

## LEPRA

*Argentina.*—Baliña<sup>1</sup> se refiere al incremento progresivo de la lepra en la Argentina. Declara que el número de casos que lleva atendidos personalmente en Buenos Aires desde 1910 hasta hoy alcanza a 371, en tanto que los que ha tenido ocasión de ver pasan de 800. En el Hospital Muñiz los leprosos internados llegaban en 1906 a 29, en 1921 a 101, y en los últimos años a 200, y no se ha sobrepasado esta cifra por rebosar las salas destinadas a estos enfermos. La mortalidad leprosa en la capital federal ha aumentado de 86 en el decenio de 1901 a 1910, a 135 en el de 1911 a 1920, y a 213 en 1921 a 1927. En tanto que en 12 años, de 1910 a 1921, el autor atendió a 142 leprosos, en los últimos 7 años ha atendido a 229 casos nuevos, o sea un aumento de 166 por ciento. De los 229, 107 tienen su residencia en la capital federal. El total de casos de lepra actualmente censados para todo el país se eleva a 1,522, cuya cifra está lejos de expresar el número real, pues de los 5,673 médicos de la República a quienes se invitara a denunciar los casos, dejaron de responder 2,678. La lepra se ha difundido en mayor o menor grado por todas las provincias y gobernaciones que componen el país, si bien de los 1,522 casos oficialmente registrados, 88 por ciento corresponden a la región del litoral fluvial, que también se caracteriza por ser la más densamente poblada; un 11 por ciento a la región central, y por fin, las restantes provincias y territorios, entre los que figuran algunos de los más poblados, y que ocupan la región occidental o precordillerana, es la más levemente contaminada, pues el censo oficial sólo les adjudica 1 por ciento de los leprosos. Entre las naciones vecinas a la Argentina, se destacan Brasil, Paraguay y Uruguay, por ser las de mayor densidad leprosa, constituyendo física y geográficamente la continuación nordeste del litoral fluvial argentino. En cambio Bolivia, y más arriba Perú, figuran entre los países que pagan modesto o moderado tributo a la lepra. La gran faja territorial de Chile pasa como indemne a la lepra, de modo que las características argentinas se prolongan geográficamente sobre los países limítrofes. En el Perú, Paz Soldán y Monge han dicho que sólo se conoce un caso autóctono de lepra en Lima, en donde casi nunca llueve, mientras que se conocen varios casos en las zonas calientes y húmedas, como las del río Ucayalí. En Bolivia dicen algunos que se han visto casos en zonas bajas, cerca del cauce de los ríos, en tanto que son desconocidos o rarísimos en las altiplanicies. Parece, pues, innegable que el factor climatológico interviene en la difusión de la enfermedad. El factor étnico puede ser considerado como menos importante, aunque acaso los descendientes de italianos presenten una propensión mayor, según insistiera Antonio B. Pont

<sup>1</sup> Baliña P. L.: *Semana Méd.*-36: 1381 (nbre. 22) 1928.

en 1906, y hayan indicado algunos leprólogos brasileños para el Estado de S. Paulo. Baliña cita varios casos autóctonos de la capital federal, en particular en personas de la misma familia. Los jóvenes son más receptivos para el contagio que las personas de edad madura, aunque sobran las excepciones, como lo demuestra un matrimonio leproso en que la enfermedad apareciera en la mujer a los 62 años de edad, y en el marido a los 71. Es imperioso trasladar a otro sitio a los leprosos del Hospital Muñiz, dado el peligro que representa para la ciudad el tener albergados en su seno, sin aislamiento serio posible, a 200 leprosos. De los 371 casos atendidos por el autor, un 17 por ciento eran seguramente portadores de lepra adquirida en la ciudad, es decir, casos autóctonos. Entre ellos se hallan representados una multitud de profesiones, como costureras, chóferes, zapateros, sastres, lavanderas, amas de pecho, profesoras, empacadoras de cigarrillos, etc., en tanto que entre los otros casos figuran médicos, abogados, ingenieros, así como carniceros, panaderos, lecheros, fruteros, etc. Es posible dominar esta endemia, como se ha hecho en otros países, organizando la lucha sistemática. El aislamiento es la base esencial, la piedra angular de toda la organización, pero reservándola para aquéllos en cuya piel y mucosas es posible encontrar el bacilo de Hansen. Baliña pide al Gobierno que preste atención a la opinión de los médicos argentinos, que señalan la gravedad del problema, y que aplique efectiva e íntegramente la ley nacional de profilaxia leprosa votada recientemente. En la actualidad, la medida más sabia, eficaz y fructífera, consiste en la urgente habilitación de 1,500 a 2,000 camas para internamiento de los leprosos bacilíferos e indigentes.

*Argentina.*—Para Puente,<sup>2</sup> el problema de la lepra en la Argentina es de intensa actualidad. La campaña profiláctica debe basarse en el diagnóstico precoz y aislamiento de los enfermos avanzados. Todo caso sospechoso debe ser comunicado al Departamento Nacional de Higiene a título reservado. En el momento actual, tres comisiones médicas recorren la provincia de Santa Fe, como hicieron en las de Corrientes y Entre Ríos, buscando los casos y suministrando auxilio a los enfermos, a la vez que preparando el censo definitivo. En la Argentina se necesitan varias colonias-sanatorios. Por lo pronto, son imprescindibles más de 2,000 camas. Las poblaciones creen que es un estigma tener en su vecindad un leproso, aunque se sabe que 1 km. de distancia asegura el aislamiento sin peligro de contagio. Otro error respecto a la lepra es el de la incurabilidad de la enfermedad, cuando con los métodos actuales de tratamiento se han podido obtener resultados notables.

*Brasil.*—Souza-Araujo<sup>3</sup> declara que en el Brasil, con una población de 36,000,000 de habitantes, hay 24,000 leprosos, o sea 0.6 por 1,000

<sup>2</sup> Puente, J. J.: *Semana Méd.* 36: 756 (mzo. 28) 1929.

<sup>3</sup> Souza-Araujo, H. C.: *Leprosy Notes* 4: 29 (eno.) 1929.

habitantes. De 1921 a 1926, la Inspectoría de la Lepra descubrió más de 12,000 casos, que vienen a representar como la mitad de los existentes. En el Estado de S. Paulo calcúlase que hay 10,000. Los focos principales radican en ese Estado y en los de Amazonas, Pará, Maranhão y Minas Geraes. También hay focos pequeños en el nordeste, el sur y el centro. La lepra fué importada en el Brasil por los colonos europeos y los esclavos africanos, mencionándola por primera vez en Río de Janeiro el Dr. Arthur Sá de Menezes en 1696. Para 1740 ya había tantos casos que el municipio le pidió al Gobierno real por segunda vez que hiciera algo. Los primeros reglamentos fueron dictados en Lisboa en 1741, y en 1744 se nombró una junta médica para que estudiara el problema. Poco después el gobernador, Conde de Bobadella, construyó unas quintas con cabida para unos 10 leprosos, que constituyeron el origen del Hospital de los Lázaros en 1763. En 1793 ya había en Río de Janeiro 150 leprosos. Bahía fué la primera capitania que siguió el ejemplo de Río de Janeiro, construyendo un leproso en la ciudad de São Salvador en 1784 y 1787. A fines del siglo xvii la lepra se había vuelto tan frecuente en Pará que el gobernador, Conde dos Arcos, ayudó en 1804 a la Santa Casa de Misericordia a construir un Hospital dos Lazaros, inaugurado en 1815 en Tocundaba, cerca de Belem. En septiembre de 1920 se creó el Departamento Federal de Salud Pública, con una "Inspectoría de Prophylaxia da Lepra." En Brasil existen hoy día las siguientes leproserías, fundadas en las fechas indicadas: Hospitales dos Lazaros en Río Janeiro (1760, 160 leprosos); Sao Salvador (1787, 80); Recife (1789, 150); Tocundaba (1815, 300); Sabará (1883, 40), y Guapira (1904, 400); la Lazaropolis do Prata, de Pará (1924), con 354 enfermos y capacidad para 600; Leprosario S. Roque, cerca de Curityba (1926), con 300 enfermos y capacidad para 500; Leprosario Santa Angelo (1928), a 54 kms. de Sao Paulo, con 400 enfermos y capacidad para 1,000; Leprosario Sao Luiz, cerca de St. Luiz, con capacidad para 250 enfermos, que no ha sido inaugurado todavía; Leprosario Santa Isabel, de Minas Geraes, que se inaugurará pronto, y el Leprosario de Paricatuba, en vías de organización. Además, existen muchos asilos pequeños, por ejemplo 21 en el Estado de S. Paulo. Los Estados de Ceará y Río Grande del Norte ya han realizado ciertas obras preliminares para la construcción de dos leproserías. En el Distrito Federal la Fundación Gaffrée-Guinle tiene en proyecto construir un Leprosario Nacional para 500 enfermos, que costará 4,000 contos. Hoy día, el Departamento de Salud Pública aísla temporalmente los leprosos en Jacarepaguá, a pocos kilómetros de Río. El Estado de S. Paulo ya ha concedido una partida de 10,000 contos para construir dos leproserías nacionales, y en el nuevo Instituto de Higiene va a inaugurarse un laboratorio de investigación de la lepra.

*Colombia.*—En su conferencia ante la Facultad de Medicina de Bogotá, el Dr. Etienne Burnet, vicepresidente de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, se refirió a su visita a los lazaretos de Agua de Dios y Caño de Loro, y declaró que, desde el punto de vista de administración, higiene y comodidades materiales, esas instituciones eran excelentes, pero que no pasaba lo mismo en lo referente a la curación de los enfermos y la diseminación de la propaganda del contagio, pues existía el inconveniente sistema de la promiscuidad y vida común de enfermos con individuos sanos, matrimonios enfermos con sanos, y sobre todo, falta de aislamiento de los hijos sanos de leprosos. Burnet recomendó, como medidas de urgencia: Separación completa de los individuos enfermos, de los sanos, y aislamiento riguroso de aquéllos; aislamiento y separación de los niños sanos, alejándolos de los leprosarios; prohibición absoluta de los matrimonios de leprosos con sanos; tratamiento obligatorio e intenso y eficiente, y aislamiento de los leprosos en sanatorios especiales que no tengan más de 200 á 300 camas; cultivo y aclimatación, por cuenta del Gobierno, de los árboles de chaulmugra; fundación de laboratorios químicos para la preparación del aceite; creación de sociedades de leprólogos, con secciones especiales para el estudio de las varias fases de la enfermedad. El Dr. Eliseo Montaña hace constar que la mayor parte de dichas medidas ya habían sido recomendadas en la Academia Nacional de Medicina, y también por los Dres. Barrera y Chala, tras una visita a los leprosarios de Carville y de Filipinas.

*Chile.*—Según Marín,<sup>4</sup> existe una región, la Isla de Pascua, que por su alejamiento y soledad rara vez se recuerda como parte integrante de Chile. Acéptase como un hecho establecido que ese pedazo de tierra fértil y hermosa ha de estar condenado a ser un simple leprosario. Algunos centenares de los pobladores se hallan entregados a esa suerte fatal. El autor sostiene que la declaración de la lepra debe ser obligatoria en toda la República (incluso Pascua) y que el tratamiento debe ser también obligatorio. Propuso al primer congreso de Medicina y Cirugía Naval y Militar de Chile: Solicitar del Gobierno la creación de un Leprosario-Granja con un hospital en la isla de Pascua; levantar un censo leproso en dicha isla y mantener allí un personal sanitario apto y preparado en los modernos métodos de curación de la lepra.

*La leprosería de Carville.*—Denney<sup>5</sup> declara que, durante el año 1928, ingresaron en la leprosería de Carville, E. U. A., 73 leprosos nuevos, 20 se escaparon, 20 prófugos fueron readmitidos, y 6 fueron deportados por no tener derecho a la hospitalización a costa de los Estados Unidos. Hubo 19 muertes, o sea un coeficiente de 78 por

<sup>4</sup> La Clínica (Chile): 5: 1376 (ano.) 1929.

<sup>5</sup> Denney, O. E. Pub. Health Rep. 44: 528 (mzo. 8) 1929.

1,000. De los 293 (313 para el 8 de septiembre de 1928) asilados, 170 son de los Estados Unidos; 20 de México; 16 de China; 14 de Grecia; 12 de Italia; 8 de Hawai; 5 cada uno de las Antillas Inglesas, las Islas Filipinas y Puerto Rico; 4 cada uno de España y Rusia; 3 cada uno de la Guayana Británica, Finlandia, Palestina y Portugal; 2 cada uno de las Islas Bermudas y de la India, y 1 cada uno de las Islas Bahamas, Canadá, Islas de Cabo Verde, América Central, Guayana Holandesa, Francia, Irlanda, Jamaica, Panamá, Islas de la Sociedad (Tahití), Suecia, Siria y Venezuela. Once enfermos "estacionados," fueron dados de alta, cuyo número, el mayor puesto en libertad en ningún año, representa 4 por ciento de la población media del leproario durante el año. En los 7 años desde que el Servicio de Sanidad Pública se hizo cargo de la leprosería, 29 enfermos han sido dados de alta condicionalmente, sólo uno de los cuales tuvo que reingresar para más tratamiento. (Para el 15 de enero de 1929 se había dado de alta a 12 más.) En el tratamiento el aceite de chaulmugra continúa ocupando el primer puesto, evitándose sus propiedades irritantes con la adición de benzocaína. La dosis media es de 5 cc. por inyección intramuscular. Las inyecciones se administran dos veces por semana. También se continúa empleando por vía bucal la chaulmugra con benzocaína. Se ha probado también la heteroproteoterapia, obteniéndose resultados alentadores con la hiru-dina. Continuando la política establecida, en conjunto 82 enfermos fueron empleados continuamente en varios servicios secundarios, y casi toda la labor no técnica, salvo la vinculada con los departamentos de dietética y lavandería, fué realizada por los enfermos, a quien se les pagó por ese trabajo. La satisfacción de los leprosos se manifiesta en el porcentaje menor que abandonan la institución. La mayor parte de los prófugos vuelven tarde o temprano al hospital, algunos por su cuenta, entregándose otros a las autoridades, y otros, quizás la mayoría, hasta que son aprendidos, en tanto que algunos continúan escondidos hasta la muerte.

*Estados Unidos.*—Hopkins y Denney<sup>6</sup> publican un estudio estadístico de la antigua leprosería del Estado de Luisiana en Carville, convertida desde 1921 en institución nacional. Desde el 1° de diciembre de 1894, es decir, en 34 años, han ingresado 718 leprosos, 215 de ellos extranjeros, subdivididos así: México, 33; China, 24; Grecia e Italia, 18 cada uno; Islas Filipinas y Alemania, 12 cada uno; Hawai, 9; Francia y España, 6 cada uno; Irlanda, Portugal, Puerto Rico y Rusia, 5 cada uno; Guayana Inglesa, Antillas Inglesas y Antillas, 4 cada uno; Cabo Verde, Finlandia, India, Jamaica, Noruega, Palestina, y Turquía, 3 cada uno; Bermuda, Canadá, Siria, Tahití e Islas Vírgenes, 2 cada uno, y Australia, Argentina, Asia Menor, Bohemia, Bahamas, Colombia, Centró América, Cuba, Dinamarca, Guayana Holandesa, Corea, Malta, Panamá, y Suecia, 1 cada uno.

<sup>6</sup> Hopkins, Ralph, y Denney, C. E.: Pub. Health Rep. 44: 695 (mzo. 29) 1929.

Como se verá, México, China, Italia, Grecia y las Filipinas aportaron la mitad del contingente extranjero. La población actual del hospital es de 287. La mayor parte de los leprosos de los Estados Unidos procedieron de Luisiana, California, Nueva York, Texas y Florida. La frecuencia de la lepra entre los blancos de Luisiana parece ser el doble que en los negros, habiendo entre los 423 leprosos de dicho Estado 86 negros. De los 718 casos, 11 por ciento eran de forma nerviosa, 39.1 por ciento cutánea, y 49.9 por ciento mixta; 72.3 por ciento varones, y 27.7 por ciento mujeres. La edad media al aparecer la enfermedad fué de 30.2 años; al ingreso, 36 años. El enfermo de más edad al ingresar tenía 83 años, y el más pequeño año y medio, calculándose en el primero que la enfermedad había existido más de 5 años. En un grupo de 100 leprosos de Luisiana hospitalizados hace más de 15 años, en 64 sólo hubo un caso en la familia, en tanto que en los otros 36 casos se afectaron 83 parientes más, llegando en algunos casos a exterminarse así la familia. También se notó transmisión familiar en los enfermos procedentes de otros Estados. No siempre se infectó el padre antes que el hijo, pues muchas veces sucedió lo contrario. Entre todos los enfermos ingresados en el antiguo asilo, un porcentaje crecidísimo (33) resultó ser consanguíneo; es decir, padre e hijo; o hermanos; tío o tía y sobrino o sobrina. En la mayor parte de los casos hubo contacto íntimo durante un período de años, y en muchos contacto múltiple. En 5 casos el período de incubación no fué menor de 6 años. La primera manifestación, según recordaban 486 enfermos, en 55 por ciento consistió en una o más manchas en alguna parte del cuerpo; en 17 por ciento en nódulos; en 8 por ciento en edema de los miembros; en 7 por ciento en anestesia de los miembros, en tanto que algunos otros recordaban contracturas, neuritis, ulceraciones, bulas, catarro nasal o fiebre. En 28 por ciento la primera lesión se presentó en la cara; en 20 por ciento en las piernas y pies; en 18 por ciento en los brazos o manos, y en 16 por ciento en el tronco, en tanto que en el resto aparecieron lesiones simultáneas en varias partes. Si se hace caso omiso del mayor número de casos en los varones hacia la edad de 21 años y en las mujeres de 19, y la rareza antes de los 9 años, la enfermedad parece manifestarse por igual a todas las edades. La duración pareció ser de unos 14 años. Parece que acorta mucho la vida de los jóvenes, pero menos la de las personas de edad. La mortalidad ha disminuido gradualmente en el hospital, de 126 por 1,000 en los primeros 6 años del asilo, en 1894, a 72 por 1,000 en los últimos 5 años. La lepra en sí misma es la causa de la muerte en menos de 20 por ciento de los casos, correspondiendo más de la mitad de la mortalidad a trastornos respiratorios, renales y cardíacos vinculados indirectamente con la dolencia. En los últimos 21 años y medio se ha dado de alta a 28 leprosos, y sólo 1 manifestó 1 recaída. En la discusión,<sup>7</sup> H. E. Michelson

<sup>7</sup> Jour. Am. Med. Assn. 92: 191 (eno. 19) 1929.

declaró que algunos autores creen que la lepra se originó en el África Central, pero en el Leprosario de Carville hay muy pocos negros. Algo semejante sucede con los escandinavos de Minnesota, entre los cuales hace unos 30 años la lepra era muy frecuente, pero hoy día casi se ha extinguido. W. Allen Pusey llamó la atención sobre el factor del clima. Para él, en la zona templada del norte la lepra no tiende a propagarse mayor cosa. Entre los escandinavos de América la lepra no ha continuado propagándose. Eso, sin embargo, no reza con los países tropicales, lo cual plantea allí el problema de la segregación. Aun en la parte septentrional de los Estados Unidos, un leproso es siempre potencialmente peligroso, pero no de mucha gravedad. Denney recalcó que sólo existe un foco importante de lepra realmente indígena en los Estados Unidos, y es en la costa del Golfo de México. De los casos observados por Hansen hace unos 50 años entre los escandinavos de Minnesota, todavía se puede ver la tercera generación en el Leprosario de Carville.

*Filipinas.*—En julio de 1926,<sup>8</sup> había un total de 5,089 leproso en la colonia de Culión, de los cuales 3,391 eran hombres y 1,698 mujeres. Además, había 500 en el Hospital de San Lázaro, y 200 en el Campamento de Detención de Cebú, y unos 200 en vías de concentración en las provincias, esperando ser transportados a Culión y Manila. Hay probablemente otros muchos sin descubrir todavía. El número de leproso recogidos de 1906 a 1925 llega a 15,811, ó sea un promedio anual de 790.5, con un minimum de 434 en 1924, y un maximum de 1,603 en 1908. Para combatir la enfermedad, rige una ley de segregación. En el tratamiento se emplean el aceite chaulmúgrico y sus derivados, y en particular los ésteres etílicos yodados, los etílicos creosotados y la fórmula de Mercado. También se ensayan en pequeña escala otras preparaciones, el aceite de hidnocarpo wightiano con 0.5 por ciento de yodo, los ésteres etílicos del hidnocarpo wightiano con 0.5 por ciento de yodo, el aceite de chaulmugra con 0.5 por ciento de yodo, el aceite de hígado de bacalao con timol, el aceite de coco y el de olivas. Después de introducirse el tratamiento actual, del 31 de marzo de 1922, al 31 de diciembre de 1925, 736 leproso se volvieron negativos, la mayor parte todavía disfrutaban de alta condicional y muchos absoluta, aunque algunos volvieron como positivos en el período de observación de 2 años. En la colonia de Culión, los resultados del tratamiento al final de 1925 eran éstos; negativos, 10 por ciento; marcadamente mejorados, 28.9 por ciento; moderadamente mejorados, 23.9 por ciento; ligeramente mejorados, 16.9 por ciento; estacionarios, 9 por ciento; empeoraron, 11.3 por ciento.

*Guayana Inglesa.*—En el Leprosario de Mahaica, en la Guayana Inglesa, hay por término medio 300 leproso segregados.<sup>9</sup> Los terrenos de la colonia abarcan como unas 2,500 áreas, rodeadas por una

<sup>8</sup> Aguilar: Rep. Inter. Pac. Health Conf. 1926, p. 37.

<sup>9</sup> Rose, F. G.: Leprosy Notes 4: 17 (eno.) 1929.

cerca metálica de unos 2.5 mt. de alto. La porción dedicada a las mujeres, que forman como la tercera parte de los asilados, se encuentra igualmente separada. De los enfermos, como la tercera parte son hindús, y el resto negros y mulatos, con muy pocos portugueses y chinos. Los resultados del tratamiento han hecho aumentar los ingresos voluntarios, de ninguno antes de 1926, a 2 en 1926, 14 en 1927, y a 16 en los 7 primeros meses de 1928. La eficacia mayor del tratamiento se patentiza en la disminución de la mortalidad de 10.2 en 1925 a 5.7 en 1927.

*Islandia.*—La lepra, dice Abbott,<sup>10</sup> ha sido endémica en Islandia desde hace muchos siglos. En 1920 calculaban que había 67 leprosos.

*Dinamarca.*—En Dinamarca, Abbott<sup>10</sup> sólo se enteró de que hubiera un caso conocido de lepra en todo el país, y ése se hallaba recluido en un hospital de Copenhague.

*Holanda.*—En Holanda en 1925, según Abbott,<sup>10</sup> había cuatro casos de lepra en los hospitales y nueve reclusos a domicilio.

*Francia.*—Francia,<sup>10</sup> desde hace muchos siglos, ha tenido lepra en los departamentos del sur y de los Alpes Marítimos. Los enfermos son numerosos, pues van allí de las colonias y de Sudamérica. Como no se ha obtenido ningún censo, los cálculos oscilan entre 500 y 1,500, en todo el país, y 300 en París.

*España.*—En España calculan<sup>10</sup> que hay 228 leprosos reclusos en establecimientos y 351 fuera de los hospitales.

*Portugal.*—En Portugal<sup>10</sup> calculan que hay unos 200 leprosos, muchos de los cuales proceden del Brasil.

*Europa.*—En conjunto, Abbott<sup>10</sup> calcula que por lo menos había 6,000 leprosos en Europa en 1926.

*Imperio Inglés.*—Según la memoria de 1928 de la Asociación para el Socorro de la Lepra en el Imperio Británico, en la India hay de 500,000 a 1,000,000 de leprosos. La enfermedad también abunda en las colonias africanas y en muchas partes del Imperio, habiendo en Inglaterra misma unos 50 leprosos.

*Marsella.*—Desde los fenicios ha habido siempre casos de lepra en Marsella, que es la vía de entrada del Oriente.<sup>11</sup> En los últimos años el aumento ha motivado alguna alarma. En 1892, Zambaco y Boinet comunicaron cinco casos; en 1898, Perrin descubrió 11, y en 1923 Paul Vigne encontró 20, y cree que hay unos 40 en la población. La convención internacional de 1926 se muestra silenciosa con respecto a la lepra, y el Ministerio de Sanidad, fundándose en ese tratado, ha privado al servicio sanitario de autoridad sobre los leprosos. Hoy día, toda persona sospechosa de lepra es traspasada al servicio municipal de higiene, pero el examen no es muy rígido. Vigne, en

<sup>10</sup> Abbott, J. E.: Leprosy Notes, No. 6 (Jul.) 1929, p. 25.

<sup>11</sup> Carta de París: Jour. Am. Méd. Assn. 92: 1979 (Jun. 8) 1929.

su servicio dermatológico, ve 78 casos nuevos todos los años, y entre ellos figuran obreros que viven apiñados con sus compañeros, camareros, cocineros, etc. Hasta en el hospital, los 13 leprosos actuales son tratados en las salas del servicio dermatológico, sin aislamiento. Vigne pide que el ministerio de sanidad dedique más tiempo y atención al asunto.

*Difusión en Italia.*—Confirmando la grave difusión de la lepra en Italia, la Sociedad Italiana de Dermatología y Sifilografía, en su reunión de 1929, propuso al Gobierno que se practique en seguida un minucioso censo de los leprosos, que se haga más fácil y rápida la hospitalización de los enfermos, y que se creen institutos para ellos, por lo menos en las zonas en que el mal se halla más difundido, ya por ser endémico o importado por los emigrantes.

*Región Báltica.*—Abbott<sup>12</sup> declara que en 1926 había 702 casos conocidos de lepra en los países que colindan con el Mar Báltico: Noruega, 130; Suecia, 32; Finlandia, 75; Estonia, 226; Latvia, 210; Lituania, 21; Alemania, 8. La lepra es todavía endémica en todos esos países, menos Alemania.

*Australia.*—La lepra es ligeramente endémica en Queenslandia, afectando por igual a los blancos y los negros.<sup>13</sup> En el lazareto de la Isla Peel, el 30 de junio de 1929 había 77 enfermos.

*Japón.*—Una investigación realizada en 1925 por el departamento del interior del Japón, reveló 15,351 leprosos, 10,925 hombres y 4,409 mujeres. El número de casos es mayor a la edad de 31 a 35 años, viniendo después de 26 a 30. Los labradores representan 9,718, luego vienen 700 comerciantes.

*Microbio del hombre y la rata.*—Para E. L. Walker, profesor de medicina tropical de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, el microbio que produce la lepra humana es idéntico al de la rata, perteneciendo a los *Actinomyces*. Según el, el bacilo de Hansen no es una bacteria simple, sino que toma varias formas. Cree que dicho actinomiceto es un saprofito que vive en la tierra, y que sólo se vuelve parásito por casualidad. Stefansky descubrió en 1903 una enfermedad murina semejante a la lepra humana, y Walker declara que ha cultivado el microbio de esa dolencia, que ha resultado ser un actinomiceto. Al inyectar a las ratas cultivos, se ha aislado el microbio al cabo de más de un año. Aunque la serie de ratas llega a centenares, no se ha producido todavía un caso de lesiones cutáneas. Según dicho autor, esas investigaciones lanzarán luz sobre la lepra humana.

*Cultivos e inoculaciones.*—De sus experiencias, realizadas en 1927, Greco<sup>14</sup> deduce que tanto el medio M (caldo glicerinado neutro)

<sup>12</sup> Abbott, J. E.: Leprosy Notes 4: 20 (eno.) 1929.

<sup>13</sup> Carta de Australia, Jour. Am. Med. Assn. 92: 247 (eno. 19) 1929.

<sup>14</sup> Greco, N. V.: Semana Méd. 35: 1629 (dbr. 13) 1928.

como el N (medio M con yema de huevo) permiten el desarrollo del bacilo de Hansen fuera del fragmento del leproma. En cambio, la suspensión y solución de yema en agua glicerinada cohiben el desarrollo. El medio M es el mejor. Morfológicamente, el bacilo conserva en el medio su ácidoresistencia y modalidades características. La siembra de fragmentos es preferible a la de emulsiones de éstos. Conviene elegir enfermos vírgenes de tratamiento. Para poder llegar a resultados prácticos, debe emplearse un gran número de enfermos. De su experiencia con inoculación con fragmentos de leproma, el autor deduce que, de 3 conejos inoculados, 1 presentó 2 nódulos locales, que fueron reabsorbidos a los 7 meses, siguiendo enflaquecimiento y debilitamiento con alopecia esparcida, y de los 2 cobayos inoculados, 1 presentó nódulos del tamaño de perdigones, que desaparecieron al poco tiempo, pero en el punto inoculado pudieron observarse, en un pequeño grumo caseoso, bacilos a los 15 meses y 13 días. La inoculación de otros 3 conejos y 2 cobayos con preparados de lepromas resultó negativa. La inoculación de cultivos de primera siembra de lepromas de 2 enfermos a 2 conejos, 4 cobayos y 2 ratas blancas resultó negativa y lo mismo la inoculación de subcultivos del primer pase. Esas inoculaciones indican que el bacilo puede subsistir largo tiempo en el sitio inoculado sin dar manifestaciones clínicamente precisas (1 cobayo), mas dando lugar a la formación de nódulos locales que perduran meses, y afectan el estado general (1 conejo). Desde el punto de vista experimental, es posible admitir que la lepra ha sido inoculada positivamente al hombre, al mono, al conejo, a la laucha blanca, a la rata japonesa y a la rata blanca, y aun al cobayo, obteniéndose hasta ahora más fácilmente infecciones localizadas que generalizadas, siendo el conejo, la laucha blanca, y la rata blanca los animales comunes de laboratorio donde mejores resultados se pueden obtener, aun cuando inconstantes. Los resultados disconformes que han obtenido los múltiples investigadores se deben, sin duda, sea a la vía de inoculación empleada, sea al material inoculado (lepromas con bacilos poco virulentos o atenuados), sea a la repetición o no en el mismo animal de nuevas inoculaciones. También tiene influencia la raza del animal, aun cuando la especie sea la misma. Esta disconformidad es análoga a la observada en los resultados de los cultivos, y de ahí la necesidad de disponer de abundante material humano para elegirlo, sea en la obtención de cultivos, sea para las inoculaciones, tomando para éstas las especies de animales que podemos ya considerar como receptivas y estudiar en ellas las causas que facilitan o dificultan la infección.

*Pirquet provocada por la substancia esterilizada de los lepromas.*— De Vogel<sup>22</sup> relata las experiencias de Bargehr con la lepromina (anti-

<sup>22</sup> De Vogel, W.: Bull. Men. Of. Int. Hyg. Pub. 21: 101 (eno.) 1920.

geno de la substancia esterilizada de los lepromas), en leprosos, en personas que han vivido muchos años en íntima comunicación con los leprosos sin contraer la enfermedad, y en sujetos sanos. De 162 leprosos de la leprosería de Pelantoengan, 127 tratados con la lepromina, según el método de Pirquet, no presentaron reacción alérgica. Los 35 que acusaron una Pirquet positiva fueron aquéllos en que no se pudieron encontrar bacilos ni aún tras pesquisas reiteradas. Una sola vez pudo Bargehr encontrar una positiva en un caso de lepra nerviosa, que manifestó muchos bacilos en la mucosa nasal. Todas las personas que habían vivido desde hacía años en contacto con los leprosos sin contraer la enfermedad, acusaron una reacción positiva. Por el contrario, los sujetos sanos sin contacto con los leprosos no acusaron reacción alérgica al principio, pero pudo provocarse en la mayoría una positiva tras la vacunación reiterada con lepromina. En este sentido, esta substancia se comporta distintamente que la tuberculina, pues jamás se ha podido cambiar una Pirquet negativa en positiva con la inoculación reiterada de tuberculina, y es preciso introducir una cepa de bacilos de Koch vivos para que la tuberculina evoque la reacción alérgica. Para Bargehr, la alergia provocada por la lepromina es un indicio de inmunidad a la lepra, y tan convencido está de ello, que después de evocar una reacción positiva en sí mismo, se frotó la piel escarificada con un nódulo fresco tomado de un leproso nodular, y 3 años después se encuentra todavía sin el menor síntoma sospechoso. También puede preguntarse si la posibilidad de transformar la reacción negativa en positiva por algunas aplicaciones sucesivas de lepromina no indica una inmunidad innata, y si los individuos sanos, en los cuales no se puede más que difícilmente provocar la Pirquet con la aplicación reiterada de lepromina, no son los más susceptibles. Para de Vogel, las experiencias de Bargehr deben ser seguidas y comprobadas en otros medios. Por ejemplo, sería interesante comprobar en un país en donde la lepra es endémica si la reacción de Pirquet es menos frecuente entre los parientes consanguíneos o uterinos de un leproso que entre los miembros de una familia sin parientes leprosos. Bargehr espera proseguir sus investigaciones al volver a Europa; por ejemplo en Islandia, donde la lepra se manifiesta en una población inteligente, que conoce la historia de la familia.

*Kahn.*—Lai y Lai<sup>23</sup> obtuvieron una Kahn positiva sólo en 12.5 por ciento de 165 leprosos de la China meridional, y el coeficiente sífilítico en los enfermos generales llega a 13.5 por ciento. La tercera parte de los leprosos Kahn-positivos también eran clínicamente positivos en cuanto a sífilis. Según los autores, la Kahn es por lo general negativa de no haber también sífilis.

<sup>23</sup> Lai, D. G., y Lai, S. W.: China Med. Jour. 42: 880 (dobre.) 1928.

*Reacción de Rubino.*—Monacelli<sup>24</sup> utilizó la modificación de Marchoux de la reacción de Rubino. De 13 leprosos, 12 resultaron positivos, todos ellos casos nodulares o mixtos, y sólo fué negativa en un niño con lepra anestésica. De 47 testigos, todos resultaron negativos. La prueba debe, pues, resultar útil donde la lepra es difusa y se desea comprobar a muchos individuos.

*Reserva alcalina.*—Bejarano y Medina<sup>25</sup> exploraron la reserva alcalina en 6 leprosos, encontrando cifras de 41 a 52 por ciento, es decir, bajas, que justifican el tratamiento con álcalis.

*Eritrosedimentación.*—Del estudio realizado por Salterain y Castro Paullier<sup>26</sup> en 20 leprosos y 4 no leprosos, se desprende que los sujetos con lepra y sin ella tienen un índice de sedimentación globular superior a 3, límite, según Gilbert, Tzanck y Cabanis, de la sedimentación normal, no pudiendo establecerse, por consiguiente, un diagnóstico entre esos diversos enfermos. Sin embargo, ratifican las aseveraciones de los referidos autores, en cuanto a que la sedimentación está acelerada en el curso de la lepra. Existen indicios de sedimentación superior a 20, habiendo obtenido en varios cifras superiores en mucho, llegando el máximo a 34. No existe relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y los índices de sedimentación, aunque en las formas agudas y durante los períodos habituales de agudización de la enfermedad se nota un aumento de la sedimentación. El estado general del enfermo y el pronóstico de la afección no pueden ser establecidos por el estudio de la curva de sedimentación, por su paralela, ni por el índice correspondiente.

*Tratamiento.*—Donaldson,<sup>27</sup> médico jefe de la Leprosaría de Lady Willingdon, declara que, cuando utiliza los ésteres, comienza con una mezcla (E) que contiene 50 cc. de ésteres, 50 cc. de aceite de olivas, y 4 cc. de creosota bidestilada, después de lo cual la refuerza a (E1) 75 cc. de ésteres, 25 cc. de aceite de olivas, y 4 cc. de creosota, pasando por fin a una mezcla (E2) que contiene 100 cc. de ésteres y 4 cc. de creosota. Cuando se emplea bien el aceite o el éster puro a cualquier concentración, en la mayoría de los casos puede aumentarse en cada inyección la dosis en 1 cc. Aunque el autor prefiere los ésteres a los demás tratamientos dado el dolor producido por una serie prolongada de inyecciones subcutáneas, ha probado las inyecciones intravenosas de alepol en ciertos períodos, empleando la solución al 1 por ciento, comenzando con 1 cc., aumentando cada vez en 1 cc. hasta llegar a 10 cc., y continuando los 10 cc. por 10 inyecciones. Ese tratamiento intravenoso no es tan doloroso como el método subcutáneo, y deja descansar al enfermo, pero los ésteres parecen ser mejores terapéuticamente. Además, el método de Muir de mezclar sangre con la

<sup>24</sup> Monacelli, M.: *Giorn. Ital. Derm. & Sifil.* 69: 1472 (obre.) 1928.

<sup>25</sup> Bejarano y Medina: *Med. Ibera* 22: 415 (nbre. 3) 1928.

<sup>26</sup> De Salterain, Germán, y Castro Paullier, V. M.: *An. Fac. Med. Montevideo* 13: 703 (sbr.-obre.) 1928.

<sup>27</sup> Donaldson, R. S.: *Leprosy Notes*, No. 6 (jul.) 1929, p. 11.

solución antes de inyectarla, produce bloqueo venoso durante un tratamiento prolongado. Por esas razones, una vez terminadas las 10 inyecciones de 10 cc., si se obstruyen las venas, el autor reanuda los ésteres, comenzando con el E1 a 2 cc., y continúa repitiendo así la serie. Desde hace poco más de un año, Donaldson ha empleado el yoduro potásico y piensa seguirlo empleando en casos seleccionados, pues utilizado promiscuamente puede hacer más mal que bien. Si hay la más ligera sospecha de tuberculosis, no debe ser administrado, y en ciertos casos produce reacciones alarmantes. Mientras toman yoduro, los enfermos reciben una inyección semanal de los ésteres etílicos o aceite de hidnocarpo, o alepol, o avenil en aceite. Para el tratamiento de las reacciones, se utilizan tres medicamentos en la colonia: tartrato de antimonio y potasio, adrenalina al 1:1,000, y sulfato de efedrina. Ya se trate de una reacción cutánea o nerviosa, la inyección intravenosa del tartrato es muy eficaz. Si hay mucho dolor, la inyección subcutánea de 0.13 a 0.26 cc. de adrenalina al 1:1,000 con 2 cc. de suero fisiológico actúa maravillosamente. En el tratamiento de la sífilis en los leprosos, ha dado buenos resultados el avenil al 0.25 por ciento, disuelto en aceite o ésteres de hidnocarpo wightiano, más 4 por ciento de creosota bidestilada. Posee la ventaja de que permite continuar el tratamiento antisifilítico sin interrumpir el antileproso. Ese medicamento se emplea en todos los casos con Wassermann o Kahn positiva, y un 55 por ciento de los leprosos del establecimiento lo son. En los casos refractarios al avenil, puede probarse el sulfarsenol. La serie consta de 15 inyecciones, aumentando cada una en 0.5 cc. hasta llegar a 7.5 cc., pero se puede aumentar en 1 cc. cada inyección y llegar hasta 10 cc.

*Transmisión experimental.*—Vedder<sup>32</sup> describe tres experimentos en que trató de transmitir la lepra sin contacto, a presidiarios que se ofrecieron para ello. A uno se le inoculó subcutáneamente material tomado de un tubérculo leproso. El resultado fué negativo. Al segundo se les dejó picar por mosquitos alimentados en erupciones leprosas. El resultado fué negativo en un sujeto; el otro se halla todavía en observación. Para el autor, hay motivos para creer que los insectos desempeñan cierto papel en la transmisión de la enfermedad.

*Diagnóstico.*—Rodríguez<sup>33</sup> discute el diagnóstico clínico de la lepra incipiente en los casos bacteriológicamente negativos. Recalca la anestesia térmica, seguida de la analgesia, que se presentan antes de la insensibilidad al tacto. La parestesia, cuando no se ha perdido el reflejo rotuliano, también constituye un valioso signo temprano. El leucoderma, la tiña amarilla, la seborrea, la psoriasis y el lupus eritematoso y el vulgar son las dermatosis más susceptibles de ser confundidas con la lepra.

<sup>32</sup> Vedder, E. B.: Philippine Jour. Sc. 37: 215 (nbre.) 1928.

<sup>33</sup> Rodríguez, José: Jour. Philippine Islands Med. Assn. 8: 385 (sbre.) 1928

*Diagnóstico bacterioscópico.*—Leger<sup>34</sup> declara que, en el Senegal, un 86 por ciento de los casos cutáneos de lepra y 46 por ciento de los nerviosos revelaron bacilos ácidosresistentes en la nariz. También confirma el valor de la punción ganglionar después que la nariz y esputo se han vuelto negativos.

*Diagnóstico precoz.*—Lowe<sup>35</sup> hace notar que, si no se diagnostica la lepra de faltar el bacilo, se pasará por alto un 50 por ciento de los casos tempranos, disminuyendo en la misma proporción las probabilidades de reposición del enfermo. Hay un período de latencia que dura a menudo varios años, hacia el final del cual se presentan ciertos síntomas, no diacríticos, pero sí indicativos: rinitis seca con formación de costras, grietas ocasionales en la mucosa, y ligeras hemorragias; sensaciones anormales en la distribución de ciertos nervios, y en particular los cubitales y peroneos superficiales, y a veces los radiales. En el período A1 (lepra nerviosa incipiente), aparecen placas de anestesia superficial, espesamientos de los nervios, en particular cubitales, peroneos superficiales y auriculares mayores; despigmentación y anhidrosis cutánea. En el período B1 (lepra cutánea incipiente) debe examinarse el lóbulo de la oreja. En esa época las lesiones más comunes consisten en ligeros espesamientos cutáneos, por lo común en las eminencias y partes expuestas y caras extensoras; más a menudo en la cara y orejas, pero también en el dorso, hombros, codos o nalgas, tórax, y rara vez en el abdomen. Las zonas anestésicas rara vez contienen bacilos. Para el diagnóstico, córtese con unas tijeras afiladas un trocillo de piel espesada, exprímase bien en el portaobjetos, fíjese al calor, tíñase y examínese en cuanto a bacilos. En todo caso sospechoso, obténgase una anamnesis cuidadosa, interróguese sobre el contacto con leprosos, y sobre la existencia de rinitis seca, hormigueo y neuritis; hágase desnudar al enfermo, y examínesele a una luz buena; búsquense placas despigmentadas y espesamientos cutáneos y nerviosos, en particular en la región del cubital, peroneo superficial y auricular mayor, inspeccionando todo el cuerpo a la mira de zonas hipoestésicas; tómese un trozo del lóbulo de la oreja aunque no haya espesamiento aparente, y de cualesquiera otras zonas espesadas, y búsquense los bacilos leprosos. De ese modo pueden diagnosticarse 99 de cada 100 casos de lepra incipiente. Hay un pequeño grupo en que el diagnóstico permanece en duda, y en muchos de ellos el yoduro de potasio aclarará el punto. Si un sujeto sospechoso puede tomar 16 Gms. de yoduro a dosis crecientes de 0.6 Gm. diarios hasta llegar a 4 Gms. sin signos de reacción, eso constituye una prueba poderosa de que no existe lepra.

*La punción testicular en el diagnóstico.*—Bejarano y Enterría<sup>36</sup> describieron un caso de lepra en el que las investigaciones repetidas

<sup>34</sup> Leger, Marcel: Presse Méd. 36: 1615 (dbr. 19) 1923.

<sup>35</sup> Lowe, J.: Leprosy Notes, No. 5, p. 7 (abr.) 1929.

<sup>36</sup> Bejarano y Enterría: Med. Ibera 24: 729 (jun. 1) 1929.

en moco nasal no rindieron bacilos, los cuales, en cambio, fueron hallados en el producto de una punción testicular. Practicaron luego simultáneamente la punción testicular y la investigación de bacilos en la orina en varios enfermos. De cuatro leprosos con punción testicular positiva en que se examinó la orina, en tres se encontraron bacilos leprosos. El método es preferible, pues la punción testicular es muy dolorosa. Para afirmar si los bacilos ácido-resistentes encontrados en el sedimento urinario de un leproso son de Hansen, es preciso eliminar antes su posible naturaleza tuberculosa, empleando para ello un cobayo.

*Signos iniciales.*—Aleixo<sup>37</sup> declara que en la generalidad de los casos es difícil el diagnóstico precoz de la lepra. En 57 de 75 casos, practicó un estudio detenido acerca de los síntomas iniciales y precursores. De los 57, solamente 51 pudieron precisar la iniciación, y 47 el signo inicial, así; 3, manchas eritematosas; 13, manchas indeterminadas; 4, manchas acrómicas; 1, zonas hiperestésicas con anestesia; 1, hiperestesia; 6, anestesia; 1, prurito; 9, disestesias; 4, dolores reumatoideos; 1, trastornos de la sensibilidad; 7, epistaxis; 1, rinitis; 1, flujo nasal; 6, úlceras o grietas; 1, nódulos en la oreja; 1, alopecia.

*Semiología.*—Wade,<sup>38</sup> el primer patólogo de la Leprosaría de Culión, declara que la clasificación de la lepra dista mucho de hallarse establecida. Los antiguos nombres de nodular y maculoanestésica resultan poco satisfactorios. En Culión reconocen dos formas principales: nerviosa, y sistémica o generalizada. La primera reacciona favorablemente al tratamiento, en tanto que en la última el pronóstico se vuelve cada vez peor. Varios factores determinan la infección, y no todos los expuestos se infectan, interviniendo la excreción de bacilos, el número de éstos, la vía de entrada, la forma de contacto y la resistencia individual. La edad es un factor importantísimo, y los niños y los jóvenes, en particular de 10 a 20 años, son más propensos a adquirir la enfermedad. En Culión se ha observado que las madres leprosas pueden amamantar a sus hijos de 3 ó 4 meses sin peligro. De allí en adelante el peligro aumenta, y un 45 por ciento de los niños de más de 12 años se infectan. En Hawai, sólo 5 por ciento de los parientes sanos que viven en contacto íntimo con los leprosos contraen la enfermedad. Los primeros signos y síntomas en las Filipinas consisten en: parestesias, después anestias, luego máculas rojas e infiltraciones, máculas hipopigmentadas, y por fin pápulas, flictenas, epistaxis persistente, coriza, descamación de las piernas y úlceras de la planta del pie. La reacción leprosa es un estado importante y poco entendido, cuyas secuelas varían. En su forma más ligera, suele parecer beneficiosa, y en su forma grave nociva. En Culión creen que se trata de una manifestación alérgica y semejante a la tuberculínica. El diagnóstico debe hacerse en el

<sup>37</sup> Aleixo, A.: Brasil Méd. No. 45 (nbre. 10) 1928.

<sup>38</sup> Wade, H. W.: J. Mil. Surg. 64: 81 (eno.) 1929.

período incipiente, excluyendo ciertos estados: beriberi seco, tñia versicolor, pian, sífilis, vitíligo o leucoderma, esclerosis lateral amiotrófica, escleroderma, lupus vulgar, urticaria y siringomielia. Hoy día se acepta casi universalmente la curabilidad de la lepra. Es importante que se comience el tratamiento pronto. Si hay coexistencia con tuberculosis pulmonar o nefritis, el pronóstico es malo. El tratamiento es con los ésteres etílicos del aceite de chaulmugra y el aceite puro, cuyo valor Dyer, de Nueva Orleans, fuera el primero en demostrar. El tratamiento debe ser prolongado.

*Tratamiento.*—Cicero<sup>39</sup> convino, ante la Academia de Medicina de México, en la curabilidad de la lepra, pero sin saber a qué medicamento puede atribuirse con seguridad la acción benéfica, pues lo que resulta eficaz en un enfermo, no lo es en otro. Por ejemplo, en una señora el ictiol hizo maravillas, mas no resultó útil en otros casos. También se han obtenido mejorías transitorias con diversos preparados de chaulmugra, con inyecciones de ácido fénico, inyecciones intravenosas de tártaro estibiado, etc. En la discusión, tanto el autor como otros declararon que la irradiación del bazo podría ser útil para el tratamiento de la lepra, si bien no tanto como en la tuberculosis. Con respecto a la transmisibilidad, Cicero cree que pocas veces se observa el contagio.

*Administración bucal del aceite de chaulmugra.*—Wayson y Badger<sup>40</sup> declaran que han empleado una preparación de los ésteres o jabones del aceite de chaulmugra por vía bucal, durante 6 meses, en 25 enfermos, sin malestar para el sujeto ni notables síntomas gastrointestinales. Trátase de una emulsión en goma arábiga y jarabe de partes iguales de los ésteres mixtos y de aceite de hígado de bacalao, a lo cual se agrega yodo hasta formar 0.06 por ciento. La dosis inicial es de 1 ó 2 cc. de la mezcla (0.25 a 0.5 cc. de los ésteres), y se aumenta gradualmente hasta llegar a una dosis máxima de 10 cc. de ésteres por semana por 45.4 kg. de peso. Algunos enfermos manifestaron vómitos, y algunos eructos. El valor terapéutico se determinará más precisamente después que haya transcurrido suficiente tiempo desde su empleo.

*Yonoterapia nasal.*—Rose<sup>41</sup> ha empleado la yonoterapia con una solución al 1 por ciento de sales sódicas preparadas por la saponificación de aceite de hidnocarpo creosotado puro, colocando un electrodo en cada ventana de la nariz, sujetándolo allí, y aplicando después la corriente eléctrica. Trató así 13 casos orgánicos y nerviosos en que habían desaparecido todos los signos de lepra, salvo la infección de la mucosa nasal; 10 casos, todos ellos orgánicos, que todavía revelaban otros signos de actividad aparte de la infección nasal, y 2 casos en que no se había administrado ningún tratamiento. De los 25, 13 han

<sup>39</sup> Gac. Méd. México 60: 49 (eno.) 1929.

<sup>40</sup> Wayson, N. E., y Badger, L. F.: Pub. Health Rep. 43: 2883 (nbre.) 1928.

<sup>41</sup> Rose, F. G.: Brit. Med. Jour. 1: 148 (eno. 26) 1929.

revelado hallazgos negativos por lo menos una vez, y algunos 8 veces sucesivas. En 19 las películas, o bien son negativas, o revelan tal disminución de los bacilos que éstos son difíciles de encontrar. En los otros 6 casos, todos muy antiguos, es posible que estén invadidos los senos.

*Alepol.*—Cochrane<sup>42</sup> afirma que el preparado de hidnocarpo de sodio llamado alepol e introducido por Sir Leonard Rogers, resulta uno de los más convenientes y baratos en los países en que hay que importar el medicamento. De 24 casos anestésicos y cutáneos de varios grupos, 19 mejoraron con el medicamento, y 2 quedaron libres de síntomas.

*Yoduroterapia.*—Lowe<sup>43</sup> trató con yoduro potásico a 151 leprosos en 1928, durante 6 meses o más. La droga fué administrada dos veces semanales a dosis crecientes hasta producir reacciones, pero como muchos enfermos no podían tolerarla, hubo que limitar el tratamiento a una vez semanal, y luego a una vez semanal por un mes, dejando luego un mes de descanso. Aún así, 74 de los enfermos no pudieron tolerar el tratamiento, y hubo que suspenderlo. El resultado sobre las lesiones nerviosas fué ligera mejoría en 17, mejoría nula en 85, empeoramiento en 42, y muerte en 1, y en las lesiones cutáneas mucha mejoría en 4, mejoría moderada en 53, mejoría nula en 61, empeoramiento en 12, y muerte en 1; es decir, que las lesiones nerviosas revelan poca tendencia a la disminución, y en muchos casos aumentan. Las cutáneas revelan más mejoría, pero acompañada a menudo de aumento de las lesiones nerviosas. Comparado con los ésteres, el yoduro de potasio posee muy poca o ninguna ventaja, y muchas desventajas, pues es más difícil de administrar, más peligroso e intolerable para muchos enfermos, y en los que lo toman los resultados no son mejores, y a menudo ni tan buenos como con la chaulmugroterapia. El yoduro sí posee la ventaja de que en los casos negativados y asintomatizados con él, hay menos probabilidades de recaídas, pues busca los focos latentes, mas con la desventaja de que, en los sujetos en que la enfermedad se ha estacionado en forma latente, el yoduro exacerba los focos latentes, y el efecto es malo, física y mentalmente, para el enfermo.

*Cautela en el empleo del yoduro.*—Muir<sup>44</sup> declara que el empleo del yoduro de potasio en la lepra ya ha revelado sus limitaciones. Aunque valiosísimo en los casos cutáneos graves (B3) debe ser empleado más cautelosamente en los casos tempranos (A1 y B1), es decir, que las dosis de 8 ó 16 Gms. no deben de ser continuadas más que por poco tiempo, y una vez a la semana. En los casos cutáneos, las pequeñas dosis semanales, que sólo provocan una ligera reacción, lograrán una

<sup>42</sup> Cochrane, R. G.: Leprosy Notes, No. 5, p. 15 (abr.) 1929.

<sup>43</sup> Lowe, John: Leprosy Notes, No. 5, p. 18 (abr.) 1929.

<sup>44</sup> Muir, E.: Leprosy Notes, No. 5, p. 14 (abr.) 1929.

mejoría muy satisfactoria si se mantiene la salud general del enfermo. Hay que recordar que los medicamentos que evocan reacción y desintegración del leproma merman la resistencia general, y que debe recuperarse ésta antes de administrar la dosis siguiente. Debe, pues, hacerse todo lo posible para graduar bien las dosis y reconstituir el organismo por medio de tónicos, alimento, ejercicio, etc.

*Quimioterapia.*—Se han comunicado bastantes observaciones, dice Henry,<sup>45</sup> que parecen indicar que el oro, el cobre y el mercurio podrían ser útiles en la lepra. En los Laboratorios Wellcome de Investigación Química se preparó un compuesto de mercurio orgánico muy bactericida en forma liposoluble, que resultó valioso cuando había sífilis, pero sin exhibir ningún efecto específico sobre la lepra misma. Algo semejante sucedió con un compuesto orgánico del cobre, el cual resultó marcadamente inferior al yoduro de potasio. Los efectos al parecer favorables de los compuestos áuricos, cúpricos y mercúricos, quizás se deban a su facultad de producir reacciones específicas.

*Cuproción, cuproyodasa y carpotrocán cúprico.*—Según Rho,<sup>46</sup> los experimentos realizados últimamente demuestran que ciertos derivados cúpricos no son inferiores a los chaulmúgricos en el tratamiento de la lepra. El autor se refiere en particular al cuproción, biocianuro de cobre y potasio, y a la cuproyodasa, un compuesto orgánico lipoideo del cobre, yodo y colesiterina.

*Telurio.*—Stanziale<sup>47</sup> ha probado varios preparados de telurio en la lepra. De 5 enfermos, 4 padecían de lepra tubercular anestésica, y 1 de la forma macular. Las inyecciones fueron intraglúteas cada 5 a 8 días, según la reacción provocada, con un máximum de 10 inyecciones. En la lepra tubercular se modificaron los tubérculos y formas ulceradas. En la macular no se logró nada. El tratamiento no afectó los riñones.

---

*La gran plaga humana.*—De todas las enfermedades parasitarias, sin duda la tuberculosis es la más frecuente y la más terrible; es la gran plaga que pone su nota de profunda tristeza en el concierto de la vida contemporánea. Ella está extendida sobre toda la superficie terrestre habitada; ella se afirma como la gran causa de mortalidad moderna, segando la existencia de todos aquellos que, habiéndose salvado de las enfermedades de la infancia, no tienen la fuerza orgánica suficiente para llegar a la vejez. Y esto es lo que reviste de tan terrible aspecto a sus golpes. Ante el ataque de este mal muere el adolescente que, lleno de esperanza, se lanza a los umbrales de la vida activa; perece la joven cuando empieza a florecer su pubertad triunfante; concluye el adulto cuando apenas ha terminado su carrera y funda una familia; acaba la mujer cuando piensa consagrar sus días a sostener el ánimo del marido y a dar educación a sus hijos. Manantial de esperanzas y de catástrofes irremediables, la gran segadora de existencias, sobradamente justifica los terrores que inspira.—ANTONIO CÁRDENAS, *Revista del Instituto Médico Sucre* (mayo-junio), 1929.

<sup>45</sup> Henry, T. A.: Leprosy Notes, No. 5, p. 11 (abr.) 1929.

<sup>46</sup> Rho, F.: Gior. Ital. Malat. Esot. & Trop. & Igiene Colon. 1: No. 6, 1928.

<sup>47</sup> Stanziale, R.: Jour. Trop. Med. & Hyg. 32: 33 (fbro. 1) 1929.