

# CRONICAS

## CARDIOPATÍAS

*São Paulo.*—Em 1,018 observações nos escolares de S. Paulo, de Moura encontrou 2.04 por cento de cardiopathias. O Dr. Vicente Lara, no grupo escolar "Jardim America," do Rio; o Dr. Nelson Mendes na "Clínica Oscar Clark," do Rio, acharam cerca de 40 por cento de reacções de Wassermann positivas nos escolares. A percentagem de sopros preeordiales, e incluindo-se os organicos, é de 9.04 por cento nos escolares estudados por de Moura. Sopros anemicos, sopros febris, sopros hemicos, etc., são denominações varias e diversas por que são conhecidos, todos tendo a mesma particularidade: não obedecem a uma pathogenia oro-valvular. A percentagem foi de 7. O Prof. Frederico Eyer, em mais de 5,000 creanças cariocas, só achou uma que possuía todos os dentes normaes, e assim mesmo era uma creança filha de um dentista russo. (De Moura, Abel Augusto: *Rev. Med.* 105, sbro., 1931.)

*Chile.*—Resumiendo las estadísticas que presenta, Coutts declara que en el decenio 1920-1929 fallecieron en Chile 17,694 individuos de 20 a 49 años de afecciones cardiacas, y de ellos en 20 por ciento la sífilis fué causa directa de la muerte. Es decir, que se perdieron 3,539 vidas jóvenes por falta de tratamiento o insuficiente cuidado. Las mismas afecciones, a partir de los 50 años, originaron la muerte de 16,981 individuos. El autor publica las cifras para las edades de 20 a 24 años, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49, y 50 y más para ambos sexos, y también para menores de 20 años. A partir de 1923 disminuye la mortalidad de los 20 a los 39 años, salvo un logero aumento en 1927; pero a partir de 1927 se observa marcado ascenso en la curva correspondiente al grupo 40-49, demostrando que la baja anterior fué a costa del segundo grupo. En la clínica médica del Prof. Prado Tagle entre 7,131 enfermos de 1919 a 1929, hubo 1,554 sífilíticos y 421 casos de enfermedades del corazón. En dicha clínica también aproximadamente un 20 por ciento de los fallecimientos por afecciones cardiovasculares son imputables a la sífilis, figurando en forma poderosa los individuos de 20 a 49 años. (Coutts, W. E.: *Bol. Serv. Nac. Salbr.*, 5 (obre.) 1931.)

*Estados Unidos.*—La mortalidad cardiaca en los Estados Unidos ha ascendido gradualmente en el curso del último decenio, pues de un coeficiente de 159.1 por cien mil en 1920, ha subido a 210.8 en 1929, habiendo sido de 156.3 en 1921, 164.6 en 1922, 173.8 en 1923, 176.5 en 1924, 185.7 en 1925, 199.5 en 1926, 196 en 1927, y 208.2 en 1928, en el área de registro. El total de defunciones en 1929 fué de 245,244. Las cardiopatías parecen revelar cierta predilección regional, pues se mantienen a un nivel moderado en los Estados del sur y del oeste, excepto California, y alcanzan su cumbre en los de la Nueva Inglaterra, correspondiendo los máximos a los Estados de Vermont, Nueva Hampshire, Maine y Massachusetts en esa región (304.1, 299.8, 275.3 y 274.3), y los mínimos a Oklahoma y Arkansas en el meso-oeste (90.3, 107.7). (Información de la Oficina del Censo.)

En la Ciudad de Nueva York, las muertes debidas a afecciones cardiacas han aumentado de 12,117 en 1920 a 17,786 en 1930, y el coeficiente por cien mil de 258 a 281: 264 para los hombres y 247 para las mujeres. El aumento mayor en ese período corresponde principalmente a las edades de 40 en adelante, en particular en los hombres. (Apud: *Wkly. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, mzo. 5, 1932.)

Fundándose en un análisis cuidadoso de las estadísticas de mortalidad de la Ciudad de Nueva York desde 1900, el departamento de sanidad de dicha pobla-

ción afirma que no ha habido allí aumento real de la mortalidad cardiaca, y el consignado es en gran parte, si no absolutamente, ficticio. Las estadísticas basadas en las muertes imputadas a afecciones del corazón son inexactas, pues deben comprender apoplejía, arteriopatías, afecciones renales y senilidad. El problema, sin embargo, es muy importante, y para resolverlo precisan estadísticas exactas. En el área de registro de los Estados Unidos, lo mismo que en Nueva York, la mortalidad específica debida a dicha causa a las edades más avanzadas ha disminuído desde los comienzos del siglo, hecho ése que es difícil reconciliar con un aumento en las cardiopatías. El Departamento declara que, hasta demostrarse estadísticamente lo contrario, continuará sosteniendo que no ha habido mayor aumento en la mortalidad debida a las cardiopatías. (*Wkly. Bull.*, N. Y. C. Dept. Health, agto. 13, 1932.)

*Escolares.*—En general, calcúlase que de 1.5 a 2 por ciento de las personas de una población padecen del corazón. En la ciudad de San Francisco, California, como 2 por ciento de los 91,000 escolares son considerados por los médicos escolares como sospechosos en el mismo sentido. Aproximadamente, la mitad de esos sospechosos se presentan en el centro cardiaco, y la otra mitad ya se hallan inscritos en algún dispensario, o son atendidos por sus médicos particulares. En su encuesta, Richter, en el bienio marzo 1929—marzo de 1931, examinó a 843 niños, y 319 de ellos acusaron lesiones orgánicas del corazón: 140 congénitas, y 151 reumáticas. De los últimos, 81 eran varones y 70 niñas, y 25 acusaban reumatismo y corea sin poderse distinguir lesión valvular alguna, aunque los antecedentes eran positivos, y muchos manifestaron alteraciones cardio y roentgenográficas. De los otros 126, 116 manifestaron afección mitral, 7 aórtica, y 3 mitroaórtica. En 63 había antecedentes de reumatismo o corea, o de ambos. En 138 del total había antecedentes de escarlatina, difteria, o de ambas; pero en 80 no se pudo descubrir lesión orgánica alguna; 18 pertenecían al grupo reumático, y 12 al congénito. Los otros 28 manifestaron lesiones cardiacas bien definidas, y todos menos 6, síndromes precisos, a menudo múltiples. Con respecto a capacidad funcional, 72 por ciento del grupo congénito, 50 del reumático, y 32 del difteroescarlatinoso, pertenecían a la clase A; y a las clases 11a y 11b, 26, 45, y 70 por ciento, respectivamente. En otras palabras, como es de esperar, la menor incapacidad funcional coincidió con la menor invasión miocardiaca, y la mayor al grupo difteroescarlatinoso, en que la historia y la lesión indican lesiones exo, más bien que endocardiacas. El grupo funcional o no cardiaco, constituido por unos 524 casos, posee también su interés. De ellos 80, como ya se ha indicado, acusaron antecedentes de escarlatina y difteria, y pueden luego manifestar lesiones cardiacas bien definidas. En otras palabras, son cardiopatas potenciales, lo mismo que los que tienen antecedentes de corea y reumatismo. La autora resume su estudio diciendo que las lesiones congénitas no son raras, pero los síntomas e incapacidad física que producen son menores que los de la endocarditis y miocarditis reumática, y que la valvulitis reumática, si bien no es rara en un clima benigno como el de San Francisco, revela allí manifestaciones menos dramáticas, e iniciación mucho más insidiosa. En la discusión, Cahán manifestó que en Filadelfia, donde hay más de 250,000 escolares, examinó en 1927 y 1928 más de 10,000 en busca de cardiopatía, y la discrepancia más notable entre las observaciones de la Dra. Richter y las suyas, consistió en no descubrir tantos casos congénitos. (Richter, *Ina M.*: *Jour. Am. Med. Assn.* 1060, obre. 10, 1931.)

*Pronóstico en la endocarditis infantil.*—Morse resume un estudio de 100 niños a quienes observara en su primer ataque de endocarditis aguda, hace 10 a 30 años. La causa aparente en 57 por ciento fué el reumatismo, ya solo o combinado con corea o amigdalitis, y en 22 por ciento la amigdalitis y otras infecciones de las vías aéreas superiores. De los 100 enfermos han muerto 36, 37 se hallan bien y poseen un corazón normal, 18 revelan algunos signos de valvulitis crónica, 3 son inválidos cardíacos, y en 6 el autor no pudo descubrir nada de importancia. Los

100 niños al principio habían acusado un soplo sistólico mitral, 4 de los que murieron tenían un soplo diastólico mitral, y 1 un soplo diastólico aórtico. Aunque las diferencias son pequeñas, parece que cuando hay soplos que no son sistólicos al principio, la invasión cardíaca parece ser más grave. De los que murieron, 33 por ciento lo hicieron dentro de 4 semanas y 66 por ciento dentro de 4 meses de la iniciación de la enfermedad, y del resto, 66 por ciento dentro de 5 años. De los niños que se hallan vivos y sanos con ligeras lesiones cardíacas, 40 por ciento experimentaron ataques repetidos de reumatismo, corea, y angina. De los vivos con corazones normales, sólo 11 por ciento. El pronóstico en la endocarditis aguda de la infancia depende en gran parte del cuidado que reciba el enfermo. (Morse, J. L.: *Am. Jour. Dis. Child.* 735, obre., 1931.)

*Reumatismo agudo y artritis reumatoidea.*—Resumiendo su estudio, Master y Jaffe declaran que, en ninguno de 17 enfermos de artritis reumatoidea (infecciosa), pudieron descubrir el menor signo de miocarditis con la electrocardiografía, en un período que duró por término medio 53 días. En cambio, en 63 casos de reumatismo agudo, en todos hubo signos electrocardiográficos precisos de miocarditis. En otras palabras, la artritis reumatoidea (infecciosa) no es una cardiopatía; el reumatismo agudo, sí. La aplicación clínica es ésta: en un caso en que sea difícil diferenciar entre ambos, si no hay signos electrocardiográficos de invasión miocárdica, lo más probable es que se trate de la primera, y si los hay, de la segunda. (Master, A. M., y Jaffe, H.: *Jour. Am. Med. Assn.* 881, mzo. 12, 1932.)

## REUMATISMO

*Artritis focal en Chile.*—En un total de 3,000 enfermas de la sección de medicina interna del Hospital San Francisco de Borja, de Santiago de Chile, hubo 140 casos de las diversas artritis, o sea 4.66 por ciento. En 43 había artritis embólica, variando la edad de 12 a 70 años, pero predominando la de 21 a 30 (44.1 por ciento) y de 31 a 40 (13.9 por ciento). La artritis fué artrálgica en 20.9, plástica en 39.5, y osteoartrítica en 34 por ciento. De las 43 enfermas, 35 no mostraron lesiones cardioaórticas, 6 tenían un soplo sistólico de la punta, y 2 un soplo sistólico en el foco aórtico. De 39 en que se hizo la Wassermann, resultó positiva en 8. En esos casos, el pronóstico está esencialmente ligado al descubrimiento y eliminación del foco, más la antigüedad de la afección. Aparte de la desfocación, el autor empleó la heteroproteoterapia, como la leche por vía dérmica o muscular, y la vacunoterapia y, localmente, la diatermia, los rayos infrarrojos y la innovillización. En la mayoría, sólo se realizó la desfocación dentaria. Mejoraron por completo 32 enfermas, relativamente, 5, no variaron 5, y agravó 1. (Murray S., R.: "Contr. al estudio de la artritis focal embólica.")

*Estados Unidos.*—Según Swift, el reumatismo es una de las más importantes enfermedades económicamente, no sólo por sus manifestaciones agudas, sino por producir de 30 a 40 por ciento de las cardiopatías crónicas en la latitud del norte del Atlántico. (Swift, H. F.: *Am. Heart Jour.* 625, jun., 1931.)

*Alemania.*—En 1924 en Alemania, 17.3 por ciento de los hombres y 17.9 por ciento de las mujeres que murieron, sucumbieron a afecciones cardiocirculatorias; en 1929, las cifras fueron 21.1 y 21.5. El efecto de la crisis actual sobre el corazón humano no ha sido idéntico en las diversas clases de la población. Una estadística de una caja de seguros de Berlín revela una disminución en 1931, comparado con 1930; pero la duración de los casos ha sido más. Otras enfermedades suelen durar de 30 a 37 días; en cambio, los cardíacos en 1930 estuvieron incapacitados por 52 días y las cardíacas por 49; en 1931, las cifras subieron a 68 y 63 días, respectivamente. En otra mutualidad que comprende muchos obreros,

en 1927 establecieron un hospital para cardiópatas y en los dos últimos años han observado una notable disminución de la enfermedad. Estas observaciones sólo rezan con casos incapacitados y no hay datos de los ambulantes; además, muchos miembros acaso no se hayan presentado debido a los recientes impuestos sobre los certificados de enfermedad, y la eliminación de pago cuando la persona ya está recibiendo salario. En cambio, un cardiólogo que trata casi exclusivamente personas pudientes ha observado que ciertas cardiopatías son mucho más frecuentes que antes. (Carta de Berlín: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1442, obre. 22, 1932.)

*Factor infeccioso.*—Coburn recalca la inmensa variedad de manifestaciones viscerales y periféricas y funcionales, así como orgánicas, que se observan en el reumatismo, así como en la gravedad. Las variaciones anuales y estacionales quedan patentizadas por muchos casos. También, hay amplias pruebas de que la frecuencia, así como la virulencia de la enfermedad, se conforma a la incidencia de las infecciones respiratorias. Es más, éstas resultaron ser el factor más importante del ambiente; por ejemplo, la enfermedad es rara entre los habitantes de los trópicos, pero los portorriqueños que vienen a Nueva York la adquieren con bastante frecuencia, en tanto que los niños reumáticos, al ser trasladados a Puerto Rico, se reponen pronto, para recidivar de nuevo al volver a Nueva York y hallarse de nuevo expuestos a la mayor frecuencia de las afecciones respiratorias, en las cuales el estreptococo hemolítico resultó ser el agente bacteriano más importante. La posición social no pareció ser un factor de mayor importancia. Los estudios de la flora de las vías aéreas superiores también justifican la deducción de que el factor más importante es la infección respiratoria, en que existía el estreptococo. (Coburn, Alvin F.: "The factor of Infection in the Rheumatic State," 1931.)

*Forma cardíaca.*—Entre 5,215 autopsias consecutivas entre los enfermos pobres atendidos en el Hospital Municipal de Boston de 1905 a 1929 inclusive, un estudio clínico y morfológico realizado por Davis y Weiss reveló reumatismo cardíaco en 474, o sea 9.1 por ciento: 56.6 en los varones y 43.4 por ciento en las mujeres. Como la proporción de ambos sexos en el total de autopsias fué de 62 y 38 por ciento, la frecuencia fué algo mayor en las mujeres. En los negros la proporción vino a ser la mitad que en los blancos. La dolencia fué la causa directa de la muerte en 164 casos, o sea 34.5 por ciento del total, y una causa contributoria en 41, o sea 8.6 por ciento. En 205, o sea 43.2 por ciento, la invasión cardíaca era de tal género que las lesiones no contribuyeron a la muerte. La frecuencia del reumatismo cardíaco en ese grupo se aproxima a la del carcinoma (10.4 por ciento). (Davis, D., y Weiss, Soma: *Am. Heart Jour.* 146, dbre., 1931.)

De 809 niños que ingresaron en una clínica cardíaca durante un período de 7 años, en 46 por ciento se diagnosticó enfermedad orgánica del corazón. Para los autores, el medio más seguro de diagnóstico es la anamnesis. En 92 por ciento de los casos de afección mitral temprana, se obtuvieron antecedentes de reumatismo. El reumatismo aislado es la causa de 39.3 por ciento de las cardiopatías reumáticas, y combinado con otras causas, de 83.1 por ciento. En la primera vista, 42 por ciento de los casos diagnosticados como afección mitral temprana revelan anomalía roentgenográfica. (Seham, M., Shapiro, M. J., y Hilbert, Eunice H.: *Am. Jour. Dis. Child.* 503, sbre., 1931.)

*Wassermann en la artritis.*—Kling y Pincus practicaron la Wassermann en una serie de 150 casos de artritis crónica y aguda, resultando positiva en 15. Para los autores, una Wassermann positiva no demuestra la naturaleza sífilítica del caso, y hay que excluir antes otras posibles etiologías, en particular con una prueba terapéutica. Según ellos, la Wassermann debe practicarse sistemáticamente en todos los derrames articulares aspirados. (Kling, D. H., y Pincus, J.: *Am. Jour. Syph.*, 376, jul., 1931.)

*Aglutinorreacción.*—Nicholls y Stainsby realizaron aglutinorreacciones en el suero de 110 enfermos de artritis reumatoidea, con estreptococos de razas típicas. De los 110 sueros, 93.6 por ciento revelaron una aglutinación bien definida a un título de 1 por 640 ó más y, frecuentemente, hasta de 1 por 5,120. Se practicaron reacciones testigos con los sueros de muchos individuos normales y enfermos de otros males. Los enfermos de fiebre reumática, osteoartritis y artritis gonocócica, no acusaron positivas a un título superior a 1 por 160; en tanto que los de amigdalitis y bronquitis agudas, acusaron a veces reacciones hasta a 1 por 640. Estas reacciones revisten mucho interés, dada la frecuente asociación de las infecciones de las vías aéreas superiores con la artritis reumatoidea. Las reacciones con los sueros de los enfermos que padecían de otras varias dolencias febriles y afebriles, jamás acusaron títulos superiores a 1 por 320. A fin de comprobar la especificidad de las aglutininas estreptocócicas, se realizaron pruebas semejantes con otros varios microbios patógenos, tales como neumococos, estafilococos, colibacilos y estreptococos verdes, así como hemolíticos. Un estreptococo hemolítico de un caso de escarlatina, y otro de un caso de erisipela, acusaron aglutinorreacciones comparables a las obtenidas con los estreptococos típicos, pero a menores diluciones. Con dos excepciones, los estreptococos hemolíticos obtenidos de la garganta de los sujetos normales y de los que padecían de otras enfermedades, acusaron reacciones negativas. La presencia casi constante de esas aglutininas estreptocócicas específicas en el suero de los enfermos de artritis reumatoidea, puede resultar de mucho valor práctico, en particular si se combina su determinación con la eritrosedimentación. La aglutinorreacción resulta, pues, en la artritis reumatoidea, tan específica como la Widal en la tifoidea, y permite diferenciar la enfermedad de la osteoartritis, gota crónica, artritis gonocócica, y otras artropatías. La eritrosedimentación permite determinar la actividad del mal cuando el enfermo se presenta por primera vez para examen, y realizándola periódicamente, permite apreciar el valor de la terapéutica. (Nicholls, Edith E., y Stainsby, W. J.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1146, obre. 17, 1931.)

*Röntgenoterapia.*—La serie de Kahlmeter comprende unos 200 enfermos, en que se trataron unas 400 articulaciones con los rayos X. El resultado fué magnífico en la artritis blenorragica, el reumatismo subagudo de las articulaciones y la artritis acromioclavicular; pero dejó bastante que desear en la osteoartritis deformante y en la enfermedad senil de la cadera, siendo inferior a los resultados comunicados por otros. En el grupo más numeroso, o sea la artritis infecciosa crónica, mejoró más o menos un 87 por ciento. (Kahlmeter, G.: *Hygica, Estoc.* 356 mayo 15, 1931.)

*Vacunación.*—Wilson y Swift describen la frecuencia estacional de las recurrencias reumáticas en 172 niños observados por espacio de cuatro años. Como la mitad fueron vacunados intravenosamente con una vacuna de estreptococos hemolíticos, y el resto sirvieron de testigos. La frecuencia de las manifestaciones reumáticas en ambos grupos, había sido comparable en los dos años 1927 y 1928. En cambio, en los dos años 1929 y 1930, después del tratamiento, las recurrencias fueron menores en los tratados que en los testigos, permaneciendo indemes un 45 y un 18 por ciento, respectivamente, por un espacio de 16 meses a 2 años después. (Wilson, May G., y Swift, H. F.: *Am. Jour. Dis. Child.* 42, jul. 1931.)

Clawson y Wetherby administraron en 301 casos de artritis crónica cinco o más inyecciones intravenosas de vacuna estreptocócica a intervalos semanales. El microbio utilizado procedía de un caso de reumatismo agudo, cultivado por nueve años, de poca virulencia, y no aglutinaba espontáneamente. La dosis inicial fué de 100,000,000 de organismos, aumentada semanalmente en 100,000,000. Por regla general, no se administraron más de 10 inyecciones. Como en 50 por ciento de los casos hubo reacciones leves con fiebre y escalofríos. En 80 por ciento de los casos hubo mejoría clínica bien definida, y casi dos terceras partes de ellos comenzaron a mejorar después de recibir cinco inyecciones, y 90 por ciento des-

pués de recibir siete. (Clawson, B. J., y Wetherby, M.: *An Int. Med.*, 1447, jun., 1932.)

*Salicilato.*—Master y Romanoff compararon a 33 reumáticos que recibieron suficiente salicilato, y 30 testigos, empleando los signos clínicos y la electrocardiografía sin poder descubrir mayor diferencia entre ambos grupos, en cuanto a miocarditis. En todos ellos, ya recibieran o no salicilato, estaba invadido el miocardio. La duración de la hospitalización fué de 46 días en el grupo testigo y 42 en el otro. Hubo una muerte en cada grupo. La evolución policíclica, la pericarditis con o sin derrame, y la invasión de los pulmones y otras vísceras, fueron casi idénticas. Los signos electrocardiográficos revelaron, cualitativa y cuantitativamente, una coincidencia sorprendente. No hay, pues, la menor prueba de que los salicilatos impidan las complicaciones cardíacas o acorten la hospitalización, aunque hoy día son los más eficaces antipiréticos y analgésicos en el reumatismo agudo. (Miller, en un análisis de la literatura, descubrió que 1,907 enfermos que recibieron salicilatos permanecieron por término medio en el hospital 33.28 días, y 1,600 que no los recibieron 33.6 días. Ehrström y Wahlberg repasaron 51,811 casos, declarando que la administración de salicilatos no mermaba la insuficiencia cardíaca, trastornos valvulares y complicaciones cardioartríticas. Carr y Reddiak, y Wyckoff, DeGraff y Parent llegaron a conclusiones semejantes. La opinión contraria ha sido sostenida por Hanzlik y por White, y Levy y Turner, mientras que Kerley recomienda la administración de salicilatos a todos los niños predispuestos a las cardiopatías, y Epstein a todos los niños desde el segundo año de vida.) (Master, A. M., y Romanoff, A.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 1938, jun. 4, 1932.)

*Cartilla.*—El Comité Americano para el Dominio del Reumatismo ha preparado una cartilla del reumatismo, que sumariza los conocimientos actuales acerca del diagnóstico y tratamiento de las varias artritis crónicas. El comité celebrará sus reuniones anualmente, de preferencia al mismo tiempo que la Asociación Médica Americana.

## LEPRA

*Argentina.*—En la Argentina, aunque se ha autorizado la creación de asilos regionales para leprosos desde 1927, hasta ahora no ha sido posible colocar la piedra fundamental de ninguno de ellos. Sin embargo, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales casi tiene terminado en la Isla del Cerrito el primer asilo-colonia, con capacidad para unos 300 leprosos. Entre tanto, en la Argentina, donde hay varios millares de leprosos, no existe más que un leproscario, el que funciona en el hospital Muñiz, en uno de los barrios céntricos de Buenos Aires, donde hay malamente instalados más de 200 leprosos. Entre los enfermos que acuden al hospital, suelen deseubrirse unos 5 ó 6 casos de lepra por término medio cada mes, y el autor ya ha atendido a 570 personalmente. Baliña bosqueja así lo que debe hacerse en un caso de lepra, una vez que funcionen los asilos, hospitales, dispensarios, etc., que faltan todavía: hecho el diagnóstico clínico, se envía al enfermo al laboratorio para determinar si es bacilífero o no; resulte bacilífero o no, se denuncia el caso al Departamento Nacional de Higiene. Entonces intervienen el médico sanitario y la visitadora de higiene social, que concurren inmediatamente al domicilio del enfermo. El médico examina a toda la familia, incluso convivientes de la casa y del taller, y de descubrir otros casos, son aislados todos los bacilíferos en el hospital, pero los no bacilíferos son atendidos como casos ambulantes en un dispensario. Si hay algún niño sospechoso, ingresará al asilo infantil para observación. Los niños indemnes quedan bajo observación, pero alejados de la madre. La visitadora de higiene social se ocupa de dar los paos necesarios para ello. El médico sanitario verá periódicamente cada 2 ó 3 meses a las personas aparentemente no contagiadas, y hará repetir en todos los análisis de labo

torio; la visitadora tampoco los pierde de vista. Bafiña aboga, en primer término, por la creación de asilos infantiles para niños sanos hijos de leprosos. Calcula que 80 por ciento de los leprosos del país son gente de posición modesta o indigente, y que hay de 1,500 a 2,000 que necesitan internarse, y algunos millares más que deben recibir asistencia en consultorios y dispensarios. El día que éstos funcionen debidamente, el número de curados aumentará progresivamente, como sucede en otros países. (Bafiña, P. L.: *Rev. Arg. Dermisfigia*, 131, ebre., 1931.)

El cómputo de leprosos realizado en la Argentina en 1906 cuando se celebró la Conferencia Nacional sobre la Lepra, reveló 724 casos para todo el país. En la actualidad, los casos denunciados y oficialmente registrados llegan a unos 2,500, y los leprólogos suelen estimar que la existencia real es cuando menos el doble. Para el autor, la cifra de 5,000 leprosos es demasiado baja. La población leprosa de la Argentina está integrada por cinco grupos: los 2,500 casos ya censados; un número muy grande reconocidos por médicos, que no los han denunciado; un número mayor aun, que tienen lepra susceptible de ser diagnosticada, pero que no consultan a un médico; una cifra más alta aun de formas poco llamativas, disimuladas o frustras, no reconocidas por médicos no avezados en el diagnóstico del mal; y la vasta legión de sujetos ya contaminados y en período de incubación pero asintomáticos todavía, que serán los nuevos casos clínicos de mañana. De esos factores cabe deducir que el guarismo oficial de 2,500 debe multiplicarse por 3, y no por 2, para aproximarse más a la realidad. El autor ha atendido en Buenos Aires, entre enfermos del público y de su servicio hospitalario, de 1910 a 1921, 142 casos nuevos; de 1922 a 1928, 229; y de 1929 al 15 de enero de 1932, 225; total, 596 casos. Esas cifras no deben ser interpretadas como índices que traduzcan en forma absoluta el aumento de la lepra en la capital o en el país, pues sólo tienen valor relativo. Los médicos graduados hasta hace unos 15 años, quizás no tengan idea aproximada de la frecuencia y polimorfismo de la lepra en la Argentina, pues desde entonces ha habido un aumento incesante de nuevos casos, que permiten mostrar a los alumnos cada año, pródigamente, varias docenas de ejemplares seleccionados. Después de discutir el diagnóstico, pronóstico y formas de la lepra, el autor trata de la profilaxia y la contagiosidad. La profilaxia impone el aislamiento, no de todos los leprosos, sino de los bacilíferos. La enfermedad es indudablemente contagiosa, pero no hereditaria. De las personas que viven en contacto con leprosos, unas, adquieren la enfermedad, y otras, en proporción mayor, no, sin que se sepa a ciencia cierta la razón de ello. Los niños acusan una predisposición mucho mayor. Hay que repetir y difundir los conceptos científicos fundamentales sobre profilaxia y contagio, para eliminar así los principales obstáculos al establecimiento práctico de la lucha antileprosa. Gobernantes y gobernados deben saber que la ciencia y la ley permiten que el leproso bacilífero, peligroso para los demás, puede ser aislado en su propia casa en el centro mismo de la ciudad, bajo el debido dominio de la autoridad sanitaria. Siendo así, podrían ubicarse asilos-colonias, hospitales y sanatorios cerca de las poblaciones, sin perjuicio para éstas. La aplicación de medidas compulsivas y la internación obligatoria de todos los leprosos, han dado en algunas partes resultados contraproducentes. Hay que utilizar la persuasión, la atracción del enfermo, y la cooperación de sus familiares, para llenar las finalidades del tratamiento individual y sanitario, y de la profilaxis. En la Argentina, desde hace años, se ha dividido al país en 6 zonas, en cada una de las cuales propónese crear un asilo regional. El único construído hasta ahora es el de la isla del Cerrito, que se espera comience a funcionar pronto, y servirá para internar los enfermos de la Provincia de Corrientes y de los territorios del Chaco, Formosa y Misiones. El autor copia de otros trabajos sus indicaciones relativas a la forma que debe tomar la lucha antileprosa, y la forma en que deben participar en ella las distintas entidades, médicos, visitadoras, etc. (Bafiña, P. L.: *Rev. Arg. Dermosif.*, 127, mzo., 1932.)

Fidanza afirma que la Provincia de Santa Fe ocupa hoy el primer puesto como provincia leprosa en la República Argentina, debido al abandono de la endemia. Si las autoridades sanitarias de la nación demoran en adoptar medidas protectoras, Santa Fe, que tiene dos consejos de higiene por falta de uno, está obligada a tomarlas, sin perjuicio de aunar su acción con la del Gobierno Nacional el día de mañana. La Argentina, con 11,300,000 habitantes, aparece con 8,000 leprosos y, por su parte, Santa Fe con 1,500,000 habitantes, alberga un millar de leprosos, cuya cifra, para el autor, peca de baja. Para él, la campaña debe comenzar por establecer el número de pacientes que hay en la Provincia, pues la forma en que hasta ahora se ha hecho el censo es poco eficaz, sobre todo en las poblaciones rurales. La estadística efectuada por el Departamento Nacional de Higiene arroja 333 leprosos en la Provincia de Santa Fe, y esa cifra, aun multiplicada por 2, está muy distante de aproximarse a la realidad. Aunando la acción del Gobierno Provincial y la del Nacional, se prestaría asistencia a los enfermos en tres o cuatro dispensarios, que podrían denominarse "dispensarios dermatológicos," en que se diagnosticarían los casos nuevos y se tratarían las formas incipientes. Además, se mantendría un pequeño servicio en la casa de aislamiento, que en Rosario sería el Hospital Carasco, y que desempeñaría un papel intermedio entre el dispensario y la colonia-asilo, para los casos que, sin ser contagiosos, presentan fenómenos agudos a repetición, reservando la colonia para los indigentes y los avanzados y muy contagiosos. La primera parte de estas medidas las puede realizar el Gobierno de la Provincia. Con respecto a la última parte, se hace necesaria la ayuda del Gobierno de la nación, como ya lo expresa la actual ley Aberastury. La campaña antileprosa es una exigencia del momento. Hasta hace muy poco, la Provincia de Santa Fe no trataba sus leprosos, y cuando las autoridades se incautaban de algún paciente muy avanzado, se limitaban a remitirlo al Hospital Muñiz de Buenos Aires. Desde hace 15 años, Fidanza viene librando una campaña de vulgarización, y últimamente ha obtenido el apoyo de los médicos, no solamente en Rosario misma, sino en Santa Fe, donde Borzone secunda la cruzada iniciada. La concurrencia cada vez mayor de leprosos a los consultorios externos, obligó a destinar un pabellón a esos enfermos en el Hospital Carrasco en Rosario. Ese pabellón constituye la primera medida eficaz tomada, pues el pequeño dispensario instalado en el puerto por el Departamento Nacional de Higiene, no alcanza a cubrir las necesidades. (Fidanza, E. P.: *Semana Méd.* 143, agto. 6, 1331.

Cumpliendo una misión encomendada por la administración sanitaria de la ciudad Carrillo, Fernández y Schujman han compilado una estadística de la lepra en Rosario. Esta se basa principalmente en los casos observados en los últimos años en los hospitales Nacional del Centenario, Carrasco e Italiano, y la clientela particular. El total sube a 170 enfermos, que demuestra el desarrollo alarmante del mal en la ciudad, aun sin agregar los vistos por otros médicos y los no diagnosticados. Hace unos dos años, alarmados ante los numerosos casos que se presentaban en la sala de piel del Hospital Nacional del Centenario, dos de los autores, bajo la dirección del Profesor Fidanza, comenzaron a tratarlos en el Hospital Carrasco, siendo Rosario así la primera ciudad en el interior en iniciar una campaña antileprosa con criterio humanitario y profiláctico. En el consultorio externo del Hospital Nacional del Centenario en el año 1930 se observaron unos 70 casos nuevos. En la Dirección de la Asistencia Pública en el año 1929, se inscribieron 70 leprosos que, sumados a los de los autores, arrojan un total de 240. Si se acepta generalmente que el número aumenta en un 10 por ciento anual, ¿cómo es posible que en menos de dos años se haya triplicado? Parece, pues, que la lepra avanza en Rosario a pasos agigantados, y urge encarar el problema. Divididos por edad, los mayores de 50 años constituyen 27 por ciento, y los mayores de 20 y menores de 50, 55 por ciento; y el resto está formado por menores de 20, la casi totalidad de los cuales adquirieron su lepra en Rosario,



y comprendiendo 7 niños que asistían a la escuela, hasta que se hizo el diagnóstico. Un 63 por ciento son varones, y un 70 por ciento argentinos; 22 por ciento italianos; y 3 por ciento españoles. Al observar trimestralmente las familias, pudiéronse descubrir formas precocísimas, hasta de un mes de evolución. También hay, por desgracia, un número apreciable de formas avanzadas. Entre los fichados, figuran las más variadas profesiones, incluso panaderos, mozos de café, lavanderas, maestras y modistas. A muchos se les logró convencer a que ingresaran en el Hospital Carrasco; a otros se les aconsejó que cambiaran de profesión, y no se pudieron tomar medidas más serias por no haber lugar suficiente para aislarlos. En la lista figuran dos prostitutas, una de las cuales fué internada. Sobre 112 enfermos, 63, o sea 59 por ciento, eran casos autóctonos de la ciudad. Aparte de organizar un centro completo de leprosos, los autores recomiendan la organización del tratamiento en una colonia, hospital o asilo, y dispensario, más educación del público. Hasta que la campaña nacional sea un hecho, es urgente tomar medidas locales. (Carrillo, F., Fernández, J. M. M., y Schujman, S.: *Semana Méd.* 1932, dbre. 24, 1931.)

Mendioroz hace notar las pésimas condiciones en que están aislados los leprosos segregados en el Lazareto Municipal de Salta. Recomienda que se implanten en forma efectiva el aislamiento y la internación, hasta que se edifique en la provincia la gran colonia para leprosos. Según él, la lepra progresa en Salta por falta de aislamiento y frecuentes contagios. (Mendioroz, J.: *Semana Méd.* 817, sbre. 22, 1932.)

*Chaulmugra en Salta.*—En Salta, sembraron en 1929 semillas de *Taraktogenos kurzii*, *Hydnocarpus wightiana* y *Gynocardia odorata*. Las plantas nuevas tienen que ser protegidas contra las heladas durante el invierno. En vastas zonas del noroeste argentino, sobre todo en los valles de San Francisco y en las quebradas profundas del valle de Lerma, las condiciones se prestan para la aclimatación de la planta de la chaulmugra. Por medio de la aplicación de la selección y el cultivo, es factible producir razas seleccionadas de chaulmugra, superiores a las actuales, y más eficaces contra la lepra. (Mintzer, M. G.: VI Reunión Soc. Arg. Pat. Reg., sbre.-obre., 1930.)

*Bolivia.*—Sotelo hace notar que en las Provincias de Vallegrande y Florida, del Departamento de Santa Cruz, con una población de 61,000 habitantes y una densidad de 2.55 habitantes por kilómetro cuadrado, en las que predomina la raza blanca, hay dos zonas infectadas de lepra, a saber, Postrevalle y San Juan del Rosario. El autor describe cinco casos, que comprenden las tres formas de la enfermedad. Las comunicaciones con Vallegrande constituyen una constante amenaza de que se extienda a dicha ciudad la lepra. La instalación de un leproario es recomendada. (Sotelo, L. V.: 1ª Conf. San. Bolv., I, agto., 1931.)

*Brasil.*—Factores varios, avultando dentre eles lamentavel improvidencia, permitiram que a lepra assumisse acentuado caracter endemico em diversos pontos do Brasil, especialmente nos Estados do Pará, Minas e São Paulo. E a cifra de 40,000 leprosos, que presentemente são consignados pelos mais autorizados calculos, nivela sob este aspecto os maiores fócios atuais do mal de Lazaro—á Indo-China, ao Egipto, ás ilhas Filipinas, e a outras expressões geográficas tuteladas por nações mais sabias e poderosas. A simples comparação dos dois coeficientes abaixo, resume e espelha de maneira nitida a alarmante situação, dispensando maior numero de exemplos e comentarios: Indias inglesas: 50 leprosos por 100,000 habitantes; Brasil: 97 leprosos por 100,000 habitantes. Si bem que menos flagelado do que a maioria dos Estados brasileiros, o Rio Grande do Sul, entretanto, já deverá contar cerca de 800 a 1,000 leprosos, calculo aproximado decorrente dos censos incompletos tentados. Na falta de medidas apropiadas é rapida e inevitavel a progressão da endemia leprosa, maxime a que se estabelece nas regiões até então indenens. No minimo, em cada decenio duplicará o numero de doentes. Em outros termos: anualmente terão no Rio Grande cerca

de 100 casos novos de lepra, si não fôr resolvido o problema da sua profilaxia. E essa solução profilática tem ainda como base essencial a notificação e o isolamento dos doentes em leprosalários adequados. Pará, São Paulo, Paraná e, nos ultimos tempos, até o pequenino Rio Grande do Norte, organizaram os seus primeiros leprosalários, mercê da ação harmoniosa da atividade privada e dos poderes publicos. Varios outros estados começaram tambem, dentro das suas possibilidades, a construção de estabelecimentos identicos. Permanecerão improditivos os recursos iniciais angariados pela meritoria "Sociedade Leprosario Rio Grandense," fundada em 1928, quando tambem, consultada pelo governo estadual, a Sociedade de Medicina opinou unanimemente pela construção de um leprosalario nas imediações de Porto Alegre. Souza Araujo, Eduardo Rabello e o proprio Aguiar Pupo, aconselham a organização de colonias agricolas com a capacidade de 500 a 1,000 morféticos. Assim tem sido orientada a construção dos leprosalários que vão surgindo em diversos pontos do Brasil, organizado una pela Inspetoria Federal de Profilaxia desse mal, outros pela iniciativa privada com o auxilio dos governos estaduais. Ultimamente, com a nomeação do Dr. Belisario Penna para Diretor do Departamento Nacional de Saude Publica, anuncia-se a possibilidade da organização do "Município de S. Lazaro" ou grande "cidade dos morféticos." Projeta-se construí-la na Ilha Grande, situada um pouco ao sul do Rio de Janeiro, ilha que é um verdadeiro continente, com cerca de 18 leguas quadradas, de terras férteis e campos magníficos, onde milhares de leprosalários poderiam ter uma vida de inteira liberdade. Nela se poderiam alojar numerosos doentes dos estados vizinhos. Só o Distrito Federal conta cerca de 2,000 leprosalários, e mais de 10,000 o Estado de São Paulo. Entretanto o projetado "Município de São Lazaro" não bastará para resolver, sob este aspecto, o problema brasileiro da lepra. Não será possível, como se afirma, dispensar a manutenção de leprosalários regionais, perto das regiões mais atingidas. Deslocar sem transição um doente do Estado, do Pará ou do interior de Minas, afim de transportá-lo para a longínqua Ilha Grande, será mui ardua tarefa para as nossas autoridades sanitarias. Em resumo, sem a manutenção de diversos leprosalários regionais, o autor duvida seja conseguido no Brasil um alto "índice de isolamento coletivo." Diante da visão diuturna dos irreparáveis males do presente, nada mais cabe sinão insistir na necessidade da construção imediata do "Leprosario Rio Grandense," ha tanto projetado. (Faillace, M.: "Aspectos brasileiros do problema da lepra," 3-16, 1931.)

Almeida chegou á conclusão de que é urgente a necessidade de isolar, de fato, todos os casos ativos ou de lepra aberta existentes no Distrito Federal, e a domicilio sómente em casos especiais, a criterio da autoridade sanitaria, a maior parte em leprosalario, dando-se conforto ao doente e recebendo-se pensionistas quando o paciente dispuser de recursos. Para isto é mistér que haja no minimo 500 leitos disponiveis no leprosalario do Distrito Federal, que infelizmente ainda não dispõe nem da metade; que não entrem casos novos dos Estados, o que é, aliás, vedado por lei. (De Almeida, T.: *Medicamenta* 10, jul., 1932.)

A 31 de dezembro de 1931, completando tres anos de funcionamento regular, acusou o livro de matriculas do Hospital-Colônia ou Leprosario de Curupaí, Jacarepaguá, Distrito Federal do Rio, o total geral de 615 entradas, incluidos homens e mulheres, adultos e crianças, alcançando na mesma data o total de saídos o n. 387, afim comprendidos os transferidos para outros estabelecimentos congêneres, para isolamento a domicilio, falecimentos, fugas e altas por motivos especiais. Desse total geral de entradas, eram 445 do sexo masculino e 170 do sexo feminino. Em 1º de janeiro de 1931 existiam 224 doentes, crescendo sempre o numero de internados, tal como nos dois anteriores, passando além de 230 no fim do exercicio, para fechar em 31 de dezembro com 228 doentes, de ambos os sexos. Esse aumento gradual do numero de leitos, já excedida a lotação, se vem verificando mês a mês, ano a ano, com adaptações afim de atender casos impre-

vistos e urgentes de internamentos forçados em condições excepcionais. Na data da instalação, a 1º de janeiro de 1929, eram 124 doentes; em julho eram 185 e já em dezembro 204; em julho de 1930 subiram a 217, atingindo a 224 no fim do ano passado. Durante 1931 alcançou ao maximo de 231. Entraram durante o ano 130, sendo adultos 89 homens e 33 mulheres, mais 7 crianças do sexo masculino, e 1 do sexo feminino, contra o total de 156 no ano anterior; saíram, entre remoções, fugas, obitos, etc., 126, assim discriminados: homens 99, mulheres 26 e 1 menino, total, também inferior ao correspondente de 1930, que foi de 136 saídos e obitos. Dos entrados eram nacionais 115 e estrangeiros 15. A mortalidade foi de 9.8 por cento contra 9.7 em 1930; as transferencias 15.8 por cento contra 13.6 e, por fim, as fugas 9.3 por cento contra 13.6 em 1930. O tratamento especifico sistematico e intenso que em fins de 1931 se tornou eficiente em Curupaití, e excepcionalmente bem aceito pelos doentes, graças, também á boa vontade dos médicos e enfermeiros, ainda poude dar frutos, por exigir tempo, e só de meado de 1932 em diante se espera com a revisão clinica sistematica, poder apurar resultados apreciaveis. Internamente foram empregados: Antileprol (capsulas gelatinosas); oleo de chaulmoogra, ampólas e comprimidos (saís sodicos de oleo de chaulmoogra) nacional; e, em experiencia, Carpol (comprimidos) e pastilhas de São Lazaro. Merece especial registro o inicio da experiencia do tratamento com injeções intra-dermicas de Alepol, Antileprol, Hansenil, Carpotreno. Talvez, por falta de prática com o novo processo, houve alguns accidentes locais (piodermites, ulcerações, etc.), que prejudicaram um pouco as primeiras experiencias que serão renovadas em 1932. Também foi ensaiada a auto-hemoterapia. Como tratamento auxiliar, além dos bons resultados obtidos com a eletro-coagulação, neve-carbonica, diatermia, ultra-violeta, foram igualmente usados, com a indicação precisa, varios medicamentos do arsenal adjuvante da terapeutica da lepra. Durante o ano realizarem-se quatro casamentos entre os doentes. A situação pitoresca de Curupaití, com sua paisagem, as suas arvores e frutos; seus horizontes longinquos, luz e ar puro, com o conforto relativo e a assistencia médica; as ocupações uteis e as variadas distrações constituem um conjunto capaz de proporcionar melhoras apreciaveis, até a cura dos males fisicos do doente. (De Almeida, Teófilo: *Medicamenta* 11, jul., 1932.)

Entre 1928 a maio de 1932 (4 anos e 5 mezes) foram verificadas em Fortaleza 339 pessoas afetadas de lepra. Destas, foram internadas na Leprosaria Antonio Diogo, em Canafistula, 117; faleceram, 13; disseminaram-se no Estado 56; deixaram o Ceará, 7; permanecem, 146. Em igual periodo foram internados na leprosaria 288 doentes. Faleceram 48; deixaram o estabelecimento, 26; permanecem, 214. Entre os 288 enfermos recebidos na leprosaria, 117 provieram de Fortaleza e 171 dos outros municipios do Estado. Dos 288 devemos deduzir 7, meros comunicantes que permaneceram em internamento durante algum tempo. Desses, 6 foram retirados, e 1 faleceu entre os lasaros: creança menor de um ano, recolhida com a progenitôra, morfetica. Certamente entre os individuos recensados em Fortaleza ou alhures, alguns existirão cujo diagnostico seja discutivel. A propria prova pelo iodureto de potassio nem sempre é exequivel, sobretudo com a tecnica exata. A terminação do ano de 1930, a lotação da leprosaria (176 comodoss individuais) já se achava excedida. A construção da Enfermaria Samuel Uchôa, no decurso de 1931; abiru marjem a cerca de mais 30 ou 40 logares, em comun. A deficiencia de recursos para alimentação e sobretudo o difficil abastecimento dagua, determinaram porem a restrição do recebimento de enfermos, que é facil observar, contejando os 43 doentes internados em 1931 com os 84 de 1930. Quantidade de leprossos recensados e existentes atualmente em Fortaleza, na leprosaria e no interior do Estado: 146, 214 e 76, respectivamente. De acordo com os dados mencionados, parece-nos licito tentar a avaliação do total de lasaros atualmente existentes no Estado do Ceará. Assim, aumentamos de um quarto o numero de lasaros conhecidos em Fortaleza, onde o recenseamento

é mais perfeito. Tal aumento refere-se naturalmente aos casos ignorados. Em relação ao interior, dobremos o numero dos internados em Canafistula e dos que foram registrados, e posteriormente se disseminaram. Desta sorte, teremos: Fortaleza, 328; interior, 494. Entretanto, destes 822 enfermos; 214 estão isolados, de sorte que sómente 608 se encontram em promiscuidade com a população sadia do Estado. Tal situação foi conseguida graças ao congraçamento de esforços das autoridades estadoais e dos particulares, empenhados desde 1928, senão em rezolver definitivamente, em restringir tanto quanto possível a disseminação da lepra, seja pelo isolamento, seja pela assistencia medicamentosa em domicilio ou em ambulatorio. O tratamento medicamentoso proporcionado aos lasaros internados na leprosaria, muito contribúe para fixal-os ali. Mantidos sem nenhum meio de constrançamento, sómente 28 individuos entre os 288 internados durante quatro anos, deixaram a Gafaria sendo ainda de notar que seis não eram doentes e cinco foram expulsos por medida disciplinar. Quanto fica exposto, demonstra com evidencia o esforço que vem sendo desdobrado no Ceará desde quatro anos, em prol da profilaxia da lepra. No Ceará, onde a incidencia da lepra será no maximo de 0.54 por cento ou mesmo de 0.40 por cento, si descontarmos os 214 reclusos da leprosaria, é incontestavel, que raros serviços de higiene exijirão maior atençaõ do que os relativos a profilaxia dessa doença. Já agora, a assistencia terapeutica que era indistintamente prestada pelo departamento de higiene do Ceará, aos lasaros de Fortaleza, aos de Canafistula e mesmo a alguns outros disseminados no interior, fica restrita ás tres dezenas de enfermos do ambulatorio ao Serviço Sanitario. A incidencia da lepra nesta capital de 100,000 habitantes é realmente alarmante: 1.46 por cento. (Justa, Antonio: *Ceará Med.*, junho, 1932.)

*Curso no Instituto Oswaldo Cruz.*—De 5 de outubro a 10 de novembro 1931 o Dr. H. C. de Souza Araujo realizou no Instituto Oswaldo Cruz o seu 3º Curso de Leprologia. O numero de alumnos subiu este anno a 31. Durante esse periodo os alumnos do curso fizeram inspecções e visitas ás organizações contra a lepra de Rio de Janeiro e de São Paulo.

*Nuevo centro de investigación.*—Según los planes convenidos en la sesión del Consejo de la Liga de las Naciones en septiembre de 1931, va a establecerse el proyectado Centro Internacional para Investigación de la Lepra en Río de Janeiro. En el centro se realizarán investigaciones epidemiológicas, clínicas, biológicas, preventivas y terapéuticas, al mismo tiempo que se ofrecerán cursos especializados. El costo de la instalación y mantenimiento de la institución correrá a cargo del Gobierno brasileño. Los planes propuestos abarcan cinco años, al cabo de los cuales tal vez se proponga una extensión. La directiva constará de miembros del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, y un representante del Gobierno brasileño.

*Colombia.*—Al trazar una breve historia de la campaña contra la lepra en Colombia, Enciso esboza el nuevo plan de lucha. En Colombia hay actualmente 7,347 leprosos aislados, y aceptando el cálculo habitual de dos o tres casos recientes por cada caso típico, puede estimarse en 20,000 el total de enfermos para el país, lo cual, para una población de 8,000,000, representa un coeficiente de 2.5 por 1,000; verdaderamente alarmante. Suponiendo que la mayoría de los leprosos estén aislados, y que el total no ascienda sino a 15,000, el coeficiente sería de 1.88, más aproximado a la realidad, pues en Colombia desde hace 50 años el aislamiento es obligatorio. El total de entradas en los lazaretos de 1919 a 1931 fué de 8,216 y las defunciones de 4,892, y el total de aislados ha subido de 4,677 a 7,554. El número de entradas anuales ha subido igualmente, de 236 a 771. Desde los tiempos coloniales las autoridades se han preocupado por segregar a los enfermos; pero el Gobierno español, a pesar de muchos esfuerzos y persistencia, no logró hacer nada práctico por falta de lazaretos convenientemente repartidos, y de suficientes recursos. Con la guerra de emancipación, desatendido el problema,

en los hospitales se atendía únicamente a los enfermos avanzados. En 1826 se dictó la primera ley para auxiliar a los hospitales existentes y establecer otros para leprosos, pero sólo en 1833 una ley ordenó la construcción de tres lazaretos, en cumplimiento de la cual se organizó en 1835 el Lazareto de Caño de Oro, que ya existía desde los tiempos de la colonia. A pesar de las sabias medidas dictadas, el Lazareto de Contratación no fué fundado hasta 1861, y el de Agua de Dios hasta 1870; el primero por ley expresa del Estado de Santander, y el segundo al ser expulsados violentamente los enfermos de la población de Tocaima. A pesar de eso, los enfermos continuaban viviendo en las ciudades en íntimo contacto con los sanos. En 1892 se autorizó el aislamiento a domicilio, que dió resultado perjudicial, pues los enfermos ya retirados, volvieron a los centros urbanos. La guerra civil de 1899-1902 retrasó de nuevo la lucha antileprosa, hasta que en 1903 el Congreso ratificó las disposiciones vigentes e impuso a los Departamentos la obligación de crear lazaretos, destinando para su sostenimiento el producto del impuesto sobre las sucesiones. En 1905, el Gobierno Nacional asumió la dirección y administración de los leprocomios, creando la Oficina Central de Lazaretos, y en 1907 se dictó la ley 14, que es la base de la organización actual, y junto con la ley 32 de 1918 forma el código de lazaretos vigente. Quedó así abolido el aislamiento a domicilio, se dejó a cargo del Estado a los niños residentes o nacidos en los leprocomios, y se protegieron los intereses de los enfermos en sus negocios civiles y criminales. La ley 53 de 1921 permitió formar un fondo especial para el mejoramiento de los lazaretos, si bien fué derogada después, y la ley 20 de 1927 otorgó facultades amplias para organizar la lucha, hasta que en 1931 se incorporó la Dirección de Lazaretos al Departamento Nacional de Higiene. El aumento efectivo de los enfermos ha sido de 1909 a 1928 de 200 al año, y de seguir la política actual, dentro de 10 años habrá en los lazaretos unos 10,000 enfermos y otros tantos repartidos en el país. En los últimos 10 años, ha gastado la nación en los lazaretos 16,000,000 de pesos, o sea un promedio de 1,626,763.94 pesos al año, lo cual viene a representar \$246.66 por cada enfermo, habiendo subido el costo de \$191.84 en 1923 a \$282.60 en 1930. Ese gasto estaría perfectamente justificado si lograra el aislamiento de todos los enfermos, pero, como se ha visto, deja fuera un número por lo menos igual, que constituyen en su mayoría focos de infección. Dada la magnitud del problema, parecería casi insoluble de no ser por un cambio muy significativo en la terapéutica. En un grupo de 648 tratados en Agua de Dios, se ha obtenido un 24.7 por ciento de curaciones en cuatro años, lo cual comprueba las cifras de otras partes. De la partida asignada en el presupuesto nacional para higiene y asistencia pública, 75 por ciento se invierte en el sostenimiento de los lazaretos. El autor propone que se busque el camino más corto y económico para combatir la enfermedad. Si bien no se opone a que la Nación continúe invirtiendo 10 por ciento de su presupuesto nacional en la lepra, sostiene que los Departamentos y los municipios deben también contribuir eficazmente. Un proyecto de ley, introducido recientemente en el Congreso Nacional, se inspira en estas ideas, disponiendo que se aise únicamente a los enfermos contagiosos, y vigile estrechamente a los que no sean peligrosos. En uno de los artículos se ordena la creación en la Escuela de Medicina de una cátedra de leprología. Una conferencia de leprólogos reunida en Bogotá por invitación del Departamento Nacional de Higiene el 10 de marzo de 1932, recomendó la fundación de dispensarios antileprosos, una lucha intensa contra la prostitución en los leprocomios, declaró obligatorio el tratamiento de los leprosos, y aconsejó la fundación de laboratorios de investigación y de una Sociedad Nacional de Leprología, así como varias medidas relativas a la mejor organización de la lucha, que debe estar bajo la dirección del Departamento Nacional de Higiene. (Enciso, E.: *Rev. Hig.*, 259, agto. 16, 1932.)

Para Zapata, debe crearse en Colombia una comisión científica que visite las principales regiones en que la lepra existe endémicamente, para estudiar: las

condiciones climatológicas, condiciones de vida de los habitantes, incluso alimentación, vestido, hábitos, etc.; parásitos susceptibles de obrar como huéspedes intermedios, incluso un estudio bacteriológico de éstos. Ciertas condiciones que no obran como causa directa, sí pueden hacerlo indirectamente preparando el terreno para el desarrollo del germen. (Zapata, R.: *Rep. Med. & Cir.*, 623, dbre., 1931.)

Por una resolución del 14 de mayo de 1932, el Director Técnico de Higiene de la República de Colombia ha ordenado que en el tratamiento antileproso en los lazaretos se dé la preferencia siempre a los niños, y entre éstos, a los de enfermedad más reciente. Respecto de los adultos, se tendrá en cuenta la edad, lo reciente de la enfermedad, y el estado fisiológico favorable. Dentro de esas condiciones, debe tratarse de formar agrupaciones homogéneas, a fin de que el tratamiento produzca resultados beneficiosos en el menor tiempo posible. (*Rev. Hig.*, 174, mayo 31, 1932.)

*Reducción del período de observación de los dados de alta.*—Por una resolución expedida el 19 de enero de 1932, el Departamento Nacional de Higiene de Colombia reduce a seis meses el anterior término de un año durante el cual se observaba a los enfermos considerados para alta. Los enfermos de la forma nerviosa sin bacilos, lesiones abiertas, ni signo alguno de lepra activa, ingresarán inmediatamente a observación, y si son declarados tras un examen, no peligrosos por la junta de médicos del lazareto correspondiente, serán puestos en libertad. La administración de yoduro de potasio será voluntaria, pero, de no someterse los enfermos a esa prueba, el tiempo del tratamiento de observación durará un año, como antes. (*Diario Oficial*, eno. 29, 1932.)

Con el mismo fin de economía, por la resolución No. 23 del 9 de febrero de 1932, dicho Departamento recuerda a los administradores la obligación que tienen de procurar por todos los medios a su alcance que en los hospitales de los lazaretos se atienda al mayor número posible de leproso, sin conceder alojamiento en casas particulares mientras haya espacio disponible en los hospitales. Los enfermos hospitalizados no pueden retirarse sin orden expresa del administrador del lazareto, de acuerdo con el médico del hospital. Los servicios médicos prestados a personas sanas que residen en los lazaretos serán cobrados de acuerdo con una tarifa. (*D. Of.*, fbro. 23, 1932.)

*Cuba.*—En Cuba en 1631 D. Pedro Alegre ofreció una estancia para proporcionar albergue a los desdichados que padecieren del Mal de San Lázaro, y las rentas que aún sostienen a los infelices leproso, provienen del donativo. Hoy día (desde 1917) los enfermos están asilados en el Hospital del Rincón, donde más de 350 enfermos de ambos sexos reciben asistencia y cuidado. El director es el Dr. Carlos María Pernía. En Cuba calculan que deben existir no menos de 1,000 leproso, y, según datos demográficos, mueren 10 en libertad por cada uno que muere en el Rincón. El autor propone efectividad de la asistencia obligatoria de todo leproso ya impuesta por la legislación vigente; organización de una colonia, marítima de preferencia, en donde puedan ser recogidos todos los leproso indigentes, y un amplio y bien dotado servicio técnico para el descubrimiento de casos. (Paz Soldán, C. E.: *La Reforma Médica*, nbre. 1, 1931.)

Según una correspondencia publicada en el *New York Times* (eno. 3, 1932), el Departamento de Sanidad de Cuba ha declarado que en la actualidad hay 385 leproso reclusos en la Colonia de Rincón (253 hombres y 82 mujeres; 202 blancos, 41 negros, 52 mulatos y 40 asiáticos). El Gobierno dedica \$20,000 anuales al mantenimiento del hospital. En la colonia hay casas pequeñas, a fin de que los leproso puedan vivir allí con sus familias. Los enfermos también pueden casarse y tener hijos. En Cuba, los leproso pueden igualmente ser admitidos en los hospitales generales, y las clínicas y hospitales de las sociedades de beneficencia están obligados a aceptar esos enfermos, si son socios de las mismas. Los leproso también pueden permanecer en sus propios hogares si obtienen un permiso

especial del Departamento de Sanidad y se conforman a los reglamentos de éste.

Por no haber más camas disponibles para leprosos en la Leprosería de Rincón, Cuba, la Dirección de Sanidad ha dispuesto que se dé acceso en los hospitales del interior a los casos que se presenten en los términos respectivos. (*Heraldo de Cuba*, jun. 13, 1932.)

*Leprosería de los Estados Unidos.*—En la Leprosería Nacional de los Estados Unidos en Carville, Luisiana, durante el año terminado el 30 de junio de 1931, ingresaron 63 enfermos nuevos, se fugaron 3, regresaron 10 prófugos, 1 fué deportado por no tener derecho a tratamiento por cuenta del Gobierno, 23 murieron, 2 dados de alta condicional volvieron con recurrencias, y 7 dados de alta condicional volvieron en busca de tratamiento por síntomas secundarios a su antigua enfermedad. Además, se dió de alta condicional a 19 enfermos, pero uno de ellos prefirió quedarse en el hospital. Al terminar el año había 337 leprosos reclusos, 16 de ellos procedentes de las colonias inglesas de América, 1 del Brasil, 41 de México, 1 de Panamá, y 8 de Puerto Rico. En la enfermería ingresaron 341: 251 hombres y 90 mujeres. De las 23 defunciones, 1 se debió a tuberculosis miliar, 2 a hemorragia gástrica, 10 a nefritis, 4 a neumonía, 4 a lepra, 1 a diabetes, y 1 a miocarditis. De los 337 enfermos que quedaban el 30 de junio, 178 tomaban aceite de chaulmugra por vía bucal a dosis de 5 a 125 gotas tres veces diarias; y como la tercera parte recibían inyecciones intramusculares de aceite de chaulmugra con benzocaína a dosis que promediaban 5 c c dos veces semanales. De 49 enfermos que han seguido este último tratamiento por dos años, 33 mejoraron marcadamente, 14 moderada y 2 ligeramente. De 131 que lo han recibido por más de 12 meses, 66 se hallaban muy mejorados, 50 moderadamente, 8 ligeramente y 7 permanecieron lo mismo; en tanto que 34 de ambos grupos eran bacteriológicamente negativos. De la pequeña serie de enfermos que recibían inyecciones intramusculares de suero de ternera vacunada, sólo 4 han continuado el tratamiento puntualmente por más de dos años, y aunque 3 de ellos se hallan bacteriológicamente negativos en la actualidad, no es dable sacar conclusiones acerca de la especificidad. Los ésteres etílicos de hidnocarpo han suplantado en gran parte a los del aceite de chaulmugra en el tratamiento, pues inyectándolos por vía intramuscular a dosis de 2 ó 3 c c una vez por semana no parecen evocar tanta irritación como los últimos, y sus beneficios son más o menos idénticos. Gracias a las gestiones del club de los enfermos, se ha instalado un cinematógrafo parlante en el salón de actos. (Denney, O. E.: *Pub. Health Rep.* 601, mzo. 11, 1932.)

*Publicación por los enfermos.*—Los enfermos de la Leprosería Nacional de Carville, Luisiana, E. U. A., han comenzado a publicar una revista semanal titulada *Sixty-Six Star*, la cual les sirve de entretenimiento y, a la par, informa a los enfermos de lo que sucede en el establecimiento.

*Guatemala.*—Durante el año 1930 se asistieron en el Asilo de La Piedad 66 enfermos, 59 a de los cuales eran de lepra, y 7 de otras enfermedades. Había a principio de año 32 pacientes, entraron durante el año 34, salieron mejorados 30, murieron 2, fugáronse 4, y restaban al final de año 30. ("Informe de las Labores Realizadas en el Hospital General y sus Dependencias, 1930.")

*México.*—En el presupuesto de 1930 en México, figuró el personal necesario para el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra, con partidas para 1 jefe, 2 médicos auxiliares, 1 médico subauxiliar y 2 empleados más y, además, el personal del dispensario en la capital, con 1 médico y 3 enfermeras. Los trabajos fueron iniciados el mismo año, y se procedió a instalar las juntas centrales y municipales que previene el reglamento dictado, estableciéndose 31 de las primeras en los Estados y Territorios y 142 de las últimas. En el dispensario en la capital, de agosto a diciembre de 1930, se registraron 65 leprosos. En Culiacán, Sinaloa, se fundó otro dispensario en que se registraron de mayo a diciembre 66 leprosos, y se registró a 262 sospechosos entre los familiares o allegados. No ha podido construirse todavía ninguna de las leproserías proyectadas, pero se han establecido

salas para leprosos en los hospitales: General de México, y en los de Mérida, Guadalajara, Morelia, Colima, Mexicali y Culiacán. El Segundo Censo de la Lepra fué comenzado, y apenas iniciado se registraron 462 leprosos en todo el país. Estas cifras, que corroboran las del censo de 1927, ratifican la existencia de focos importantes en el Distrito Federal con 117 casos, Sinaloa con 78, Guanajuato con 37, Jalisco con 37, Michoacán con 24, y Coahuila con 23, siendo menores los de otros Estados. El foco del Distrito Federal se forma sobre todo por importación, pues apenas 8 de los 117 denunciados fueron casos autóctonos. De los casos denunciados en 1930, 271 fueron hombres y 191 mujeres; sólo uno tenía menos de 9 años; 45 tenían de 10 a 19, y 313 de 20 a 50 años. Según raza, 113 eran blancos, 103 indígenas, y 220 mestizos. La forma era maculosa en 99, nerviosa en 70, tuberculosa en 157, y mixta en 136. En 236 había lesiones activas. De 115 en que se buscaron los bacilos, 87 resultaron positivos. El aislamiento debería ser: en leprosería, 319; a domicilio, 134; y 9 han muerto. Del total, sólo 329 han estado en observación médica, y sólo 199 bajo inspección sanitaria, a la que han pasado ahora. (González Urueña, J.: *Salubridad* 1128, obre.-dbre., 1930.)

Izquierdo repasa los orígenes de la lepra en México. Aun no se ha puesto en claro si ya existía cuando llegaron los conquistadores españoles, o si la importaron éstos. Es un hecho que Cortés estableció un lazareto, mas duró poco tiempo pues informada la corte de Madrid de que los leprosos eran los primeros en servirse de las aguas de Chapultepec que iban a la ciudad, fué clausurado el establecimiento. Algunos consideran eso como argumento en pro de la autoctonía del mal. En 1582 el Arzobispo Moya de Contreras declaró que los enfermos del mal de San Lázaro eran muy pocos, siendo solamente atendidos en el Hospital de San Lázaro fundado por el Dr. Pedro López. Este hospital fué tomado a su cargo por los juaninos en 1721, hasta que en 1821 pasó a manos del municipio. Después, el número de leprosos creció, especialmente en los Estados de Querétaro, Guanajuato y Michoacán, y en Sinaloa y la península de Yucatán. En 1795, el Obispo Fray Luis Piña y Manso decía que un hospital en construcción serviría para cortar de raíz los progresos de la dolencia. En la estadística de Cícero y Landa, entre 12,040 enfermos de la piel y sífilis, hubo 122 leprosos (1 por 1,000) 53 de forma tuberculosa; 60 nerviosa; 8 mixta; y 1 no especificada. Clínicamente, el trabajo mexicano más antiguo sobre lepra procede de 1844, y se debe a de la Pascua. Después vienen el de Lucio, director del Hospital de San Lázaro, en 1852, con Alvarado, que ya divide la lepra en tres formas: anestésica, tuberculosa, y manchada, no siendo la última reconocida hasta 1878 por Hebra. Poncet escribió sobre el asunto en 1864, y Chacón en 1892 sobre las perturbaciones oculares. La hematología no fué estudiada hasta 1922 por Izquierdo y González Guzmán. Hasta hace poco, la profilaxia de la lepra estaba muy descuidada en México, probablemente interviniendo en ello las ideas de Lucio acerca de la falta de contagiosidad. Desde hace años, se ha hablado de aislar a los leprosos y hacer obligatoria la notificación del mal, por ejemplo, por Cícero en 1906, y Landa en 1908; pero sólo se implantó la notificación en 1921. (Izquierdo, J. J.: "Nota e índice bibliográficos de la lepra en México," 1923.)

Castañeda declara que la primera noticia referente a la lepra en el Estado de Jalisco, data del año 1839, en que aparecen 15 casos inscritos en la estadística de la clínica médica del Hospital de San Miguel de Belén. En 1845, el ayuntamiento de la Villa de la Encarnación manifestó que se estaba propagando el mal en aquel lugar, y el Dr. José María Cano dictaminó que no era contagioso; y que el Dr. Pasene en México, no había prodivo encontrar un solo caso de contagio. El primer artículo sobre la chaulmugra en Jalisco fué publicado en 1881 por el Dr. del Río, quien empleaba ese preparado contra la lepra. En 1882, Chavarín declaró que por el rumbo de Cotija había un gran número de leprosos, y describiendo magistralmente la enfermedad, manifestó que se han de admitir en ella



tres formas: nudosa, mutilante y manchada; que no es contagiosa, pero puede heredarse; y que no tenía aun tratamiento curativo racional. En la "Geografía Médica de Guadalajara," Garciadiego menciona 116 leprosos y 39 leprosas de 1878 a 1887. En el Censo de la Lepra realizado en 1927 por el Departamento de Salubridad Pública se señalan en el Estado 237 casos, pero esa estadística es muy incompleta, pues no comprendió más que 33 de las 116 municipalidades, calculando sobre las cuales hay un leproso por cada 2,532 habitantes. Castañeda estima que existen aproximadamente 647 leprosos en el Estado. Por lo común, los enfermos son aislados en un lazareto dependiente del Hospital Civil desde 1911, desde cuya fecha, hasta mayo de 1931, han ingresado 342 enfermos. Las más jóvenes fueron dos niñas ingresadas en 1927, de 11 y 5 años de edad. En los demás enfermos, la edad ha variado de 13 a 94 años; 252 fueron varones, y 90 mujeres. De los 16 enfermos actuales, 8 presentan la forma mixta, 5 la tuberculosa, y 3 la nerviosa; en tanto que de los 237 anotados en el censo, 117 eran tuberculosos, 39 nerviosos, 46 mixtos, y en 36 se ignora. En cuanto a distribución geográfica, al norte, en los límites con Nayarit y Zacatecas existen algunos focos, quedando indemne la parte de Aguascalientes, lo mismo que al sur en el límite con Colima y al oeste con el oceano Pacífico. Al este y sureste, en los límites con Guanajuato y Michoacán, los focos son muy numerosos. (Castañeda, A. M.: *Bol. Soc. Mutual. Méd. Farm. Guadalajara* 49, mayo-jun. 1931.)

*Barbados.*—Marín describe el leproscario de Barbados. Tiene capacidad para 400 enfermos, aunque en la actualidad sólo hay 200. La proporción de hombres es sensiblemente igual a la de mujeres, siendo casi todos los enfermos de raza negra. Hay igualmente algunos mulatos, y en raras ocasiones algún blanco. El aislamiento es obligatorio, pero a ciertos enfermos pudientes se les permite vivir en casas solitarias en el campo, vigilados por la sanidad. En el asilo se encuentran todas las formas de la enfermedad, desde la anestésica a la tuberculosa y la maculosa. También hay numerosos casos curados por más de 5 ó 6 años. Después de salir, los pacientes deben volver dos veces por mes en el primer trimestre, para examen de las secreciones, especialmente nasales; después, dos veces por año, y enseguida una sola vez al año. Las inoculaciones de sangre directamente extraída de los enfermos en sujetos condenados a muerte no ha dado resultado alguno, lo cual revela que el contagio necesita de otras condiciones para efectuarse. La mayoría de los enfermos sucumben de enfermedades intercurrentes, especialmente neumonía. La edad de los retraídos varía de 10 a 70 años. En los niños parece más frecuente la forma maculosa, y en los adultos la tuberculosa y anestésica. La vida de los enfermos se les hace lo más llevadera posible con libros, fonógrafos, revistas, clases, conferencias, etc. Además, tienen a su disposición grandes patios para circulación. Las enfermeras son, en su gran mayoría, negras, pero también hay algunas jefes blancas. (Marín, Juan: "Clínicas y Maestros en Inglaterra y Francia," 1931.)

*Hawaii.*—Wayson describe la situación de la lepra en el archipiélago de Hawaii. El número de leprosos recluídos en la colonia de Kalaupapa en la isla de Molokai (establecida en 1866), ha variado de unos 1,100 a 500, y actualmente hay pocos más del último número. Desde el principio de la colonia, se ha segregado allí a unos 7,200 leprosos. La enfermedad pasa por haber sido introducida por los chinos, aunque jamás podrá determinarse con seguridad el punto. Los hawayos llaman la lepra el mal chino, dando a entender que no la conocían los aborígenes. Tampoco puede determinarse la fecha de reconocimiento de los primeros casos, pero en 1865 la frecuencia era tal, que el rey estableció la primera colonia. Aun en 1895 había más de 1,000 leprosos en una población de unos 40,000 habitantes, o sea 2.5 por ciento. En la actualidad, la proporción es de 1 por cada 100 hawayos considerado como caso activo o quiescente de lepra, y el total de todas las razas es de unos 800, o sea poco más de 0.2 por ciento del total. El número de ingresos anuales en la colonia ha disminuído lentamente por espacio de 20 años, pero el

número de casos establecidos no ha variado mayor cosa durante ese período. Un factor que tal vez afecte ese fenómeno, es la disminución en el número de los indígenas, que son los que aportan el coeficiente mayor de ingresos. Los filipinos han comenzado últimamente a llegar a razón de unos 5,000 al año, y ya representan la sexta parte de la población, y entre ellos abundan los casos de lepra. Es interesante observar que en el período 1926-1930 la natalidad entre los hawayos ha disminuído de 25.78 a 21.6 y entre los asiáticos-hawayos sólo de 77.44 a 73.08 y entre los caucaso-hawayos de 65.3 a 62.57; en tanto que la mortalidad ha subido respectivamente de 30.09 a 33.3, 15.21 a 18.61, y 14.72 a 17.28. En otras palabras, la natalidad entre los hawayos mixtos es casi tres veces mayor, y la mortalidad casi la mitad que entre los hawayos puros. Desde 1865, las leyes obligan a segregar todos los casos de lepra, y todos los que descubren un caso sospechoso están obligados a notificarlo a la Junta de Sanidad para que ésta haga examinar al individuo por tres médicos, uno de los cuales puede ser escodido por el enfermo. Un 50 por ciento no utilizan ese privilegio y aceptan el dictamen del médico de la Junta de Sanidad. Al determinar que el caso es de lepra, hay que hospitalizarlo si se considera peligroso para el público; pero si se cree que es un caso cerrado y quiescente, sin peligro para el público, puede dejársele en libertad, pero sujeto a la dirección, examen y vigilancia de la junta. Muy pocos casos son los liberados así inmediatamente, pues la mayoría necesitan hospitalización. Si el enfermo es hospitalizado, es asistido primero en la estación de recibo, dirigida por el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos en los alrededores de Honolulu. Su permanencia allí depende de la gravedad del mal y de las probabilidades de curación, pero muy pocos son trasladados a la colonia antes del año, y la duración media ha sido 20 meses en un período de 10 años. Los que desean ir a la colonia, o están muy impedidos, pueden ser trasladados a los seis meses; y los que rehuyen la vigilancia en el hospital, en cualquiera ocasión. Cerca del 70 por ciento de los casos recibidos pueden ser clasificados como cutáneos del segundo o tercer grado. No se trata de clasificar los casos de acuerdo con el número de bacilos descubiertos en un ejemplar microscópico, por ser tan falaz ese método. Los casos que permanecen aparentemente quiescentes por varios meses son examinados con todo cuidado repetidas veces, a fin de determinar si no revelan bacilos en la piel y mucosas, y de no revelarlos, puede dárseles de alta condicional como enfermos ambulantes, bajo vigilancia e inspección. De manifestar luego exacerbaciones o no presentarse para examen, son de nuevo hospitalizados. En dicho establecimiento, la asistencia general es parecida a la ofrecida en una casa de salud. No más de dos individuos ocupan el mismo cuarto en un pabellón, y cada enfermo tiene su propia cama, tocador, sillas, etc. Los pabellones son de madera y rodeados de galerías. Todo el alimento es preparado en una cocina central. Las medidas terapéuticas reconocidas has sido empleadas por muchos años. De 20 a 30 por ciento de los enfermos recibidos en los últimos 10 años se han repuesto lo suficiente para darlos de alta condicional, y la mayoría pertenecían a la forma nerviosa. De los dados de alta, muchos han tenido recidivas y vuelto a ingresar; en otras palabras, la devolución de los enfermos al medio en que contrajeron antes la enfermedad, no ha favorecido la quiescencia continua, aun después de administrar una terapéutica especial por varios años. En cambio, enfermos que no recibieron ningún tratamiento especial han continuado quiescentes por períodos igualmente prolongados. El tratamiento de los enfermos ambulantes es más difícil que el de los hospitalizados, y hay que crear una organización para conseguir más de 30 a 50 por ciento de asistencia. (Wayson, N. E.: *Lepr. Rev.* 9, eno., 1932; véase también el *Boletín* de sbre., 1930, p. 1090.)

De acuerdo con una resolución del Congreso de los Estados Unidos, el Servicio de Sanidad Pública va a investigar los medios actuales y las reformas que parecen necesarias para la protección de la salubridad pública, con respecto a la asistencia y tratamiento de los leprosos en Hawaii. El gobernador de dicho

archipiélago ha informado que en la actualidad hay 623 leprosos atendidos por el territorio en sus leproserías, lo cual constituye un gravamen muy fuerte, dados los recursos limitados del fisco. La comisión nombrada por el Servicio de Sanidad Pública va a estudiar si se necesitan más medidas para el control y erradicación del mal en dicha región, así como nuevos edificios, terrenos, etc.

*Forma nodular.*—Hopkins y Denney llaman la atención sobre la falta de signos patognomónicos en los nódulos de la lepra incipiente. Publican 26 fotografías de casos cutáneos bacteriológicamente comprobados, en 15 de los cuales las lesiones simulaban otras enfermedades. Describen la facies de la lepra avanzada y fácil de reconocer, con referencia particular a los pliegues normales de la piel, al determinar la supuesta expresión leonina. También, enumeran puntos de diferenciación entre la lepra nodular y algunas enfermedades que se le parecen, con referencia particular a la distribución de las lesiones. (Hopkins, R., y Denney, O. E.: "International Clinics," Vol. II, series 41.)

*Ginecomastia.*—El trabajo de Natali y Caffarena tiene por objeto demostrar la frecuencia de la ginecomastia en los enfermos internados en el Leprocomio Santa Isabel, de Asunción. En prueba de ello citan seis casos que se prestan mejor para estudio, bien por la duración de la ginecomastia, por la época de su aparición, o por la coexistencia de manifestaciones disendocrinas. Corresponden a períodos muy diferentes de evolución, apareciendo en cinco el fenómeno en plena juventud, de los 23 a los 30 años, y en el otro a los 44 años. El signo fué encontrado en 14 por ciento de los asilados. En los seis sujetos se trataba de una ginecomastia verdadera. Las mamas estudiadas presentaron ciclos funcionales, pero irregulares y caracterizados morfológicamente por una actividad transitoria acinoblástica con neoformación capilar, hiperemia activa y edema intenso, que explican el eretismo mamario y el dolor. Por lo que se refiere a capacidad funcional, la presencia de una sustancia coloidea en el interior de algunos conductos, le diferencia de la glándula femenina. Dicha ginecomastia constituye un proceso íntimamente ligado al déficit o supresión de la función endocrino-testicular. Se trata, pues, de una anomalía adquirida. (Natali, C., y Caffarena, S.: *Rev. Sud-Am. Endocr. Inmun. & Quimtr.*, 1, eno. 15, 1932; íd. 112, fbro. 15, 1932.)

Comentando el anterior estudio, Borzone hace notar que el análisis prolijo de las historias clínicas de leprosos, así como la observación de numerosos preparados y biopsias, revela la existencia de lesiones y trastornos al nivel de los sistemas retículo-endotelial y endocrino-simpático, que son dignos de ser tomados en cuenta en el tratamiento del mal, y también para su clasificación morfológica. En un trabajo presentado al IV Congreso Nacional de Medicina en Buenos Aires en octubre de 1931, el autor con Rojas Silveyra, declaró que la lepra constituye una retículo-endoteliosis infecciosa neurodermo-disendocrínica. La lepra es endémica en la ciudad de Rosario, y el autor ha podido observar desde las formas febriles iniciales acompañadas de eflorescencias congestivas y fugaces con escasos bacilos en las mismas, o bien infiltraciones difusas y generalizadas, a veces del tipo denominado edema angioneurótico, hasta las lesiones limitadamente nodulares, discretas, aisladas o diseminadas. El comienzo de lo que puede llamarse fase histiódica, marca ya un incremento de la resistencia orgánica específica frente a la invasión por los derivados formados o amorfos del virus. Para él, la clasificación debería basarse en el tipo de trastorno histopatológico o substrato histológico o anatómico, presentado por el enfermo y la especie, y determinada por el tipo de trastorno endocrino-simpático o fisiopatológico constatable semiológicamente. Ese dato debería ser utilizado después en el tratamiento. Por ello, orienta el tratamiento complementando la terapéutica específica con chaalmugra y estimulantes inespecíficos, con una endocrinoterapia fundada en el desequilibrio o disendocrinia dominante. De acuerdo con esos conceptos, el autor esboza esta

clasificación de las formas clásicas de lepra: (a) Nodular: hipertiroidea-hipopinéfrica, hipovárica, e hiperhipofisaria y (b) Macular: hiperepinéfrico-ginecomástica, e hipertirovárica. (Borzone, R. A.: Comunicación, eno. 30, 1932.)

*Ojo.*—Del estudio de unos 120 casos del Servicio de Lepra del Hospital Muñiz, de Buenos Aires, Just Tiscornia deduce que las manifestaciones oculares son secundarias a la infección del organismo por la lepra; que la aparición de esas lesiones son por lo común muy tardías y la acción local terapéutica solamente paliativa, siendo el tratamiento general el único capaz de detener la evolución. Los tejidos oculares son invadidos por vía sanguínea o linfática. La evolución ocular es lenta e insidiosa, correspondiendo a la característica general de la afección. El autor publica la primer fotografía de fondo ocular con lesión leprosa. (Just Tiscornia, B.: *Rev. Méd. Lat. Am.* 236, nbre., 1931.)

*Formas ocultas de tuberculosis.*—Ninni y de Sanctis Monaldi advierten que no se deben considerar como lesiones leprosas experimentales, las hipertrofias ganglionares y los nódulos, ya locales o remotos, que se presentan tras la inoculación de productos leprosos. En efecto, la inoculación intraganglionar de productos leprosos aparentemente puros, puede revelar formas atípicas de la tuberculosis, que parecen muy frecuentes en la lepra. (Ninni, C., y de Sanctis Monaldi, T.: *Gaz. Hôp.* 1269, ago. 22, 1931.)

*Coexistencia con leishmaniasis cutánea.*—Santos Zetina comunica a la Sociedad Médica Yucateca un caso de asociación de leishmaniasis con lepra. En una ocasión anterior ya había comunicado un caso de coexistencia de sífilis y leishmaniasis. (Santos Zetina, F.: *Medicina*, 157, mzo. 25, 1932.)

*Contagiosidad.*—Discutiendo las estadísticas de la colonia leprosa de Garkida, Nigeria, Robertson declara que tras un interrogatorio cuidadoso de 148 enfermos, en 64 por ciento descubriéronse antecedentes de allegados que padecían de lepra; en 22 por ciento había datos dudosos o imprecisos; y sólo 14 por ciento negaron íntima asociación con enfermos. En el primer grupo figuraban abuelos, padres, hermanos, o varios de éstos, y un caso tenía nueve hermanos que habían contraído la lepra. En la colonia hay muchos hermanos y primos, y cuatro casos de padres e hijos residentes allí. El tratamiento sistemático es éste: (1) inyecciones intramusculares y subcutáneas de alepol cada cinco días (los ésteres etílicos del *H. wightiana* fueron probados, pero abandonados por evocar demasiado dolor); (2) aplicación quincenal de ácido tricloracético a las lesiones; (3) método de la plancha o infiltración cada 20 días, de haber pocas y bien demarcadas lesiones cutáneas; y (4) administración cada 10 días de cloruro de oro a dosis de 0.05 gm siempre que hay invasión ocular. En otros casos oculares, si la etiología es leprosa, desaparecen las lesiones en la mayoría de ellos con 3 a 6 inyecciones; pero, por supuesto, si hay ulceración y espesamiento corneal, sólo puede esperarse estacionamiento. El autor conviene con Muir y otros, en que debe tratarse cuanta enfermedad padezca el leproso, y sólo así puede adelantarse algo. En la región de la colonia, los males más frecuentes son: sífilis, frambesía, bilharziasis, teniasis, sarna, afecciones torácicas, paludismo y filariasis, los cuales hay que curar para poder atacar con éxito la lepra. Mientras mayor la proporción de casos incipientes jóvenes, menos tratamientos de otro género se necesitan. Aunque esto reza con todas las enfermedades, es más cierto de la lepra que hay que individualizar el tratamiento y, para el autor, es dudoso que de cada 100 casos haya dos semejantes en todos sentidos. Además de la eritrosedimentación para descubrir la resistencia y reacciones del enfermo, debe escudriñarse cuidadosamente cada caso después de cada inyección, para determinar el estado general, cambio en las lesiones, musculatura, úlceras, quemaduras, expresión facial, y actitud general. La colonia fué inaugurada en septiembre de 1929 con 36 casos muy avanzados. Los casos incipientes se presentaron poco a poco el primer año, y el número de los tratados regularmente ahora llega a 114, que representan 27 tribus distintas. Los varones representan 72 por ciento y las mujeres 28; adultos, 78, y menores,

22 por ciento; los impedidos (C-2 y C-3, o N-2 y N-3), 43 por ciento; y los incipientes (C-1 ó N-1), 57 por ciento. Un enfermo fué dado de alta estacionado el año pasado; 6 más ya han recibido el alta; y 7 están a punto de recibirla. Un 65 por ciento han mejorado marcadamente; 14 por ciento no han mejorado; y 7 por ciento han empeorado. La proporción de estacionamientos y mejorías llega a 77 por ciento. Hubo cinco muertes durante el año. El porcentaje de casos estacionados debe elevarse con cada año. Los ingresos han sido voluntarios desde el principio. Es más, mientras menos se les suplica que vayan, más probable es que lo hagan. (Robertson, R. L.: *Lepr. Rev.*, 50, ab., 1932.)

El estudio subsecuente de los hijos de los leprosos de Culión reveló que 64.5 por ciento manifestaban lesiones sospechosas o confirmadas de lepra a los siete años. El íntimo contacto en la infancia apunta a la madre más bien que al padre, como causa de infección; pero hay sus excepciones cuando el padre es aficionado al hogar o tiene que atender al niño. En cambio, la alimentación artificial, por mermar el contacto entre la madre y el hijo, y los climas fríos, que obligan a ponerse más ropa, merman el peligro. Al parecer, si la lepra no se propagó en Minnesota, a pesar de los muchos inmigrantes leprosos, es por ser casi todos ellos hombres. En cambio, en el Estado de Luisiana, así como en otras regiones endémicas, ya Sumatra o Islandia, se observan bastantes leprosas. La frecuencia entre los leprosos segregados en el mundo entero, varía de 1 mujer por cada 2 hombres, a 2 mujeres por cada 3 hombres, lo cual atribuyen algunos leprólogos a inmunidad femenina, o exposición más frecuente del hombre. Si la irritación, tal como luz solar, calor, frío, fricción, etc., favorece la aparición de infiltraciones lepróticas, la frecuencia de las lesiones faciales en la mujer debería ser menor que en el varón, y eso explicaría el menor número de leprosas descubiertas y segregadas. Igualmente, el hecho de que la mujer no exterioriza con tanta facilidad su cuerpo, ni aun durante un examen físico, impide descubrir muchas lesiones ocultas. En cambio, entre los niños de Culión, ambos sexos se afectan por igual. Por lo tanto, en las Filipinas, donde la proporción es de 2 mujeres por 3 hombres entre los aislados, ninguna segregación puede lograr mayor baja de la enfermedad en tanto que la sexta parte (mujeres) de los que debieran estar segregados, permanezcan en libertad de convertirse en madres y propagadoras. Lo dicho de las Filipinas, probablemente reza también con otros países. En otras palabras, la endemicidad del mal depende en gran parte del número de leprosos en contacto con lactantes. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 5, eno., 1932.)

*Inoculación humana experimental en las Filipinas.*—En las Filipinas, a fin de demostrar que la lepra no es contagiosa para los adultos, los Dres. Manalang, Chiyuto, Ejercito y Celis y 10 empleados más del Servicio de Sanidad, se han inoculado productos leprosos. Las primeras inoculaciones se remontan a varios meses. (Apud: *Progr. Méd.*, 1502, agto. 27, 1932.)

*Epidemiología y pronóstico.*—Resumiendo sus observaciones en la India, Lowe declara que ya hay acuerdo general acerca de que la lepra se adquiere por contagio y que rara vez, o nunca, es hereditaria; que no es muy infecciosa, y mucha gente expuesta a ella no la contrae; que revela una marcada tendencia natural a la curación, y puede curarse espontáneamente en cualquier período, en particular el incipiente; que muchos casos, o bien no revelan bacilos leprosos, o no los expulsan, de modo que aparentemente no son infecciosos; que se trata de un mal producido por la falta de higiene y la miseria; que los individuos sanos y fuertes, de hábitos buenos y que consumen un régimen adecuado, rara vez contraen la enfermedad, y si la contraen es en forma leve; que algunos casos continúan por muchos años con pocos signos y muy poca molestia; que la mayor parte de los casos activos avanzan muy lentamente con pocos trastornos orgánicos, pero sí con aumento de la deformidad e incapacidad; que la dolencia rara vez mata, y que cuando sobreviene la muerte, débese casi siempre a una infección secundaria o enfermedad

intercurrente. En otras palabras, por lo menos en la India, la lepra no es ni mucho menos tan infecciosa, virulenta, rebelde y horrible como se solía creer y, en cambio, es mucho más frecuente que lo imaginado. Las estadísticas no revelan exactamente los resultados del tratamiento, pues éste en la mayoría de los casos requiere más de un año, y como sólo los casos muy incipientes se estacionan en menos de ese tiempo, los más graves figuran en la estadística año tras año, y los incipientes una sola vez. El examen bacteriológico se aplica a trozos de piel, por lo común del lóbulo de la oreja y de la mucosa nasal. Esto reviste poca importancia para el diagnóstico, pero permite determinar la gravedad del mal y la infecciosidad del enfermo. Antes del tratamiento, 309 individuos revelaron bacilos en la mucosa nasal y la piel, 84 sólo en la piel, y 71 no revelaron bacilos; después del tratamiento, las cifras fueron 88, 240 y 136, respectivamente; es decir, que la mayor parte se negaban en la nariz después de ser tratados. La proporción es mucho más pequeña para la piel. Es sumamente difícil convertir un caso C-3 en bacteriológicamente negativo, aun inactivándose la enfermedad. En el establecimiento del autor ha habido enfermos por 6, 7 y 8 años que todavía revelan el bacilo, aunque la enfermedad se halla casi, si no absolutamente, inactiva. El resultado del tratamiento puede sumariarse así: en casi todos los casos, estacionase el mal; en algunos, principalmente incipientes, se estaciona sin bacilos ni signos de actividad; y en los más avanzados, se estaciona, las lesiones disminuyen, desaparecen los bacilos del exudado nasal, y después de prolongado tratamiento, la enfermedad aparentemente se inactiva, aunque pueden encontrarse algunos bacilos ácido-resistentes en la piel. En la mayor parte de los casos es, pues, más correcto hablar de dominar y de estacionar la enfermedad que de erradicarla. El tratamiento especial posee mucho valor, pero dista bastante de ser satisfactorio, pues es doloroso, prolongado, exige preparación especial para administrarlo, y los resultados son muy lentos. En la India, con su 1,000,000 ó más de leprosos, el sistema voluntario es el único posible. La propaganda es de mucho valor, y lo mismo los censos. La fase terapéutica no es tan satisfactoria, pues al principio se presentan, muchos enfermos, pero poco a poco la asistencia es muy irregular, en particular debido a necesitarse un tratamiento prolongado, pues en los casos más incipientes conviene por lo menos un año, y en muchos se necesitan varios años. En conjunto, 70 por ciento de los casos dejan de concurrir en los primeros seis meses, y todavía más al cabo del año. Otras dificultades que entrañan las clínicas ambulantes son éstas: es difícil organizar y hacer funcionar bien las clínicas pequeñas esparcidas en una zona muy grande, y a menudo se descuida por completo el trabajo de laboratorio; a menudo, es difícil coordinar el trabajo de las diversas clínicas; la segregación domiciliaria de los casos infecciosos es muy rara vez llevada a cabo; y muchos enfermos necesitan tratamiento más cuidadoso que el que puede suministrar la clínica ambulante. Esas dificultades sólo serán verdaderamente vencidas cuando se cuente con un tratamiento más eficaz, y éste sólo puede ser obtenido por la experimentación y la investigación. Para el éxito de las obras antileprosas en la India, es importantísimo emprender trabajos realmente intensos en una zona limitada, estableciendo para ello por lo menos un centro de investigación en un distrito rural. El centro se encargará de investigar epidemiología, eficacia de los diversos tratamientos, permanencia de los resultados, efecto sobre la frecuencia del mal, y eficacia de los métodos profilácticos combinando la hospitalización y la clínica, la propaganda y los censos, los exámenes de los contactos, los reexámenes de los dados de alta, etc. Otra finalidad será la preparación de leprólogos, en particular para trabajar en campaña. El problema en la India no es puramente médico, sino social y económico, pues las grandes causas predisponentes son pobreza, ignorancia, falta de higiene, mala alimentación, y enfermedades extenuantes. (Lowe, J.: *Ind. Med. Gaz.*, ab., 1932.)

*Transmisión.*—Un estudio de los tejidos extirpados a 33 leprosos, reveló en 3 de 4 casos dados de alta lesiones tuberculoideas con infiltración glomerular

perivascular, y en el otro sólo infiltración globo celular y atrofia papilar. De 15 sospechosos o leproso s clínicos observados, 7 eran tuberculoideos, 6 sólo acusaban infiltración perivascular, y 2 tenían típicos lepromas bien desarrollados. De 8 casos cutáneos procedentes de Cebú, 4 revelaban lesiones tuberculoideas, y 4 sólo infiltración globo celular perivascular. De 6 niños nacidos en Cullón de padres leproso s, pero aislados después en otra parte, 3 acusaban lesiones tuberculoideas tempranas, y 3 sólo infiltración globo celular. Los casos con lesiones tuberculoideas o infiltraciones perivasculares, o ambas, por regla general fueron microscópicamente negativos en muchos exámenes repetidos. Tratándose de niños, según Rodríguez, sólo se vuelven bacteriológicamente positivos a los 3 ó 4 años de aparecer las lesiones. Dada la semejanza de las reacciones histológicas en la lepra, en la tuberculosis y otros granulomas infecciosos, es manifiesta la significación de la infiltración globo celular y formación de tubérculos, pues preceden a los conocidos lepromas bacilíferos. Para el autor, no se ha concedido la atención que merece al principio fundamental en la evolución de la lepra. Rodríguez ha observado que el tratamiento antileproso de los niños con lepra incipiente, pero bacteriológicamente negativos, no impide que se vuelvan positivos después; pero una vez positivos, hace que las lesiones se desembaracen de bacilos ácido-resistentes. En otras palabras, la infiltración globo celular y los procesos tuberculoideos continúan transformándose en lepromas bacilares, y un agente específico, probablemente un virus, precede la aparición de los bacilos. Los hallazgos de Chiyuto de que un 30 por ciento de los leproso s dados de alta en Manila y cercanías acusan recidivas bacteriológicas, demuestran que el virus existía y transformó las lesiones tuberculoideas en lepromas bacilíferos. La presencia de infiltración globo celular y lesiones tuberculoideas en leproso s dados de alta, indica que el virus todavía se halla presente, de modo que la pesquisa del bacilo no resulta una pauta tan satisfactoria como la reacción histológica para determinar el aislamiento o el alta. En la patogenia, el virus anácidorresistente es peligroso, no tan sólo por no ser fácil de descubrir, sino porque no cede al tratamiento moderno. *Ipsa facto*, los casos bacteriológicamente negativos deben recibir tanta atención como los positivos, desde el punto de vista de la profilaxia. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 633 dbre., 1931.)

El pasar por alto los leproso s infecciosos no reconocidos y los errores de diagnóstico antes de descubrirse el *M. leprae*, explican los casos que no se conforman a la experiencia y a la experimentación. Las observaciones clínicas experimentales y patológicas indican las siguientes probabilidades: la fase anácidorresistente del *M. leprae* es infecciosa; la ácido-resistente no; la enfermedad es transmitida por frecuente y prolongado contacto físico en la infancia o niñez temprana, pero las manifestaciones declaradas aparecen después. Los adultos no son susceptibles, aunque puede haber sus excepciones. Sólo después que se busquen las lesiones tempranas y latentes bacteriológicamente negativas en todos los contactos, y se utilicen los datos en estudios de la epidemiología y de la transmisión en leproso s positivos, tendremos sólidos conocimientos científicos sobre la forma de infección, período de incubación, y profilaxia de la lepra. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 639, dbre., 1931.)

En su trabajo, Manalang analiza los hallazgos patológicos en 33 leproso s de 4 a 66 años de edad, con respecto a la significación de las reacciones histológicas en los niños, en leproso s dados de alta, y en casos clínicos y sospechosos, todos ellos repetidamente negativos en cuanto al *M. leprae*. Declara que probablemente un virus que representa la fase anácidorresistente del bacilo, es la causa de la evolución de una lesión cutánea anestésica temprana (bacteriológicamente negativa y patológicamente una infiltración perivascular) a una lepra bacteriológicamente positiva, lo cual convierte al leproso negativo en un elemento tan importante como el positivo en su capacidad para transmitir el mal. Dicha evolución exige muchos años y varía en diversos individuos. Una madre sin lesio-

nes reconocibles puede infectar al hijo, que se convierte en un leproso manifiesto hasta años antes que la madre, o viceversa. La falta de reconocimiento de esas infecciones latentes explica los casos de infección que no concuerdan con la experiencia y los datos experimentales. Por eso muchos estudios, aun basados en datos fidedignos, no sólo son de poco valor, sino que resultan contraproducentes para explicar la transmisión, incubación y epidemiología. Hay estas probabilidades: (1) la fase anácidorresistente del bacilo leproso es infecciosa y la ácidorresistente no; (2) la enfermedad es transmitida por un contacto frecuente y prolongado (de piel a piel) en la primera o segunda infancia, pero las manifestaciones abiertas sólo aparecen más tarde. Los adultos no son susceptibles, pero puede haber sus excepciones. Sólo después que se busquen cuidadosamente las lesiones tempranas y latentes bacteriológicamente negativas en todos los contactos, y se utilicen en estudios epidemiológicos de leprosos positivos, obtendremos conocimientos precisos sobre el modo de infección, período de incubación y prevención de la lepra. Ese trabajo exigirá muchos años de investigación cuidadosa. (Manalang, C.: *Rev. Fil. Med. & Farm.*, 48, fbro., 1932.)

*Diagnóstico precoz.*—Valenzuela recalca la importancia de descubrir la lepra en su período incipiente. Con ese objeto, examina sistemáticamente a todos los enfermos que ingresan en su servicio del Hospital General de Guayaquil y, si es necesario, hace exámenes especiales de la sensibilidad al tacto superficial, al dolor, y al calor y, en particular, si existe algún engrosamiento cutáneo en regiones más o menos circunscritas, manchas hipo o hiperpigmentadas o acrómicas, trastornos tróficos de distinto orden, adelgazamiento o atrofia de la piel en algunos puntos, engrosamiento de ciertos troncos nerviosos, o ciertos trastornos nerviosos. En el Ecuador la enfermedad comienza, no por la cara, sino por los pies, y eso ha sido señalado también en otros países tropicales, y aun en los septentrionales, en los individuos que andan descalzos. Valenzuela hace practicar sistemáticamente la Wassermann y la Rubino. La primera es positiva algunas veces, y la segunda muchas más, sobre todo en la mayoría de los casos medianamente avanzados, siendo negativa en los muy incipientes y muy avanzados. Su valor es, si no absoluto por lo menos relativo, muy importante. El examen bacteriológico requiere mucha atención, y al hacerse los frotos debe emplearse pequeña cantidad de linfa o de sangre, pero tomada en forma tal que contenga algunas células de las capas profundas de la piel o de la mucosa. Deben obtenerse muchas muestras simultáneamente, pues los bacilos pueden existir en unas zonas y en otras no. La presencia del bacilo leproso tiene un valor diagnóstico indiscutible; pero su ausencia carece de valor absoluto. Sobre el tratamiento, nada nuevo hay que añadir. Las lepras benignas incipientes, localizadas, frustradas no son raras cuando se las busca sistemáticamente. (Valenzuela, A. J.: *An. Soc. Méd.-Quir. Guayas*, 412, dbr., 1931.)

*Cultivo.*—Los experimentos descritos por McKinley y Soule comprenden: (1) producción experimental de granulomas indicativos de las lesiones incipientes de la lepra en dos especies de monos (*Macacus rhesus* y *Cebus olivaceus*), mediante la inoculación intradérmica de material leproso humano; (2) cultivo de bacilos ácidorresistentes (presuntamente leprosos) de los nódulos de la lepra humana en varios medios artificiales en varios ambientes gaseosos, confirmando al parecer la reciente labor de Shiga y de Wherry; y (3) producción experimental de lesiones granulomatosas indicativas de lepra incipiente en las mismas dos especies de monos, mediante la inoculación intradérmica de bacilos ácidorresistentes procedentes del material leproso humano sembrado en medios artificiales. Para los autores, esos experimentos constituyen un paso más hacia adelante con respecto a cumplir los postulados de Koch en lo relativo al agente causante de la lepra. (McKinley, E. B., y Soule, M. H.: *Jour. Am. Med. Assn.*, 361, eno. 30, 1932; Soule, M. H., y McKinley, E. B.: *Am. Jour. Trop. Med.* 1, eno., 1932.)



Otros experimentos han permitido el cultivo del *Mycobacterium leprae* en medios artificiales, a una tensión gaseosa de bióxido de carbono y oxígeno por 16 generaciones, durante 18 meses. Se han preparado e inoculado varios medios nuevos, pero sin revelar colonias tras una incubación de seis semanas. Los microbios procedentes del noveno, décimo y undécimo pases seriados, no produjeron alteraciones histológicas en monos más viejos que los utilizados varios meses antes, y en que la inyección intradérmica de pases menos remotos, produjeron lesiones granulomatosas. Los cobayos, y distintas variedades de ratones, no manifestaron la menor alteración cuando se les inyectaron los cultivos intracutáneamente. (McKinley, E. B., y Soule, M. H.: *Am. Jour. Trop. Med.*, 441, nbre., 1932.)

En 4 casos de lepra florida muy bacilífera, Ocaña aisló de las lesiones cutáneas una bacteria filamentosa, de segmentos bacilares, que puede cultivarse en serie, y que por sus caracteres culturales identificó con el *Actinomyces lepromatis*, de Souza Araujo. En medios adicionados de grasa, dicha bacteria produjo bacilos ácidosresistentes dispuestos en empalizadas, y análogos a los de Hansen de los tejidos. Dicha bacteria presenta formas cocoideas de resistencia, que en cualquier momento vuelven a dar la bacteria primitiva en medios apropiados. (Ocaña, T.: *VII Reun. Soc. Arg. Pat. Reg.*, 42, 1932.)

*Isolamento do germe.*—Em determinados periodos da lepra o microbacterium circula no sangue, podendo ser colhido pela punção venosa. Estes momentos—septicemia leprosa—são geralmente acompanhados de febre, erupções cutaneas, etc., mas muitas vezes transcorrem sem fenomenos gerais. Passadas estas crises, os germens são encontrados nos capilares ou espaços linfaticos de quasi todo o tegumento. A presença do micro-organismo não se revela por sintoma algum e só a extração de uma gota de sangue poderá denuncia-lo. Ao mesmo tempo que se observam zonas com bacilos e sem lesões clinicas, outras ha onde se desenvolvem de preferencia as “maculas,” que geralmente evoluem para lepromas. Estas zonas são: rosto, dorso das mãos, ante-braços, pernas, partes em geral descobertas e mais expostas á incidencia da lús. A lús solar, principalmente pelas suas radiações ultravioletas, produz nas partes descobertas da pele humana um estado, que se caracteriza por vaso-dilatação—eritema-solar—mas respeita certas zonas que, por singular coincidência são tambem respeitadas, até certo ponto pela lepra, e por isso chamadas “zonas imunes.” O fator lús solar explicaria tambem, de certo modo, porque a lepra se desenvolve mais no homem do que na mulher e a maneira como ela progride num e noutro. E, dadas as condições de raça, costumes, etc., eguais, uma das razões por que a lepra se desenvolve de preferencia em certas zonas da terra. (Gomes, J. M.: *Rev. Biol. Hyg.*, ab., 1932.)

*Leucocitosis.*—Badger estudió la fórmula leucocitaria en 75 casos de lepra simple, en que había reacciones leprosas agudas o subagudas. La fórmula total y diferencial correspondieron a cifras normales. Los casos también fueron estudiados con respecto a aspecto bacteriológico, forma de la lepra, invasión cutánea, período de actividad y chaulmugroterapia, sin notarse ninguna relación manifiesta entre esos factores y la leucocitosis. También se estudió el cuadro sanguíneo de 126 enfermos en relación con la evolución clínica, distinguiéndose marcadas alteraciones de la leucocitosis correlacionadas con las alteraciones clínicas. Este estudio indica que los exámenes frecuentes de la sangre son de utilidad práctica en el tratamiento de la lepra, para determinar el valor de una terapéutica, para predecir las reacciones y reactivaciones leprosas, y para determinar la aptitud de un enfermo para el alta, pues unidos a los exámenes bacteriológicos y clínicos, ayudan a determinar el verdadero estado del caso. En los 75 casos simples, la fórmula media fué de 7,689, oscilando entre 5,000 y 9,800, y el porcentaje de eosinófilos de 2.8, sólo pasando de 5 por ciento en 7 casos. (Badger, L. F.: *Pub. Health Rep.* 2782, nbre. 20, 1931.)

*Metabolismo de calcio, fósforo y proteína.*—Wooley y Ross estudiaron en seis jóvenes sanos y normales, y en 46 leprosos que representaban varias formas y períodos, el total de proteínas, albúmina, globulina, calcio total, calcio difusible, porcentaje de calcio difusible, calcio no difusible, proporción de albúmina-globulina, y fósforo inorgánico. La relación de albúmina-globulina y el calcio difusible, así como su porcentaje, promediaron mucho menos en los leprosos; y las globulinas y calcio no difusible, más. En tres leprosos las cifras fueron normales. Parece que en la lepra tienen lugar ciertas alteraciones bien definidas en las seroalbúminas y metabolismo cálcico, y que la mejoría clínica se suele acompañar de disminución del porcentaje de globulina y de calcio no difusible, con aumento correspondiente del calcio difusible y razón de albúmina-globulina. (Wooley, J. G., y Ross, H.: *Pub. Health Rep.* 380 fbro. 12, 1932.)

*Reacção de van Bargehr.*—Trabalhando em condições desfavoráveis em Curupaití, Souza Araujo conseguiu aplicar a lepromina (em cuti-reacção) uma vez em 170 leprosos, duas vezes em 114 e a tuberculina (cuti-reacção de von Pirquet) uma vez em 123. A lepromina deu 12.9 por cento de reacções positivas na primeira e 21.9 por cento na segunda inoculação. Na forma pura da lepra a positividade da primeira série foi de 17.8 e na segunda subiu a 37.5 por cento, enquanto que para a forma cutanea pura foi, respectivamente, de 14.8 e 23 por cento. A cuti-reacção de Pirquet foi positiva em 40.6 por cento dos casos de lepra nervosa pura e em 25.9 dos casos de lepra mixta, com predominancia cutanea. Quanto á lepromina estes dados discordam dos de Bargehr e reclamam uma experimentação em muito maior escala, pois o assunto é digno de estudos acurados. (Souza Araujo, H. C.: *Medicamenta*, 2, jan.-fev., 1932.)

*Reacción de Rubino.*—Alcívar Zevallos realizó la reacción de Rubino en 29 casos diagnosticados como lepra, resultando positiva en 23, de los cuales en 22 coincidió con el diagnóstico y en uno fué en un caso de lupo. De las 16 negativas, 7 fueron en casos de lepra comprobada, 2 en casos sospechosos, y 7 ayudaron a demostrar un error diagnóstico. En los 29 casos comprobados de lepra, el porcentaje de exactitud fué de 79 por ciento, subdividido así por formas: tuberculosa, 100 por ciento; mixta, 90 por ciento; y nerviosa, 53 por ciento. La reacción también resultó positiva en casos de paludismo pernicioso, pénfigo, nefritis, sarna, cáncer y úlcera. Resultó, en cambio, uniformemente negativa en otras muchas enfermedades. Según el autor, la reacción permite afirmar el diagnóstico en casos en que sólo los antecedentes familiares y ligeras manchas anestésicas lo apuntan. Sería mal criterio científico el tratar de diagnosticar la lepra únicamente por los resultados de la reacción, y en los casos positivos debe hacerse un detenido examen dermatológico, una minuciosa exploración de la sensibilidad y un detallado estudio de los antecedentes, así como las precedentes investigaciones de laboratorio. En todo caso positivo hay que excluir siempre el paludismo pernicioso. Una positiva puede virar a negativa cuando los avances de la enfermedad agotan las fuerzas defensivas, y así también una negativa en ciertas formas nerviosas, puede ser reactivada por el tratamiento. (Alcívar Zevallos, C.: *Bol. Med. & Cir.* 113, dbre., 1931.)

Spanedda practicó la reacción de Rubino en 13 sueros leprosos y 76 testigos que comprendían otras enfermedades. Sólo hubo una positiva (5.8 por ciento) en los leprosos, comparado con 9 (12.3 por ciento) en los testigos enfermos y sanos. Para el autor, no puede hablarse de la especificidad de la reacción en la lepra, y mucho menos de su utilidad para revelar una lepra incipiente, latente o remitente. (Spanedda, A.: *Rev. Sud.-Am. Endocr. Inmun. Quimter.*, 508, jul. 15, 1932.)

*Diagnostico.*—A reacção do desvio do complemento, tendo como antígeno o *Streptothrix leproide* de Deycke desengordurado, levada a efeito pela primeira vez por Gomes, vem sendo desde ha muito um recurso de alta importancia para o diagnostico da lepra, principalmente nos casos suspeitos e nos comunicantes

de leprosos. Não são raros os casos em que os signaes clinicos por serem tão insignificantes não autorizam um diagnostico, emquanto que a reacção de Gomes vem fortemente positiva e a marcha ulterior da molestia confirma o diagnostico serologico. A administração do iodeto de potassio nos individuos suspeitos de lepra, trazendo reactivação do soro sanguineo, offerece grande contingente para o reforço da prova biologica do desvio do complemento no diagnostico precoce. O iodeto não só é eficiente no tratamento como tambem é um guia seguro quanto á orientação de mesmo. A reactivação espelha melhor as condições reaes do doente, no ponto de vista da prognose do que o aspecto clinico. Ha, entretanto, alguns phenomenos que merecem melhor descortinio. (Gomes, J. M., e De Azevedo Antunes, P. C.: *Rev. Biol. & Hyg.* 165, Vol. II, 1930-31.)

*Prueba de la histamina.*—Rodríguez y Plantilla creen que la prueba de la histamina resulta útil en el diagnóstico de la lepra. Fué aplicada primero a la piel por Eppinger, y después por Sollman y Pilcher, y Lewis y Grant. Una gotita de la solución al 1 por 1,000 del fosfato de histamina es colocada cuidadosamente en la mancha sospechosa, y otra en la piel normal por lo menos a 2.5 cms de distancia del borde de la lesión sospechosa. Con un alfiler puntiagudo se pincha a través de la gota la piel subyacente, teniendo cuidado de ejercer apenas la presión necesaria para cruzar la epidermis sin hacer sangrar la piel. La solución es retirada inmediatamente, y los pinchazos son observados cuidadosamente a una luz natural buena. La prueba es negativa cuando se observa la reacción total, o sea vasodilatación, enrojecimiento local y edema; y positiva cuando falta el enrojecimiento. En algunos individuos la reacción es atenuada, y en otros tan débil, que casi no se ve. En esos casos, si la piel corresponde a un miembro, puede acentuarse la reacción congestionando antes el miembro con la ayuda de un brazal de goma o el manguito neumático de un esfigmomanómetro. También, debe recordarse que la reacción es más difícil de descubrir en la piel oscura que en la blanca. (Rodríguez, J., y Plantilla, F. C.: *Lepr. Rev.*, 18, eno., 1932.)

*Serodiagnóstico.*—Bulkin y Glukhovtsev en 1928 tomaron 148 enfermos de la leprosería de Kubansk (Kholmok), en los cuales realizaron la Bordet-Wassermann, la modificación activa de Hecht-Muttermilch, y la Kahn. Realizaron pruebas paralelas con antígenos de tejido leproso y de cultivos de *Actinomyces streptothrix*. La Wassermann con un antígeno hepático resultó positiva en 51.5 por ciento, la Hecht-Muttermilch en 31, y la Kahn en 41 por ciento. En 12 por ciento de los casos se manifestó el fenómeno de desviación paradójica de los antígenos sifilíticos. La divergencia en los resultados tal vez se deba, no tan sólo a la antigüedad del suero, sino también a la forma del antígeno sifilítico y la actividad del proceso leproso. Con un antígeno leproso tratado con hipoclorato de sodio, las positivas alcanzaron a 71.2 por ciento (tuberculosa 83, mixta 73, y anestésica 51 por ciento); y con un antígeno de cultivos de *streptothrix* tratado del mismo modo, a 88.2 por ciento. (Bulkin, A. K., y Glukhovtsev, B. V.: *Sov. Vest. Vener. & Dermat.*, 38, No. 3, 1932.)

*Fases higiénicas.*—Denney, el director de la Leprosería Nacional de los Estados Unidos, recuerda que apenas hay nación que no haya sufrido los estragos de la lepra, enfermedad ésta que quizás ha existido desde los comienzos de la historia. Algunos suelen pensar en la lepra como enfermedad tropical, pero ni las zonas más frías as hallan libres de ella, según demuestra el ejemplo de Escandinavia e Islandia. El actual aspecto higiénico de la dolencia varía en razón inversa al adelanto de la higiene y el saneamiento. Lo imperfecto de los conocimientos relativos a la transmisión, deja la profilaxia algo incierta. Ningún preparado biológico o medicinal ha resultado de valor bien definido para la prevención entre los contactos, de modo que la conservación de la salud pública obliga a limitar los movimientos del leproso, a fin de evitar los conocidos factores contributivos del contacto íntimo prolongado entre los sanos y los enfermos. Para la protección de la familia inmediata y del público contiguo, la segregación del

leproso es lo primordial. La fumigación de la vivienda y la esterilización de los objetos personales deben ser suficientes, sin que tenga justificación la destrucción de todos los artículos supuestamente "contaminados." Conviene hacer exámenes periódicos de los familiares y otros contactos inmediatos, a fin de poder atender pronto a los casos secundarios, de aparecer éstos. (Denney, O. E.: *Trained Nurse & Hosp. Rev.*, jul., 1930.)

*Campanha.*—A erradicação total da lepra somente se pôde realizar com o tratamento systematico do maior numero de casos precoces. Deste modo, a clinica moderna para os leprosos seria ideal, dado que, com este tratamento praticado o mais precocemente possivel, evitará a reclusão forçada do hospital. Ha tambem que contar com os casos suspeitos enviados pelos medicos estudiosos e observadores, e o que pode fazer o diagnostico precoce antes do desenvolvimento dos symptomas classicos, redundando tudo isso em beneficio da liberdade dos enfermos. Nos paizes civilisados o controle da enfermidade não pôde basear-se no antigo methodo de asylamento senão no diagnostico e tratamento especifico, precoce, de todos os casos incipientes. Entretanto, ainda resta muito que fazer com respeito aos methodos diagnosticaes e a forma definitiva de tratamento nos casos precoces. Não obstante, é possivel descobrir pelos anamnesicos uma grande parte dos casos que requerem tratamento urgente, investigando entre as familias dos leprosos o que até agora não foi realizado, pois que os leprosalios repletos de casos mutilados se encontram aggravados por excesso de trabalho e por interesse pessoal dos enfermos, mas não de seus empregados. Pelas razões que expuz, os casos ligeiros ou incipientes são os que encerram o maior interesse sanitario. A realizção pratica da campanha contra a lepra evitavel nos paizes civilisados não é nada mais que um problema economico e administrativo. Depende da sufficiente creação de clinicas e dispensarios especiaes distribuidos por todo o paiz com o fito de realizar o tratamento precoce e gratuito de todos os enfermos curaveis. Sem a adopção de dispensaveis medidas de reclusão a clinica moderna para os leprosos curaveis será uma organização completamente independente e estará separada dos antigos asylos para morpheticos, os chamados leprosalios, instituições de caracter provisorio e caritativo, que ainda se utilisam em certos paizes para a cura e o controle dos casos desamparados que dependam da caridade publica, porém centros que significariam algo excepcional sob as condições sanitarias normaes. (Hoffmann, W. H.: "O Tratamento Precoce da Lepra," 1931.)

*Tratamiento y profilaxia.*—Terminando su trabajo, Muir declara que en el tratamiento de la lepra debe recalcarse el mejoramiento de la salud general del enfermo. La sífilis, que en la India y otros sitios existe en una proporción de 25 a 50 por ciento de los leprosos, debe ser buscada y tratada. Hay que hacer lo mismo con otras enfermedades predisponentes. El régimen debe ser cuidadosamente investigado y reglamentado. El ejercicio es muy importante, lo mismo que en la tuberculosis, y el fortalecimiento de los músculos basta a menudo para evocar una mejoría gradual. En el tratamiento, son indispensables un clima apropiado, higiene general, y una actitud mental sana. El tratamiento especial de la lepra consiste en drogas que aumenten la inmunidad del enfermo, a la vez que destruyan el mecanismo de defensa del microbio leproso. Puede lograrse eso inyectando medicamentos como la chaulmugra, y administrando yoduro potásico por vía bucal, y otros medicamentos que evocan una leucocitosis polimorfonuclear, ya local o general. Por ejemplo, la aplicación externa de contrairritantes locales, como toques de las lesiones con ácido tricloracético, la inyección de trementina, o la heteroproteoterapia. También se ha probado la inmunización con inyecciones de suspensiones de nódulos leprosalios triturados, y supuestos cultivos del bacilo, como la nastina de Deycke, y la leprolina de Rost, o la inyección de otros bacilos ácidosresistentes, como la tuberculina y bacilos tuberculosos autolizados, que propusiera Row. Para el autor, puede lograr eso mejor la autovacunación

interna, provocada por la desintegración del leproma que produce la inyección de aceite de hidnocarpo y la ingestión de yoduro. Un punto importante que hay que recordar, es que en el primer período, en particular en los casos B<sup>2</sup>, todo tratamiento excesivo puede deprimir la resistencia general, provocando agravación en vez de mejoría. En los casos B<sup>3</sup> el peligro no es tan grande, pero siempre se corre el riesgo de que el enfermo pase a un estado alérgico con fiebre continua, de desenlace mortal. En los casos tempranos de tipo A<sup>1</sup> y B<sup>1</sup>, puede exaltarse más el tratamiento si el estado general es propicio. En la profilaxia, hay que recordar que la propagación tiene lugar por contacto con casos infecciosos (principalmente B<sup>2</sup> y B<sup>3</sup>), y mientras más íntimo y prolongado el contacto, mayor el riesgo. El enfermo infeccioso debe, pues, tener su cuarto aparte en que no penetre nadie fuera de los asistentes. Toda su ropa, utensilios, mobiliarios, etc., deben ser tocados con las precauciones de rigor. Los niños, en particular, no deben aproximarse. Los recién nacidos deben ser separados de las madres al nacer. Toda persona obligada a acercarse a los leprosos, debe hacerlo con cuidado, pero diferenciando la infecciosidad de los distintos enfermos, comprendiendo el peligro de las gotitas en los casos B<sup>3</sup>, y precaviéndose al curar nódulos ulcerados o tocar muebles, utensilios, etc., que utilice el enfermo. Hay que ponerse guantes de goma o lavarse bien las manos después de todo contacto posible. Al mismo tiempo, la profilaxia mejor es la que asegura una buena salud física. Los niños y otras personas que revelen signos de lepra incipiente, no deben permanecer en contacto con los casos muy infecciosos, pues hay buenos motivos para creer que, lo mismo que sucede en la tuberculosis, las repetidas reinfecciones masivas conducen a una forma más grave de la enfermedad. Hay que prohibir el matrimonio, en particular a las mujeres, hasta en las formas más incipientes, pues la gestación conduce frecuentemente a un rápido desarrollo de la enfermedad. En los curados, debe prohibirse el casamiento y el coito, por lo menos por tres o cuatro años después de desaparecer todos los signos. (Muir, E.: *Lepr. Rev.* 150, obre., 1931.)

En todas las leprosas tratadas por la autora en Dichpali, India, administró inyecciones de ésteres creosotados de hidnocarpo dos veces semanales por vía intradérmica e intramuscular. En las mujeres, la asimilación del aceite no parece ser tan rápida como en los hombres. A fin de evitar las reacciones cutáneas, se emplearon el descanso y el tartrato estibado. Para cohibir la dismenorrea, se agregó al tratamiento lactato de calcio y bicarbonato de sodio, el primero a dosis hasta de 18 gm diarios y el segundo hasta mantener la orina alcalina o neutra. Al mismo tiempo, se aconseja a las enfermas que tomen agua a pasto. Las mujeres parecen poseer una reserva alcalina inferior a la de los hombres, pues los últimos reaccionan más pronto a la alcalinoterapia. Las perturbaciones menstruales en las leprosas tal vez indiquen hipocalcemia, y antes de emplear la alcalinoterapia había periódicamente reacciones cutáneas y nerviosas en 25 por ciento de ellas, mientras que ahora casi han desaparecido. Sin embargo, es digno de nota que los casos que van realmente mejorando son los que no revelan el menor signo de reacción leprosa menstrual, sino, por el contrario, retardo de la eritrosedimentación con las reglas. La administración de calcio y sodio compensa la relativa insuficiencia de hormonas evocada por la lepra o sus complicaciones, o por procesos fisiológicos, como la menstruación y la maternidad. En 90 por ciento de las mujeres la orina se mantiene ácida de no tomar álcalis, pero en algunos casos cutáneos avanzados, la alcalinidad es constante, quizás debido a disfunción renal. Cuando cesan las reacciones menstruales, la tonicidad muscular mejora. Los álcalis no son retenidos en el organismo, de modo que hay que administrarlos repetidamente. De 80 casos reconocidos por la autora, en 13.8 por ciento había amenorrea sin hiperestesia ovárica, en 33.8 por ciento amenorrea con hiperestesia, en 27 por ciento menorragia con hiperestesia, y en 24.6 por ciento menorragia sin hiperestesia. En el asilo de la autora, 18 a 20 por ciento de las 400 asiladas son mujeres, comparado con un porcentaje de 28 calculado por

Rogers y Muir para la India, 33 por ciento dado por Rodríguez para Culión, 33 a 50 por ciento computado en la China, y 50 por ciento en África. (Kerr, Isabel: *Lepr. Rev.*, 165, obre., 1932.)

*Clinicas-dispensarios.*—Para Fletcher, del Hospital Leproso de Taikú, Corea, las clínicas campestres constituyen uno de los factores más importantes para la erradicación de la lepra, pues pueden así: (a) curarse los casos incipientes y obtenerse en ellos casi 100 por ciento de éxitos; (b) descubrirse esos casos, lo cual no hacen los censos; (c) descubrirse y examinar periódicamente a todos los contactos, y de poder descubrirse y tratar a todos éstos a tiempo, en 10 años el número de infectados bajaría a 4 por ciento; y, por fin (c) tratarse, si es necesario, los casos dados de alta. Las clínicas leprosas deben funcionar como departamentos externos tanto de un hospital como de una colonia de leprosos, a cada uno de los cuales encaminan los casos más apropiados para ello. Esas clínicas, bien dirigidas, no constituyen un peligro para los individuos sanos del distrito, sino que representan una bendición por impedir la propagación de la enfermedad. Según Rogers, 80 por ciento de las infecciones leprosas son contraídas a domicilio, y en 80 por ciento el período de incubación es menor de cinco años; por lo cual, si se descubre un caso, debe examinarse repetidamente a todos los allegados, y haciendo eso, dentro de cinco años se habrán extinguido 80 por ciento de los focos infecciosos; y en cinco años más la misma proporción del 20 por ciento restante. Si la intradermorreacción de van Bargehr acaba de demostrar su fidedignidad, se habrá simplificado mucho el problema de descubrir las infecciones en los contactos. (Fletcher, A. G.: *Lepr. Rev.*, 58, ab., 1932.)

*Yoduro.*—Resumiendo sus ideas relativas a la administración de yoduro de potasio en los leprosos, Benchetrit afirma: debe emplearse de una manera regular y sistemática en todos ellos, comenzando, si no hay contraindicaciones, con 0.5 gm mensual en una sola toma, y llegando hasta 3 gms. Antes de implantar la yoduroterapia, debe determinarse el estado renal y hepático del enfermo. Si hay grandes masas bacilares en los enfermos, debe hacerse una desintoxicación previa para evitar una reactivación violenta. El autor publica a la vez las historias clínicas de los primeros 23 leprosos puestos en libertad en el Lazareto de Agua de Dios, de Colombia, en varios de los cuales se probó el yoduro de potasio. (Benchetrit, A.: *Arch. Lepra* 81 obre.-dbr., 1930.)

*Compuesto antimónico.*—Fundándose en el estudio de 4 casos, 2 maculoanestésicos y 2 nodulares de lepra, para Kingsbury, su preparado de antimonio (3-3 diamino 4-4 bihidroxiarsenoestibinobenzol) es superior a los ésteres etílicos de chaulmugra, y puede resultar de mucho valor en el tratamiento de la lepra. El preparado es parduzco, hidrosoluble, y acusa una reacción ácida. Se alcaliniza agregando 9 c c de hidrato normal de sodio por gramo. La sal bisódica resultante es diluída en suero fisiológico, de modo que el volumen final no sea mayor de 0.1 gm en 10 c c de solución. Esta es inyectada endovenosa y lentamente con una aguja fina. (Kingsbury, J.: *Arch. Dermat. & Syph.* 1053, obre., 1931.)

*Glicerina.*—Jackson confirma sus previas observaciones en el sentido de que la glicerina agregada a las soluciones de hidnocarpató de sodio para inyección subcutánea, merma el dolor que suele seguir a dichas inyecciones. La dosis suele ser 2.5 c c de glicerina bidestilada pura por 100 c c de solución al 3 por ciento de hidnocarpató, que contiene 0.5 por ciento de ácido fénico. (Jackson, J. T.: *Lepr. Rev.*, 121, jul., 1932.)

*Alepol.*—Badenoch y Alfred trataron 15 leprosos con alepol solo (grupo A), 20 con alepol combinado con inyecciones intradérmicas de ésteres yodados (grupo B), y 10 con los ésteres yodados solos (grupo C). Todos toleraron bien el medicamento. En el grupo B, los resultados locales y generales parecieron ser mejores que en los otros dos. En el grupo C, las placas mejoraron marcadamente. Para los autores, el alepol debería ser objeto de pruebas más extensas. Su serie duró 17 semanas incluso dos de descanso. La dosis es ésta: primera

semana, una pastilla el miércoles y otra el sábado a las 8.00 de la mañana; segunda semana, dos pastillas miércoles y sábado, a las 8.00 de la mañana y 3.00 de la tarde; y tercera semana en adelante, tres pastillas el miércoles y el sábado, dos por la mañana y una a las 3.00 de la tarde. La dosis matutina se suministró en ayunas; la de la tarde, precisamente antes de la comida. Durante la primera semana hubo muchas quejas de náuseas, visto lo cual se suministró con la dosis una solución de glucosa y bicarbonato de sodio, a pesar de lo cual unos 10 abandonaron el medicamento quejándose de náuseas y hasta vómitos. La combinación de las inyecciones intradérmicas de ésteres yodados con los comprimidos pareció dar muy buen resultado. (Badenoch, A. G., y Alfred, E. S. R.: *Lepr. Rev.*, 144, obre., 1932.)

*Mercurocromo.*—Muir y Chatterji han empleado el mercurocromo en 36 casos del Hospital de Gobra. Sus observaciones indican que puede administrarse en casi todos los casos, pero lo contraindican la albuminuria y la tuberculosis. Debe comenzarse con dosis pequeñas, 3 ó 5 c c de una solución al 1 por ciento en agua destilada para un adulto de 64 kg, aumentándola a 10 ó 15 c c según la tolerancia del sujeto. Las inyecciones deben ser intravenosas una vez por semana o, si hay urgencia, dos veces por semana las primeras veces. El mercurocromo resultó útil para curar los estados sépticos que complican frecuentemente la lepra, como piorrea, infecciones gastrointestinales, dermatitis crónicas, etc. También resulta útil para hacer desaparecer el fenómeno alérgico llamado reacción o fiebre leprosa. Todavía no se puede determinar hasta qué punto el mercurocromo resultará útil contra los lepromas, pero evoca licuación, formación de abscesos y evacuación de los nódulos cutáneos y subcutáneos, pero hay que andar con tiento en ese proceso, pues debilita temporalmente al enfermo. Las inyecciones intradérmicas parecen ser más susceptibles de provocar abscesos que las intravenosas. Además, el mercurocromo hace aparecer nuevas placas y reaviva las viejas, pero parece que se trata de un proceso curativo y no de una exacerbación del mal. Una buena combinación terapéutica consiste en alternar las inyecciones intravenosas e intradérmicas una o dos veces semanales, infiltrando toda nueva lesión que aparezca o las manchas viejas. Para inyección intradérmica, la solución al 3 por ciento parece la más apropiada, y la dosis habitual es 1 a 3 c c; para inyección intravenosa debe utilizarse la solución al 1 por ciento. (Muir, E., y Chatterji, S. P.: "Leprosy in India," apud *Lepr. Rev.*, 171., obre., 1932.)

*Tratamiento de las afecciones del ojo.*—Hoffman hace notar que la lepra del ojo no sólo es curable desde el principio, sino prevenible, y todo médico encargado del tratamiento de leprosos debería darse cuenta de ello. Aparte del tratamiento local de síntomas inflamatorios por medio de la atropina y cocaína y, quizás, un régimen declorurado, el autor propone que se empiece inmediatamente un tratamiento con inyecciones de las sales áuricas. Para él, el servicio médico no es completo mientras no se aplique ese tratamiento, ya combinado con, o seguido de, inyecciones intravenosas de chaulmugra. En 25 casos tratados de ese modo, las afecciones específicas del ojo desaparecieron por completo. Las sales de oro pueden ser inyectadas por vía venosa o subcutánea en series de 8 inyecciones administradas cada 5 a 8 días. (Hoffmann, W. H.: *Rev. Mens. Med. Pasteur* II, 267, No. 5.)

*Oídos, nariz y garganta.*—Fundándose en su experiencia, Rao recomienda para las lesiones auditivas toques con solución acuosa de ácido tricloracético al 20 por ciento cada 10 días. Si hay marcado espesamiento neural, una dilatación con anestesia local logra marcado alivio. En los nódulos e infiltraciones difusas del pabellón, si los nódulos son pequeños o la infiltración poco extensa, los toques cada 10 días con solución acuosa de ácido tricloracético al 33, ó hasta el 50 por ciento, suelen bastar. Todavía es mejor una inyección intradérmica de los ésteres etílicos yodados del *H. wightiana* al 0.5 por ciento, empleando las agujas intra-

dérmicas especiales. Si los nódulos son grandes o hay mucha infiltración, lo mejor es la excisión con unas pinzas especiales. En la nariz, un examen detenido con un rinoscopio es lo primordial. La irrigación nasal con loción bórica tibia al 1 por 80, y la desecación cuidadosa con una torunda de algodón, seguida de la instilación de algunas gotas de glicerina yodada (tintura de yodo, 1 parte; glicerina, 2 partes) una vez al día, suele bastar. Pueden agregarse toques internos con aceite creosotado de *H. wightiana* al 1 por ciento, o ésteres etílicos, ya yodados al 0.5 por ciento, o creosotados al 1 por ciento, del mismo. En los nódulos y úlceras de la nariz, después de la irrigación con agua boricada y la desecación, suele dar resultado la pulverización con una solución acuosa al 5 por ciento de ácido crómico. Para ablandar las escaras, puede aplicarse después la solución glicerinada yodada. Las pulverizaciones con ácido crómico tienen que ser repetidas según van desprendiéndose las escaras, alternándolas con la glicerina yodada. Si durante las reacciones la congestión de los nódulos nasales y nasofaríngeos impide la respiración, se emplean pulverizaciones con el siguiente preparado: efedrina al 3 por ciento en agua destilada; adrenalina al 1 por 1,000; y sulfato de atropina al 1 por ciento en suero fisiológico, a partes iguales. De sobrevenir epistaxis, la hemoplastina aplicada a la parte posterior de la nariz, suele cohibirla. De no haber a mano hemoplastina, pruébese otro hemostático, por ejemplo: clorhidrato de efedrina, 0.325 gm; adrenalina al 1 por 1,000, 30 c c; tintura de perclorato fuerte de hierro, 30 c c; y extracto de hamamelis líquido, 15 c c. Los nódulos y úlceras de la nosofaringe, faringe, paladar, fauces y amígdalas se tratan lo mismo que los de la nariz; pero como no forman costras duras, no necesitan aplicaciones de glicerina yodada después de la crómica. En los casos avanzados cutáneos, las lesiones más comunes en la lengua son nódulos y úlceras, y los gargarismos con solución bórica tibia al 1 por 80, ó una dilución de la de Condy, seguidos de la aplicación de glicerina boricada a las úlceras, deben continuarse hasta que se atenúe el dolor. Luego pueden probarse los toques con la solución de ácido crómico. En el período agudo, si el dolor es muy intenso, algunos enfermos no toleran el ácido crómico y puede probarse entonces alguna sustancia más suave. En los nódulos laríngeos, las pulverizaciones de efedrina compuesta, seguidas de las de ácido crómico al 5 por ciento cada día o, si es necesario, dos veces al día, pueden dar resultado. El empleo frecuente de las pulverizaciones de efedrina durante las reacciones, tal vez ayude a evitar una traqueotomía. Si la congestión de la epiglotis no cede, entonces puede probarse la escarificación y, como último recurso, la traqueotomía o laringotomía. (Rao, G. R.: Apud *Lepr. Rev.*, 84, ab., 1932.)

*Observación de los casos dados de alta.*—El estudio de Chiyuto y Velasco comprende 758 casos quiescentes o estacionados de lepra, dados de alta condicional de 1922 a 1930 en la ciudad de Manila y las provincias cercanas. Los reglamentos del Servicio Sanitario de las Filipinas exigen que, antes de declarar quiescente un caso, sea sometido a un cuidadoso examen clínico y bacteriológico. Después de declararlo quiescente el comité, tiene que permanecer en aislamiento y en continua observación y tratamiento no menos de 6 meses, para ver si no reaparecen signos clínicos y microscópicos del mal. Al ser dado de alta, el enfermo se compromete por escrito a presentarse por un período de dos años una vez por semana a un funcionario designado y, además, cada tres meses para examen especial por el comité examinador más cercano. Sólo pudo descubrirse el paradero de 55.4 por ciento de los dados de alta, 21.5 por ciento no fueron descubiertos nunca, 9.6 por ciento sólo pudieron ser seguidos menos de dos años, y 13.4 por ciento fueron seguidos hasta ser considerados como estacionados, perdiéndose, de vista al darles certificados de alta. De los 420 casos seguidos continuamente, 53.6 por ciento continuaban quiescentes y 46.4 por ciento se reactivaron. El promedio de 32.9 a 46.4 por ciento de recaídas, es de esperar en los dados de alta, debiéndose a la mayor o menor frecuencia y regularidad con que reciben tratamiento, y



las condiciones en que viven. Los enfermos que reciben únicamente aceite de chaulmugra o sus derivados, ya solos o combinados con algún otro medicamento que no contenga *Hydnocarpus wightiana*, parecen ser los que manifiestan mayor número de recidivas, ascendiendo éstas a 65.8 por ciento; en cambio, la proporción sólo fué de 21.4 por ciento en los que recibieron aceite de *H. wightiana* o sus derivados ya solos o combinados con preparados de chaulmugra o algún otro medicamento antileproso. El número de recidivas aumentó de acuerdo con el tiempo transcurrido después del alta. Los casos liberados recientemente han recibido preparados de *wightiana*, en tanto que los anteriores fueron tratados principalmente con la verdadera chaulmugra. El aumento de la observación prealta, o quizás el rehusar ésta a los enfermos en que no hay seguridad de que continúen bajo tratamiento y observación, tal vez merne el número de recidivas entre los casos quiescentes; pero la mejor solución consiste en establecer una colonia agrícola para esos casos. El estudio actual es preliminar, y sólo tiene por objeto apuntar nuevas orientaciones para los leprosos aparentemente curados. (Chiyuto, S., y Velasco, F.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 587, nbre. 1931.)

---

#### RECTIFICACIÓN

*Vectores del paludismo en Venezuela.*—En el artículo del Dr. Chas. F. Craig publicado en el número de noviembre, p. 1148, aparecen los anófeles *albimanus* y *albitarsis* como transmisores del paludismo en Venezuela. En realidad, el transmisor más importante en el estado actual de las investigaciones es el *A. darlingi* (Root), por cierto muy parecido al *albitarsis*; este último aún no ha sido hallado infectado, aunque quizá sea transmisor, especialmente en la región de los llanos de Venezuela. El *albimanus* sí es transmisor probado en la región del Lago de Valencia.

En el sumario del artículo de los Dres. Benarroch y Boos, p. 1192, en la parte relativa a una fórmula de cálculo para recidivas no se explica que la necesidad de esa fórmula procede de que dichas investigaciones se llevaron a cabo en zona palúdica y, por consiguiente, algunos ataques de paludismo tomados como recaídas pudieran ser en realidad reinfecciones. (Benarroch, E. I.: Comunicación, nbre. 17, 1932.)

---

*Médicos inventores.*—Entre las invenciones atribuidas a médicos franceses figuran: la de la guillotina por Guillotin; la del vapor, por Denis Papin (1681); del submarino por Fournier de Lempdes; de la bicicleta por Elie Richard; de las cerillas por Charles Sauria; del cinematógrafo por Marey y Lumière; del asfaltado de las calles por Guglielminetti; y de la telegrafía inalámbrica por Branly.

---

*Historia del escleroma.*—El rinoescleroma fué primeramente descrito por Hebra en 1870. Ganghofner en 1880 reconoció el escleroma laríngeo, aun cuando no había manifestaciones nasales, y estableció el cuadro patológico que Van Störk llamara "blenorrea crónica de las vías respiratorias." En 1882, Frisch descubrió en el tejido escleromatoso microbios en forma de bastoncillos cortos en parejas. En 1885, Cornil y Alvarez hicieron saber que esas bacterias son encapsuladas y muy parecidas al neumococo de Friedlander. Con inoculaciones en la cámara anterior del ojo del conejo, Stepanow en 1889 y Krausz en 1907, produjeron un tejido granular algo parecido al escleromatoso. Goldzieher y Neuber en 1909 encontraron en el suero de los escleromatosos sustancias específicas. En la terapéutica, Kabelik propuso en 1920 inyecciones intravenosas de tártaro estibiado.