

Problemas que se ligam ao estudo da lepra*

por Adolpho Lutz

O número de problemas que se ligam ao estudo da lepra nos seus diferentes aspectos é tão grande que o tempo mal me permite enumerá-los e dar mais do que um juízo sumário a seu respeito. Terá esse juízo caráter subjetivo, mas, ao mesmo tempo, será crítico, porque não costumo reproduzir opiniões sem tê-las submetido ao controle de observações próprias. Também não considero que a solução de problemas desta natureza possa depender apenas do resultado de uma votação. Em assuntos científicos, os votos devem ser ponderados, e não contados, e não se deve opor o critério da autoridade ao progresso da ciência, que sempre projeta uma luz nova sobre os assuntos em discussão. Assim, não vejo vantagem em resumir apenas as noções gerais sobre a lepra, que hoje podem ser encontradas facilmente nos manuais e enciclopédias. Creio que será mais útil expor as conclusões que o estudo demorado da morfêia, sob os seus vários aspectos, em oportunidades especiais me permitiu tirar de um vasto material de observação.

Quando principiei os meus estudos na Europa, a lepra era considerada uma moléstia exótica, cujo conhecimento era dispensável, o que constituía um engano porque então, como hoje, apenas poucos dos países mais civilizados estavam inteiramente livres da morfêia. Em outros existiam focos antigos, ou no próprio território ou nas colônias, ou tinham regiões limítrofes com áreas gravemente infectadas. Ignorava-se, também, o grande número de nacionais de países endêmicos que voltam à pátria depois de se terem infeccionado em focos exóticos, nem sempre com o diagnóstico feito, de modo que a moléstia de que são portadores goza de amplas probabilidades de não ser reconhecida. Embora essa circunstância não trouxesse necessariamente conseqüências funestas, todavia era deplorável por várias razões.

Apenas os tratados de Dermatologia e de História da Medicina consagravam maior espaço a essa doença, e em alguns hospitais de dermatologia encontravam-se *moulages* muito instrutivas. Os manuais usados no continente europeu, porém, pouco se preocupavam com o estudo da lepra.

Foi só depois da descoberta do bacilo de Hansen e do emprego dos métodos de coloração usados para o bacilo de Koch que uma parte da classe médica começou a mostrar maior interesse pela leprologia.

Essas descobertas beneficiaram principalmente a concepção etiológica da morfêia. As idéias confusas que a atribuíam ao consumo da carne de porco e outros alimentos foram cedendo pouco a pouco, desde que ninguém conseguiu observar a lepra verdadeira nos porcos. Apenas a teoria da transmissão por peixes, devido à autoridade, ou, antes, à teimosia de Hutchinson, não sofreu a repulsa que merecia. Não obstante o fato de que o peixe representa um dos alimentos mais usados, acumularam-se as

* Comunicação apresentada ao 2º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Syphiligrafia realizado em outubro de 1921, em Montevidéu, e à Conferência Americana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em outubro de 1922. BR. MN. Fundo Adolpho Lutz, pasta 252, maço 6. [N.E.]

observações de leprosos que nunca o tinham comido. É, aliás, evidente para qualquer parasitólogo e bacteriologista que um microorganismo que não se deixa transmitir a outros mamíferos não pode proceder de um organismo tão diferente do homem como o do peixe. Mas, naquele momento, como ainda hoje, existia a tendência a repetir os erros desde que estivessem ligados a uma ou outra suposta autoridade. Embora alguns colegas de Hutchinson não pudessem deixar de compreender que a sua teoria se baseava em suposição completamente arbitrária, não tinham a coragem de protestar durante a sua vida, tal era a consideração que lhe dispensavam em virtude da descrição de alguns novos quadros de sintomas, tirados do enorme material de que dispunha.

A presença de inúmeros bastonetes bem característicos nos produtos da lepra tuberosa não podia ser ignorada depois de vulgarizada por todos os manuais de dermatologia e bacteriologia, e os novos manuais de clínica interna passaram a aceitar o fato. É, contudo, interessante ver que em um dos melhores destes figura um caso evidente de moléstia de Recklinghausen, ou fibromas múltiplos, como um caso de lepra tuberosa, forma esta que, graças ao grande número de fotografias publicadas, é hoje fácil de reconhecer, apesar de a explicação e ilustração dos primeiros sintomas ainda deixarem muito a desejar.

Antes de entrar na bacteriologia, histologia e sintomática da lepra, tenho primeiro de discutir rapidamente uma alternativa julgada outrora de importância capital, a saber, se a lepra é uma moléstia hereditária ou contagiosa. Poucos eram os que compreendiam que não se trata de uma antítese, mas de duas questões separadas e que as respostas dependem, em grande parte, de uma definição mais exata das palavras hereditariedade e contagiosidade.

A idéia de que a lepra pode ser unicamente transmitida por hereditariedade só podia originar-se em um país sem imigração apreciável, ignorando sistematicamente as observações feitas em outros países que evidenciam o aparecimento de centenas de casos em pessoas imigradas de países indenes. Quando muito, só uma certa proporção dos casos poderia ser explicada pela hereditariedade, apoiando-se sobre o fato de que em certas famílias se observa maior número de casos do que corresponde ao índice geral de morbidade leprosa. Concedendo essa observação, ainda falta provar que se trata de um processo verdadeiramente hereditário, no qual os ascendentes adoecem sempre antes dos descendentes, o que muitas vezes não é o caso.

Admitindo que todo caso de lepra seja filiado a um anterior, não seria de admirar que a transmissão no seio das famílias fosse relativamente mais comum, mas, na realidade, o grande número de casos isolados em famílias numerosas e as observações feitas sobre a prole dos leprosos, quando separada dos pais, indica que não há na lepra uma forma hereditária tal como existe claramente na sífilis. A não ser Zambaco, ninguém verificou a lepra em recém-nascidos e, pessoalmente, vi um só caso de criança com menos de dois anos, na qual havia todos os caracteres de um caso recente, caracterizado por uma mancha solitária. Teoricamente, é a transmissão uterina ou mesmo germinativa admissível; na prática, parece-me não existente; mas, em qualquer hipótese, não tem a menor importância para explicar a expansão da lepra em certos países.

Ainda é muito geralmente suposto que, para adquirir moléstias infecciosas, é preciso uma certa predisposição, e os que assim pensam recorrem, no caso presente, a uma predisposição familiar. Neste caso pode-se afirmar que a predisposição familiar deve ser especialmente freqüente em países onde a moléstia não existe ou onde já desapareceu há muito tempo.

Antes de firmar-se mais a doutrina de que cada moléstia infecciosa é devida a um germe específico, muitos médicos andavam com idéias muito confusas a respeito das relações entre a lepra e a sífilis. Aproximavam essas duas moléstias de causadores completamente diferentes e deixavam completamente separados a lepra e a tuberculose, que, entretanto, são causadas por moléstias bastante relacionadas. A voz popular considerava a lepra como o quarto estado da sífilis, não obstante o fato de que uma lepra velha pode complicar-se com uma sífilis recente, como observei pessoalmente. Outros, pelo menos, insistiam em que essa moléstia era adquirida pelo processo mais usual da sífilis, de modo que os infelizes leprosos sofriam a acusação de terem causado a sua infelicidade por excessos sexuais. Essas idéias naturalmente também favoreciam a doutrina da transmissão hereditária da moléstia.

Ora, todas essas noções são muito mal fundadas. A lepra não é uma moléstia venérea. Não é mais comum em prostitutas do que as outras moléstias, e a infecção de casais é relativamente rara, além de explicar-se facilmente de outro modo. Enfim, a morféia é relativamente freqüente em pessoas que nunca tiveram relações sexuais e que também não conheceram doentes de lepra.

Lesões iniciais leprosas das partes sexuais nunca foram descritas na literatura que eu conheço. Tive, entre os numerosos casos de lepra que examinei, um único no qual a primeira mancha, segundo as informações do doente, se achava localizada na base do membro. Esse fato é completamente excepcional e pode ser explicado sem recorrer a uma infecção direta.

Uma idéia muitas vezes encontrada na literatura é que as localizações nasais da lepra, que podem ser encontradas cheias de bacilos mesmo em casos em que faltam tubérculos cutâneos, são a porta de entrada do vírus e constituem, ao mesmo tempo, uma grande fonte de infecção. Em primeiro lugar, convém dizer que os casos verdadeiramente incipientes não costumam oferecer essas localizações e que a sua falta não deve influir sobre o diagnóstico. A sua verificação é um meio fácil de diagnóstico, mas indica que a moléstia, mesmo pouco aparente, já tem durado bastante tempo. Se essas lesões pudessem infeccionar, deveríamos ver grande número de lavadeiras adoecer, e ninguém que vive constantemente no meio de maior número de leprosos poderia escapar à infecção.

A lepra também não é devida à pobreza e à alimentação insuficiente. Pode haver maior número de leprosos pobres nos distritos do interior onde a lepra aparece com mais freqüência, mas não faltam doentes em famílias de tratamento, muitas vezes ricas, como bem sabem os indivíduos que procuram explorar essa doença.

Chegamos à questão da contagiosidade, que tem apaixonado muitos autores, tanto leigos como profissionais. Puderam demonstrar apenas que em muitas regiões a lepra se mantém mais ou menos estacionária e em algumas aumenta mais ou menos ativamente. Não conhecemos outra fonte de vírus leproso que não seja o próprio doente, e não vejo objeção em conceder que todo caso autóctone novo deve ser derivado de outro anterior, conhecido ou desconhecido. Isto todavia nada prova em favor do contágio direto, pois outro tanto pode-se dizer da febre amarela e da malária que, certamente, não se alastram por contágio direto.

Porém, a lepra se extinguiu em muitos lugares onde em tempos passados era certamente autóctone, a menos que todos os diagnósticos feitos estivessem errados. Os contagionistas o atribuem ao isolamento. Ora, o conhecimento mais elementar das

condições em países onde se isolam os doentes mostra que os resultados obtidos nesse processo foram sempre muito poucos satisfatórios, seja porque o isolamento de todos os doentes nunca foi obtido, seja porque esse isolamento, baseado na idéia de um contágio direto, não pode dar os resultados esperados.

Vemos, também, que nestes últimos 50 anos as capitais européias, principalmente Londres, Paris e Viena, têm recebido sempre grande número de doentes vindos das colônias, sem que haja isolamento e sem que se verificasse um caso de contágio. Um fato desses não pode deixar de impressionar.

Temos, pois, uma doença que numerosas experiências de inoculação não conseguiram transmitir a animais ou a outros homens; cujos doentes se misturaram a outros doentes em hospitais europeus sem produzir o contágio; que em outros países pode ser adquirida sem contato verificado com um doente, enquanto aos médicos, enfermeiras e mesmo membros da família, em outros lugares, não oferece perigo algum.

Qual é a conclusão que se impõe? A resposta lógica só pode ser uma.

Trata-se de uma moléstia que não infecciona diretamente, mas por meio de um transmissor. Onde existir este em abundância, a doença se espalha, onde faltar, não. Isto é o que já sabemos da febre amarela, da malária e da peste. É o que se dá também aqui, com a diferença de se tratar de uma doença muito mais crônica. Mas, como no caso das doenças acima citadas, também para a lepra será necessário vencer a oposição cega dos que, para continuar no conservantismo, preferem pôr em perigo milhares de vidas a aceitar uma orientação nova.

Admitindo que se trate de um transmissor animado, que naturalmente deve ser procurado entre os artrópodes que picam o homem para sugar-lhe o sangue, surge a questão de qual será ele. Evidentemente, a sua ocorrência não depende somente do clima porque vemos a moléstia transmitir-se tanto nos países tropicais, onde o calor reina todo o ano, como nos verões curtos e pouco quentes da Noruega e mesmo da Islândia. Não se pode tratar de percevejos, piolhos ou pulgas, que não faltam nas cidades européias; mas deve ele existir no Havai, onde, entretanto, a fauna é muito limitada. É inútil reexplicar que apenas os mosquitos preenchem essas condições.

A transmissão de microrganismos por mosquitos podia antigamente aparecer um pouco fantástica; hoje a série de observações análogas é tão grande que nada mais tem de estranho. Ainda ultimamente verificou-se, na América do Norte, a existência de uma moléstia bacteriana, que também ataca o homem, e que pode ser vinculada por tabanídeos e outros sugadores de sangue.

O que mais carece de explicação é por que a transmissão seria tão rara que parece apenas casual. De fato, na lepra, uma morbidade de 5% da população já parece representar um máximo raro. Nunca se descreveram pandemias, como são freqüentes na febre amarela e na malária, em que os mosquitos se infectam com freqüência relativamente bastante grande, sendo a infecção seguida por uma multiplicação de germe no corpo transmissor. Na morféia, pode-se assumir que para cada picada virulenta haveria centenas de milhares, e até milhões, de picadas não virulentas.

Assim, a verificação experimental torna-se excessivamente difícil, e as medidas higiênicas apropriadas devem ser instituídas sem esperar por essa prova.

O que até hoje foi verificado é que o sangue dos leprosos em período de calma não contém bacilos. A picada do mosquito não desloca, na regra, os bacilos acidorresistentes da forma tuberosa, mesmo quando foi dada num tubérculo. Se, em casos raros, bacilos

acidorresistentes foram encontrados no intestino de sugadores de sangue, será difícil provar que se trata de bacilo de Hansen em estado vivo. Nunca foi observada uma proliferação evidente dessa espécie. Sabemos, pelo exame das manchas leprosas recentes e por analogia com os bacilos da tuberculose, que o vírus pode indubitavelmente ser ativo numa forma que não é acidorresistente. Talvez os chamados bacilos acidorresistentes estejam todos, ou na maior parte, degenerados, o que explicaria os resultados negativos de tantas experiências com material em que abundavam.

Não se pode negar que bacilos vivos sejam levados no sangue de um ponto do corpo para outro, mas não devem permanecer nele. Assim, será só nos períodos ativos da moléstia, caracterizados geralmente por elevações de temperatura, que o mosquito poderá absorver o vírus, e, se a transmissão for puramente mecânica, a inoculação a um outro indivíduo por meio de nova picada imediata, ou pouco demorada, deve se realizar com muita dificuldade. É provável que representem maior perigo de propagação da moléstia apenas nos doentes que sofrem de longos períodos eruptivos febris, mas, em compensação, um desses talvez possa contaminar maior número de pessoas.

Se, como inclina a pensar, a transmissão de lepra se faz por meio de dípteros sugadores de sangue, é provável que na praxe seja esse o único modo normal, porque o contato direto, as pulgas, piolhos e percevejos existem também em lugares onde a lepra não se transmite. Dois mosquitos geralmente conhecidos como *Culex pipiens* e *fatigans* cobrem provavelmente todo o terreno onde existe a doença e são, aliás, parentes muito próximos.

Não se pode, todavia, excluir os outros culicídeos, como a *Stegomyia* e as outras espécies mais ou menos domésticas. Quanto aos simuliídeos, flebótomos, mosquitos-pólvora etc., só se citam alguns lugares nos Alpes Marítimos como focos ativos de lepra, indenes de culicídeos. Esse fato carece muito de verificação, como todos os entendidos que conhecem a história do papel dos mosquitos na malária hão de concordar. Finalmente estamos muito mal informados sobre as condições da Noruega e da Islândia. Se em um ou mais desses lugares os mosquitos culicídeos puderem, de fato, ser excluídos, deve-se cogitar, então, em primeiro lugar, os simuliídeos, muito comuns nas regiões montanhosas, mas desconhecidos na maior parte das grandes cidades; por si sós nunca poderão explicar a propagação da moléstia. Os outros dípteros sugadores de sangue só poderão ter uma importância local.

Além dessas considerações devemos frisar que, até hoje, não existe melhor explicação para o fato de que a lepra se propaga facilmente em alguns lugares e nunca, ou raríssimas vezes, em outros, do que a transmissão por dípteros hematófagos. A idéia é completamente razoável, e todos os dias aparecem novos fatos que falam em favor dessa possibilidade, já aceita por um certo número de observadores. Tem este modo de ver, pois, todo o direito de ser tomado em consideração, e parece-me, ainda, que temos a obrigação de não fazer o isolamento sem associar-lhe também a profilaxia contra os mosquitos, porque não se deve sacrificar a liberdade dos indivíduos afetados sem procurar o máximo de garantias para um resultado prático desse sacrifício que lhes é imposto. É para cumprir esse dever, e não pela esperança de convencer aos refratários, que tomo mais uma vez a palavra. Deixo a glória de se opor às idéias novas à classe daqueles que fizeram os maiores esforços para conservar viva a febre amarela, entre nós, combatendo a profilaxia contra os mosquitos, e cujos representantes querem hoje repetir a mesma oposição inglória em redor de outras doenças não menos importantes.

Eu, que fui o primeiro a introduzir no Brasil a nova orientação sobre a febre amarela, tive a satisfação de vê-la triunfar incontestavelmente. Posso, pois, esperar calmamente que o mesmo se realize para com a lepra, conquanto não tenha esperança de assistir em vida a essa realização.

