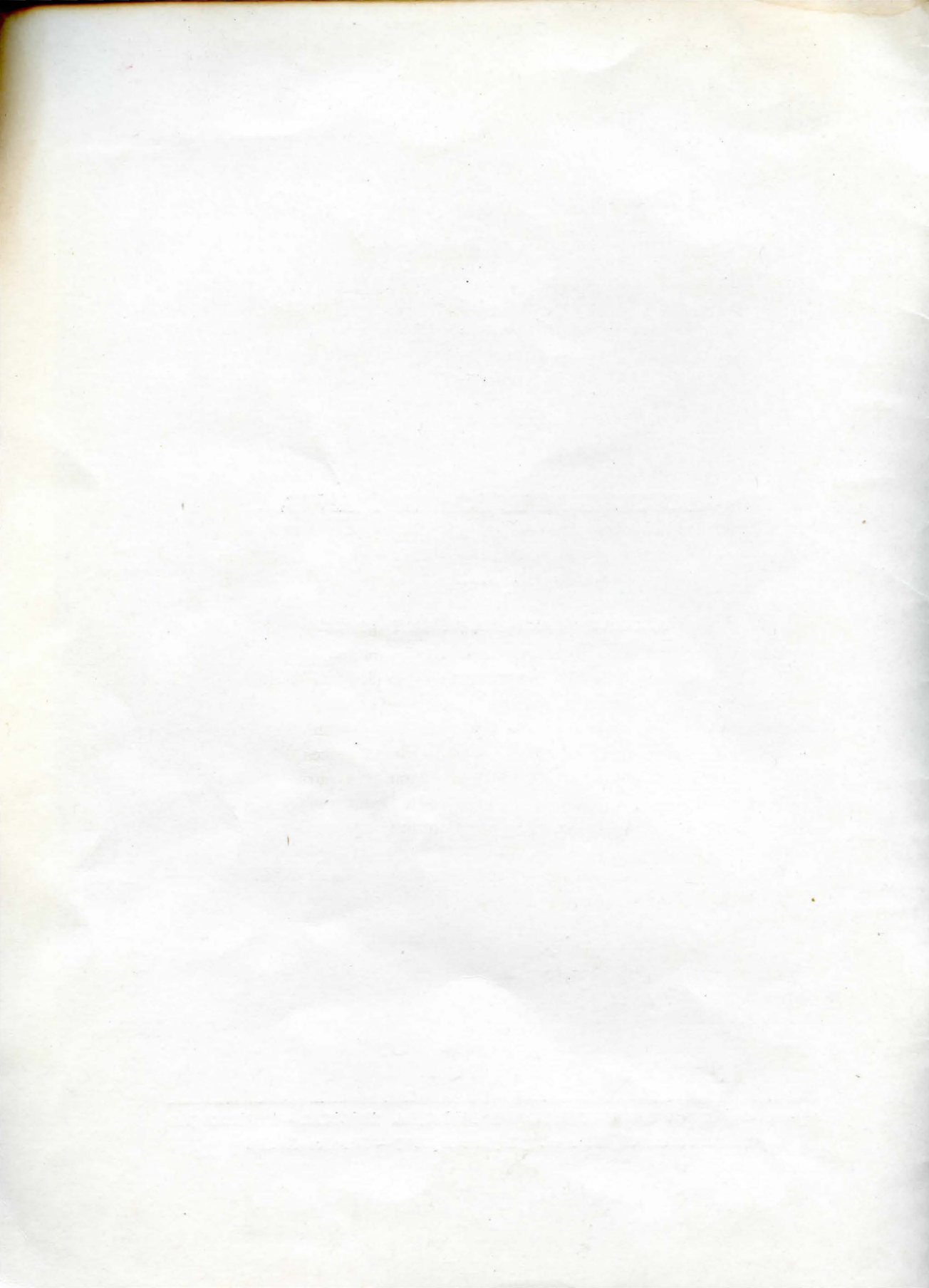
ACTUALIDADES SOBRE A LEPRO

A. SALAZAR LEITE e F. DA CRUZ SOBRAL

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
E DE MEDICINA TROPICAL
DE LISBOA

BIBLIOTECA

Separata dos ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL — INFORMAÇÃO
BIBLIOGRÁFICA, Volume XI, Suplemento N.º 3 — Setembro de 1954



ACTUALIDADES SOBRE A LEPROSA

A. SALAZAR LEITE e F. DA CRUZ SOBRAL

O progresso científico que tem caracterizado as últimas décadas encontra-se perfeitamente marcado na evolução do conceito da Leprosia, que deixou de ser o paradigma da doença incurável e repulsiva para se transformar numa das afecções cuja evolução natural para a cura é um exemplo.

Para se efectuar esta profunda mutação houve, evidentemente, alterações importantes em muitos dos conhecimentos básicos da doença. São justamente essas modificações, cuja descrição se encontra espalhada pela literatura médica e pelos relatórios dos últimos Congressos Internacionais, que nós pensamos ser conveniente reunir, de forma a facilitar a sua consulta a quem de tal necessite por se encontrar afastado dos grandes centros e sem o recurso de uma vasta bibliografia ou, ainda, a quem deseje rapidamente, e sem aprofundar os problemas, abranger o panorama actual da situação desta moléstia.

Vamos pois, o mais resumidamente possível, focar os pontos que sofreram a influência das recentes descobertas.

EPIDEMIOLOGIA — ETIOPATOGENIA

Mantendo-se a impossibilidade cultural do *Mycobacterium leprae* e não se tendo encontrado ainda o animal de laboratório que lhe seja susceptível, persistem muitas das incógnitas respeitantes à infecção leprosa. Contudo o incremento de organizações especiali-

zadas destinadas ao tratamento, observação e estudo não só dos leprosos como dos seus conviventes — leprosas, preventórios, dispensários — permitiu concluir-se que a Lepra é, felizmente, uma das afecções menos contagiosas principalmente em relação ao adulto e que a maior parte dos doentes não oferece qualquer perigo para a comunidade, sendo desnecessário o sequestro que até há pouco era de rigor.

A prática do tratamento dos doentes de Lepra em regime ambulatório (dispensário) ganha cada vez mais adeptos, sobretudo pela eficácia das modernas terapêuticas, como bem se evidencia ao apreciarmos o que se passa no Brasil onde muitas das Leprosarias deixaram já de ser organizações de isolamento. Como estamos longe da afirmação de Azua que em 1916 declara «nunca vi um leproso curar»!

Tendo-se verificado que a imunidade entre o *M. leprae* aumenta com o decorrer dos anos, admite-se que a quase totalidade das infecções se efectua nos primeiros anos de vida, sendo a via cutânea aquela para a qual a maioria dos leprólogos se inclina, provavelmente a favor das soluções de continuidade tão frequentes na infância, mas a via mucosa, principalmente nasal, é também de admitir. No adulto o contágio parece ser muito difícil e a imunidade é de tal ordem nalguns indivíduos que nem mesmo inoculações maciças de bacilos conseguem vencer a resistência do organismo, como ainda recentemente se comprovou pelo caso de um enfermeiro de Fontilles (Espanha) que, no decurso de um ano, se inoculou repetida e voluntariamente com material infectante vário (lepromas, sangue de doentes em estado reaccional, muco nasal de lepromatosos) e por diversas vias (cutânea, mucosa e sanguínea) sem conseguir o seu intento de contrair a doença.

Na imunidade adquirida a tuberculose desempenha um papel de relevo e ao aparecimento de reacção positiva à tuberculina corresponde igualmente uma posição da Mitsuda. Como a vacinação pelo BCG provoca igualmente uma viragem da lepromino-reacção de negativa para positiva isso levou ao emprego em larga escala da calmetização nas zonas de endemia leprosa, parece que com apreciáveis resultados profiláticos.

Sendo a Lepra uma das doenças em que o organismo mais afincadamente luta para a sua eliminação e em que a vitória lhe

pertence na maioria dos casos, é evidente que todas as condições que sejam capazes de diminuir a capacidade de resistência orgânica favorecem a incidência do morbus; desta forma se explica que as maiores endemias se encontrem nas zonas tropicais e subtropicais com populações subalimentadas e sujeitas a numerosas outras afecções infecciosas ou parasitárias. Da mesma forma se explica anualmente a epidemia mundial da idade média.

Os primeiros sinais da Lepra são, em regra, lesões cutâneas do tipo maculoso ou maculoanestésico, como a experiência dos Preventórios o veio demonstrar, muitas vezes de extensão mínima, passando facilmente despercebidas ao seu portador ou a uma observação superficial e podendo manter-se estacionárias durante longos períodos ou mesmo regressar parcial ou totalmente. Segundo Arguello Pitt em 80 % dos casos iniciais há já perturbações da sensibilidade nas lesões maculosas mas somente 20 % tem baciloscopia positiva. O exame anatomopatológico pode revelar já o tipo para o qual a doença tenderá a evoluir.

O tempo de inoculação, variável, parece ser de aproximadamente um ano como se verifica pelo exame sistemático dos conviventes.

CLÍNICA — CLASSIFICAÇÃO

Tratando-se de uma doença individualizada há tantos séculos é lógico que não tenha havido modificações importantes nos nossos conhecimentos sobre a sintomatologia mais evidente mas apenas uma melhor ordenação dos sinais clínicos e da sua razão de ser o que nos permite uma sistematização mais perfeita e uma mais justa avaliação das possibilidades evolutivas que determinado doente apresenta, quando analisamos os seus sinais de momento.

É justamente fundamentando-se no aspecto clínico que actualmente se efectua a classificação de um caso de Lepra e os exames imunológico (lepromino-reacção) e histopatológico apenas servem para completar aquele. Como se compreende isto é de uma enorme vantagem para o médico leprólogo que trabalha afastado dos grandes centros, o que é de regra nos vastos territórios africanos e asiáticos onde a doença está tão difundida.

A classificação agora adoptada é a do Congresso de Madrid (1953) que admite dois tipos — *Lepromatoso* e *Tuberculóide* — e dois grupos — *Indeterminado* e *Dimorfo* (Borderline). Os tipos correspondem às formas polares de Rabelo e compreendem os casos bem caracterizados clínica e biologicamente e com marcada estabilidade evolutiva. Em cada uma destas divisões a localização do processo, morfologia das lesões, evolução da doença, etc. permitem o estabelecimento de variedades.

De acordo com as decisões do referido Congresso a classificação base é a seguinte:

Tipo lepromatoso — L — forma maligna, estável, de lesões cutâneas infiltradas, com invasão mais ou menos simétrica dos troncos nervosos, lepromino-reacção negativa e baciloscopia positiva e histopatologia característica com células leprosas.

Compreende as variedades *macular*, *difusa*, *infiltrada*, *nodular* e *nevítica pura* sendo discutível a existência da primeira e da última variedades, pelo menos na sua forma pura.

Tipo tuberculóide — T — habitualmente benigna, relativamente estável, com baciloscopia excepcionalmente positiva e lepromino-reacção normalmente positiva, evidencia lesões cutâneas com pequena infiltração, geralmente eritematosa de contornos nítidos e por vezes com participação dos troncos nervosos.

Variedades — *maior*, *menor*, *macular* e *nevítica pura* conforme a extensão do processo e o valor do componente infiltrativo.

Grupo indeterminado — I — inclui quase que exclusivamente as formas maculares simples, formas benignas, com baciloscopia em geral negativa, lepromino-positivas ou negativas, com lesões cutâneas eritematosas ou hipocrômicas podendo ou não evoluir para os tipos lepromatoso ou tuberculóide.

Variedades — *macular* e *nevítica pura*.

Grupo dimorfo (borderline) — D ou B — formas muito instáveis, malignas, com baciloscopia em regra positiva e lepromino-reacção negativa; lesões cutâneas variáveis mas geralmente do tipo lepromatoso mas sem distribuição simétrica, ou tuberculóides mas

com maior infiltração e bordos em declive, de cor violácea ou acastanhada, superfície lisa e aspecto brilhante, succulento.

Variedades — *infiltrada*, *macular* (?) e *nevritica* (?)

Qualquer das formas de Lepra apresenta no decurso da sua evolução, e com maior ou menor frequência, episódios de reacção ou reactivação de há muito descritos com o nome de *reacção leprótica* ou *leprosa* e que neste VI Congresso foram classificados em:

Lepra lepromatosa reaccional — manifestando-se sob o aspecto de:

a) *reacção leprosa* — em que há um agravamento súbito das lesões cutâneas preexistentes e aparecimento de outras novas, acompanhando um surto febril;

b) *eritema nodoso leprótico* — de prognóstico mais favorável e caracterizado por uma erupção de nodosidade subcutânea eritematosa e dolorosa, com marcada alteração pirética.

Lepra tuberculóide reaccional — sem haver alteração febril, ou do estado geral, verifica-se um agravamento súbito pela aparição de novos elementos e maior infiltração dos já existentes que revestem um aspecto succulento, ou erupção de nódulos subcutâneos de origem hematogénea; nos troncos nervosos interessados no processo pode haver formação de abscessos.

Reacção dos casos dimorfos — caracteriza-se pelo intenso edema e descamação das lesões que podem ulcerar-se profundamente; os troncos nervosos tornam-se muito dolorosos e ocasionam intensas alterações funcionais; os bacilos abundam no muco nasal e nas lesões reaccionais.

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Esquecidas as indicações da lenda e da história orientais a lepra foi considerada até muito recentemente como uma doença que conduzia irremediavelmente a um desenlace fatal num prazo mais ou menos longo consoante a sua variedade e a resistência individual e ainda em 1944 Fontana escreve «a terminação da Lepra é sempre fatal 5»...

Contudo já em 1906, no Congresso de Medicina de Lisboa, se havia mencionado a possibilidade de cura da Lepra, até por involução espontânea. Mas é só a partir da década passada que se admite universalmente que a doença tem, na maioria dos casos, um curso benigno, que a tendência natural para a cura é um facto corrente e que, na quase totalidade dos desenlaces fatais, a morte reconhece por causa outra afecção que não a Lepra.

Como já referimos o curso da doença, caracteristicamente do tipo crónico com surtos reaccionais, está na dependência directa do estado immuno-alérgico individual sendo influenciado não só por factores constitucionais e hereditários (aos quais se pode atribuir o tipo de infecção) como também por factores ocasionais e extrínsecos como o clima, a alimentação, etc.

No prognóstico deve pois entrar em linha de conta:

o tipo de infecção, sabendo-se a malignidade das formas lepromatosa e dimorfa:

a capacidade reaccional individual, evidenciada pela leprominoreacção e condicionada pelo estado geral;

a tolerância e grau de resposta à medicação apropriada.

De uma forma geral pode dizer-se que actualmente a Lepra não deve ser considerada uma moléstia de prognóstico sombrio visto que as modernas terapêuticas conseguem curar uma elevada percentagem de doentes e impedir, quando oportunamente applicadas, as mutilações e defeitos que constituam o maior flagelo físico e moral para o doente de Lepra.

TERAPÊUTICA

É neste capítulo que mais evidentes têm sido os progressos dos nossos conhecimentos e, em grande parte, essa é a causa de o problema da endemia leprosa ter sofrido uma transformação radical.

Doença de evolução crónica e com particular afinidade para o sistema retículo endotelial as terapêuticas de que dispomos caracterizam-se pela lentidão da sua acção, não só pela dificuldade de penetração até aos pontos onde o *M. leprae* se acantona como também pela impossibilidade de administrar doses altas de produtos

que são igualmente tóxicos para a célula do organismo parasitado. Por estas razões a atitude curativa perante um doente de Leprosia reveste um aspecto complexo dependendo de factores múltiplos para ser levada a bom termo.

Esquemáticamente podemos neste capítulo focar os seguintes aspectos:

Tratamento higiênico-dietético.

- » específico local e geral.
- » das complicações.
- » de outras afecções que possam interferir no estado geral do doente.

I — TRATAMENTO HIGIÊNICO-DIETÉTICO

Desnecessário se torna frisar a importância dos cuidados gerais num doente cuja afecção se vai quase seguramente prolongar durante anos e em virtude da qual é muitas vezes conveniente proceder a um isolamento mais ou menos prolongado.

A observação dos leprologos brasileiros e norte-americanos confirmou a ideia da importância da alimentação, tendo-se verificado que a doença incide particularmente nos alcoólicos e nos indivíduos sub-alimentados; por outro lado é do conhecimento geral que as vitaminas (principalmente A, C e complexo B) são elementos que favorecem o metabolismo cutâneo e nervoso e por isso se tornam imprescindíveis numa cura bem conduzida. Sob o ponto de vista climático os autores são concordes na vantagem de um clima seco, temperado e de meia altitude.

Os cuidados higiênicos gerais, muito particularmente a balneoterapia, são também imprescindíveis para manter o indivíduo em condições óptimas de resistência exterior e, simultaneamente, têm um efeito psicológico que não é de desprezar, mostrando ao doente a atenção que ele merece e proporcionando-lhe mais uma oportunidade de cuidar da sua pessoa.

Ainda dentro desta orientação é da máxima conveniência procurar ocupá-lo num trabalho compatível com o seu estado e habilitações, inculcando-lhe desde o primeiro momento a ideia que nunca

será inútil e que de forma alguma a sua moléstia o vai impedir de ocupar na sociedade o lugar a que todo o individuo tem direito.

Assim se consegue, em regra, obter da parte do doente a desejável colaboração física e psíquica necessária para levar a bom termo a tarefa em que nos empenhamos, desde que nunca se esqueça de adaptar estes princípios gerais ao grau de civilização do sector populacional em causa.

II — TRATAMENTO ESPECÍFICO

A impossibilidade do estudo laboratorial do agente fez com que todos os medicamentos tenham sido ensaiados no combate à Lepra e alguns deles com resultados prejudiciais. Desde que se verificou a analogia entre o *M. leprae* e o *b. de Koch* aproveitou-se esse facto para ensaiar no Hansen as drogas que se mostram activas contra a tuberculose.

Actualmente tem-se lançado também mão do conhecimento da composição das substâncias eficientes para se procurar outras comportando os mesmos radicais activos e que sejam menos tóxicas.

Foi principalmente o emprego dos derivados sulfamidicos e de outros antibióticos que conseguiu modificar o tétrico quadro da Lepra, muito principalmente pela rapidez com que se obtém o desaparecimento dos bacilos no muco nasal e nas lesões abertas levando à redução do tempo de isolamento dos casos infectantes e permitindo o tratamento ambulatorio da maioria dos doentes.

Ainda que já conhecida em 1908 a diaminodifenilsulfona (D.D.S.) (Whitmann) e já verificada a sua acção na tuberculose experimental do cobaio só em 1941 é que no Dispensário de Carville (Tilliston e Faget) se efectuem os primeiros ensaios clínicos com um seu derivado, a promina, que demonstrara uma baixa toxicidade nas provas laboratoriais. Iniciou-se então uma nova era na história da secular afecção! Sem desejarmos expandir-nos no estudo das sulfonas, por isso exceder o nosso objectivo de momento, recordemos contudo que a eficácia dos vários compostos utilizados está em relação com a libertação de diaminodifenilsulfona e que, em geral, 70 % das sulfonas derivadas se eliminam sob aquela forma, mais ou menos rapidamente, sendo a parte restante, retida no organismo durante um tempo variável com a droga, mas acabando por se

eliminar, lenta e igualmente sob a forma de D. D. S. Teòricamente todos os compostos sulfônicos são igualmente activos, desde que se atinja a necessária concentração celular. Foram estas algumas das principais razões que levaram a preferir-se o emprego da sulfona-mãe (D. D. S.) por ser possível controlar mais seguramente a dose absorvida e, por outro lado, permitir o manejo de doses muito pequenas e mais económicas.

Todos os casos de Lepra beneficiam da terapêutica sulfônica, sendo muitas vezes espectacular o resultado que se consegue nas formas lepromatosas.

Resumidamente os resultados obtidos são:

diminuição e desaparecimento dos bacilos,
viragem da reacção de Mitsuda,
melhoria do estado geral,

apagamento das lesões e sua cicatrização, sendo, em regra, mais precoce o desaparecimento das localizações mucosas.

Infelizmente a toxicidade destes produtos é bastante alta estando citados numerosos casos de intolerância que obrigam a suspender o seu emprego, ou pelo menos a modificá-lo profundamente.

Podemos agrupar os fenómenos tóxicos em:

- sinais tóxicos particulares das sulfamidas, nos quais se destacam as anemias hipocrômicas, que surgem em 40 % dos doentes mas em regra regressam espontaneamente, dermatites medicamentosas (predominando as reacções do tipo eritema), metahemoglobinemia, lesões renais com frequente albuminúria precoce, lesões do sistema nervoso (nevrites, cefaleias, etc.) etc;
- sinais de intolerância individual, muito principalmente manifestando-se por intolerância gástrica (náuseas, vômitos, anorexia, etc.), sinais nervosos (psicoses), etc.
- reacções específicas da Lepra em que predominam o eritema nodoso, cujo aparecimento está citado em 25 % dos casos, e lesões do tipo exsudativo multiforme.

Tendo sido verificada uma diferença de sensibilidade às sulfonas não só de indivíduo para indivíduo como de raça para raça, estabeleceu-se que a dose deve ser estudada para cada caso em particular, mas que os limites da eficácia e da inocuidade são compreendidos entre 300 e 1.200 mgr. por semana, de DDS, podendo

a dose semanal ser administrada de uma só vez ou dividida em doses parciais por dois ou mais dias da semana. A preferência da quase totalidade dos leprólogos vai para a via oral visto isso simplificar o método de tratamento e se ter comprovado perfeita absorção da sulfona-mãe por via intestinal pois que apenas 5 % da droga administrada se vai encontrar nas fezes.

É conveniente começar o tratamento com doses pequenas (1/4 a 1/8 da dose que se pretende atingir), não só para tatear a susceptibilidade individual como para adaptar o organismo a pouco e pouco à acção tóxica destas substâncias. O aumento da dose deve ser lento e progressivo e a maioria dos autores aconselha um prazo de 6 a 8 semanas para se atingir o quantitativo desejado.

A administração de doses mais elevadas, não evidenciando qualquer vantagem, aumenta desnecessariamente os perigos de intoxicação. Não se verifica igualmente que a associação de outras drogas (P. A. S., estreptomina, chaulmoogra, etc.) leve a resultados mais satisfatórios do que os obtidos com as sulfonas isoladas.

Na terapêutica pelas sulfonas é frequente intercalar períodos de repouso (semanal, mensal, etc.) mas isso não é aceite por todos os leprólogos e, por outro lado, a medicação ininterrupta não demonstrou ser mais perigosa.

Os resultados da sulfonoterapia são os mais brilhantes até hoje apontados na história da Lepra e Faget, por exemplo, cita quase 100 % de melhoras nítidas nos lepromatosos. Bacteriológicamente 90 % dos casos negativam em menos de 1 ano, mas a regressão clínica é em regra mais precoce. Imunológicamente verifica-se uma viragem da lepromino-reacção quando negativa e a estrutura histológica sofre geralmente uma modificação no sentido do aparecimento de imagens inflamatórias simples.

O tempo que se tem mencionado como necessário para a cura, varia não só com a forma de Lepra e sua antiguidade mas também de indivíduo para indivíduo, de raça para raça, etc. De uma forma geral menciona-se o prazo de 3 a 5 anos como suficiente para a cura clínica nos casos favoráveis. É de aconselhar uma vigilância prolongada porque os estudos mais recentes demonstram que a doença pode revestir uma forma em que todos os exames são negativos, mas em que o processo pode estar apenas latente e sofrer uma reactivação em qualquer momento por motivos que ainda nos escapam.

Autores há que devido a este perigo preferem manter os doentes já clinicamente curados sob a acção das sulfonas, dadas sob a forma de uma cura de consolidação, em dose mais reduzida, o que não oferece grandes inconvenientes pois a administração *per os* permite um manejo simples e os perigos tóxicos com doses reduzidas são ínfimos; evidentemente que este sistema obtém maior segurança médico-social que a simples vigilância mas esta pode bastar desde que os exames periódicos sejam suficientemente frequentes para não se retardar a nossa intervenção em qualquer recrudescência.

Ainda que uma experiência de 14 anos evidencie que as sulfonas são o melhor tratamento da afecção leprosa e que nelas se deve basear toda a nossa actuação contra o mal de Hansen, existem contudo outros medicamentos cuja eficácia está demonstrada e aos quais muitas vezes é necessário recorrer, principalmente nos casos de intolerância medicamentosa ou nos estados reaccionais.

De entre eles destacam-se as *Tiosemicarbazonas*.

A *paracetamidabenzilaldeidotiosemicarbazona* — TB_1 — é aquela cujo emprego se encontra mais difundido obtendo-se com ela resultados aproximados aos das sulfonas. A dose mais aconselhável é a de 150 a 200 mgr. por dia e no adulto, para diminuir os riscos dos accidentes tóxicos (anemia, hepatite e agranulocitose). Como nas primeiras semanas da administração do TB_1 estes perigos são mais marcados, é conveniente iniciar o tratamento com doses reduzidas que se aumentam lentamente. A dose máxima diária adoptada é de 300 mgr. no adulto em boas condições gerais, sendo perigoso ultrapassá-la.

Com esta terapêutica não deve haver períodos de repouso e, mesmo nos casos de ligeira intolerância, o que se deve fazer é diminuir transitòriamente a dose e recorrer simultaneamente aos anti-histamínicos.

Os fenómenos tóxicos mais frequentes são: anorexia, náuseas e gastralgias, que cedem em geral aos alcalinos, anemias e reacções do tipo alérgico.

A *estreptomicina*, na dose de um grama injectável três vezes por semana, conduziu também a resultados excelentes nas formas de Lepros tuberculóide segundo mencionam principalmente alguns autores brasileiros. Mas é nos surtos agudos que a sua acção se

revelou mais intensa e, por isso, é nestes momentos que é o seu emprego de aconselhar pois que, nos casos vulgares, a sua utilização durante períodos de tempo muito longos acarreta perigos que não são de menosprezar, ainda que estejam citados tratamentos por mais de um ano sem interrupção. Porém o custo da terapêutica com sulfona TB₁ é muito mais acessível e o aspecto financeiro de uma medicação que vai durar anos é um dos que deve *preocupar o médico* sobretudo o que trabalha sem os recursos inerentes aos grandes meios.

De todos os outros medicamentos ensaiados apenas merece referência a *hidrazida do ácido isonicotínico* — que suscitou um justificado interesse quando introduzida na luta anti-leprosa. Verificou-se em muitos casos uma acentuada regressão de alguns sintomas agudos e sub-agudos, por vezes mesmo com uma rapidez nunca antes observada, mas, infelizmente, a sua acção é quase sempre transitória e dentro de algum tempo já o doente não responde a esta terapêutica ou pelo menos dá-se uma nova estabilização do processo. Por isso a maioria dos leprólogos já abandonou o tratamento exclusivo pela hidrazida do ácido isonicotínico e, quando muito, apenas recorre ao seu emprego nas situações agudas e sub-agudas e por período curto em que, na realidade, o doente pode beneficiar do seu efeito estimulante geral e da possível acção anti-leprosa.

III — TRATAMENTO LOCAL

A eficácia das terapêuticas gerais mencionadas tornou desnecessário, na maioria dos casos, a medicação local visto que o doente já não atinge as situações em que verificavam as lesões cutâneas ou outras que obrigavam a pensos e curativos. Mesmo quando actualmente, isso se verifica, por o doente acorrer até nós já com ulcerações ou perdas de substância, a nossa finalidade essencial é evitar a infecção secundária (quer com os anti-sépticos clássicos quer com os recentes antibióticos) e estimular a regeneração com pensos adequados, ao mesmo tempo que a medicação geral específica vai conseguindo a cura da afecção. Tem sido verificado o benefício de incorporar nos pensos vitaminas (pomadas de vitaminas A e D), óleo de chaulmoogra, PAS, sulfonas e hidrazida do ácido isonico-

tínico. Comprovou-se que nos lepromas extensos e fortemente infiltrados há uma mais rápida melhoria e uma cicatrização mais perfeita quando à terapêutica geral se associa a aplicação local de cortizona ou derivados.

IV — TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES

As complicações mais frequentes actualmente no decurso da afecção leprosa são aquelas que estão relacionadas com a administração das sulfonas e sendo portanto particularmente de ordem alérgica ou tóxica; o ACTH e a cortizona têm-se revelado as substâncias mais valiosas quando destas situações, em que igualmente devemos recorrer à modificação do tratamento instituído até aí e aos anti-histamínicos.

Já nos estados reaccionais não é de aconselhar, na maioria dos casos, o emprego daquelas hormonas pois a melhoria obtida é em regra fugaz estando mesmo verificado o agravamento do estado do doente após a suspensão da cortizona ou do ACTH. Grande número de autores preferem recorrer então à administração de gamaglobulina (plasma ou outro meio) assim como à modificação da terapêutica específica, à vitaminoterapia, aos anti-histamínicos, etc.

As outras complicações classicamente citadas (lesões oculares, laringeas, nevrites, etc.) devem antes ser consideradas sintomas particulares de certos órgãos atingidos pelo processo e são actualmente muito pouco frequentes, pelo menos quando os doentes são assistidos a tempo e com as doses adequadas. De entre elas devemos referir as complicações oculares, certamente as mais graves para o futuro do doente (queratite, irite, iridociclite, glaucoma), mas que obedecem rapidamente à aplicação local de cortizona e à associação de estreptomina e sulfonas como medicação geral.

V — TERAPÊUTICA DE OUTRAS DOENÇAS

Nada há de particular a referir neste capítulo, sendo evidente que é imprescindível não descurar outras afecções de que o doente de Leprosia seja portador (sífilis, parasitoses, etc.) para impedir que elas possam diminuir de qualquer forma a capacidade de resistência do indivíduo que tão necessária é para o combate à sua doença crónica.

*

* *

Tendo terminado a revisão que nos propunhamos fazer, resta frisar que a tendência actual das organizações que têm a seu cargo a luta anti-leprosa, nas zonas de maior endemia, é recorrer cada vez mais aos métodos ambulatorios (dispensários) de forma a conseguir uma maior valorização do individuo não o impedindo de desempenhar o papel que lhe cabe na colectividade.

Por outro lado a extensão dos métodos de assistência social tem permitido uma melhor observação dos conviventes e contactantes conseguindo-se identificar muito precocemente os casos novos e tratá-los antes que ofereçam perigo, o que, juntamente com o possível benefício da calmetização, parece tornar admissível que as endemias entrem em franco declínio.

Daqui o importante papel que cabe ao médico que trabalha nas nossas Províncias Ultramarinas, principalmente nas zonas de maior endemia, pois a tendência actual de tratar o maior número de casos *in loco* faz com que seja ele não só a diagnosticar a doença, como a estabelecer e orientar o tratamento. Eis por que é necessário facultar-lhe todos os meios para levar a bom termo essa tarefa da qual depende grandemente a prosperidade desses territórios e para a qual todos devemos contribuir com o melhor do nosso esforço.

Imprensa Portuguesa ★ Rua Formosa, 108-116 ★ PORTO