

# CRONICAS

## LEPRA\*

*Argentina.*—En el año 1906 se denunció, por parte de los médicos que concurrieron a la Primera Conferencia Nacional de la Lepra, la existencia de 724 casos de esta enfermedad en la República Argentina. Según el censo oficial de 1933, el total ascendía a 2,782 casos, 604 de ellos en la Capital Federal. Estas cifras no son indicativas del número de enfermos de lepra, sino de aquéllos de cuya existencia se ha informado al Departamento Nacional de Higiene. Según los leprólogos, el número real de casos de lepra puede obtenerse multiplicando el número de los casos conocidos por 2 ó 3, lo que daría un total de 6 a 7,000 para la República Argentina. Se ha previsto la creación de siete asilos-colonias con capacidad para 1,650 enfermos: Asilo colonia Buenos Aires, 450 camas; Santa Fe, 350; Entre Ríos, 150; Isla del Cerrito, 300; Misiones, 120; Córdoba, 200; y Salta, 80. (Baliña, Pedro L., y Puente, José J.: *Sem. Méd.*, 1765, dbre. 7, 1933.)

Baliña, ante la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, recalcó por medio de estadísticas los obstáculos con que tropieza la lucha antileprosa en el país. La profilaxia no se realiza en la práctica, no obstante que la ley Aberastury, aprobada en 1926, hace obligatoria la declaración de los casos y ordena una campaña sanitaria contra la enfermedad. Las causas que dificultan la acción sanitaria dependen precisamente del concepto erróneo que tienen de la dolencia no sólo el pueblo, sino muchas personas cultas. Debe llevarse cuanto antes a la práctica el meditado plan que el Departamento Nacional de Higiene ha trazado, haciéndose cargo de la empresa la presidencia del mismo. La crisis económica no debe ocasionar más postergación, pues la obra alcanzaría solución definitiva con sólo la inversión de 8 a 10 millones de pesos. (Para datos más pormenorizados respecto a frecuencia, etc., véase el *BOLETÍN* de enero 1933, p. 50.) (Baliña, P. L.: *La Prensa*, jun. 2, 1933.)

Ya han transcurrido más de siete años de la promulgación de la ley argentina sobre profilaxis y tratamiento de la lepra, mas hoy día sólo existe un edificio apropiado para leprosos en la Isla del Cerrito. Hasta comienzos de 1929, la situación en Santa Fe era semejante que en las otras provincias, con excepción de Corrientes y de la Capital Federal. En la última, la Sección Lepra del Hospital Muñiz veíase colmada, y en Corrientes dos pabellones pasaban por llenar las necesidades, sin hacerlo. En el resto del país no se pensaba en la lepra. En Rosario eran raros los enfermos que siguieran tratamiento en los servicios de enfermedades de la piel, y luego eran internados en la sala de infecciosos del Hospital Carrasco hasta trasladarlos al Hospital Muñiz de Buenos Aires. Otro tanto sucedía en la ciudad de Santa Fe. Fianza solicitó que se le dejara internar en una sala del Hospital Carrasco de Rosario algunos casos, y en Santa Fe gracias a la iniciativa de Borzone se creó un dispensario municipal. En el último ya

\* Crónicas sobre Lepra han aparecido anteriormente en los siguientes números del *BOLETÍN*: 1933, enero p. 50; 1931, sbre., p. 1163; 1930, sbre., p. 1085; 1929, obre, p. 1085; 1928, dbre., p. 1497, sbre., p. 1110, y jun. p. 734.

hay fichados 288 pacientes, que son sometidos a tratamiento. Para la provincia de Santa Fe, cuya cifra de enfermos encabeza las estadísticas, Fianza considera urgente la creación de un asilo-colonia y cree lo más apropiado para ello algún lugar sobre las barrancas del río Paraná. Esa recomendación se funda en la cantidad de leprosos en dicha región, la necesidad de descongestionar de pacientes los dos grandes centros de población, y el estar ya en marcha allí la campaña antileprosa. (Fianza, E. P.: *Semana Méd.*, 124, eno. 11, 1934.)

El censo leproso de 1928 reveló en la Provincia de Santa Fe, Argentina, 569 enfermos, 96 de ellos en Rosario y 158 en la ciudad de Santa Fe. El número es en realidad muy superior, pues lo cierto es que la enfermedad se halla distribuída por toda la Provincia. En los registros de los dispensarios polivalentes hay inscritos 292, los que han concurrido 1,698 veces en el transcurso de seis a siete años, es decir, por término medio, una sola vez al año. Para hacer el tratamiento más efectivo, el autor recomienda que se erijan asilos-colonias a donde pueda enviarse a los leprosos. (Fianza, E. P.: *Semana Méd.*, 1275, ab. 26, 1934.)

Visto un informe presentado en 1930 sobre el aumento de la lepra en Rosario, y la elevada proporción (59 por ciento) de casos autóctonos, la Dirección Sanitaria reservó exclusivamente para el tratamiento de la lepra dos salas del Hospital Carrasco, anexándolas a la cátedra de clínica dermatosifilográfica. El servicio de leprología del hospital cuenta, pues, actualmente con un consultorio externo; un dispensario donde 130 enfermos concurren diariamente, pero cuyo local resulta muy reducido; un dispensario de profilaxia, en que figuran más de 300 convivientes fichados, muchos seguidos desde hace más de dos años; una sala de hombres con 22 camas para enfermos de contagiosidad mediana; una sala de hombres con 14 camas para formas graves y bacilíferas; y una sala de mujeres con 14 camas, hasta que se pueda conseguir otra más amplia. (Fianza, E. P.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 592, 1932.)

*Brasil*—Os cálculos censitarios dos leprosos no Brasil tem sido até hoje bastante falhos, já por falta de elementos seguros, já por ausência de organizações capazes neste tão vasto país. Baseados nas mais recentes estimativas eleva-se, aproximadamente, o número de casos de lepra a 30,000. Ha 10 anos (1923) na 3ª Conferência Internacional de Lepra realizada em Strasburgo os cálculos oficiais davam para o Brasil 7,224 leprosos. Em recenseamento feito pela I.L.D.V. até 31 de julho de 1927, havia no Brasil 12,830. Em recente relatório, Souza Araújo calculou 13,250 para os 13 Estados do Norte. Vemos pelos dados numéricos acima a disparidade sobre o censo dos leprosos no Brasil. Entretanto o que se póde garantir seguramente é que todos os cálculos ficam aquém do número verdadeiro que é, infelizmente, assombroso em consequência da inação dos poderes públicos. Alguns Estados ha em que, de fato, já existe a verdadeira luta contra a lepra e o censo atinge quasi a realidade, entretanto, outros ha cuja exigüidade de dados evidência erradamente pequeno número de casos de Hansen. Efetivamente em São Paulo trabalha-se na luta contra a lepra. Censo, inspetorias central e regionais, leprosários, preventório, profilaxia, tratamento, obras sociais eficientes, tudo, enfim, o que concerne á lepra é cuidado e tem merecido por parte do Govêrno estadual e associações particulares, as necessárias dotações orçamentárias, devido á influência, competência e prestígio das autoridades técnicas especializadas locais. Ressalta em suas organizações o leprosário modelo de Santo Angelo, situado a 6 quilômetros de Mogí das Cruzes, próximo á capital do Estado, tem capacidade atual para 1,000 enfermos, tipo hospital-asilo com grandes pavilhões, várias dependências ligadas entre si e várias casas destinadas a famílias leprosas, tudo provido de instalações gerais e técnicas completas. O problema da lepra no Brasil é uma questão que impõe solução para seus vários aspectos: técnico, administrativo e social. A profilaxia da lepra depende essencialmente do meio, condições especiais de cada região e

principalmente dos recursos financeiros disponíveis. Torna-se necessário, pois, intervir junto aos poderes públicos no sentido da efetivação prática dos meios de combate a este flagelo brasileiro, meios estes já bem compreendidos nos regulamentos sanitários mas não executados. (Ferreira da Rosa, A.: *Medicina*, ab. 1933.)

Dum estudo do problema da lepra nos Estados do Norte da República do Brasil, de Souza Araujo apresenta estes dados e sugestões: *Acre*: 100,000 habitantes, censo 234 leprosos, estimativa 700, isolados 55 no Lazareto "Souza Araujo" em Rio Branco, recomendações: ampliação e melhoramento do leprosário de Rio Branco e fundação de dois pequenos isolamentos. *Amazonas*: 400,000 habitantes, censo 1,436 leprosos, estimativa 3,000, isolados 310 no Leprosário "Belisario Penna", em Paricatuba; recomendações: construção de um núcleo agrícola para 500 doentes, instalação do leprosário do Paredão do Rio Negro, e instalação e funcionamento do Dispensário antileproso de Manaus. *Pará*: 1,000,000 de habitantes, censo 3,612 leprosos, estimativa atual 4,000, isolados 850 no Aislo do Tocunduba e na Lazarópolis do Prata; recomendações: construção e instalação de uma colônia agrícola modelo para 1,000 doentes na ilha de Cutijuba. *Maranhão*: 950,000 habitantes, censo 848 leprosos, estimativa 1,500, isolados 100 no Gavião; recomendações: duplicação da lotação da colônia que o Estado está construindo na Ponta do Bomfim, e reformação da cobertura e madeiramento do grande pavilhão do Sitio Sá Viana. *Piauí*: 600,000 habitantes, censo 46 leprosos, estimativa 200, isolados 40 (?) no Asilo do Dr. Mirócles Vêras em Parnaíba; recomendações: auxílio do asilo de Parnaíba, instalação de um dispensário antileproso em Terezina. *Ceará*: 1,300,000 habitantes, censo 467 leprosos, estimativa 1,000, isolados 210 no Leprosário Antônio Diogo em Canafístula; recomendações: melhoramento do Leprosário Antonio Diogo, construção e instalação de uma colônia agrícola para 500 leprosos na região de Trairi. *Rio Grande do Norte*: 550,000 habitantes, censo 181 leprosos, estimativa 150, isolados 98 no Leprosário S. Francisco de Assis; recomendações: ampliação e melhoramento do leprosário. *Paraíba*: 1,200,000 habitantes, censo 103 leprosos, estimativa 200; recomendações: fundação de uma colônia agrícola para 200 doentes, no Sitio Boa Vista. *Pernambuco*: 3,065,000 habitantes, censo 457 leprosos, estimativa 900 a 1,350, isolados 203 no Hospital dos Lázaros de Recife; recomendações: fundação de uma colônia agrícola para 500 leprosos entre Jaboatão e Vitória. *Alagoas*: 1,000,000 de habitantes, estimativa 100 leprosos; recomendações: fazer o rigoroso censo dos leprosos. *Sergipe*: 490,000 habitantes, censo 9 leprosos; recomendações: fazer o censo dos leprosos e iniciar o seu isolamento. *Baía*: 3,500,000 habitantes, censo 80 leprosos, isolados 42 no Hospital dos Lázaros de S. Salvador, estimativa 200 a 400; recomendações: ampliação e melhoramento do Hospital Diogo de Menezes, e fazer o censo. *Espírito Santo*: 500,000 habitantes, censo 345 leprosos e 45 suspeitos, estimativa 800 a 1,000, isolados 10 no Asilo da Ilha da Cal; recomendações: fundação de uma colônia agrícola para 500 leprosos. São 7,841 leprosos recenseados, do Acre ao Espírito Santo, com uma estimativa de 12,550 doentes dos quais apenas 1,918 isolados, isto é, pouco mais de 15 por cento á custa dos Estados, e em maioria das vezes, em condições precaríssimas. No Maranhão são conhecidos e cadastrados 848, com uma estimativa de 1,500, sem isolamento capaz de garantir uma profilaxia eficaz, e somente perto de 100 recolhidos em casebres infectos, sem quaisquer requisitos de asilo, hospital ou colônia. Agora é que o govêrno do Estado, com minguadas verbas, está construindo a primeira colônia para êsses 100 doentes já isolados. Pondo de parte o Pará, onde existe o Lazarópolis do Prata, em condições de receber 600 dos seus 4,000 doentes, os outros Estados do norte continuam mais ou menos na mesma situação que o Maranhão. Assim sendo, os 15 por cento dos leprosos isolados em 12 Estados e território do Acre o são em condições mais que precárias. Resumindo, para de

Souza Araujo o Govern6o far6 obra benem6rita empregando, em 1933, 5,000 contos de r6is no combate 6 lepra nos 12 Estados do Norte, ou seja menos do que gastou S6o Paulo na constru66o do Hospital-Asilo de Santo Angelo. Com superintend6ncia federal e uma rigorosa aplica66o dos 5,000 contos, distribuidos na ordem das necessidades profil6ticas (Acre, 200; Amazonas, 600; Par6, 1,000; Maranh6o, 700; Piaul, 200; Cear6, 500; Rio Grande do Norte, 200; Para6ba, 200; Pernambuco, 500; Alagoas, 100; Sergipe, 100; Ba6a, 300 e Esp6rito Santo, 400) em 12 meses a Uni6o ter6 aliviado o problema da lepra al6. A cria66o d6esses lepros6rios regionais n6o prejudica o plano da cria66o de um "Grande Lepros6rio Nacional", na Ilha Grande ou no continente. (De Souza Araujo, H. C.: *Medicamenta*, 18, mar6o 1933; *Folha M6d.*, ab. 15, 1933.)

A recente reuni6o no Rio da Confer6ncia para Uniformiza66o da Campanha contra a Lepra em Brasil; a funda66o das novas sociedades de Assist6ncia aos L6zaros nos Estados, e outras atividades privadas e de profilaxia da lepra; a constru66o e organiza66o de novos lepros6rios modernos do Departamento Nacional de Sa6de P6blica e Servi6os Sanitarios Est6duais, do tipo hospital-col6nia, e amplia66o e melhoramento dos existentes no Distrito Federal, e nos Estados de S6o Paulo, Minas Gerais, Esp6rito Santo, Paran6, Ba6a, R. G. do Norte, Cear6, Maranh6o, Par6 e Amazonas, al6m de projetos v6rios, como o do lepros6rio do Estado do Rio, em cuja realiza66o est6 interessada no momento a Sa6de P6blica local e o atual Chefe do Govern6o do Estado; e mais ainda, os Centros de Estudo Internacional, s6bre a lepra, j6 anunciados para breve, a serem inaugurados sob a dire66o dos Profs. Carlos Chagas e Ed. Rabello, em depend6ncia do Instituto Oswaldo Cruz e no Hospital-Col6nia de Curupa6t6, em Jacar6pagu6, e em S6o Paulo, e em Minas, com o concurso financeiro da Liga das Na66es, do Govern6o Federal e do milion6rio e grande filantropo, o Dr. Guilherme Guinle, e com a colabora66o de lepr6logos e pesquisadores de todo o mundo; por fim a b6a vontade do Sr. Chefe do Govern6o Federal de ampliar a a66o da Sa6de P6blica contribu6ndo, de ac6rdo com o plano Souza Araujo, com vultosa verba para amparar e estender a luta contra a lepra por todo o territ6rio nacional—eis, em conjunto, a demonstra66o da atividade brasileira encarando de frente um grave problema nacional de sa6de p6blica. (*Medicamenta*, nbro. 1933.)

*Colabora66o do gov6rno brasileiro.*—O gov6rno central do Brasil, pela decis6o de seu chefe, v6e instituir provid6ncias de larga amplitude, de modo a atender nelas todas as regi6es do pa6s invadidas pela lepra. E os gov6rnos de S6o Paulo, de Minas Gerais e do Par6, al6m de outros, j6 organizar6o a luta contra a lepra em normas t6cnicas modernas e v6o considerando o assunto com acerto e m6ximas energias. (*Folha M6d.*, 118, 5 ab. 1934.)

*Centro Internacional.*—Em janeiro 1934, foi inaugurado no Rio de Janeiro um Centro Internacional de Lepra, sob os ausp6cios da Liga das Na66es e sustentado pelo gov6rno o pelo Sr. Guilherme Guinle (a quem j6 devia-se o aperfei6amento no Brasil da luta contra a lues). Um brasileiro, o Prof. Carlos Chagas, tem sido nomeado diretor do Centro, permitindo-lhe, todavia, continuar a exercer suas fun66es de diretor do Instituto Oswaldo Cruz. O objetivo do Centro 6 de empreender todo e qualquer trabalho que possa contribuir para a preven66o da lepra, atribu6ndo-se particular import6ncia ao seu tratamento. Os cientistas latino-americanos, m6dicos higienistas, bem como os de outros pa6ses, ser6o convidados a tomar parte num curso especializado de instru66es para o combate 6 lepra e para promover a coopera66o internacional na campanha contra esa peste. O Sr. Guilherme Guinle e o gov6rno brasileiro concordaram em pagar cada qual 50,000 francos su6ssos por ano, durante um lustro, para custearem as despesas do Centro, ou seja um total de 300 contos de r6is em dinheiro papel brasileiro. A Liga anunciou que est6 preparada para enviar ao Rio de Janeiro especialistas em leprologia e pagar as despesas de viagem e acomoda66es, que equivaler6o

aproximadamente a 50,000 francos anuais. Estão sendo realizadas investigações na Colônia de Lepra do Departamento Nacional de Saúde Pública de Rio de Janeiro e outras colônias de leprosos, particularmente em São Paulo e em Minas Gerais. O oferecimento para instalar o Centro Internacional partiu do governo brasileiro, que enviou uma carta ao Conselho da Liga, para êsse efeito, em 15 de abril de 1931. O Conselho da Liga aprovou o oferecimento brasileiro em 1 de setembro de 1931. A Organização Sanitária da Liga descreveu o Brasil como "um dos países mais adeantados no que se refere á campanha contra a lepra." A Comissão de Administração compreende sete membros, sob a presidência do Sr. Guinle, e inclui o Prof. E. Burnet, representando o Sr. Avenol, secretário-geral da Liga das Nações. A comissão sugere que a Organização Sanitária da Liga inclua a maior cooperação possível de outros países sul-americanos no combate á lepra. Os outros membros da Comissão: Dr. P. Baliña, professor da Universidade de Buenos Aires; Dr. E. Rabello, professor da Universidade do Rio de Janeiro; Dr. A. Herrera Restrepo, diretor do Serviço Nacional de Lepra, da Colômbia; Prof. Carlos Chagas, e o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública do Brasil. (*Folha Med.*, dbro. 25, 1933; ver também *BOLETÍN* de mço. 1934, p. 214.)

A situação do problema da lepra no Distrito Federal é mais desfavorável do que em todos os Estados da União reconhecidamente de pequena incidência leprosa; e igual ou ainda em peor situação do que a dos Estados onde a endemia insidiosa fez quartel mestre, como em São Paulo, Minas e Pará. E a situação inferior do que a dos Estados de pouca lepra, porque nesses as poucas centenas ou dezenas de casos se acham dispersos por extenso território, onde o convívio é mais escasso; o doente, por temido vive muitas vezes isolado na sua casinha ou evitado, e fácil será por final, remediar a situação porque um único hospital-colônia central, no Estado, com instalação modesta, será bastante para resolver, senão para dominar o mal endêmico, em infício, ou que pouco alastrou ainda. E é a situação do Distrito Federal inferior, no momento, até certo ponto, comparadamente a das citadas unidades da Federação mais atingidas pelo flagelo, porque la a própria estatística é mais favorável, mais fácil e já se está fazendo cuidadosamente, e ha interesse, em atividade, para se obter um censo completo, que tornará fácil o arrolamento, na hora precisa, de todos os notificados ou recenseados, com enderêços, por ser mais fácil descobrir-lhes o paradeiro, quando tenham de ser isolados, aquí ou alí, no seio da população menos densa pelas cidades, vilas, povoados, onde quasi todos os conhecem. O índice da lepra vae crescendo continuamente no Rio onde se contam mais de 1,200 casos conhecidos. Durante o ano de 1932, foram registados 231 doentes novos, na Inspetoria de Profilaxia da Lepra, que somados aos 1,100 matriculados anteriormente dão o total de 1,371 dos quais, deduzidos os que deixaram o Distrito Federal, os em trânsito, os falecidos, etc., restavam 1,257 em 31 de dezembro de 1932. Nessa data, dêsse total de doentes conhecidos, existiam isolados 336; no Hospital Colônia de Curupaíti 250, no Hospital dos Lázaros 86, e em domicílio 921. Desta sorte, os doentes hospitalizados ou internados no Distrito Federal, mal correspondem á quarta parte do total dos registados e existentes na capital e subúrbios e zona rural. Em se tratando duma cidade de densa população, como é o Rio de Janeiro êsses 900 e tantos leprosos, dado que existam, constituem evidentemente gravíssimo perigo para a saúde do povo. Entretanto, diàriamente ocorrem os casos que precisam ter uma solução imediata, de doentes abandonados pela rua, muitas vezes vindos dos Estados, desembreados no momento, as vezes. Ha ainda os que vivem em promiscuidade sabida e perigosa, e para os em quais não se encontra outra solução senão internar no H. dos Lázaros, se la quizerem receber, ou no H. C. de Curupaíti, mesmo não havendo vagas. A proximidade do Estado do Rio, onde não ha ainda leprosário ou hospital de lázaros, e dos Estados de Minas, Espírito Santo, São

Paulo, favorece ainda a vinda de doentes para se internarem no Distrito Federal, migração vedada, aliás pela legislação sanitária em vigor. Sem instalação conveniente, ainda, pouco mais de uma dezena de menores doentes do Distrito Federal estão isolados em Curupaiti. Quanto ás crianças sádias (até 14 anos), que convivem com paes ou pessoas doentes de lepra, que lhe são arrimo, além das muitas outras que possam estar expostas ao contágio desses mesmos doentes, transcrevem-se alguns dados, pedidos a Sra. D. Marina Bandeira de Oliveira, enfermeira chefe do Serviço, para melhor esclarecer á Sociedade de Assistência aos Lázaros, do Rio, de cuja diretoria faz parte, sobre a situação real, afim de ser bem orientado o projeto da fundação dum preventório ou abrigo nesta capital, que é o principal escopo da referida sociedade. Durante o primeiro semestre do ano 1933, realizou D. Marina 1,073 visitas correspondendo a 904 enderêços ou fichas e encontrou apenas 317 casas de doentes, sendo que nessas 317 casas existem crianças (até 14 anos), apenas em 110 e no total de 215 crianças. Ora, guardada esta proporção, e aceitando o total dos doentes existentes, que é quatro vezes maior, pode-se calcular aproximadamente em 860, (quatro mêses mais), o número de crianças comunicantes ou sádias, até 14 anos, que no momento vivem no Distrito Federal, cohabitando com paes ou parentes acometidos do mal de Hansen. O A. lembrou-se ha dois anos duma solução possível: a possibilidade do aproveitamento do atual Hospital dos Lázaros, ricamente instalado, lindamente situado, depois de convenientemente adaptado para ali se localizar o Preventório, afim de abrigar os filhos sádios dos doentes de lepra a serem internados o mais breve possível. Os atuais doentes de São Christovão seriam transferidos, com conforto igual, para Curupaiti, após entendimento entre o Govêrno e a irmandade, neste particular. (De Almeida, Theophilo: *Jornal dos Méd.*, outubro 5, 1933).

Desde a fundação até 31 dezembro de 1932, acusou o Livro de Matrículas de doentes ao Hospital-Colônia em Jacaeipagua (Curupaiti), D.F., Brasil, um total de 734 entradas, atingindo, na mesma data, o número de saídas, óbitos inclusive, um total de 484, aí compreendidas as transferências para estabelecimentos congêneres, para isolamento a domicílio, fugas, altas especiais, etc. Durante o período de 1932, quarto ano de funcionamento, primeiro ano de vida como repartição autónoma, verificou-se o seguinte movimento: Existentes em 1º de janeiro, 226: Sexo masculino 159, feminino 67; maiores de 14 anos (adultos) 215; menores (crianças) 11; brasileiros 196 e estrangeiros 30 (Portugal, 18; Itália, 10; Espanha, 2); Distrito Federal, 44; Estado do Rio, 43; Minas Gerais, 42; Pará, 13; S. Paulo, 12; Pernambuco, 7; Ceará, 7; Espírito Santo, 6; Sergipe, 5; R. G. Norte, 4; Paraíba, 3; Sta. Catarina, 3; Mato Grosso, 2; Amazonas, 1; Maranhão, 1; Alagóas, 1. Foram assim classificados os existentes em 1º de janeiro de 1932: fórma tegumentar, 66; f. nervosa, 65; mixta, 82; em observação, inclusive os filhos isolados dos casais, 13. Eram de serviços domésticos, 70; trabalhadores e operarios, 60; lavradores, 36; comércio, 16; marítimos e militares, 10; pedreiros, 5; funcionarios civis, 3; colegiais, 3; telegrafistas, 2; motoristas, 2; pebreiros, 2; sapateiro, costureira, ferreiro, foguista, pintor, e estivador, 1 cada um; sem profissão declarada inclusive menores, 8. Continuou durante o ano de 1932 o crescendo do número de "doentes-dia", indo de 226 em 1º de janeiro a 250 em 31 de dezembro. Convem repetir como essa escala se vem mostrando desde o início: Em janeiro de 1929 eram 124 doentes; em dezembro, 204; em fim de 1931, 224; em 31 de dezembro de 1932, 250. E mais leitoss haja, que só para o Distrito Federal calcula-se em 500 o número aproximado de doentes que devem ser isolados ou internados. Doentes entrados em 1932, 119: tegumentar, 29; nervosa, 41; mixta, 40; frusta, 1; em observação, 8. Entraram durante o ano, 119, contra 130 em 1931 e 156 em 1930. Saídas no mesmo período, incluídos falecimentos, fugas, remoções, altas especiais, 97, tendo sido 126 em 1931, 136 em 1930. Óbitos, 46, ou 13.3 por cento (com relação ao total de 345) contra 35 (9.8) em 1931 e 35

(9.7) em 1930. Esse aumento da mortalidade em grande parte é atribuído a casos de internamento de doentes já moribundos. Fugas: Foram 18 em 1932 (5.2 por cento), contra 33 (9 por cento) em 1931 e 49 (13 por cento) em 1930. Diminua o número a medida que aumenta cada ano o conforto relativo que já se proporciona ao doente em Curupaiti. Remoções e transferências: 31 em 1932 (8.9 por cento), contra 56 em 1931 (15.8 por cento) e 48 em 1931 (13.6). Dos 97 saídos em 1932, inclusive óbitos, eram do sexo masculino 69; do sexo feminino, 28. Fôrmas clínicas: tegumentar, 28; nervosa, 37; mixta, 28; frusta, 1; em observação, 3. Os resultados do processo e da terapêutica foram superiores aos do ano anterior. Como amostra, cito o resultado de um dos 3 grupos em observação de tratamento: 87 por cento dos 90 doentes dum grupo permitiram tratamento intenso, forte e médio. Resultado: 94 por cento de melhorados, assim descreminados: ótimo, 12; bom, 43.8; médio ou sofrível, 27; ligeiro, 10.9 por cento. Apresentou os melhores resultados a técnica das doses fortes hebdomadárias (5 cc por injeção intramuscular). Como medicação complementar, revelaram-se um excelente auxiliar a fisioterapia e a electricidade médica, a crioterapia, a cauterização pela electrocoagulação. Medicamentos empregados: Os mesmos do ano passado, os mais acreditados de origem nacional ou de fabrico inglês (Aleprol), alemão (Antileprol), italiano (Iodomogrina e Antilebrina) e outros. Realizaram-se tres casamentos durante o ano, todos êles de doentes internados, sendo, como de costume combinado previamente que os filhos, caso haja, serão isolados dos pais. Igualmente nasceram 3 crianças de casais internados, sendo todas separadas, logo, ao nascer, das mães, e isoladas em uma creche improvisada a 300 metros distante do hospital, em terrenos do mesmo, onde existiam outros. ("Medicamenta", maio 1933.)

A lepra na Baía era muito freqüente nos tempos coloniais, obrigando os Governantes daqueles tempos a tomar medidas das mais rigorosas, a fim de deterem o surto assustador da terrível moléstia. D. Rodrigo José de Menezes, Governador Geral, em 1784 compreendeu perfeitamente o perigo e resolveu fundar o Hospital para Leprosos, fazendo uma subscrição pública. O hospital foi inaugurado a 21 de agosto de 1787, tendo dado entrada nesta data a todos os doentes, em número de 31 que estavam internados na Fortaleza do Barbalho. D. Rodrigo decretou um imposto destinado ao leprosário, sobre gêneros alimentícios vendidos no Celeiro Público. Nunca estas rendas foram suficientes para a manutenção do hospital e os Governos não só do tempo da Colônia, como depois da Independência tiveram de concorrer para as despesas feitas com os doentes, sempre em grande número. Ha quem acredite que a lepra, na Baía, extinguiu-se por si mesma, ou por causas diversas, mas quem estudar os documentos existentes no Arquivo Público será forçado a acreditar que a diminuição dos casos foi devida ao isolamento. As medidas higiênicas hoje postas em prática, não são mais perfeitas do que as que foram estabelecidas neste regimento extraordinário para aquella tão remota época. Uma outra causa, que talvez tenha contribuído para a diminuição foi o horror e o medo que as pessoas sãs tiveram, em todos os tempos, aos atacados de lepra. Na Baía sempre se conheceram as famílias que tiveram casos e nestas mesmas tem acontecido que casos novos não têm ocorrido, devido justamente a certas medidas de prevenção e isolamento estabelecidos. De outro lado os casos, na Baía, são mais freqüentes em alguns distritos, onde as medidas de segregação foram mais ou menos abandonadas ou não observadas. Pelo estudo epidemiológico feito em 1926, apresentado ao 3º. Congresso Brasileiro de Higiene, com as estatísticas desde 1823 até 1923, se verifica que o maior número de doentes internados foi no ano de 1832, 81 doentes para uma população muito menor da que a que tem Baía atualmente. Ha tempos passados, cerca de 15 anos, um terço dos doentes internados no Leprosário era de outros Estados e alguns dos naturais da Baía tinham contraído a lepra no norte do país (Pará e Amazonas). Se não se

quizer que a Baía volte a ser um dos Estados da União que tenham um grande número de leprosos, como aconteceu outr'ora, é necessário que se encare a questão sèriamente, destruindo o mal enquanto estiver pequeno. Para isto é preciso orientar cientificamente a profilaxia em todo o Estado. Para a descoberta dos casos contagiantes ou em início da lepra e para se poder fazer a assistência aos Lázaros, o Leprosário manterá um ambulatório para diagnóstico. Para levantar o censo e fazer-se a profilaxia real, o Leprosário manterá no centro da cidade, um Ambulatório das Molestias da Pele e terá para este serviço um especialista em dermatologia e que servirá também ao Leprosário. Ao lado do dispensário terá um laboratório. Não havendo grande número de leprosos no Estado, relativamente a outros Estados, os casos novos, que forem diagnosticados e que, por suas lesões ou condições personalíssimas, não forem considerados contagiantes e portanto não causarem prejuízo ás pessoas sãs, poderão ser tratados no Dispensário. Aqueles doentes já em período contagiante deverão ser internados no Leprosário e quando poderem se tratar em domicílio serão assistidos pelas enfermeiras visitadoras dos distritos correspondentes. O Diretor do Leprosário entender-se-á com o Inspetor do Centro Epidemiológico e com os Inspetores Chefes dos Centros de Saúde, sôbre o tratamento e os cuidados higiênicos a serem prestados a êstes leprosos. Adaptar-se-á ao fim da fundação do Ambulatório uma das 3 casas existentes ao lado do Leprosário e pertencentes ao mesmo. Será oportunamente levantado o censo dos leprosos da Capital e do interior do Estado. Para êste serviço talvez o mais importante, na profilaxia da lepra, porque vai descobrir o doente no início da moléstia, é necessária a criação, no centro da cidade, em local facilmente acessível aos doentes, de um Dispensário para as molestias da pele. É desnecessário encarecer o serviço que poderá prestar, o Dispensário, na Baía, cidade que poderá ter talvez 150 a 200 leprosos. Adaptar-se-á á medida que fôr possível, o antigo hospital, ao sistema colônia. Os funcionários públicos que sofrerem de lepra serão afastados imediatamente dos seus serviços e após rigorosa inspeção de saúde serão aposentados com todos os vencimentos. (Torres, Otavio: *Baía Medica*, 307, dbro. 1933.)

Recolhidos todos os elementos obtidos pelo Serviço de Profilaxia da Lepra do Estado de Pernambuco até 15 de dezembro de 1932, resultantes da soma dos casos conhecidos pelos postos em actividade, pelas notificações de clínicos, pelos inqueritos procedidos, etc., o número de leprosos de 1922 a 1932 sobe a 688. Abatendo-se os que nestes 11 anos faleceram, ou saíram do Estado, se elevam a 454 os casos existentes, cujos detalhes constam das fichas organizadas. É claro, que o número deve ser maior, pois forçosamente escaparão casos ás investigações mais perfeitas. Sendo a população do Estado calculada em 3,065,059 habitantes, segundo o *Anuário Estatístico* (1931), o índice da lepra é de 14.81 por 100,000 habs. São Paulo, Minas Gerais, Pará, Maranhão, etc., são mais atingidos embora ainda existam unidades melhor colocadas. Já Belmiro Valverde considerava Pernambuco um dos Estados em que a lepra reinava com média intensidade e esta colocação não parece ter sido alterada. Dos 83 municípios, que formam a divisão administrativa do Estado, 30 têm casos de lepra assim se especificando: 14, 1; 4, 2; 3, 3; 4, 4; 2, 5; 1, 12; 1, 13, e 1 (Recife), 371. Isto se explica, em Recife entre outras razões, por haver o Hospital dos Lázaros, que acolhe doentes de todo o Estado, sendo para os 371 casos conhecidos na capital 201 internados e 170 em seus domicílios. A percentagem é, portanto, de 44.27 para o total de doentes internados em relação a 454, total geral, visto como no hospital são recebidos de todas as localidades. Dos hospitalizados 163 são de Pernambuco e 38 de outros Estados, ou seja 18.91 a percentagem dos casos de importação, sôbre os autóctones. Em 1928 a percentagem era quasi de 40, tendo baixado, por não serem mais recebidos os importados. Pelos sexos, os doentes se dividem dêste modo: masculino 309 e feminino 145, o que dá 68.06 e 31.94 por cento respetivamente. Em relação



á côr se apurou: brancos 141 (31.06 por cento); pardos 280 (61.67), e pretos 33 (7.27 por cento). Os solteiros pagam maior tributo: 287 (63.22 por cento), vindo em seguida os casados com 135, (29.73) e, por último, os viúvos no total de 32 (7.05 por cento). É claro que assim se passe, pois mais de 50 por cento dos casos tiveram início antes de 30 anos, época em que o casamento é mais freqüente. Feita a elosão do mal em solteiros raros são os que se casam. Sendo Pernambuco, um Estado de fraca população estrangeira o total assim se especifica pelas nacionalidades: brasileiros, 97.14 por cento; portugueses, 1.32; italianos, 0.88; alemães, 0.22; hespanhoes, 0.22; australianos, 0.22. Do ponto de vista da idade actual e da em que se manifestou a doença se verifica o seguinte: 0-7 anos, 0.22 por cento, 5.29; 8-12 anos, 7.05, 19.38; 13-20, 22.03, 19.16; 21-30, 20.04, 18.06; 31-40, 18.94, 18.28; 41-50, 19.16, 13.66; 51-60, 11.45, 5.07; maiores de 60, 1.10, 11.0 por cento. Forte é a percentagem em que se manifestou a doença até 20 anos e maior deve ser, pois com o longo período de incubação muito maior deve ter sido o número de infeccionados na infância e na adolescência. Esta verificação faz, no dizer das autoridades, considerar a lepra doença de infância. Quanto á evolução, é em Pernambuco, como em toda a parte, longa. Sôbre 454 casos ficou apurado que 70 vieram de outros Estados já doentes, ou seja 15.42 por cento. Pode-se afirmar, porém, que muito maior número deve ter contraído fóra de Pernambuco, em permanência em focos maiores e que em incubação vieram para Pernambuco. As fórmãs clínicas, conservada a classificação antiga, assim se distribuem: tuberosa, 22.91 por cento; anestésica, 19.82; mixta, 57.27. Em relação á convivência íntima com leprosos ficou esclarecido, seguramente, tela havido em 88 casos (19.38 por cento). É necessário acentuar, que êste dado é difficil de ser bem apurado. Durante o último quinquênio a mortalidade por lepra em Recife, comparativamente ao total de óbitos, foi: 1927, 0.24 por cento; 1928, 0.21; 1929, 0.21; 1930, 0.12; 1931, 0.19. O Hospital dos Lázaros data de 1789 e já succedeu a outro, fundado em 1714, em local diferente é mantido pela Santa Casa de Misericórdia, instituição subvencionada pelo govêrno do Estado. Talvez seja por existir ha mais de um século, um estabelecimento para receber hansenianos, uma das causas de não ter se difundido muito a lepra em Pernambuco. Nesses últimos anos têm sido introduzidos melhoramentos de vulto no hospital, graças, em grande parte, á Sociedade de Assistência aos Lázaros. O número de leitos é de 212, e os internados têm aumentado pelas providências do Serviço de Profilaxia, e também ás medidas para ampliar a capacidade. A área livre foi grandemente alargada. Rádio, biblioteca, cinema, e outros elementos possúe o hospital, ao lado de uma terapêutica bem conduzida, o que tudo está concorrendo para se objetivarem curas efínicas. O custeio do hospital foi, em o ano passado de 165:026\$250, o que dá 927\$113, per capita por ano e 2\$540 per capita e por dia. Isto exprime magnífica percentagem em relação a outros similares. (Clementino, Francisco: *Ann. Dpto. Saúde Públ.*, 1932.)

Segundo o Dr. Carlos Ribeiro, informado pelo Dr. Barão de Studart, o primeiro caso de lepra de que ha memoria no Estado do Ceará, ocorreu em 1867 na pessoa de um escravo importado do sul. Quem primeiro chamou a atenção para a lepra como doença contagiosa, foi o Dr. José Lino da Justa, diretor de hygiene do Estado no Relatório, apresentado no período decorrido entre maio de 1898 e abril de 1899, estimando em 20 os leprosos então domiciliados em Fortaleza. Sômente 15 anos mais tarde voltou o assunto a ser tratado oficialmente, ao tempo em que o Dr. Carlos Feijó da Costa Ribeiro foi nomeado Diretor de Higiene, cargo exercido de 1915 a 1920. Na relação dos trabalhos efetuados entre maio de 1916 e abril de 1917, é mencionado o início do recenseamento dos lázaros de Fortaleza com o registro de 32 doentes, insistindo o Diretor de Higiene sôbre a necessidade do isolamento. No período interposto entre maio de 1917 e abril de 1918 é proseguido o recenseamento, o qual eleva a 68 o número de morféticos residentes em

Fortaleza. Baseado na hipótese de dobrarem os casos de 10 em 10 anos, Ribeiro publicou a seguinte estatística: 1867, 1 a 2; 1877, 5 (cerca de 4), 1887, 8; 1897, 15 (cerca de 16); 1907, 32 (provavelmente); 1917, 68 (cerca de 64). Entre maio de 1918 e abril de 1919, a estatística de Ribeiro eleva-se a 70 para Fortaleza, e de maio de 1919 a abril de 1920, a 84. Nessa época, mediante questionário que dirigiu aos médicos residentes no interior de Estado, apurou 96 casos distribuídos em 23 localidades. Somados os algarismos da Capital aos das localidades do interior, temos para o Estado, em 1920, 180 lázaros. Estabelecido no Ceará, na segunda metade do ano de 1921, sob a direção do Dr. Gavião Gonzaga, o Serviço de Saneamento Rural e Profilaxia da Lepra e Molestias Venéreas, logo entrou a se preocupar com o recenseamento dos leprosos. Inicialmente o censo esteve a cargo do Dr. Nelson Catunda e em seguida do Dr. Ataulpa Barbosa Lima, já falecido. Ao Dr. Gavião Gonzaga, sucedeu em 1925 o Dr. F. Amaral Machado, o qual trouxe como um dos pontos básicos do seu programa de higiene a profilaxia da lepra. O Dr. Amaral Machado ainda alcançou do Governo do Estado a construção de pouco mais de meia dúzia de casinhas na praia dos Arpoadores, em local de difícil acesso, sobretudo na pre-mar, pois, substituídas com a maior vantagem pela Leprosária Antonio Diogo, em Canafistula. Em agosto de 1928 foi o Dr. Amaral substituído pelo Dr. Demosthenes de Carvalho. O A. resumiu assim a situação em 1929; leprosos existentes em Fortaleza, 77; isolados em Canafistula, 64; existentes no Interior, 280; existentes no Ceará, 421. Concluindo, o número de leprosos no Estado é relativamente pequeno, no máximo 500, com a proporção de 0.3 por 1,000 na população de 1,500,000 habitantes do Estado. Disseminados nos diferentes quadrantes da cidade de Fortaleza como se acham os doentes, constituem o mais sério perigo, pois cada lázaro poderá constituir um foco de irradiação do mal. O apoio efetivo prestado pelos Poderes Públicos (Federal, Estadual e Municipal) á promissora iniciativa representada pela Leprosária de Canafistula, dada a relativa exiguidade dos lázaros no Estado, poderia perfeitamente resolver o problema, segregando os doentes e assim extinguindo a molestia de poucas décadas. Encarada sob o ponto de vista de sua possível extinção, a lepra constitui atualmente o mais preponderante problema de Saúde Pública, pedindo breve e cabal solução. Em 31 de dezembro de 1928 a leprosária encerrava 64 doentes e em 31 de maio de 1932, 214. Desde sua fundação até aos primeiros cinco meses de 1932 a leprosária havia recebido 288, dos quais somente 26 deixaram o estabelecimento, por fuga, expulsão ou espontaneamente. Tudo quanto existe atualmente no Ceará relativamente á profilaxia da lepra, é produto do esforço particular, auxiliado pelo Governo do Estado, pela Prefeitura de Fortaleza e por alguns municípios do interior. O número de lázaros existentes no Estado ainda não é tão grande, que não seja permitido admitir-se a jugulação da doença, mercê duma profilaxia regularmente organizada e executada sem desfalecimento. Conservar e melhorar o que já existe em matéria de profilaxia, amparando sobretudo a Leprosária Antonio Diogo e a Creche Silva Araujo (13 doentes), já será um alto benefício e perfeitamente compatível com as possibilidades estaduais e federais. (Alfredo da Justa, A.: *Rev. Med.-Cir. Brasil* 172, junho 1933.)

Os primeiros casos de lepra em Alagoas datam do período de colonização europeia e do tráfico africano. Alagoas constitui um dos poucos Estados do Brasil, onde, sendo endêmica a lepra, não existe assistência necessária á profilaxia eficiente. Não foi realizado ainda o censo exato dos lázaros. Numa estimativa das mais otimistas pode-se calcula-los em 200 (cerca de 100 em Maceió). Desaparecido o fator que mais concorreu para a propagação quasi nula da doença, pelo fechamento dos hospitais de outros Estados aos enfermos, é de crer, extenda-se ela de ora por diante. A criação da Inspeção Regional da lepra, que superintenda todas as providências profiláticas que se façam mister, deve ser a primeira

medida na luta sanitária contra o mal. Só a instalação dum dispensário e duma colônia agrícola, obedecendo ambos a diretrizes científicas, poderá garantir o êxito da campanha anti-leprosa. A lepra constitue em Alagoas uma séria ameaça, para cujo combate radical se devem congregiar íntimamente, a ciência médica, o govêrno, e o póvo. (Lages Filho: *Baía Med.* 163, ago. 1933.)

*Colômbia.*—Por la ley No. 32, del 18 de noviembre de 1932, el Congreso de Colombia ha dictado nuevas medidas relativas a la lucha contra la lepra, ordenando que prosiga de acuerdo con los principios universalmente aceptados, y continuando como servicio nacional a cargo del Departamento Nacional de Higiene. El aislamiento en los lazaretos es obligatorio para los enfermos reconocidamente contagiosos, mientras que a los demás se les puede permitir en los lugares que determine el Departamento, con tal que se facilite su constante vigilancia por la autoridad sanitaria, y su tratamiento médico. En el domicilio no deben vivir niños sanos. El Departamento también fundará dispensarios antileprosos para vigilar y tratar a los enfermos de fuera de los lazaretos. Los leprosos sólo podrán ser liberados cuando estén organizados los dispensarios en la región donde vayan a residir. Los lazaretos serán transformados en sanatorios. En los hospitales generales, también se podrán fundar pabellones para hospitalización y tratamiento de los leprosos indigentes y susceptibles de curación, haciendo contratos para ello el Departamento Nacional de Higiene. En la Facultad Nacional de Medicina, se crea una cátedra de leprología. Los enfermos curados serán auxiliados para regresar a sus domicilios, si carecen de recursos. Por un plazo no menor de seis años, a partir de 1933, se apropiarán en el presupuesto nacional las sumas necesarias para la compra y pago de arrendamiento de locales destinados al alojamiento de enfermos en los lazaretos. Las rentas provistas en los artículos 10 a 16 de la ley 53 de 1921, serán organizadas y recaudadas por el Gobierno Nacional, y destinadas exclusivamente al mejoramiento de los lazaretos y funcionamiento de los dispensarios. El Poder Ejecutivo queda, además, autorizado para desarrollar la campaña de acuerdo con el Departamento Nacional de Higiene dentro de los recursos fiscales disponibles, sin perjuicio de suspender las obras que no sea posible realizar. Dentro del término de seis meses, se compilarán las leyes sobre la materia, refundiendo en una sola y armonizando las distintas disposiciones. (*Rev. de Hig.*, 50, fbro. 1933.)

Por la Resolución No. 60 del 19 de mayo de 1933, el Director del Departamento Nacional de Higiene de Colombia estipula, en una serie de capítulos, la forma que tomará la campaña contra la lepra en el país, quedando encomendada la misma a la Sección de Profilaxia de la Lepra. (*Rev. Hig.*, 125, ab. 1933.)

En el Lazareto de Agua de Dios, Colombia, los enfermos de Cundinamarca ascienden a 1,353. De acuerdo con un contrato celebrado con el Gobierno Departamental, Benchetrit ha tratado a 233 de ellos, elegidos por sorteo. El número de curados dados de alta asciende a 36, más 10 en observación médica ahora. El porcentaje de curaciones sociales calculado sobre el grupo inicial de 80 enfermos en 1930, sube a 58; sobre los 100 en tratamiento en 1931, a 46; y sobre los 200 en 1932, a 23. Calculando un gasto de 247 pesos anuales por cada leproso recluso en los lazaretos, el total economizado por las altas sube a más de 11,000 pesos anuales. Además, los últimos exámenes denotan que 94 por ciento de los tratados están notablemente mejorados, estacionados apenas 5 por ciento, y agravados ni 1 por ciento. Además de los enfermos de Cundinamarca, el autor tiene en tratamiento 713 de otros departamentos, en los cuales las curaciones suben a 132. El autor aboga por la creación de un dispensario en Cundinamarca, como el que ya tiene establecido el Departamento del Valle del Cauca, que servirá de complemento de la obra curativa. (El tratamiento de Benchetrit es a base de aceite de chaulmugra.—RED.) (Benchetrit, A.: Informe al Gobernador del Dpto. de Cundinamarca, mzo. 1934.)

*Estados Unidos.*—Ampliando sus estudios anteriores, Denney hace notar que de 637 enfermos de la Leprosaría de Carville 471 enfermos procedían del Estado de Luisiana y 307 de ellos de Nueva Orléans: 391 nacidos allí, 43 nacidos en otras partes de los Estados Unidos, y 37 nacidos en el extranjero. La difusión gradual del mal por el valle del Misisipí parece haber seguido las sendas trazadas por los colonizadores, conduciendo todas ellas a Nueva Orléans. Aparte del foco orleanés, parece haber habido otros en varios puertos del Golfo de México. La lepra, aun hace 150 años, no era rara en el delta del Misisipí, pues Ulloa en 1766-68 trató, de impedir su difusión aislando a los enfermos en la boca del río en Balize, y Miró en 1785 estableció un lazareto para leprosos cerca de la ciudad. Los subsecuentes casos esporádicos llamaron poco la atención, y no fué hasta 1872 que Joseph Jones se fijó en la creciente importancia de la dolencia en ciertas regiones de Luisiana. Los casos que él estudiara eran principalmente de descendencia francesa, representando muchos de ellos la prole de los acadienses deportados en 1755. En 1888, Blanc comunicó 42 casos observados por él en Nueva Orléans en un período de cinco años, descubriendo en las historias obtenidas, que, en su mayoría, había relación con acadienses, inmigrantes antillanos, o inmigrantes más recientes de Europa. Algunos de los casos más horripilantes fueron hospitalizados en el segundo leproario de Nueva Orléans, que fué abandonado en 1894, trasladándose los casos restantes al nuevo asilo de Carville, que en 1921 pasó a ser un hospital federal. (A falta de datos contrarios, se ha dado por sentado que la lepra no existía en el Nuevo Mundo antes de la llegada de Colón, y parece bien establecido que se presentó entre los primeros exploradores y colonos, aunque no hay datos positivos sobre cuáles fueron los focos primitivos. Los primeros casos esporádicos parecen haber llamado muy poco la atención. En Cartagena, Colombia, fué que en 1573 el primer blanco eminente fué declarado leproso, siendo el mismo el conquistador Quesada. En la misma población hubo que establecer un lazareto en el siglo xvi. Varios autores indican que la lepra fué introducida en las Antillas desde muy temprano. Sloane mencionó un caso en Jamaica a fines del siglo xvii.) (Denney, O. E.: *South. Med. Jour.*, 763, sbre. 1933.)

*Guatemala.*—Vassaux hace notar que Guatemala, como otros países, no se ha visto libre de la lepra. Acerca del origen, no caben más que conjeturas, ya que los datos históricos sólo abarcan tiempos relativamente cercanos. Lo más aceptable es que la enfermedad fué traída al Nuevo Mundo por los inmigrantes, y más tarde difundida durante el tráfico de esclavos negros. A Guatemala, donde la inmigración no era tan numerosa y el comercio de esclavos no se hacía en gran escala, es probable que los primeros enfermos llegaron de los países vecinos. En la segunda mitad del siglo xviii fué que empezaron a tomar algunas medidas, y se fundó el hospital llamado de "San Lázaro", que continuó hasta 1773, en que fué totalmente derruido, lo mismo que toda la ciudad de Guatemala, por los terremotos. Al abrir sus puertas cinco años después el Hospital de "San Juan de Dios", fueron albergados en él, los leprosos, permaneciendo muchísimos años clasificados como "elefanciacos". En 1874, se dispuso el aislamiento, en lugar apropiado, de todos los atacados, y se designó el lugar denominado "Las Piedrecitas" o "Los Jocotales" para un lazareto costado por el filántropo Don Rafael Angulo. Desde enero de 1883, el lazareto ha quedado anexado al Hospital General, siendo su director actual, desde 1932, el Dr. Ramiro Gálvez A. El asilo ha llevado el nombre de "La Piedad" desde 1890 y fué reconstruido en 1920. En los primeros tiempos, quizás se confundían con los leprosos casos de otras enfermedades, pero eliminados poco a poco esos errores actualmente sólo hay asilados siete sujetos no leprosos. Los casos de lepra suben a 26, perfectamente estudiados y diagnosticados. En las diferentes épocas, el número ha variado de 15 a 30. En los informes aparecen enfermos curados, pero es de suponer que se trataba de sífilíticos con lesiones cutáneas. Últimamente, con la eliminación de

los otros casos y la introducción del aceite de chaulmugra y derivados, el tratamiento ha cambiado radicalmente. Para obtener datos de valor acerca de la existencia de focos, sería indispensable la cuidadosa inspección médica en todos los departamentos, pues es de sospechar que haya buen número de leprosos ignorados. A juzgar por la procedencia de los asilados, los lugares que han proporcionado mayor número son: Morazán, Progreso, Cabañas, Palencia, San Jerónimo Verapaz, Dueñas, y la propia capital. Entre extranjeros, se citan dos negros de Jamaica y dos chinos. Según informes del Dr. Gálvez, en Guatemala sólo se cuentan dos casos, hace años, en personas acomodadas; todos los demás han sido de la clase baja. Durante la vida del asilo no se ha registrado, en lo que se sepa, ningún caso de lepra adquirida en el establecimiento, a pesar de haber constantemente personas sanas, y algunos individuos han trabajado allí por varios lustros. En el país se observan las tres formas clínicas: cutánea, nerviosa y mixta, pero la que reúne mayor número es la cutánea. Clínicamente, no todos los casos presentan el mismo interés, pues hay algunos monosintomáticos o con síntomas poco manifiestos. La droga empleada actualmente es el chaulmestrol por inyección venosa. En el tratamiento local, se probó el ácido tricloracético, pero sin ningún éxito, de modo que se optó por no hacer ninguna aplicación local mientras las lesiones permanezcan cerradas. En las abiertas, se han empleado las pomadas a base de aceite de chaulmugra en diversas proporciones. En lo que se refiere a higiene y alimentación, los sujetos están bien atendidos. Durante mucho tiempo se omitió por completo la colaboración del laboratorio, y sólo en 1933 fué que el Director de Sanidad, de acuerdo con el médico del Asilo, dispuso la verificación de análisis en el Laboratorio Bacteriológico y Serológico de Sanidad Pública. Además, se han realizado la cutirreacción a la tuberculina, y la opacorreacción de Meinicke. El autor también ha probado la reacción de Rubino. En 24 exámenes de moco nasal puro, 10, o sea 42 por ciento, mostraron bacilos ácidosresistentes. En los negativos se hizo un tratamiento intenso con yoduro de potasio, y al examinar nuevas muestras, se obtuvieron cinco casos bacilíferos más, o sea un total global de 62.5 por ciento de positivas: 73 por ciento para la forma cutánea, 100 para la mixta, y 28.5 por ciento para la nerviosa. En el elevado porcentaje para la forma mixta, sin duda ha intervenido el sólo haber dos casos, y ser ambos sumamente avanzados. En el uranálisis, resultaron positivos tres enfermos, uno de ellos negativo con todas las demás pruebas. Este individuo también resultó positivo a la tuberculina. Esta rindió un 61 por ciento de positivas en el grupo de enfermos, pero dada su positividad en adultos clínicamente sanos, y la falta de relación entre el estado del caso y la reacción, cabe pensar que la Pirquet es de poca utilidad con respecto a lepra. Tanto la Wassermann como la Kahn resultaron positivas en 11 de 24 casos, o sea un 46 por ciento, pero no siempre concordó el resultado. Para las distintas formas, el resultado fué éste: Wassermann, cutánea 60 por ciento, nerviosa 28.5, mixta 0; Kahn, 53, 42.8 y 0 por ciento, respectivamente. La opacorreacción de Meinicke resultó positiva dos veces, y una dudosa. La reacción de Rubino, conforme a la modificación de Marchoux y Caro, resultó positiva en 71 por ciento: forma cutánea, 85; mixta, 60; y nerviosa, 50 por ciento. La utilidad de la prueba es indiscutible, sobre todo en las formas cutáneas. Para comprobar la especificidad de la reacción, ésta fué también verificada en 20 individuos clínicamente sanos y 33 con otras enfermedades, resultando negativa en todos. El autor publica mucho datos generales en cuanto a las formas de la enfermedad, y los diversos métodos de diagnóstico. (Vassaux h., C.: *Bol. Dir. Gral. San Púb.*, 731, obre. 1933.)

*México.*—Habiendo sostenido la Nueva España importantes relaciones comerciales con el Oriente, es fácil de explicar que llegaran allí numerosos casos de lepra, y aun hay importantes focos en los Estados de la costa del Pacífico cercanos a los puertos visitados por los galeones españoles. En el primer siglo de la Independen-

cia, nada hubo en México de profilaxia contra el mal, ya que médicos de aquella época negaban la contagiosidad. Fué sólo en 1921 que se hizo obligatoria la declaración de la enfermedad, consignándose de nuevo en el Código Sanitario de 1926. En 1927 se terminó el Primer Censo de la Lepra, fruto del cual fué un proyecto de reglamento de profilaxis aprobado en 1929, y promulgado en 1930. En ese año también se creó el Servicio Federal de Profilaxia de la Lepra, y se dió principio a la instalación de las juntas centrales y municipales contempladas por el reglamento. En 1930, también se inauguró oficialmente el dispensario para leprosos "Dr. Rafael Lucio", en que ya se han registrado 103 leprosos: 46 hombres y 57 mujeres; 37 con lepra maculosa, 27 nerviosa, 23 tuberculosa, y 16 con lepra mixta. De los familiares, 135 considerados como sospechosos están sujetos a vigilancia profiláctica. En Culiacán, se fundó en 1930 otro dispensario que lleva el nombre de "Doctor Ruperto L. Paliza", al cual acuden 62 leprosos, con una asistencia mensual de 34, y están sometidos a vigilancia sanitaria 314 familiares sospechosos. El dispensario de Guadalajara sólo fué creado en 1931. Hasta ahora no ha podido construirse ninguna leprosería, pero funcionan salas especiales para leprosos en los siguientes hospitales: General, de México; O'Horan, de Mérida; Belén, de Guadalajara; General, de Morelia; Civil, de Colima; Civil, de Culiacán; y en el Lazareto Municipal de Mexicali. El Segundo Censo de la Lepra quedará terminado en 1934. Apenas iniciados los trabajos del mismo, se han descubierto 651 leprosos, ratificándose la existencia de focos muy importantes en el Distrito Federal, Sinaloa, Guanajuato, Jalisco, Michoacán y Coahuila, y se descubrieron otros en Oaxaca, Querétaro, Guerrero, Colima, Nayarit y Zacatecas. El foco del Distrito Federal ha sido formado en su mayor parte por casos procedentes de otros lugares, siendo los autóctonos escasísimos. El de Sinaloa es importante, no sólo por el número de leprosos, que pasa de 100, sino por las malas condiciones en que viven la mayoría, y por el peligro a que exponen a más de 100 niños y otros tantos adultos que conviven con los enfermos. El foco principal de Guanajuato radica en León, correspondiéndole 14 casos, es decir, la cuarta parte del total descubierto hasta ahora en dicho Estado. En Jalisco hay focos de bastante importancia, pues en Ocotlán informes semioficiales hacen ascender el total a más de 300, y hay quien menciona cerca de 1,000 en el municipio de Tepetitlán. En varios municipios de Coahuila han sido descubiertos nuevos casos. De los datos recogidos por el Segundo Censo, los más interesantes para la profilaxia son los relativos a la aglomeración en que viven la mayoría de los enfermos, falta de higiene en las habitaciones, existencia de lesiones abiertas en 340, y aislamiento en hospitales únicamente de 127, mientras que 462 deberían estar reclusos. De los 651 leprosos descubiertos, 151 tienen la forma maculosa, 117 la nerviosa, 203 la tuberculosa, y 180 la mixta. En 98 casos, la lepra reconocía origen familiar, lo que indica cierta predisposición. Del total, 148 ejercían oficios prohibidos. (Perches Franco, J.: Memoria III Cong. Asoc. Méd. Panam., 360, 1933.)

Para Salado Alvarez, una de las cosas que más daño ha hecho a la lucha antileprosa en México ha sido la publicación del folleto de Lucio y Alvarado en 1852, en que adversos al contagio en la lepra, afirmaron que jamás la habían contraído los empleados del hospital de leprosos ni las mujeres sanas casadas con lazarinos, agregando Lucio que jamás había visto contagiarse a los médicos y practicantes que hacían autopsias de leprosos, al revés de lo que pasaba con las de sífilíticos. Para Lucio, la causa principal era la habitación en lugares húmedos, y la acción repetida del agua sobre el cuerpo. Después de eso, se clausuró el Hospital de San Lázaro, fundado por el Dr. Pedro López en 1562. La doctrina permaneció en pie en México hasta que Orvañanos, como representante del Instituto Médico Mexicano, presentó ante los Concursos Científicos de 1900 una disertación con pruebas de que la lepra es contagiosa. (Salado Alvarez, V.: *Arch. Lepra*, 93, ab.-jun. 1932.)

En una circular, el Servicio Federal de Profilaxis de la Lepra hace notar que los leprosos ya registrados en el segundo censo de la lepra, sobrepasan a los del primero terminado en 1927. En efecto, desde 1930, en que se inició el segundo censo, hasta la fecha, se han descubierto 1,724 enfermos. Esto permite conocer con mayor exactitud la trascendencia del problema. El mismo censo ha permitido registrar en toda la República a 4,747 familiares de leprosos que se han sometido a inspecciones trimestrales, lográndose así descubrir 38 casos nuevos. Además de los dos dispensarios antileprosos federales en México y Guadalajara, funcionan otros dos: uno en León y otro en Celaya. (Apud: *Rev. Méd. Laguna*, 24, mayo 1934.)

En el Dispensario Antileproso "Dr. Salvador Garcíadiego" de Guadalajara, del 20 de abril de 1931 (fecha de fundación) al 4 de noviembre de 1932, han atendido a 90 leprosos: 40 de forma tuberculosa, 33 nerviosa, 10 maculosa, y 7 mixta, comprendiendo 50 hombres y 40 mujeres. Las edades varían de 10 a más de 70 años, predominando los de 20 a 40. En ocupación, los jornaleros encabezan la lista. De los 90, se ha perdido de vista a 14, uno falleció de gastroenteritis, y de los 75 restantes sólo en siete no se ha notado adelanto terapéutico, debido a lo avanzado del mal. La medicación habitual es con aceite de chaulmugra, inyectándose un día la fórmula de Mercado por vía intramuscular, y al otro el chaulmestrol intravenosamente, al mismo tiempo que se suministra un arsenical por vía bucal. El tratamiento prosigue por dos semanas consecutivas. A la tercera, se suspende la arsenoterapia, y se continúa así por dos meses, al cabo de los cuales se suspende todo el tratamiento por un mes, suministrando entonces, bien estricnina o tintura de nuez vómica. El primer enfermo (lepra nerviosa) se blanqueó con ocho meses de tratamiento, y ha sido dado de alta bajo vigilancia. Otros casos más incipientes se han esterilizado en menos tiempo. El dispensario ha descubierto en sus 19 meses de vida 54 casos de lepra. Otra medicación empleada a título de prueba es la tintura de margarita de Jalisco (*Karwinskia latifolia*), ya utilizada con éxito en el dispensario de la Ciudad de México. En ocho enfermos así tratados, el resultado fué verdaderamente alentador. El análisis químico ha demostrado ausencia total de alcaloides en dicha planta y, en cambio, una cantidad considerable de crisarobina (7.56 gm en 100 gm de hojas). El autor, con el introduccionista de dicho medicamento, Dr. Lozano, piensa hacer un estudio inicial experimental en animales de laboratorio, para determinar la toxicidad al interior de la crisarobina, y luego la posible acción terapéutica en los lazarios. En la República de México hay otros dos dispensarios antileprosos, uno en la Ciudad de México establecido en agosto de 1930, y otro en Culiacán en octubre de 1930. (Castañeda, A. M.: *Kyron*, 1, mzo. 31, 1933.)

*Nicaragua*.—La lepra ha aparecido diseminada en la zona occidental y norte de Nicaragua, siendo, sin embargo, rarísimos los casos en oriente y mediodía. La costa del Atlántico parece hallarse indemne. En la capital existen varios casos, pero completamente aislados en un nuevo e higiénico leprocomio recientemente construído por el Ministerio de Higiene y Beneficencia Públicas. La casi totalidad de esos casos, son importados de los otros Departamentos. El número de leprosos en los diversos Departamentos, de que se tiene estadística actualmente, es como sigue: Chinandega, 20; León, 14; Managua, 14; Matagalpa, 13; y Granada, 2; sumando, pues, 63, de los cuales sólo los 14 de Managua se hallan bajo aislamiento y tratamiento, y los restantes permanecen en sus domicilios particulares. Considerada la población del país, que sube a 800,000 habitantes, resulta bajo el índice de infección. El mal, por suerte, ha permanecido estacionado en los Departamentos antes citados, y su virulencia ha sido casi nula. La forma mixta es la más corriente, siguiendo la nodular y la nerviosa. El tratamiento suministrado en el Leprocomio de Managua es a base de chaulmugrol por vía bucal. (Sánchez Vigil, M. A.: Memoria Hig. & Benef. Púb., 1932, p. 181.)

*Paraguay.*—En el Paraguay, Francia, el dictador, ya en junio de 1827 dió un bando disponiendo que todos los leprosos fueran reclusos en una leprosería que estableció en Yuti, para ser tratados allí con *aguay-guazú* y *aguay-mirí*, que Bonpland afirmó era lo más eficaz para combatir la lepra, curándose la mayor parte de aquéllos en que el mal no estaba muy avanzado. (Domínguez, J. A.: *Prensa Méd. Arg.*, 2137, obre. 11, 1933.)

En el Paraguay, calculan que el número de leprosos oscila entre 2,000 y 4,500, para una población de 1,000,000 de habitantes. Hay ciertos signos de que el mal se va difundiendo, y las autoridades tienen en proyecto construir una colonia cerca de Sapucaí, a unos 100 km de Asunción. Esta colonia comprenderá unas 36 casetas con cabida para cuatro en cada una, y edificios de administración con dispensario y laboratorio. A cada enfermo se le asignará una parcela de terreno para cultivo. El ingreso será voluntario más bien que obligatorio. Como ya hay unos 100 casos avanzados en tratamiento, hay que tomarlos en consideración y se les reservará una zona de la colonia. A medida que vayan ingresando casos incipientes, se les colocará en un sitio alejado de los casos avanzados. La colonia, además del aislamiento, servirá como centro de investigación y de enseñanza. (Información facilitada por el Dr. J. Nairn Hay: *Lepr. Rev.*, 145, jul. 1934.)

*Venezuela.*—El primer lazareto de Caracas se estableció a principios del siglo XVIII, derribándose después. En 1753 se fabricó el segundo. En Barcelona, se fundó un lazareto a mediados del siglo XVIII, pero terminó con la Guerra de Independencia, y por la misma época, otro en Cumaná. En 1781, se construyó el tercer lazareto en Caracas al pie del Avila, donde estuvo hasta 1795. En 1804, cuando el Dr. Francisco Xavier Balmis introdujo la vacuna en Caracas, hizo vacunar a ocho lazarinos, muriendo cinco de ellos de viruela. En el Zulia, se propagó la lepra en 1810 tras una inmigración dominicana. En 1824 se reedificó el lazareto de Caracas. El Libertador, en 1828, ordenó la construcción del lazareto de Maracaibo, donde, en 1830 había 12 aislados, aunque sólo se inauguró oficialmente en 1831. En 1838 había en la República 154 leprosos reclusos y ambulantes, y en 1839, 152. El Ejecutivo Nacional, en 1839 y 1848, pidió la creación de tres grandes lazaretos, pero sin resultado. En 1848 había en el país 256 leprosos. En Barcelona, se fundó un lazareto que duró de 1853 a 1867. En 1843, había 402 leprosos aislados. Otros lazaretos fueron fundados en Michelena en 1858, en Trujillo en 1866, y el de Caracas situado en Sabana Grande en 1875. En el lazareto de Caracas, el número de enfermos subió de 59 en 1880 a 119 en 1891, descendiendo después, para subir de nuevo a 111 en 1906. En 1905 se votaron fondos para el lazareto de la isla de Providencia, que fué inaugurado en 1906, reuniéndose allí los enfermos del occidente, que subían en 1907 a 600. En 1905, también se ordenó la construcción del lazareto de Cabo Blanco, que fué inaugurado en 1906, trasladándose allí los enfermos de Caracas, cuyo lazareto fué incinerado y destruído. En Cabo Blanco, había en 1907, 72 hombres y 40 mujeres reclusos. (Pérez Díaz, M.: *Gac. Méd. Caracas*, 38, fbro. 15, 1933.)

*Hauai.*—La Comisión del Servicio de Sanidad Pública encargada de informar al Congreso sobre si los medios existentes en Hauai son suficientes para la asistencia de los leprosos y la protección de la salud pública, declara que lo son, si continúa el número actual de ingresos, y recomienda mayor eficacia en la aprehensión de los sospechosos y la vigilancia de los contactos. En Hauai, las instituciones para leprosos comprenden la estación de Kalihi de recibo de enfermos, una clínica externa en la ciudad de Honolulu, y la Colonia de Kalaupapa en la isla de Molokai, a donde sólo van los enfermos cuando así lo piden. El 30 de junio de 1932, había 162 leprosos en Kalihi, 430 en Kalaupapa, y dados de alta a domicilio, 145. El coeficiente de ingreso en el decenio 1910-20 fué de 0.36, y de 1920 a 1930, 0.16 por 1,000, o sea una disminución de 50 por ciento.



*Guayana Británica.*—En la Guayana Británica, iniciaron en 1926 una intensa campaña contra la lepra simplificando el ingreso al hospital de leprosos, abandonando el aislamiento obligatorio de los casos cerrados, disponiendo la separación obligatoria de los recién nacidos de los padres leprosos, la notificación obligatoria, etc. Gracias a un subsidio de la Asociación del Imperio Británico para Socorro de los Leprosos, se han realizado censos de la lepra en varias partes del país, y creado clínicas en las afueras de la capital, Georgetown, y de la ciudad de Nueva Amsterdam, que con el dispensario del hospital de leprosos, representan tres centros de tratamiento. En ellos se concede mucha atención al reconocimiento de las familias de los leprosos. En el primer trimestre de 1932 asistieron 230 enfermos a dichas clínicas, incluso muchos casos sospechosos. De 1926 a 1931, se ha tratado en todo el país a 491 leprosos, estacionándose 128, quedando quiescentes 132, y "curándose" 101, o sea un total de 73.5 por ciento mejorados, comparado con 18 que no mejoraron, 17 que empeoraron, y 95 que murieron. De 255 casos positivos, un 41.2 por ciento se negataron después del tratamiento. Entre 128 estacionados sólo ha habido 6 recidivas, o sea 4.7 por ciento. El promedio de casos denunciados ha disminuído de 109 en el quinquenio 1907-11, a 56.2 en 1927-31; mientras que en el hospital, el número de casos tratados disminuyó de un promedio diario de 288.8 en 1926, a 260.7 en 1931. De 81 casos dados de alta en 1931 como estacionados o quiescentes, más de 68 por ciento no revelaban estigmas de la enfermedad, y sólo tres no podían ganarse la vida; sin embargo, en estos últimos se trataba de quiescencia espontánea, o sea sin tratamiento. El costo neto del mantenimiento del hospital, sin contar el salario del director, ha descendido de \$41,626.85 en 1926 a \$31,136.09 en 1931, a pesar de facilitar medicamentos no tan sólo a los asilados, sino a todos los 500 enfermos atendidos en varias partes. El cultivo del hidnocarpo ya ha comenzado, y hay más de 40 árboles en los terrenos del hospital y cuatro en el distrito noroeste, y se van a sembrar semillas en otras partes. (Rose, F. G.: *Lepr. Rev.*, 4, eno. 1933.)

*Guayana Holandesa.*—En la Guayana Holandesa hay actualmente 1,107 leprosos conocidos: 482 en tres asilos, 249 que reciben tratamiento con regularidad en el dispensario de Paramaribo, y 195 tratados a domicilio. (Tisseuil, J.: *Ann. Méd. & Pharm. Col.*, 67, eno.-mzo. 1933.)

*Resoluciones y recomendaciones.*—En la Conferencia Panindustriánica de la Lepra celebrada en Calcuta en julio 1933, aprobáronse, entre otras, las siguientes resoluciones y recomendaciones: necesidad de consolidar, coordinar y extender los trabajos antileprosos, incorporándolos como parte integrante del servicio de sanidad; constitución, en todas las provincias o Estados, así como en los distritos administrativos donde la lepra sea superendémica, de una junta de la lepra para coordinar las obras, y designación de un leprólogo, el cual trabajará en colaboración con la junta; inclusión, en los cursos de estudios de las escuelas de medicina, de clases sobre lepra ofrecidas en centros donde haya material clínico disponible, y además, cursos de perfeccionamiento, por lo menos de 15 días, para los directores de sanidad y otros médicos dedicados o obras antileprosas; establecimiento, en todos los distritos leprosos, por lo menos de una clínica modelo a cargo de un leprólogo de a tiempo completo, y donde sea necesario, de clínicas de lepra en los hospitales generales; alentar la formación de colonias voluntarias para leprosos, y empleo en mayor escala de las instituciones existentes para aislar los casos infecciosos, coordinando, siempre que sea posible, el trabajo de las clínicas y de los asilos; empleo en mayor escala de los medios de investigación existentes, y establecimiento en zonas rurales apropiadas, de centros para hacer estudios intensos y prolongados de la epidemiología y dominio del mal; examen, en las zonas leprosas, de todos los escolares en cuanto a lepra, pues se ha descubierto en ellos un coeficiente de 0.5 a 3 por ciento de infección; en cuanto a tratamiento, el general reviste importancia primordial, y en cuanto al especial, lo más eficaz y práctico hasta

ahora, han sido las inyecciones de aceite o ésteres de hidnocarpo con 4 por ciento de creosota por vía muscular, subcutánea o intradérmica, y como la última exige más destreza y tiempo, debe limitarse principalmente a los asilados, aunque también puede utilizarse en casos apropiados en las clínicas; cualquiera que sea la vía empleada, puede intensificarse el efecto con aplicaciones locales de ácido tricloroacético en solución; con respecto a eficacia, el aceite es casi igual a los ésteres, poseyendo la ventaja de ser más barato y menos irritante, pudiendo evitarse por medio de la calefacción el inconveniente de la viscosidad mayor; que debe haber camas disponibles para los enfermos con complicaciones que no pueden ser tratados efectivamente como ambulantes; que los enfermos en que la enfermedad se ha vuelto casi quiescente no reciban el alta absoluta, sino que sigan presentándose a intervalos cada vez más largos, para mantener así a los enfermos en observación por varios años y prevenir las recidivas; que vista la susceptibilidad de los casos estacionados y dados de alta a las recidivas cuando vuelven a su vida anterior, el Estado aliente el establecimiento de colonias agrícolas para esos sujetos; y que reconocido en los últimos años que la mayoría de los casos incipientes, por lo menos en la India, no son infecciosos y puede esperarse que sanen si se les trata apropiadamente, no sean esos enfermos despedidos de su empleo, con tal que permanezcan bajo observación y tratamiento adecuado, y que se haga lo mismo con los escolares, con tal que presenten certificados periódicos de no infectividad. (Apud: *Lepr. Rev.*, 33, eno. 1934.)

*Ligas sociales.*—Basombrio recalca la valiosa significación de la cooperación de las ligas sociales en la campaña contra la lepra. Estas pueden atender a numerosos problemas, y tienen una vasta misión, en primer lugar, por medio de visitas a los enfermos; ayuda material; contribución al confort y distracción de los leprosos; y en ciertos casos, hasta creando cuerpos de enfermeras visitadoras y fundando asilos especiales para hijos sanos de leprosos. Además, pueden colaborar en la acción del Estado, y ayudar a estimular el estudio y la investigación. (Basombrio, G.: *Semana Méd.*, 458, fbro. 8, 1934.)

*Segregación.*—Según Hasselmann, la segregación obligatoria ha fracasado en las Filipinas. Para él, la campaña contra la lepra debe tener por fin principal el descubrimiento del mayor número posible de casos incipientes, y el examen periódico de todos los expuestos a la infección, y para ello lo mejor son policlínicas de la piel y dispensarios. El establecimiento de colonias atractivas para los mutilados y supuestamente muy infecciosos, si no están muy remotas de los hogares, y ofrecen tierras a los enfermos y parientes, promete mermar el costo de la lucha contra la lepra. En el tratamiento individual, hay que prestar atención al régimen y al cuidado de toda enfermedad intercurrente. La frecuencia de recidivas verdaderas (46.4 por ciento) entre los dados de alta, impone reexámenes continuos del enfermo y familiares durante un período prolongado. (Hasselmann, C. M.: *Chinese Med. Jour.*, 270, mzo. 1933.)

*Investigación en las Filipinas.*—Bajo los auspicios del Fondo Leonard Wood, van a iniciarse este año una serie de investigaciones de la lepra, en particular por tres miembros del Comité Asesor de Investigaciones: Dres. James A. Doull, Malcolm H. Soule y Frederick P. Gay. Los fondos recaudados ascendieron a unos \$2,000,000 donados por 50,000 personas, de lo cual \$400,000 fué dedicado a la construcción de una nueva leprosería en Cebú, y otras obras en Culión. Esos edificios, incluso laboratorios, salas de investigación, casas de enfermeras, etc., han sido ya entregados al Gobierno Filipino. El Fondo también va a ayudar en la publicación de una revista de lepra por la Asociación Internacional de la Lepra.

*Lucha en Palestina.*—Comentando la lucha contra la lepra en Palestina, Canaan afirma que los siguientes son los requisitos esenciales: segregación obligatoria y absoluta de todos los enfermos infecciosos, sólo dando de alta del hospital a los casos negativos; no considerar ningún caso como clínicamente curado antes de que se

haya mostrado, por dos y medio a tres años, negativo semiológica y bacteriológicamente; presentación de todos los enfermos dados de alta cada tres meses a un oficial de sanidad, para un completo examen físico y microscópico; reconocimiento cada seis meses de todos los allegados de cada enfermo por un período no menor de dos años, a fin de descubrir posibles casos latentes e incipientes; separación de la zona infecciosa de todos los hijos pequeños de los leprosos; y completa desinfección de toda casa en que haya residido un enfermo. El matrimonio es un problema que exige consideración, pues, a primera vista, parece inhumano vedarlo a los asilados; pero, juzgando por la experiencia científica, hay bien que prohibirlo, o que separar a los recién nacidos de los padres. Palestina es un país pequeño, y la lepra parece ser endémica en algunos centros y en ciertas familias. El número exacto de leprosos no se conoce, pues sólo los avanzados van al leproscario establecido en Jerusalén en 1867. Un 26 por ciento de todos los enfermos recibidos desde diciembre de 1896, tenían uno o más parientes que padecían de lepra. La leve contagiosidad del mal quedó demostrada al no infectarse tres de las enfermeras, que trabajaron continuamente por períodos de 27 a 33 años en la leprosería en íntimo contacto con los enfermos; y cuatro indigentes, recibidos de caridad en el establecimiento, tras íntimo contacto con los enfermos por espacio de 14 a 48 años. (Canaan, T.: *Lepr. Rev.*, 94, jul. 1933.)

*Profilaxia familiar.*—Estudiando 200 convivientes de leprosos fichados en su servicio, Fianza y colaboradores descubrieron 10 casos de contagio (5 por ciento), en su mayoría formas incipientes. Entre esposos es que el contagio alcanza su mayor proporción (15 por ciento), figurando entre los demás dos hijos, un hermano, un sobrino, un padre y un primo. (Fianza, E. P., Schujman, S., y Fernández, J. M.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 585, 1932.)

*Factores predisponentes.*—Lowe hace hincapié en el valor de las clínicas en la lepra, de las cuales ya hay centenares en la India. Las grandes causas predisponentes del mal allí consisten en las malas condiciones sociales e higiénicas, que susceptibilizan y crean el medio en que se propaga mejor la enfermedad; por lo tanto, todo lo que mejore el estado social e higiénico y permita a la gente llevar una vida más sana, también logrará una disminución de la lepra. La propaganda antileprosa debe, por lo tanto, confundirse en el campo más amplio de la salud pública. Para la propaganda hay que buscar el mejor método según las condiciones locales, es decir, artículos en los periódicos y conferencias con proyecciones, solicitando siempre la cooperación de todo organismo interesado en obras sanitarias y sociales. En la India, la profilaxia resulta difícil por ser la lepra tan frecuente entre los campesinos, que suelen ser ignorantes y supersticiosos y atribuyen la enfermedad a un castigo de los dioses. Una misión importante de las clínicas es el examen de los contactos, pero hay que hacerlo casi siempre a domicilio, de modo que el visitador debe saber algo del diagnóstico de los casos incipientes, para enviar los casos sospechosos al jefe de la clínica. (Lowe, J.: "Leprosy in India", ab. 1933.)

*Teorías sobre la etiología.*—Cook llama la atención sobre lo que considera "dogmatismos" aceptados en la lepra que, para él, son difíciles de armonizar con los conocimientos actuales. La primera dificultad, para él, estriba en que, desde el descubrimiento del bacilo de Hansen, la profesión médica se ha esforzado por amoldar las diferentes manifestaciones clínicas del mal a la teoría de que provienen de una infección por dicho bacilo. Para él, los bacteriólogos todavía no han demostrado que se trate de un bacilo, pues no puede ser aislado ni cultivado, ni inyectado en otro animal para producir la enfermedad, de modo que no cumple los postulados de Koch. Al tratar de determinar el período de incubación, también se habla de cuatro o cinco años, y de que esa incubación aparentemente prolongada, procede de la forma insidiosa en que se desarrolla la enfermedad, característica ésa que no posee ninguna otra dolencia conocida que se atribuya

a infección, pues no se le aproxima ni la rabia, que tiene un período de incubación muy largo. Con respecto a contagiosidad, también faltan pruebas científicas, pues ni aun la relación conyugal produce la infectividad que debería esperarse de contacto tan íntimo, calculando los peritos médicos la cifra en 2 a 5 por ciento, la cual, comparada con la de 50 por ciento (en un censo) para los parientes, constituye una prueba negativa. Esas dificultades obligan a considerar la enfermedad desde otro punto de vista. Por ejemplo, si se comparan pelagra y lepra, se encontrarán estos factores en común: exacerbaciones y períodos de quiescencia; manifestaciones cutáneas; manifestaciones nerviosas, aunque en la pelagra principalmente medulares y cerebrales, y en la lepra periféricas; y formas agudas en ambas, llamadas en la pelagra "tifo", y en la lepra fiebre. Nuestros conocimientos de la enfermedad prestan cierto apoyo a la teoría de una enfermedad de escasez, pues ¿dónde existe ahora, sino en aquellas regiones de condiciones sociales inferiores, y de una alimentación escasa o restringida? El hecho de que la juventud sea la edad más propicia para contraer la enfermedad, quizás sea más explicable por la teoría de que un cuerpo en desarrollo necesita más los alimentos accesorios. Los resultados del intenso tratamiento de hoy día también apoyarían la teoría, pues los casos ambulantes no han mejorado tanto como los asilados, en los cuales, además de las medicinas, se atiende a la salud general y, de paso, se cambia el régimen. (Comentando este trabajo, el editor de la revista declara que desaprueba en absoluta la declaración de que la lepra no sea una enfermedad contagiosa, o que los bastoncillos ácidosresistentes sean meras alteraciones histológicas. Para él, siempre que tienen lugar tales alteraciones en los tejidos, como sucede con los cuerpos de Negri, se limitan a ciertos órganos en que actúan el irritante o toxina, y que el hallazgo de bastoncillos ácidosresistentes en todo el aparato reticuloendotelial es casi imposible de explicar, partiendo de la hipótesis de una alteración histológica. Aunque la insuficiencia dietética representa sin duda un importantísimo factor epidemiológico, para el editor, el autor comete la equivocación corriente de exagerar un factor excluyendo otros. Para él, la lepra es en gran parte una enfermedad de contacto, y aunque cierto porcentaje probablemente elevado de personas no la adquieran después de vivir con casos infectados, esto no constituye prueba de que no sea contagiosa.) (Cook, L.: *Lepr. Rev.*, 166, obre. 1933.)

*Insectos.*—Asami repasa varias investigaciones. De 447 moscas capturadas en los aposentos de leprosos avanzados, un 26.4 por ciento contenían bacilos de Hansen. De 1,786 capturadas en los aposentos de los familiares de los leprosos, 2.3 por ciento; en las habitaciones de los leprosos y cercanías, de 192 moscas, 4.68 por ciento resultaron infectadas; y en la misma localidad, en una casa en que no había leprosos, una de 76. Al alimentar varias moscas con material que contenía bacilos, se descubrieron éstos después en 60 por ciento de la *Calliphora lata*, 44.89 de la *Lucilia argyrocephala*, 30.19 de la *Musca domestica*, y 10.26 por ciento de la *Fannia canicularis*, calculándose que la duración de los microbios en la mosca fué de más de 96 horas en 4.87 por ciento, más de 72 en 8.19, más de 48 en 15, y más de 24 en 39.29 por ciento. En las pulgas se hicieron investigaciones análogas, y de 1,784 capturadas en el aposento de un leproso, 20 contenían bacilos de Hansen, y en otra ocasión, seis de 354 estaban infectadas. (Asami, S.: *La Lepra*, No. 1, 1932; apud *Bull. Off. Int. Hyg. Pub.*, 2006, nbre. 1933.)

*Lesiones y manchas.*—Chiyuto estudió clínicamente las lesiones cutáneas en 40 hijos de leprosos y 40 leprosos positivos. El promedio de lesiones en los primeros fué de 33.25, y en los segundos de 33.2, o sea más o menos idéntico. La distribución es simétrica. Las alteraciones incipientes en los niños fueron semejantes a las de los leprosos, lo cual presta nuevo apoyo al argumento de que la infección leprosa se contrae en la infancia, pero se desarrolla en la edad adulta. (Chiyuto, S.: *Mo. Bull. Bur. Health*, Filipinas, obre. 1933.)

*Lesiones de la mano.*—Manalang estudió patológica y bacteriológicamente la palma y pulpejos de la mano izquierda de 19 leprosos en la autopsia, sin observar en la superficie palmar las conocidas manifestaciones leprosas. En 13 manos se descubrieron infiltraciones leprosas, con o sin atrofia de las papilas, y bacilos leprosos. En seis no se observaron bacilos. Aunque clínicamente las lesiones palmares son raras, histológicamente sucede lo contrario. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Bur. Health*, Filipinas, dbre. 1933.)

*Niños.*—El estudio patológico y clínico de Manalang patentiza que la lepra de los niños y los adultos es, en el fondo, idéntica. La medicación con hidnocarpo no impide que las lesiones lepróticas incipientes se conviertan en bacteriológicamente positivas. Las "curaciones" consecutivas a la hidnocarpoterapia sólo son estéticas y transitorias, pues no hacen más que eliminar los macrófagos y los bacilos inertes, sin afectar el virus activo, según indican la persistencia o reaparición de las reacciones histológicas básicas. El hallazgo del bacilo leproso, sólo constituye un síntoma bacteriológico o microscópico. Para el autor, hasta donde indican nuestros conocimientos actuales, la lepra no es curable. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 551, obre. 1932.)

*Léprides.*—Manalang discute la naturaleza y formación de las lesiones cutáneas llamadas "lepra tuberculoidea" o léprides. Su estudio reveló que se trata de una etapa patológica en el desarrollo de la enfermedad, que antecede a los conocidos lepromas cargados de bacilos. Un análisis de las diversas teorías ofrecidas denota que las alteraciones histológicas deben proceder de una etapa de virus del bacilo, y no del bacilo mismo. (Manalang, C.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 541, obre. 1932.)

*Transmisión experimental.*—Cantacuzène y Longhín ya habían mencionado la existencia de un ultravirus leproso, tras la inoculación intraperitoneal en la rata de un filtrado de una emulsión de leproma pasado por una bujía L, después de tratar el mesenterio según el método de Van Deirse. Las ratas enferman, y a los dos o tres meses, se encuentran grandes cantidades de bacilos de Hansen en el mesenterio. Después, han logrado producir regularmente en la rata una infección fatal con el bacilo leproso. Comienzan inoculando intraperitonealmente una mezcla de 5 por ciento cada uno de bifosfato de sodio y cloruro de calcio, y uno o dos días después, una emulsión sin filtrar de un leproma. También se inocula a un cobayo como testigo, para excluir la presencia de bacilos tuberculosos. La enfermedad así producida evoca la muerte en cinco o seis meses, y en la autopsia todos los ganglios aparecen muy infartados, pero sin signos de caseación, y el bazo alcanza un tamaño dos o tres veces mayor que lo normal. Los cortes del mesenterio, bazo y ganglios, revelan bacilos ácidosresistentes, pero en los testigos en que no se ha tratado previamente el mesenterio, éstos se absorben completamente en dos o tres semanas. Los bacilos se encuentran a menudo en masas en las células o en gránulos, pareciéndose así a los leprosos. (Cantacuzène, J., y Longhín, S.: *C. R. Acad. Sc.*, 533, sbre. 19, 1932.)

*Rata.*—A un leproso nodular de 56 años, Laigret le inoculó el bacilo de la lepra murina de un nódulo reciente, en el lóbulo de la oreja derecha, observando allí signos de la multiplicación de los microbios. (Laigret, J.: *Arch. Inst. Pasteur Tunis*, 290, dbre. 1932.)

*Diagnóstico.*—Resumiendo su estudio, Hombría Iñiguez declara que en la lepra, como en todas las demás enfermedades infecciosas, la mejor prueba del diagnóstico es el hallazgo del germen causante. No existe procedimiento para diferenciar el bacilo de Hansen del de Koch, pero la agrupación en globis del primero es característica. El bacilo se debe buscar preferentemente en los raspados de la mucosa nasal, o en las lesiones cutáneas. En algunos casos sospechosos, la punción testicular puede decidir el diagnóstico. El cultivo del bacilo, así como la inoculación de material sospechoso a los animales, es todavía

asunto exclusivo de investigación, sin aplicaciones prácticas. Lo mismo la Wassermann que las modernas reacciones de floculación, son capaces de dar resultados positivos en leprosos indemnes de sífilis. La reacción de Botelho no parece aceptable, pues aunque muchas veces positiva en los leprosos, es frecuentemente inespecífica (17 veces en 23 testigos). La reacción de Eitner no tiene valor diagnóstico absoluto, y la de Rubino sólo posee valor auxiliar; pero un enfermo con Rubino y Eitner positivas, y Wassermann y reacciones complementarias negativas, debe ser considerado como extraordinariamente sospechoso de lepra, a pesar de la posible ausencia del bacilo en el moco nasal y en las lesiones cutáneas. La única característica anatomopatológica de la lepra, es la existencia del germen en la pieza biopsiada. El estudio de la alergia en la lepra no ha salido aun del período experimental, y ni el sanguíneo, ni el cefalorraquídeo, urinario, etc., tienen el menor interés para afirmar o rechazar el diagnóstico. (Hombria Iñiguez, M.: *Med. Ibero*, 41, jul. 8, 1933.)

*Biopsia en el diagnóstico.*—Al comunicar su tercero, cuarto y quinto casos de biopsia del nervio cubital en leprosos, Baliña y colaboradores hacen constar que el método ha pasado a ser con ellos un medio sistemático más de investigación en todos los casos en que es indispensable fundar o confirmar un diagnóstico de lepra. Inocuo, hay casos en que representa un recurso insustituible. Biopsias de ese género deben ser confiadas a la pericia de cirujanos conocedores. Hay casos de lepra en que la neuritis cubital es el único síntoma. En los recientes tratados de lepra, no se menciona dicho procedimiento. (Baliña, P. L., Basombrio, G., y Bosq, p.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 547, 1932.)

*Bacilos en la médula ósea.*—De 21 casos mixtos (cutáneos y nerviosos), en 17 la médula ósea resultó positiva para el *Mycobacterium leprae*. De 48 casos clasificados como nerviosos, ni uno solo resultó positivo en la médula ósea. La epífisis por examinar se limpia siempre con un antiséptico, y se extrae la médula por medio de una sonda. (Gass, H. H., y Rishi, D. P.: *apud Lepr. Rev.*, 144, jul. 1934.)

*Cultivo del bacilo.*—Después de repasar las tentativas de cultivo del bacilo leproso, comenzando con las de Carrasquilla, y viniendo en tiempos recientes a las de Lleras, MacKinley, etc., Grillo deduce que los gérmenes cultivados a partir de productos leprosos pertenecen, en la gran mayoría de los casos, a especies o variedades bacterianas diferentes unas de otras. Esos bacilos, además de carecer de patogenidad experimental, se diferencian netamente en sus caracteres culturales y metabólicos de los tuberculosos, y todos se desarrollan en los medios artificiales más rápida y abundantemente que los últimos. Por su avidez de oxígeno, metabolismo general y pigmentogenia, se acercan más al grupo de los ácido-resistentes saprofitos que al de los patógenos. Por ahora, no es posible establecer directa y definitivamente la relación que esos gérmenes pueden tener con el bacilo leproso humano (*Mycobacterium leprae*), ni las diferencias que los separan. La bibliografía del autor comprende unas 170 fichas. El autor se refiere además a las tentativas de seroterapia iniciadas por Carrasquilla a fines del siglo pasado que, para él, quizás injustamente, fueron relegadas al olvido. Según Grillo, el suero de Carrasquilla era una toxogenina que, al mezclarse con los elementos albuminoideos homólogos, formaba una apotoxina o anafatoxina. (Grillo, J.: *Rev. Fac. Med.*, 387, dbre. 1933.)

Para asegurarse del efecto inhibitor del ácido sulfúrico sobre los bacilos ácido-resistentes, de Souza-Araujo trató diversos cultivos del *Mycobacterium leprae* por el método de Shiga, tal cual se hace con los lepromas, y con el sedimento realizó siembras en agar, patata glicerínada y medios de Petroff y Loewenstein, conservándolas en la estufa a 37° C durante tres días, y continuando su observación a la temperatura del laboratorio. Las razas de Deyecke, Currie, Lepra 18 del Instituto Lister, Ota variedad *aurantiacum*, y Ota variedad *album*, no germinaron

en ningún medio. La cepa Kedrowsky germinó bien en agar glicerinado y en Petroff; la Brinckerhoff I en agar y en el medio de Loewenstein, y mejor en el de Petroff y en la batata; la muestra Ratón I germinó bien en todos los medios, y en particular en el agar glicerinado. El ácido sulfúrico afectó, pues, varios cultivos. Al autor, el cultivo del *M. leprae* por el método de Shiga le parece imposible, o por lo menos muy difícil, porque los bacilos procedentes de la piel están en su mayoría muertos, o son desvitalizados por el ácido sulfúrico. La presencia de bacilos ácidoalcorresistentes en los medios sembrados, durante meses, prueba su resistencia a la degeneración, y a veces su multiplicación gracias a un resto de tejido humano. Las granulaciones observadas en cultivos viejos deben ser conidias, más resistentes que los bacilos, pero al parecer sin facultad regenerativa. La frecuencia con que Ota y Sato (nueve de 54 veces) aislaron y cultivaron un bacilo ácidoalcorresistente de la sangre de leprosos, parece demostrar que el método es preferible al de Shiga, y el autor va a tratar de comprobarlo. (De Souza-Araujo, H. C.: *Rev. Arg. Dermatosis*, 335, 1932.)

Pechkovsky y Malinine describen el método de Koulecha para cultivar el bacilo leproso, que consiste en colocar fragmentos del bazo extirpados *post mortem* en caldo con 4 por ciento de glicerina, a una  $pH$  de 6.8 a 7. A los cuatro a cinco meses, la superficie revela una capa que contiene bacilos ácidoalcorresistentes parecidos a los leprosos. En el mismo medio puede obtenerse otra generación, pero, rara vez, la tercera. (Pechkovsky, G., y Malinine, I.: *Zentr. Bakt.*, 137, obre. 25, 1932.)

Contestando las dudas acerca de si se ha cultivado o no el bacilo de la lepra murina, Ota y Asami manifiestan que el examen de 2,157 ratas japonesas reveló una infección de siete por mil en las *norvegicus* y 10 en las *rattus*. De los ganglios de 11 ratas, obtuvieron cultivos de bacilos ácidoalcorresistentes en los medios de Petraghani o Petroff, apareciendo pequeñas colonias a plazos de cinco a 101 días. (Ota, M., y Asami, S.: *C.R. Soc. Biol.*, 287, obre. 21, 1932.)

Lépine y colaboradores, en 22 leprosos afectados de formas tuberculoideas evolutivas con bacilemia comprobada por el examen directo de la sangre, probaron 20 veces el hemocultivo y dos el cultivo del leproma con el método de Löwenstein, sin poder confirmar el resultado obtenido por Ota y Sato. (Lépine, P., Markianos, J., y Payoannou, A.: *Gaz. Hop.*, 635, ab. 29, 1933.)

*Gota gruesa.*—Para examinar los ejemplares sanguíneos en busca de bacilos leprosos en gota gruesa, Sardjito y Sitanala probaron el método de Ross para el paludismo, tratando los ejemplares secos con agua filtrada, y tiñéndolos con el colorante de Ziehl-Neelsen, combinado a veces con el Gram. La sangre era obtenida de piel de aspecto sano, después de limpiar con éter y alcohol. De 33 casos no tratados, 25 fueron positivos, mientras que el moco nasal y el suero sanguíneo de la oreja revelaron 26 y 25 positivos. En 19 casos tratados, las cifras fueron 15, 12 y 12, y en 10 convivientes que eran portadores, 6, 4 y 1, respectivamente. (Sardjito, M., y Sitanala, J. B.: *Zent. f. Bakt.*, 427, obre. 15, 1932.)

Christian hace notar que el *Mycobacterium leprae* rara vez se encuentra en el torrente sanguíneo, necesiándose una pesquisa minuciosa para obtener resultados positivos en gota gruesa, aun en un caso  $C_3$ , mientras que en la piel pueden encontrarse grandes cantidades en la mayoría de los casos en el primer campo estudiado. De los 400 casos del autor, ni uno solo neural reveló bacilos en la gota gruesa. Entre 87 cutáneos incipientes examinados, sólo seis fueron positivos, y de 169  $C_2$  y  $C_3$  sólo 88. (Christian, E. B.: *Lepr. Rev.*, 182, obre. 1933.)

*Estase bacilar.*—Gomes retira una gota de sangre da pele de leprosos, escoldiendo zonas tanto quanto possível normais, e em grande número déles, encontra o *Mycobacterium* de Hansen, mais vezes nas partes expostas a luz. Aventa,

então, a hipótese de ser a luz, principalmente pelas suas radiações ultra-violetas, a responsável pela difusão dos micro-organismos e conseqüente formação de lesões. (Gomes, J. M.: *Rev. Biol. & Hyg.* 122, dez. 1932.)

*Comportamiento del bacilo in vitro.*—Resumiendo su investigación, Denney y Eddy declaran que, de 50 cepas de micobacterias ácidosresistentes aisladas por otros autores y suspendidas con leucocitos vivos, sólo una, procedente de lepra murina, reveló formación de globos. Los bacilos ácidosresistentes contenidos en "jugo leproso" y suspendidos en leucocitos vivos, no manifestaron proliferación de bastoncillos o globos ácidosresistentes libres. Los bacilos en pus obtenidos de abscesos leproso, manifestaron un aumento en el número y tamaño de los globos, cuya proliferación aumentó al agregar leucocitos vivos, continuando aparentemente hasta que no había microbios libres en la suspensión. (Denney, O. E., y Eddy, Bernice E.: *Arch. Dermat. & Syph.*, 794, mayo 1933.)

*Formas granulares del bacilo.*—Hoffmann hace notar que el bacilo leproso, lo mismo que los demás ácidosresistentes, produce en su ciclo evolucionario un gran número de formas granulares, que se encuentran tanto dentro de los bacilos mismos como en forma de cuerpos libres. Esos gránulos constituyen una fase esencial de la evolución. El tamaño de las formas libres varía considerablemente, siendo probable que existan hasta formas invisibles y filtrables. Es posible que muchas representen fenómenos de degeneración y desintegración, de modo que su presencia sea un signo favorable. Sin embargo, otras parecen ser muy resistentes o jóvenes, y quizás esenciales para la conservación y hasta propagación del microbio. Tal vez sean también la causa de las recidivas, duración y hasta supuesta incurabilidad del mal. Ambas formas pueden coexistir. Por ahora, no es posible determinar la naturaleza de esos gránulos, precisando para ello nuevos procedimientos de coloración y cultivo, y en particular experimentación en los animales. (Hoffmann, W. H.: *Int. Jour. Leprosy*, 149, No. 2, 1933.)

*Formas Gram-positivas.*—Rodríguez y colaboradores se pusieron a buscar formas anácidosresistentes del *Mycobacterium leprae* en lesiones cutáneas de leproso, que se mostraban persistentemente negativas en cuanto a microbios ácidosresistentes. Después de preparar frotos del modo habitual y fijarlos al calor, se aplicó la modificación de Much del método de Gram en todos sus pormenores. Con ese método es posible encontrar formas Gram positivas del bacilo en una proporción considerable de las lesiones leproíticas, que no contienen bacilos ácidosresistentes. Del hecho de que esas formas abundan en muchos de los llamados casos cerrados o incipientes que no han experimentado tratamiento, cabe deducir que no se trataba simplemente de formas de degeneración. (Rodríguez, J., Mabalay, E., y Tolentino, J. C.: *Phil. Jour. Sc.*, 617, agto. 1933.)

*Método de Much.*—De su estudio, Rodríguez y colaboradores deducen que con el método de Much es posible encontrar formas Gram-positivas del *M. leprae* en un porcentaje considerable de lesiones leproso que no revelan bacilos ácidosresistentes. Prueba de que muchos de esos bacillos anácidosresistentes no son simples formas de degeneración, la ofrece el hecho de que abundan en muchos casos de los llamados "cerrados" o incipientes que no han recibido tratamiento. (Rodríguez, J., Mabalay, E., y Tolentino, J. C.: *Mo. Bull. Bur. Health*, Filipinas, 377, nbre. 1933.)

*Reacción de la histamina.*—En las manchas leproíticas de 30 individuos, Chiyuto realizó 34 pruebas de la histamina, y las 14 que resultaron histológicamente ser tuberculoideas, fueron positivas. De las 20 infiltraciones perivasculares, sólo tres fueron positivas. La prueba de la histamina posee valor relativo cuando las manchas se hallan bastante avanzadas y, ya han tenido lugar alteraciones tuberculoideas, o la zona es anestésica, mas resulta insegura en el período incipiente, cuando sólo hay infiltración perivascular sin alteraciones neurológicas. (Chiyuto, S.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 628, nbre. 1932.)



*Reacción de van Bargehr.*—Chiyuto realizó la reacción de la leprolina en 169 hijos de leprosos, 97 niños sanos y 10 empleados sanos sin antecedentes de lepra. En los hijos de leprosos, considerados como leprosos clínicos incipientes (neuromaculares), las positivas subieron a 84 por ciento; en los niños sanos sin antecedentes de lepra, a 67.01; y en los 10 adultos sanos, a 100 por ciento, menos uno en que la reacción sólo fué ligeramente positiva. El resultado negativo en menores de un año, hijos tanto de padres sanos como leprosos, puede ser considerado como falta de resistencia a la lepra. La proporción de resultados positivos y negativos en los niños sanos de uno a tres años, puede ser considerada como una línea demarcatoria, en que los niños están formando una resistencia natural a la lepra. (Chiyuto, S.: *Mo. Bull. Phil. Health Serv.*, 300, jul. 1932.)

La reacción aporta datos valiosos que apoyan la teoría de la inmunidad adulta y la susceptibilidad infantil a la lepra. Una reacción positiva a la leprolina y el nódulo leproso producido experimentalmente en el mono, son, al parecer, clínica y patológicamente idénticos. Según Manalang, debería probarse la transmisión de la lepra a los animales negativos a la leprolina y utilizarse ésta como profiláctico entre los hijos de leprosos. También, debería determinarse el valor pronóstico de la leprolina. (Manalang, G.: *Ibid.*, 308.)

*Cutirreacción de Mitsuda.*—En 1916, y después en 1932, Mitsuda comunicó que la inyección intracutánea de una emulsión hervida de bacterias obtenidas de nódulos leprosos, suele rendir una reacción negativa en la forma nodular, y positiva en la neuromacular. Probado el método por el autor en 192 casos, de los cuales 64 eran neuromaculares, y 125 nodulares, 97 por ciento de los primeros acusaron positivas, y 91 por ciento de los segundos negativas. Las positivas sólo se presentan en individuos normales resistentes a la lepra, y en leprosos en el período neuromacular, en que ya parecen revelar cierta resistencia. Todo caso neural en que la reacción sea negativa, puede esperarse que tarde o temprano se vuelva nodular. En cambio una positiva en la forma nodular puede considerarse como signo favorable en el pronóstico. Mitsuda clasifica la lepra en tres formas, a saber: nodular, neural y macular, clasificación ésa reconocida y empleada en el Japón. Shionuma, uno de los colaboradores del autor, probó la inyección subconjuntival de la vacuna, utilizando 0.1 cc, y el resultado se conformó completamente al obtenido en la piel. Un enfermo apartemente curado de lepra macular fué comprobado con la vacuna, y con una suspensión que contenía bacilos vivos, y a los 10 meses le reaparecieron manchas en todo el cuerpo con intensidad explosiva. Igarashi realizó la reacción de Pirquet en 826 leprosos de la Leprosaría de Zensei, obteniendo positivas en 67.2 por ciento de los casos. (Hayashi, F.: *Lepr. Rev.*, 159, obre. 1933.)

*Urea sanguínea.*—En 14.54 por ciento de los leprosos sin nefritis ni molestia alguna, y que aparte de su enfermedad pudieran considerarse como sujetos sanos, Negro Vázquez y Herrera Reyes encontraron cifras de urea que sobrepasan, en algunos con mucho, el máximo conceptualizado como normal en los sanos (0.5 por 1,000). El 60 por ciento de los leprosos nefríticos, a pesar del régimen hipozoado también sobrepasan las cifras normales, a tal punto que en algunos no se comprende cómo toleran tal cantidad sin malestar. Del mismo modo, en todos los urémicos leprosos encontraron cantidades enormes de urea, que en otros sujetos ya hubieran acarreado la muerte. De lo anterior cabe deducir, o que la urea no es tan tóxica como se cree generalmente, o que los leprosos poseen una ureorresistencia no observada en otros enfermos. Para los autores, los leprosos, al contrario de lo que dicen los libros, se defienden perfectamente de infecciones intercurrentes, tóxicos farmacodinámicos, etc. (Negro Vázquez, E., y Herrera Reyes, M.: *Med. Ibero*, 110, eno. 27, 1934.)

*Wasserman y Kahn.*—Fernández y colaboradores realizaron reacciones de Wassermann y Kahn en 106 sueros de leprosos. En 86 ambas fueron negativas,

y en 15 ambas positivas, lo cual representa una concordancia de 95.28 por ciento. En cuatro casos la Wassermann fué positiva, y en uno la Kahn negativa, solamente. La positividad respectiva fué de 17.92 y 15.09 por ciento. La positividad de ambas aumenta progresivamente, alcanzando su máximo en las formas avanzadas. En todas las positivas, el factor sífilis juega un papel importante y debe ser investigado cuidadosamente, pues entre los 20 positivos de esta serie, en 10 había antecedentes sospechosos de sífilis. El tratamiento antileproso no modifica las positivas. (Fernández, J. M., Schujman, S., y Macchi Campos, R.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 561, 1932.)

Entre 486 autopsias realizadas en la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico en los últimos cinco años, 12 correspondían a enfermos de la Leprosería, y de éstos en 11 hubo Wassermanns positivas. De los 11 sólo en uno se descubrieron lesiones sífilíticas en la autopsia. En el grupo, 34 revelaron tales lesiones, y en siete había una Wassermann o Kahn positiva sin lesión sífilítica. En otras palabras había Wassermanns positivas sin lesiones en 17.2 por ciento de los testigos, y 90 por ciento de los leproso. Esto parece refutar las declaraciones de que una Wassermann positiva en un leproso denota sífilis. (Morales-Otero, P.: *P. R. Jour. Pub. Health & Trop. Med.*, 69, sbre. 1931.)

Durante su estudio de la frambesia, Turner y colaboradores tuvieron ocasión de visitar de cuando en cuando el leprosario de Spanish Town, Jamaica, y obtuvieron sangre para estudio serológico de 111 casos de lepra. La Wassermann resultó positiva en 44, dudosa en 18, negativa en 44, y anticomplementaria en cinco; es decir, positiva como en 40 por ciento. Como no hay cifras sobre la Wassermann para la población en general, no pueden deducir si este índice es alto o bajo. En 30 casos había antecedentes de frambesia o sífilis, y de éstos en 11 la Wassermann fué positiva. La proporción de reacciones anticomplementarias en ese pequeño grupo fué casi 10 veces mayor que en sujetos no leproso, pero la significación de esto no es manifiesta. La floculorreacción de Eagle convino con la Wassermann en la mayor parte de los casos, resultando positiva en 52, y dudosa en cinco de 110 casos. En conjunto, la positividad serológica de una u otra prueba fué mayor de lo que podría esperarse de la historia. (Turner, T. B., Saunders, G. M., y Johnston, H. M.: "Rep. Jamaica Yaws Commission, 1932".)

Refiriéndose al hallazgo de Rao de que la reacción del formaldehído jamás es positiva en la lepra simple, Welch declara que de confirmarse ese dato, será fácil determinar el significado de una Wassermann positiva en un caso de lepra, pues de ser positivas las dos reacciones, habrá muchas probabilidades de sífilis o frambesia; pero de ser la prueba del formaldehído negativa, entonces probablemente no existirá ni una ni otra de esas enfermedades. Ciertos autores, como Dye, Dunscombe y McKenzie, ha mencionado positivas poderosas en la lepra, pero sin manifestar si se trataba o no de lepra simple. (Welch, T. B.: *Lepr. Rev.*, 50, eno. 1934.)

*Serorreacciones inespecíficas.*—En Songea, Territorio de Tanganika, McKenzie empleó las siguientes reacciones para el diagnóstico de la lepra: Botelho, Rubino, formalina a la Dye, y eritrosedimentación. No le fué posible aceptar la clasificación de Muir basada en considerar la anestesia como infección de un nervio o sus terminales, pues, clínicamente, resultó más satisfactorio considerarla como efecto de la presión simple. La Botelho resultó positiva en 13.8 por ciento de 36 enfermos, y negativa en otros 18 sujetos, de modo que es inútil para el diagnóstico. (Otros autores han encontrado estas cifras de positividad en la lepra: Araujo, 50 por ciento; Le Cae, 72.4; y Muir, inútil.) La Rubino, modificada por Marchoux y Caro (pero no ejecutada debidamente), fué utilizada en 41 casos, resultando también inútil por las variaciones del resultado. (Resultados de otros autores: Rubino, 66 y 78 por ciento; Paullier by Errecart, inconstantes; Marchoux

y Caro, 100 por ciento; Monacelli, 100 por ciento en casos bacilares; Beltier, 33.3 por ciento; Luz, menos de 50 por ciento; y Amies, 90 por ciento.) Las reacciones de la seroformalina y la sedimentación son consideradas en conjunto, y en 40 sujetos normales y 116 que padecían de varias enfermedades, ninguna reveló significación específica. Ambas reacciones se muestran más atenuadas en la salud que en la enfermedad, y el índice de sedimentación refleja la extenuación del enfermo. La reacción de la seroformalina es menos sensible que la otra en la mayoría de las enfermedades. En resumen, la proporción de resultados positivos con la Botelho en una pequeña serie de casos es demasiado baja para que resulte útil en el diagnóstico. La Rubino fué investigada en condiciones inapropiadas, en las cuales también pareció inútil para el propósito. La reacción de la seroformalina acusó un elevado número de positivas en enfermedades tales como lepra, en particular nodular, tuberculosis, sífilis incipiente, frambesia florida, tripanosomiasis y sepsis ósea crónica; y en otras enfermedades, pero no con tanta frecuencia. En la lepra, la intensidad varió con la gravedad del mal. El empleo simultáneo de la reacción de la seroformalina y del índice de sedimentación, resultó valioso en el diagnóstico de una reacción leprosa, así como para distinguirla de las infecciones intercurrentes; es decir, que se presta para la observación de los efectos del tratamiento. (McKenzie, A.: *Lepr. Rev.*, 49, ab.; 99, jul. 1933.)

*Tratamiento.*—Repasando la última literatura y práctica sobre el asunto, Fidanza declara que el tratamiento actual de la lepra debe realizar los principios siguientes: vida sana, aumentando las defensas del organismo por todos los medios, cambiando de clima si es posible, y tratando previamente las enfermedades concomitantes; régimen dietético sobrio, ejercicios físicos, entonar la moral del enfermo, y adaptar las dosis de medicamentos al peso, edad, condiciones generales y formas de la enfermedad; asociar el yoduro de potasio, pero evitando en toda forma toda reacción que disminuya la resistencia orgánica; empleo de los ésteres etílicos, ya yodados o creosotados, así como los aceites y sales del chaulmugra, juntamente con la administración bucal de jabones cálcicos; y fomentar el empleo de los productos y derivados del *H. wightiana*. La terapéutica se va remozando día por día, cada vez con mejor éxito. (Fidanza, E. P.: *Semana Med.*, 1325, ab. 20, 1933.)

Cochrane hace notar que en el tratamiento de la lepra se suele seguir una terapéutica, excluyéndose las demás. Hoy día se recomiendan las inyecciones intradérmicas de chaulmugra, aunque antes se preferían las subcutáneas con la adición de ácido tricloroacético. También hay una tendencia a no pasar de 5 ó 6 cc del medicamento debido al dolor que ocasionan las inyecciones, pero desde hace algún tiempo se sabe que los enfermos que pueden tomar grandes cantidades de aceite de chaulmugra por vía bucal, suelen mejorar. Quizás las dosis sean, pues, demasiado pequeñas, y convendría investigar más la posología óptima, así como si la vía intradérmica es en realidad superior a las otras. La inclinación a atenerse a los derivados de chaulmugra es marcada, aunque los colorantes de anilina han entreabierto últimamente una nueva perspectiva. Ryles ya ha mencionado favorablemente el verde brillante, y ahora emplea el azul de Bonney, que es una mezcla de verde brillante y violeta de cristal. Otra posible vía de experimentación sería combinando las inyecciones intradérmicas de colorantes de anilina con la exposición de la piel a los rayos solares. Aunque la terapéutica de la lepra es mucho más satisfactoria que hace 10 años, los investigadores deberían estar a la mira de otros remedios, pues en la lepra apenas si dos casos reaccionan a la misma terapéutica. Es imposible justipreciar el resultado del moderno tratamiento antileproso, y no cabe duda de que todavía estamos muy lejos de contar con un específico, como el arsénico para la sífilis o la quinina para el paludismo. Hay que recordar que la enfermedad puede

estacionarse, no tan sólo en el período tardío, sino en el incipiente. Sin embargo, como hay un grupo numeroso, en particular de los casos cutáneos, que sin tratamiento adecuado siguen avanzando, ese grupo se presta mejor para aquilatar el valor de la terapéutica. En Purulia en 1932 el porcentaje de casos asintomáticos entre los enfermos reclusos era de 6, y entre los ambulantes de 3.8, lo cual no ofrece mucho aliento. En otras establecimientos, como el de Dichpali, donde hay menos casos cutáneos avanzados, el resultado es mejor, pero no se puede precisar si eso obedece a mejores condiciones o a efecto específico de la medicación. Los coeficientes de recidivas, tanto en Hauai como en Culión, según parece son algo alarmantes, y cabe preguntar si en el tratamiento de los casos cutáneos solamente se suprimen las lesiones superficiales o se atacan los focos profundos. Ya sabemos que tanto en la tuberculosis como en la lepra, cuando los enfermos regresan a su antiguo ambiente son propensos a recaídas. Quizás la lepra no se preste al tratamiento específico y los adelantos mayores sean por vías epidemiológicas y preventivas. (Cochrane, R. G.: *Lepr. Rev.*, 135, jul. 1934.)

El director médico del Lazareto de Agua de Dios informa al director técnico del Departamento Nacional de Higiene de Colombia, que el Dr. Benchetrit trata allí de acuerdo con sus métodos, a 648 enfermos de los cuales 461 son costeados por los Departamentos que han celebrado convenios, y 187 gratuitamente tratados por él, representando el grupo un 20 por ciento del total de asilados en el lazareto. Los medicamentos, aceites de un índice de polarización de 56°, son elaborados en Bogotá en los laboratorios de Benchetrit, y resultan casi indoloros, por ser muy baja la acidez expresada en anhídrico sulfúrico. El uso de dosis elevadas ha parecido innecesario y quizás nocivo, además de poco económico. Los enfermos de Agua de Dios pertenecen a los Departamentos del Valle, Cauca, Tolima, Huila, Cundinamarca, Boyacá, e Intendencia del Chocó. En los casos de lepra incipiente, simplemente maculosa, nerviosa simple, máculo-nerviosa, y lepra de la primera infancia, el cese de los síntomas activos se hace manifiesto a los 250 cc recibidos por el enfermo por término medio; y el bacilo se hace raro o desaparece alrededor de los 500 cc. En los casos crónicos, ya maculosos, tuberculosos, ulcerosos, etc., los síntomas clínicos se detienen o retroceden alrededor de 1,200 cc; y el bacilo escasea o desaparece entre 1,700 y 2,200 cc. Sólo en unos tres enfermos de los declarados socialmente curados, hubo necesidad de llegar a 2,500 cc. Para el primer grupo, el tiempo de tratamiento osciló entre 6 y 10 meses; para el segundo, entre 30 y 36 meses. Se han iniciado también estudios del síntoma de la inversión nuclear o signo de Vélez en la tuberculosis y en la lepra, y sobre la serorreacción de Muchow y Lewy. Como coadyuvantes, se han probado las inyecciones intravenosas de mercurocromo y de tripaflavina, y un nuevo preparado consistente en la asociación de cloruro de magnesio con derivados de chaulmugra. La simbiosis de tuberculosis y lepra es en alto grado frecuente, y también de paludismo y lepra, lo que obliga a modificar la terapéutica, y lo mismo sucede con las parasitosis intestinales. En los cuatro años desde que se inició el tratamiento de Benchetrit, el porcentaje de curaciones sube a 24.7, y entre 100 enfermos del Departamento del Valle, a 41. (González Coutin, H.: *Arch. Lepra*, 102, ab.-jun. 1932.)

Comentando la memoria relativa al primer centenar de leprosos dados de alta en Colombia, Ucrós recalca que cada uno de ellos fué rigurosamente examinado, tanto clínica como bacteriológicamente, repetidas veces, y sometidos a prueba de reactivación por el yoduro de potasio. Sólo a los seis meses de repetir todas esas pruebas, si resultan negativas, declárase al enfermo no contagioso. Para Ucrós, la higiene mejor, la alimentación sana y suficiente, y la vivienda clara y aireada, serán otros tantos factores que influirán en la no propagación de la enfermedad, como ha apuntado el Prof. Manrique. Ucrós elogia la obra realizada por el Dr. Benchetrit en el Lazareto de Agua de Dios, por haber introducido un espíritu más optimista. (Ucrós, R.: *Arch. Lepra*, 5, eno.-mzo. 1933.)

Resumiendo cuatro años de observación en la leprosería de Ngomahuru, Moiser comienza afirmando el magnífico resultado del tratamiento moderno, cabiendo ya decir que todos los casos incipientes son curables, y muchos viejos también. El alepol ha logrado algunas "curaciones" notables, pero ofrece ciertos inconvenientes por su propensión a evocar edema, induración y abscesos, y para que surta efecto hay que administrarlo a dosis masivas al 6 por ciento. El antileprol de Bayer es, sin duda, mejor pero tampoco puede administrarse a dosis masivas. Los ésteres yodados, en cambio, resultan indolores y no provocan reacciones, pudiendo administrarse hasta a dosis de 5 cc, que es el máximo actual, y siendo el medicamento preferido por los enfermos y también por el autor. La aplicación semanal de ácido tricloracético (1:1 a 1:3 en agua) a las lesiones cutáneas goza de mucho favor, continuándose hasta destruir todas las lesiones. Las superficies cruentas que quedan se tratan con aceite de chaulmugra, que se pone así en contacto directo con las bacterias. Es muy importante el examen trimestral de todos los enfermos con el microscopio, para apreciar el estado del enfermo. No se da de alta a ninguno en que no hayan sido continuamente negativos por dos años los frotos obtenidos de varias partes del cuerpo, incluso ganglios infartados. En los cuatro años, se ha dado de alta a 260 enfermos. (Moiser, B.: *Lepr. Rev.*, 149, obre. 1933.)

Resumiendo el tratamiento en la Leprosería del Lago Bunyonyi en Uganda, Sharp declara que lo primero es eliminar las enfermedades intercurrentes, siendo la principal en el distrito la frambesia. Todos los casos a su llegada reciben una serie de inyecciones de tartrobismutato de sodio y potasio. Además, se fomenta la higiene, inculcándose hábitos de aseo con baños, etc., y ejercicio regular. Las drogas más empleadas ahora son el alepol y el aceite de hidnocarpo con creosota, rigiéndose las modificaciones por el resultado. El total de enfermos subió a 277, y el resultado del tratamiento fué éste: "detenidos", 6 por ciento; mejorados, 47; estacionados, 25; empeorados, 18; y muertos, 4 por ciento. A fin de comprobar si estaban en lo cierto los autores que declaran que las mejorías observadas en los últimos años no provienen del tratamiento específico, sino del cuidado general y mejor, todos los casos nuevos recibidos en la colonia fueron divididos en cuatro grupos, de los cuales sólo uno recibió alepol o hidnocarpo. Al cabo del año, los resultados fueron: entre 128 casos tratados con inyecciones: "detenidos", 4 por ciento; mejorados, 43; estacionados, 31; empeorados, 19; y muertos, 3 por ciento; y entre 149 que no recibieron inyecciones: 5, 54, 23, 14 y 4 por ciento, respectivamente. Estas cifras no demuestran que pueda atribuirse la mejoría al empleo de los preparados de hidnocarpo. Cierto es que muchos enfermos aprecian las inyecciones, las piden, y se sienten mejor después de recibir las. El mismo autor las ha empleado durante 10 años con beneficio aparente, y se propone continuarlas en los casos que deseen recibir las, pero confiesa que su fe se ha quebrantado. (Sharp, L. E.: *Lepr. Rev.*, 151, obre. 1933.)

Ryrie repasa los trabajos realizados en la Leprosería Federal de Sungei Buloh, en Malaya. Al comenzar el año 1932 había 996 asilados, y al final 1,082, ingresando 353, o sea más que en ningún año anterior. En el tratamiento se abandonó el alepol, pues, probado en 79 casos, ninguno mejoró mayor cosa, y 62 por ciento o no mejoraron, o empeoraron. El Tai Foong Chi es muy popular por no administrarse en inyecciones, y es recibido por 350 enfermos, de los cuales 40 por ciento o no han revelado mejoría o han empeorado, y 60 por ciento o bien sostienen que han majorado, o han mejorado en realidad. Esta droga no se presta para administración en los casos incipientes, pues parece evocar una propagación más rápida del mal. En los casos tardíos y más indurados, parece evitar la agravación. Los casos tratados con ésteres subieron a 225 en la segunda mitad del año; 62 por ciento revelan mejoría, y de 78 tratados por vía intradérmica, 89 por ciento revelan por lo menos mejoría local. En el hospital se trataron 551 casos, incluso 140 de reac-

ción leprosa. El mercurocromo 220 soluble se administró por vía venosa a dosis de 5 a 10 cc al 2 por ciento, siendo a menudo notable su efecto sobre las reacciones. El glucinato de calcio por vía venosa a dosis de 10 a 20 cc de una solución, también ha resultado beneficioso en esos casos, y menos molesto e irritante que el cloruro. Los ésteres de calofilo procedentes de Fiji han sido probados con éxito en casos de dolores y reacciones nerviosas. Las muertes representaron 5.6 por ciento del total. Dos dificultades confrontadas consistieron en que los leprosos con mucha invasión cutánea no toleran dosis masivas de arsenicales o bismuto, y que de 690 enfermos, 43.5 por ciento revelan Wassermanns y Kahns positivas, siendo difícil creer que ese número padecieran de sífilis activa. Sin embargo, los leprólogos parecen creer que la Kahn no es positiva en la lepra. (Según los periódicos, Ryrie ha probado recientemente, con buen resultado terapéutico, el azul de tripán.) (Ryrie, G. A.: *Lepr. Rev.*, 138, obre. 1933, véase también la p. 757.)

Ryrie comienza apuntando que hay variaciones marcadas en la forma de la lepra y, hasta cierto punto, en el tratamiento, en distintos países. En Malaya 14 por ciento de los habitantes son hindús y casi 40 por ciento chinos, de modo que existe allí un cuadro inter-racial del problema casi único. La prosperidad del país ha creado una estabilidad sanitaria y económica mayor que en muchas partes de la India y la China. Entre 150 hindús del sur examinados en 1933, 40 por ciento fueron casi exclusivamente casos nerviosos, mientras que en los chinos la proporción era menor de 25 por ciento. Entre los hindús las reacciones leprosas parecen ser mucho menos frecuentes que en los chinos, lo mismo que las fases avanzadas o agudas graves. La mortalidad general (no la leprosa) entre los hindús es de 40 por 1,000; entre los chinos casi el doble. Las costumbres son también bastante distintas, pues los hindús cuidan mucho de su piel y de la función intestinal. Entre ellos las afecciones dentarias y gingivales son poco frecuentes, mientras que de los chinos por lo menos 70 por ciento padecen de diarrea, y ésta quizás exacerbe la lepra. En la leprosería de Sungei Buloh, aunque los uranálisis son sistemáticos, no se ha observado glucosuria en ningún leproso activo, mientras que en los hospitales generales del país la diabetes no es rara. La arterioesclerosis también es comparativamente rara en la colonia, aunque la nefritis crónica es frecuente. Como se ha observado en otras partes, las manifestaciones leprosas desaparecen frecuentemente durante la toxemia tuberculosa aguda, y en cuatro, o cinco casos el autor ha observado una rápida resolución de la lepra en casos de ictericia intensa. Esas observaciones relativas a la tendencia de la lepra a desaparecer cuando aparecen ciertas toxemias orgánicas, revistieron interés en el caso del Padre Damien, a quien, al morir, le habían, desaparecido de la cara todos los signos de la lepra, quizás por haber muerto de uremia crónica. Un punto interesante es que al examinar a más de 500 chinos no leprosos y a varios millares de trabajadores hindús, casi 10 por ciento revelaron nervios auriculares palpables sin más signos clínicos de lepra. Si pudiera aceptarse, lo cual no se ha establecido, que la visibilidad del nervio auricular al estirar la piel es un signo de lepra presente o previa, las infecciones mínimas serían mucho más frecuentes que lo que creen muchos. El tratamiento de las neuralgias y las úlceras tróficas merece alguna atención. En Sungei Buloh, para las úlceras tróficas, lo que más se emplea son los vendajes. Si el exudado manifiesta burbujas de gas, esto se considera signo de caries ósea y entonces se raspa bien el hueso, se limpia la herida, y se inyecta en la cavidad una solución alcohólica de acriflavina; luego se venda el miembro. En las úlceras de las partes blandas también se limpia con solución de acriflavina, y se aplica el vendaje. Si hay putrefacción, se utiliza una solución de cloramina al 1 por ciento. Para los vendajes se puede aplicar una composición de cera, resina, cine y alcohol, que se deja por una semana. En los dolores nerviosos, una solución alcohólica de mentol al 10 por ciento frotada en el trayecto del nervio, a veces obtiene

alivio. Las inyecciones intramusculares de 2 a 6 cc de aceite de cilofilo también surten efecto. La efedrina sólo se emplea en inyecciones alrededor del nervio. En los casos resistentes espesados, la decapsulación del cubital ha resultado muy útil. En las reacciones leprosas, se aplican inyecciones intravenosas de 20 cc de una solución de fluoresceína al 2 por ciento dos veces por semana. Ya se han abandonado los álcalis y el tartrato estibiado, aunque el último era útil. (Ryrie, G.: apud *Lepr. Rev.*, 139, jul. 1934.)

Disecutiendo el resultado del tratamiento en Chingleput, India, y en particular de 238 casos cutáneos, Baxter afirma que 24 por ciento de ellos se volvieron negativos en cuanto a bacilos en un plazo medio de 3.2 años, mientras que el otro 76 por ciento han continuado positivos a pesar del tratamiento en una estancia media de 2.7 años. Cabe, pues, deducir, que más o menos uno de cada cuatro casos cutáneos se convertirá en negativo en un plazo de siete años, tras un período medio de tratamiento de 3.2 años. Ese resultado no permite abrigar muchas esperanzas de que con el tratamiento solo pueda erradicarse la lepra de cualquier distrito dado. Hasta que se encuentre algún remedio más eficaz, la base de nuestra campaña contra el mal debe ser, pues, el aislamiento voluntario, bien a domicilio cuando es posible, o en otra parte. La lucha debe fundarse, pues, no en la terapéutica, sino en la propaganda encaminada a impedir la difusión de la enfermedad. (Baxter, D. F.: *Lepr. Rev.*, 131, jul. 1934.)

Al probar el yoduro de potasio por vía intraperitoneal en la lepra murina, Tisseuil observó que, con su uso, se retardaba la aparición de las lesiones, pero el desarrollo era más rápido, matando prontamente a los animales. El lipiodol por vía muscular pareció ejercer un efecto favorable, lo mismo que los ésteres etílicos del chaulmugra. El molibdato de amonio por vía muscular, retardó muy poco el mal. (Tisseuil, J.: *Bull. Soc. Path. Exot.*, 969, nbre. 9, 1932.)

Fidanza y colaboradores han probado durante tres años en 100 casos de lepra, el yoduro de potasio asociado a los derivados del aceite de chaulmugra. Con el yoduro por sí solo, no se pudieron obtener los resultados descritos por sus defensores, pues si bien algunas formas incipientes evolucionaron favorablemente, en la mayoría sólo se logró estacionamiento. Sin embargo, asociado con el alepol y el chaumestrol, curaron aparentemente 14 por ciento, mejoraron mucho o mejoraron 75 por ciento, se estacionó un 9, y empeoraron 2 por ciento. Los casos aparentemente curados son incipientes, y ninguno fué tratado menos de un año y 85 por ciento fué tratado más de dos años, sin que ninguno recibiera menos de 200 cc de medicamento, y recibiendo 72 por ciento más de 400 cc. En los casos estacionados no hay ninguno incipiente, y la mitad de ellos recibieron escaso tratamiento. En la mayoría de los casos, el éxito está en relación directa con la precocidad del tratamiento, con la tolerancia, y con la dosis administrada. (Fidanza, E. P., Schujman, S., y Fernández, J. M.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 568, 1932.)

*Chaulmugra*.—Strachan ha estudiado el efecto del aceite de chaulmugra en todos los leprosos recibidos en el Leprosario de Maseru, Basutolandia, desde principios de 1921 hasta fines de 1930. Los ingresados después han sido excluidos expreso. El total de enfermos considerados sube a 1,436. Entre los 461 casos cutáneos tratados, los estacionamientos suben a 13.24 por ciento, mientras que en 365 tratados insuficientemente, sólo ascienden a 3.84 por ciento. Entre 168 casos cutáneos tratados más o menos adecuadamente, la proporción subió a 21.43. Entre los casos nerviosos moderados o leves, las cifras fueron: 112 enfermos, estacionados, 52.7 por ciento; entre 307, 41.7; y entre 101, 48.5 por ciento. Para los casos N-1 solos, los estacionamientos fueron: entre 39, 61.5; entre 75, 78.7; y entre 23, 79.23 por ciento. Para los N-2: entre 232 enfermos, sólo 29.74 por ciento; y entre 72, 36.1 por ciento. El autor cree que convendría que los asilos donde tratan muchos casos cutáneos incipientes y nerviosos publicaran estadísticas que abarcaran períodos prolongados, aunque aun en esos casos habría que justipreciar el papel

que desempeñan la nutrición y la higiene. Las estadísticas relativas al efecto sobre las secuelas lo único que parecen demostrar es que más de 50 por ciento de los casos N-1 se estacionan espontáneamente cuando reciben un régimen apropiado. El gran cuidado que se despliega en el asilo al seleccionar casos para alta queda patentizado, pues de 375 leprosos dados de alta, sólo 12 han tenido que volver. (Strachan, P. D.: *Lepr. Rev.*, 16, eno. 1934.)

Carrillo y sus colaboradores han tratado 45 leprosos con los ácidos grasos del aceite de chaulmugra en estado coloidal. Solamente en 11 se pudo inyectar una dosis eficaz, notándose en ellos mejoría. En los demás, el esclerosamiento venoso impidió hacer más de tres o cuatro inyecciones, y he ahí el único inconveniente que entorpece el método. La acción es más eficaz mientras mayor cantidad de medicamento se inyecte. (Carrillo, F., Schujman, S., y Fernández, J. M.: *Rev. Arg. Dermatosisif.*, 557, 1932.)

Lowe compara las ventajas y desventajas de los dos preparados más empleados en inyecciones en la lepra, o sea el aceite y los ésteres etílicos de hidnocarpo. El aceite es más barato, pero también más difícil de inyectar a la temperatura corriente, aunque si se calienta, puede inyectarse subcutánea, intramuscular o intradérmicamente. Los ésteres se absorben con mayor rapidez, pero en las inyecciones intradérmicas, esto no constituye superioridad alguna. Las reacciones vienen a ser idénticas, tratándose de productos garantizados. Con respecto a efecto terapéutico, hay diversidad de opinión. A fin de que las inyecciones no produzcan complicaciones, deben tomarse en cuenta los siguientes factores: pureza y frescor del aceite; debida preparación de los ésteres; debida esterilización y conservación de uno y otros; y debida administración de las inyecciones. El aceite puede ser comprobado con el polarímetro para descubrir si está adulterado, y también puede ser comprobado en cuanto a ácidos libres y productos de oxidación. Lo mejor es adquirirlo por conducto de una casa acreditada, tratando de comprar el preparado en los meses de junio y julio. Debe guardarse en frascos limpios, con tapones de cristal, y en un sitio oscuro y fresco; otro tanto reza con los ésteres. Tanto uno como otros deben ser esterilizados por la calefacción a 120 C por media hora, bien por inmersión en aceite o en un autoclave. Antes de la esterilización, puede agregarse 4 por ciento de creosota bidestilada. El autor describe con toda minuciosidad el método de manufacturar los ésteres etílicos, y también los procedimientos de comprobación. (Lowe, J.: *Lepr. Rev.*, 37, eno. 1933.)

Discutiendo el resultado de la chaulmugroterapia en los casos incipientes, Rodríguez declara que esos preparados son de positiva utilidad en la lepra, pero puede todavía mejorarse mucho con respecto a indicaciones, limitaciones y eficacia. La chaulmugra no parece ser tan eficaz en la lepra incipiente como en la avanzada, donde hay lesiones que revelan bacilos ácidosresistentes. Este efecto paradójico quizás proceda de que el medicamento, por regla general, no es tan eficaz contra las formas anácidorresistentes, a las cuales, para algunos, se deben las manifestaciones tempranas de la lepra. (Rodríguez, J.: *Lepr. Rev.*, 102, jul. 1934.)

*Plantas brasileñas.*—Las estadísticas acusan la existencia de unos 40,000 leprosos en las partes exploradas de la inmensa República brasileña y contra tal calamidad emplean, en las distintas regiones de aquella nación drogas naturales, de origen vegetal y de aplicación local o general. Entre las de aplicación local: Anda-assu: *Johannesia princeps* Vell. (Euforbiaceas), el aceite de las semillas, de acción drástica, mas suavizante y pasajera, sobre los nódulos leprosos. El aceite de la radícula del embrión parece tener una acción más persistente. Buranhem: *Lucuma glycophoa* Mart. (Sapotaceas), el latex, que parece muy activo, pero cuya aplicación resulta dolorosa. Cipo'Carijo': *Davilla brasiliensis* Mart. (Dilleniaceae). Se usa en pomada cuyo excipiente es una grasa nativa, llamada Bicuiba. Actúa ablandando las costras espesas que cubren las ulceraciones y se



crece que esto sea debido a la presencia de crisarobina en la droga. Cipo' Chumbo: *Cuscuta racemosa* Linn. (Convolvulaceae). En emplastos o en pomada sobre los nódulos y ulceraciones: tiene acción resolutive y cicatrizante. Papoula de espinho: *Argemone mexicana* Linn. (Papaveraceae), el latex en combinación con el ácido salicílico o con el ictiol y el aceite de las semillas. Sucupira: *Bowdichia major* Mart. (Leguminosae), de efectos no seguros. De las plantas empleadas internamente, parte también se usa en aplicaciones locales. Las siguientes son las más importantes: Guassatonga: *Casearia silvestris* Sw. (Flacourtiaceae), muy renombrada en todo el Brasil como antileprosa. Pertenece a la misma familia de árboles de que se saca en la India el aceite de chaulmugra. También se usa el aceite, pero no parece de grandes resultados. En cambio, la infusión de las raíces secas parece de gran utilidad en el prurigo, acné y afecciones similares de la piel. Jamburana: *Bursera leptophloeos* Mart. (Burseraceae). El aceite de las semillas se emplea en los Estados del norte del Brasil, como unto en las ulceraciones leprosas; las raíces son empleadas en emplasto: contienen un aceite esencial parecido al de ruda, un alcaloide de efectos fisiológicos semejantes a los de la nicotina y un ácido especial. La planta se emplea en los Estados del centro y del norte en infusión. Actúa prontamente contra la glucosuria, manifestación frecuente en la lepra. Con su uso se ha notado, en algunos casos, un retorno de la sensibilidad cutánea. Mangaba: *Hancornia minor* (Apocyanaceae). Se emplea localmente el aceite de las semillas y por vía gástrica el latex, al que se reconocen propiedades antiglicósídicas y eupépticas: los nativos y algunos médicos lo emplean con éxito en casos de tuberculosis avanzada. Mangue vermelho: *Rhizophora mangle* Linn. (Rhizophoraceae). Se emplea la corteza, muy rica en tanino, y las hojas, como depurativos, en decocción. Contiene un pigmento amarillo, en muchos respectos análogo a la florizina y que produce, como ésta, diabetes en el perro. Orelha de burro: *Cissampelos ovalifolia* D.C. (Menispermaceae). Se emplean las raíces, muy ricas en saponina, pero no parecen activas contra la lepra. En el Estado de Espírito Santo se emplea otra orelha de burro, de la familia de las violáceas, pero es poco estudiada. Sapucainha: *Carpotroches brasiliensis* Endl. (Flacourtiaceae). La más conocida de las especies antileprosas. El aceite de las semillas se usa en substitución del de chaulmugra, especialmente su derivado eúprico. Cipo' Suma: *Anchietea salutaris* St. Hill. (Violaceae). Actúa rápidamente sobre las lesiones sifilíticas de la piel, pero parece no tener acción sobre las manifestaciones leprosas. Murure: *Urostigma cystopodium* Fr. All. (Urticaceae). La corteza y la raíz, para uso externo e interno. Activa contra las lesiones sifilíticas, pero poco o nada contra las leprosas. (Freid, Freise: *The Prescriber*, nbre. 1931, apud. *Rev. Sud-Am. End., Inmun., Quimiot.*, agto. 15, 1932.)

*Antimonio.*—Declarando que no ha tenido ocasión de tratar oficialmente leprosos durante los últimos 15 años, o sea desde que comunicara su éxito con el antimonio contra las lesiones nasales en 1919, Cawston agrega que donde han empleado esa droga en gran escala en el África meridional, ha resultado a veces hasta más beneficiosa que el aceite de chaulmugra. Cuando resulta imposible encontrar una vena apropiada para administrar el tártaro emético, y está indicado el antimonio, pueden emplearse una o dos inyecciones intramusculares de antimosán, fuadina, antimonio coloidal, etc. Cuando se observa mejoría general, y no tan sólo alivio de la parálisis, sino cicatrización de las placas ulceradas y retorno de la hiperhidrosis en las zonas anestésicas, hay justificación para continuar el medicamento, pero hay que emplearlo con cautela, y es dudoso que deba ser administrado por más de una semana o quincena de una vez, pues hay que alentar a la constitución misma a que venza la infección. El preparado más eficaz y menos tóxico parece ser el tartrato a dosis graduadas en solución reciente por vía venosa, administrado por la mañana una o dos horas después de un desayuno ligero. Parece que la importancia de la higiene nasal no ha recibido suficiente

atención en las enfermedades crónicas, como tuberculosis y lepra, aunque el asunto ha sido repetidamente recalado en las instituciones para tuberculosos y leprosos. En las infecciones crónicas, las lociones antisépticas que parecen indicadas son el agua oxigenada, la glicotermalina, el ácido bórico, y el hexilresorcinol, y la adición de glicerina resulta a veces útil, aunque puede agregarse a veces el espíritu rectificado si hay tendencia a pólipos. Como pulverizantes, la cloretona y el hexilresorcinol son muy útiles, y lo mismo sucede con las aplicaciones ocasionales de una pomada o jalea. Pavloff en 1930, mencionó una solución al 5 por ciento de ácido crómico como de mucha utilidad en los procesos leproso de la nariz y garganta. (Cawston, F. G.: *Lepr. Rev.*, 59, ab. 1934.)

*El piramidón en las reacciones.*—Buscando algún procedimiento que pueda abortar, o por lo menos acortar, la evolución de la fiebre leprosa, y vistos los beneficios obtenidos en la tifoidea, a Montañés y Negro se les ocurrió emplear el piramidón a dosis fraccionadas y relativamente intensas. El resultado fué alentador en unos 12 casos. En resumen, el piramidón es el medicamento que menos falla en la terapéutica de la leproreacción. Apenas aparece la agudización, se suspende el tratamiento específico, se impone reposo en cama, dieta no muy rigurosa y suficiente, y se da un purgante. Pasados los efectos del último, se ordena un comprimido de 0.3 gm de piramidón cada tres horas, y en cuanto la curva febril se acerca a lo normal, espáciense las dosis hasta suprimirlas. No hubo que lamentar ningún accidente cardiaco, y únicamente en tres o cuatro casos se presentaron vómitos al principio, con la correspondiente repercusión en la curva, al parecer. Hubo algún caso intenso y prolongado, en que todo fracasó, incluso piramidón. (Montañés, P., y Negro, E.: *Actas Dermo-Sif.*, dbre. 1933.)

*Solganol.*—Alfred probó el solganol en casos escogidos principalmente por lesiones leprosas del ojo, con este resultado: mejoría, 6; sin cambio, 4; empeoramiento, 1. Parece posible que el resultado sea mejor en los chinos que en los hindús. Como los casos fueron escogidos con sumo cuidado, no hubo reacciones ni muertes debidas al tratamiento. (Alfred, S. R.: *Lepr. Rev.*, 16, eno. 1933.)

*Verde brillante y violeta de cristal.*—Fundándose en los resultados obtenidos, Ryles invita a otros a que prueben el verde brillante y otros colorantes de anilina en la lepra. Según él, el verde brillante es por lo menos tan eficaz como el aceite de hidnocarpo y sus derivados, sin tener contraindicaciones y mostrándose bastante inocuo. Las inyecciones no son muy dolorosas, y en los niños puede emplearse la novocaína. La sustancia es barata, y fácil de conseguir, transportar, prepararse y administrarse. Para algunos, el azul de Bonney supera aun al verde brillante, que es uno de sus componentes. El verde brillante puede emplearse por vía muscular en la región glútea a dosis hasta de 10 cc, y subcutánea e intravenosamente en dosis masivas. También puede utilizarse en pulverizaciones. El autor no lo ha probado en los ojos, pero siendo tan poco irritante, quizás también resulte útil. Hasta la fecha el autor ha tratado a 211 enfermos con verde brillante, de los cuales 135 mejoraron más con éste que con el aceite de hidnocarpo, 19 más con el aceite que con el verde, 29 igualmente con ambos, y 28 con ninguno. De un total, mayor 168 sólo recibieron verde brillante. La fórmula del azul de Bonney es la siguiente: polvo de verde brillante, 0.5 gm; polvo de violeta de cristal, 0.5 gm; alcohol absoluto, 25 cc; agua destilada, c.s. 2,500 cc. El violeta se disuelve en el alcohol absoluto y se agrega al resto. (Ryles, C. S.: *Lépr. Rev.*, 113, jul. 1933.)

*Fluoresceína.*—Ryrie ha probado la fluoresceína en 31 casos de reacción leprosa intensa. Trece revelaron una rápida reposición después de recibir una o dos inyecciones de 10 cc de fluoresceína al 2 por ciento, y 15 baja de la fiebre por lisis después de tres a seis inyecciones; y cuatro no revelaron mejoría. Con respecto a los casos de rápida defervescencia, conviene apuntar el profundo efecto psicológico que ejerció en los chinos el haber observado una o dos reposiciones marcadas con el tratamiento. Aun tomando en cuenta todo esto, quedan pruebas bien definidas

de que la fluoresceína ejerce un efecto marcado y a veces notable en la fiebre leprosa. En unos pocos casos, un enfermo que no reacciona a la fluoresceína mejora rápidamente con el mercurocromo, y vice versa. Para el autor, el efecto de ambas sustancias es semejante, cabiendo agregar que el mercurocromo es un compuesto de fluoresceína. Esta es mucho menos tóxica que aquél, puede administrarse a dosis mucho mayores o más frecuentes, y debidamente administrada no ocasiona reacción febril. La dosis habitual es 10 cc de solución al 2 por ciento dos veces semanales, pero puede aumentarse sin efectos contraproducentes. El medicamento debe ser recién preparado. El efecto parece ser mejor después de algunos días de régimen hospitalario, calcioterapia, y dieta a leche y frutas. Esperando algunos días antes de la administración, también puede diferenciarse hasta cierto punto entre el resultado del régimen y el obtenido con el colorante. La nefritis moderada no constituye aparentemente una contraindicación. La administración prolongada, al parecer, no perjudica. (Ryrie, G. A.: *Lepr. Rev.*, 12, eno. 1934; véase también la p. 752.)

*Mercurocromo.*—Muir y Chatterji reiteran sus previas conclusiones acerca del mercurocromo. Puede obtenerse beneficio con una dosis pequeña, pero, por lo general, la mejoría se demora hasta alcanzar la dosis máxima. Si hay algún estado séptico, suele presentarse una exacerbación en el foco infeccioso, pero desaparece por lo general a los pocos días y merma tras cada inyección. En muchos enfermos, la administración de mercurocromo va seguida de marcada mejoría de las dermatitis, piórrcas, estados intestinales, etc. En algunos que padecen de reacción leprosa, la mejoría resulta a veces teatral, y es a menudo inmediata. Si mientras se administra mercurocromo recrudescen los signos agudos, debe suspenderse la medicación, y la misma regla rige si se acelera marcadamente la eritrosedimentación. Por regla general, los mejores resultados se obtienen con series de cinco o seis inyecciones. El mercurocromo no es un específico, sino un coadyuvante que elimina las infecciones concomitantes. La administración debe ser por vía venosa en solución al 1 por ciento, y la dosis inicial para un adulto suele ser de 3 cc, subiendo gradualmente hasta un máximo de 10 cc. Las inyecciones, por lo general, deben ser semanales, pero si la primera dosis no evoca reacción febril o general marcada, puede administrarse otra inyección de 5 cc tres días después. (Muir, E., y Chatterji, S. P.: "Leprosy in India"; apud *Lepr. Rev.*, 129, jul. 1933.)

*Veneno de cobra.*—Con motivo de las recientes discusiones acerca del empleo del veneno de cobra en la lepra y el cáncer, los *Archives de Médecine et Pharmacie Navales* (obre.-dbre. 1933) recuerdan que ya en 1866 Brassac, médico de la armada, se refirió en los *Archives de Médecine navale* al empleo en el Brasil por algunos experimentadores, con la anuencia de los enfermos, de las mordeduras de serpientes venenosas en la lepra. Las experiencias realizadas en Río de Janeiro fueron absolutamente desfavorables en dos leprosos que se sometieron varias veces a mordeduras, y cada vez casi murieron de síncope, sin que se modificara la lepra. Sigaud describió una de esas tentativas, en la cual el sujeto sucumbió a las 24 horas de la mordedura. También hizo notar que el veneno de la serpiente de cascabel había modificado en tal forma los tubérculos, que se desprendían prontamente, y se preguntó si no podrían probarse inoculaciones de pequeñas cantidades del veneno para obtener la renovación de la piel y una secreción urinaria abundante.

*Radiación ultra-violeta.*—Num longo estudo o autor passa em revista a incidência mundial da lepra, procurando distinguir as regiões que são foco de lepra e as que são agrupamento eventual de leprosos. Mostra o papel da luz na lepra e procura com ela dar uma explicação á observação de Rogers de que os climas húmidos e quentes são de lepra. (Gomes, J. M.: *Rev. Biol. Hyg.*, agto. 1932.)

*Estacionamiento espontáneo.*—Fundándose en un estudio realizado en la Guayana Holandesa (Surinam), Lampe ofrece la hipótesis de que en muchos casos los síntomas incipientes de la lepra en los niños y los jóvenes, o se estacionan o disminuyen. En otras palabras, solamente algunas de las lesiones externas pasan al período más avanzado, que es el reconocido por los profanos en las regiones donde la enfermedad es endémica. De los 150,000 habitantes de Surinam, 60 por ciento viven en la capital, Paramaribo. Los casos conocidos de lepra suben a 1,112: 876 en la raza de color, 226 en hindús, y 10 en otros. El resultado de una campaña inaugurada en 1927 demostró que el número calculado de casos desconocidos viene a ser igual al de los que se sabe que padecen de lepra. Surinam es uno de los pocos países en que puede estudiarse la frecuencia por edades, siendo los índices respectivos: 0 a 4 años, 1.9 por 1,000 habitantes del grupo; 5 a 9, 16.6; 10 a 14, 24.6; 15 a 19, 25.9; 20 a 29, 19.2; 30 a 39, 13.2; 40 a 49, 11.7; 50 a 64, 7.9; 65, 4.6; coeficiente global, 14.7 por 1,000. Un estudio de las cifras revela aumento de la morbilidad hasta alcanzar la edad de 15 a 19 años, y descenso después hasta llegar a los 65. La mortalidad en los leprosos es mayor a la edad de 15 a 19 años, que en el resto de la población de una edad semejante. La mayor mortalidad en las formas cutáneas avanzadas corresponde a los hombres de 15 a 19 años y a las mujeres de 20 a 29. El autor cita los siguientes datos epidemiológicos: la insuseptibilidad, a menudo misteriosa, de personas en ambientes infectados; la poca frecuencia de la lepra conyugal en países de endemicidad leprosa; la proporción relativamente mayor de lepra incipiente a una edad más avanzada, entre la gente que ha pasado su juventud en países no leprosos; y el hecho de que en algunos casos no puede descubrirse el origen de la infección a pesar de todas las investigaciones. La posible existencia de la forma "abortiva" de lepra, encuentra su analogía en las observaciones relativas a otras enfermedades infecciosas crónicas, por ejemplo, la tuberculosis. (Lampe, P. H. J.: *Lepr. Rev.*, 23, eno. 1933.)

---

*Definición de la higiene.*—La más sencilla y generalizada definición de la higiene es ésta: "El arte de conservar la salud". Esas solas palabras son bastantes para demostrarnos y hacernos sentir su altísima importancia, pues todos sabemos que sin salud no puede haber felicidad y que por lo mismo, la salud es estimada como un tesoro inapreciable. Nada importan las denominaciones con que queramos distinguirla: llamémosla individual, llamémosla pública o llamémosla social, siempre tendrá idéntica finalidad, aunque su radio de acción y los métodos que emplee sean muy diferentes, de magnitud proporcional al objetivo que persiga. Cuando se refiere al individuo, tiene que estudiar todo lo relativo a los seres que le deben dar existencia, mediante los conocimientos proporcionados por la eugenesia y por la puericultura; debe definir las condiciones normales de su desarrollo, su evolución normal, a la cual contribuyen necesariamente cuidados precisos relacionados con la alimentación adecuada, la vigilancia de las funciones vitales como la respiración, la circulación de la sangre, la motilidad y por último, hasta la llamada a perpetuar la especie, la reproducción. Habrá de considerar las condiciones del medio en sus elementos fundamentales, como son: el aire, el suelo, la habitación, el clima, el círculo familiar, el medio ambiente, en una palabra. Fuera grave error considerar que el facultativo no tiene para qué cargarse la cabeza con tales nociones, ya que cada uno tiene el deber y la conveniencia de estudiar por sí mismo las que se relacionan con la higiene individual, pues aunque así sea en verdad, siempre está obligado el médico a ser el mejor documentado al respecto, listo en cada momento a resolver convenientemente las consultas relacionadas con dietas, climas, vestidos, métodos de locomoción, etc.—MANUEL ZÚNIGA IDIÁQUEZ, *Arch. Hosp. Rosales*, 64, fbro. 1934.