

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA LEPRO EN MEXICO ¹

Dr. Roberto Hernández Galicia ²

Se hace un breve resumen histórico de la diseminación de la lepra en México desde la Conquista (1521) y se compara la prevalencia en relación con la de otros países. Al considerar la actual campaña antileprosa, se señalan las áreas de alta y baja prevalencia y se urge incrementar la búsqueda de casos incipientes y el control de casos y contactos existentes.

Introducción

La mayoría de los autores están de acuerdo en que, al igual que en el resto de América, en México no existía la lepra antes de la llegada de los conquistadores españoles, como parece que lo demuestran las crónicas precoloniales en donde no se menciona ningún hecho que haga pensar que se conocía la enfermedad.

La endemia en México tiene dos orígenes principales (figura 1):

a) Uno que viene de oriente a través de los conquistadores españoles, que en 1521 entran por el puerto de Veracruz, continúan por el altiplano rumbo a la ciudad de México, en donde se establecen los grandes grupos migratorios, ocasionando un primer foco endémico; este posteriormente se extiende a los estados de Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Querétaro, México, Aguascalientes y Colima, abarcándolos; la endemia leprosa de este primer foco se caracteriza por el predominio de formas lepromatosas nodulares.

b) Otro de occidente, que se inició a fines del siglo XVI y principios del XVII, a través de las rutas marítimas de las Filipinas en donde en esa época existía una epidemia de lepra, penetra al país por el puerto de

San Blas a través de las corrientes migratorias y "siembra la semilla de la endemia" en lo que se conoce como ruta filipínica del puerto de San Blas a la ciudad de México, originando el foco occidental; este afecta los estados de Nayarit, Sinaloa y Sonora y, a la vez, viene a reforzar el foco central; el foco occidental tiene la característica de que en los enfermos predomina la forma lepromatosa difusa, hecho que se continúa observando actualmente.

c) Simultáneamente, en la parte sureste, se establecen relaciones comerciales entre la península de Yucatán y las Antillas, especialmente Cuba, trayendo enfermos de lepra que tienen su origen en Europa y Africa, y que se establecen en lo que hoy son los estados de Yucatán y Campeche. La falta de comunicación de la península de Yucatán con el resto de México favorece para que este foco se circunscriba.

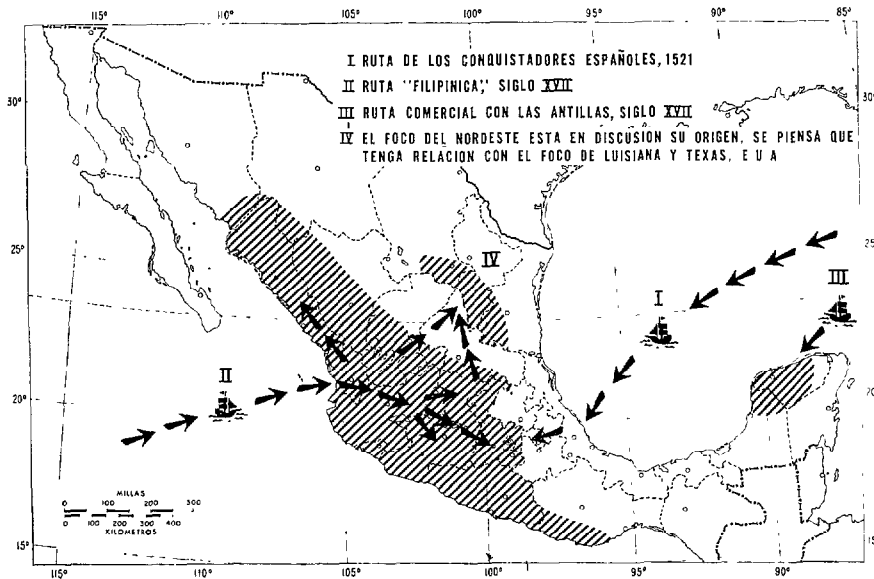
d) El cuarto foco, en el nordeste del país, que afecta la parte sur de los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, se piensa que es secundario al del centro, como resultado de emigración de enfermos, si bien hay autores que lo relacionan con el foco de Luisiana y Texas, aunque no hay bases para corroborarlo.

A partir de estos focos, la lepra se disemina por casi todo el país, favorecida por los movimientos de población, bélicos y sociales, así como por el aumento de las vías de comunicación.

¹Trabajo presentado en la XXVII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, celebrada en Santa Fe, Nuevo México, del 2 al 6 de junio de 1969.

²Jefe de Medicina Preventiva de Petróleos Mexicanos. Hasta nov. de 1969, Epidemiólogo Nacional en la Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México.

FIGURA 1—Origen y vías de penetración de la lepra en México.



Lucha contra la lepra en México

A grandes rasgos se pueden considerar cuatro etapas:

La primera se inicia en 1528 con la construcción del primer hospital para enfermos de lepra, ordenado por Hernán Cortés y denominado de San Lázaro de la Nueva España, y dura hasta 1927. Esta primera etapa se caracterizó porque no se tomó ninguna medida preventiva y la lucha contra la enfermedad se limitaba sólo a la atención que daban las instituciones piadosas. En esta época se consideraba a la lepra como hereditaria y no contagiosa.

La segunda etapa se inicia en 1927 con la creación del Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra y termina en 1948. Durante esta etapa se elaboró el primer censo de la lepra en México, que se publicó en 1927 e indicaba la existencia de 1,450 enfermos de lepra. En 1930 se inicia el Registro Nacional de Hansenianos que, aunque no se actualizaba, daba al menos una idea de la endemia. En esta etapa se edificaron 21 dispensarios y 6 leprosalarios dise-

minados en las zonas en que el problema era mayor. Esta época se caracterizó por la persecución y reclusión de los enfermos lo que ocasionó su ocultamiento.

La tercera etapa se inicia en 1948 con el uso en México de las sulfonas, agente lo suficientemente eficaz para suprimir la enfermedad. En esta etapa que se termina en 1960, es cuando, debido a las ideas de un grupo de leprólogos, se empieza a dar al enfermo de lepra un trato mejor y más justo; además se propugnó el tratamiento ambulatorio, eliminando la reclusión de los pacientes.

La cuarta etapa se inicia en 1960, con la creación del actual programa de control de las enfermedades crónicas de la piel, y en la cual comienzan en México las actividades dinámicas para la búsqueda de casos por medio de brigadas constituidas por un médico y una enfermera, y cuya labor consiste en descubrir, diagnosticar y tratar a los enfermos de lepra, interrumpiendo así la cadena de transmisión y, a la vez, usando el tratamiento como medida de profilaxis de acción.

Panorama epidemiológico

A nivel nacional

Como se puede observar en el cuadro 1, se presentan de una manera comparativa, dos situaciones: la que se tenía hasta 1946 y la actual de 1968. En la primera se observa que los estados con más alta prevalencia eran los de Colima, Sinaloa, Guanajuato, Jalisco y Michoacán, que presentaban coeficientes de prevalencia muy significativos, sobre todo si se tiene en cuenta que en esa época no se realizaba el control en forma dinámica y que la notificación era deficiente por el ocultamiento de los casos. En lo que respecta a los estados de la frontera norte vemos que no están incluidos entre los de

más alta prevalencia, correspondiendo a Sonora la cifra más alta, seguidos de Baja California, Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León y Chihuahua.

En la situación actual se observa que, aunque casi se ha duplicado el número de casos, el coeficiente de prevalencia se ha reducido de 0.38 por 1,000 habitantes en 1946 a 0.31 en 1968. Esto es debido, sobre todo, al aumento de población, y es inferior al porcentaje medio de prevalencia mundial para los países con lepra dado a conocer por la OMS. También se observa que el estado de Sinaloa ha desplazado del primer lugar al de Colima y que los estados de Sinaloa, Guanajuato, Morelos, Sonora, Guerrero, Veracruz, Hidalgo, Puebla,

CUADRO 1—Prevalencia de lepra, por entidades, en México.

Entidades	Casos de lepra de 1930 a 1946	Prevalencia por 1,000 habitantes	Casos de lepra en 1968	Prevalencia por 1,000 habitantes
Sinaloa ^a	746	1.37	1,732	1.46
Colima ^a	288	3.27	331	1.39
Guanajuato ^a	1,473	1.37	3,059	1.32
Michoacán ^a	1,080	0.86	2,073	0.85
Jalisco ^a	1,432	0.95	2,802	0.84
Nayarit ^a	168	0.69	355	0.62
Morelos ^a	63	0.30	229	0.38
Querétaro ^a	185	0.74	175	0.37
Sonora ^a	103	0.26	378	0.30
Aguascalientes ^a	97	0.55	92	0.29
Guerrero ^a	104	0.13	401	0.25
Distrito Federal ^a	1,204	0.59	1,478	0.20
Zacatecas ^a	170	0.30	206	0.19
Durango	107	0.20	174	0.18
Yucatán ^a	141	0.32	140	0.17
Baja California Norte	20	0.21	84	0.08
Tamaulipas	73	0.14	104	0.07
Coahuila	107	0.18	80	0.07
México ^a	267	0.22	158	0.06
Campeche	11	0.12	12	0.05
Oaxaca ^a	84	0.07	96	0.04
Baja California Sur	1	0.01	4	0.04
Nuevo León	59	0.10	67	0.04
San Luis Potosí ^a	81	0.11	46	0.03
Chihuahua	50	0.07	54	0.03
Veracruz	32	0.02	75	0.02
Quintana Roo	1	0.04	2	0.02
Chiapas	11	0.01	17	0.01
Hidalgo	5	0.01	11	0.01
Puebla	9	0.01	19	0.01
Tabasco	3	0.01	9	0.01
Tlaxcala	2	0.01	0	0.00
Total	8,177	0.38	14,463	0.31

^a Estados en los que el control se realiza en forma dinámica.

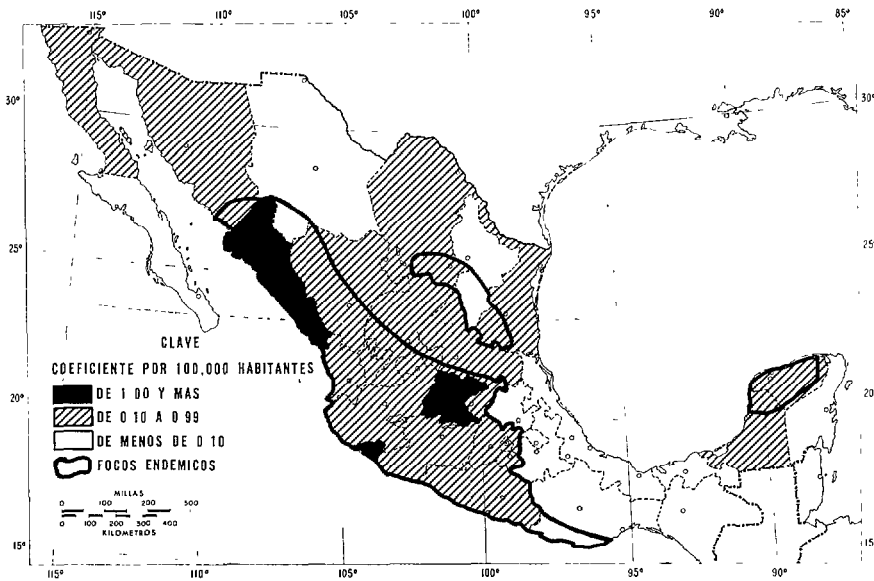
Fuente: Archivo Central del Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel. Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

Tabasco y el Territorio de Baja California han aumentado sus coeficientes de prevalencia con relación a los que tenían en 1946, por el contrario, en el resto de las entidades han disminuido. En relación con los estados fronterizos del norte de la República, se puede decir que conservan el orden en relación con la prevalencia que tenían en 1946, salvo Tamaulipas, que desplazó y quedó inmediatamente arriba del estado de Coahuila. Como se puede ver, todos los demás,

salvo Sonora, tienen coeficientes menores que los registrados en 1946. Lo de Sonora se explica porque el programa de control de la lepra se realiza en esa entidad en forma dinámica. También se observa un hecho interesante: el estado de Tlaxcala actualmente no tiene enfermos de lepra registrados, por lo que su coeficiente es cero.

En la figura 2 se aprecia que la endemia en 1946 se agrupaba en tres focos principales:

FIGURA 2.—Prevalencia de la lepra en México, 1946.



El más importante estaba situado en la parte central y occidental del país y comprendía los estados de Sonora (en su parte sur), Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima, Michoacán, Guanajuato, Querétaro y el Distrito Federal.

El segundo en importancia estaba localizado en la zona nordeste del país y abarcaba la parte sur de los estados de Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.

El tercer foco se encontraba en la península de Yucatán y comprendía los estados de Yucatán y Campeche.

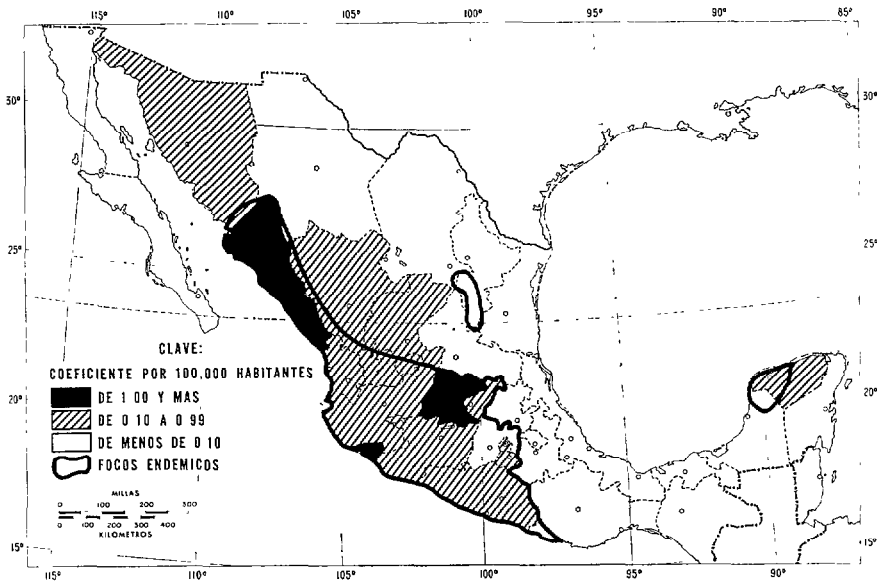
Esta concentración de la endemia en

focos se debe a que, aunque la entidad tenga una prevalencia baja, el mayor número de casos se encuentran localizados en zonas circunscritas.

En la figura 3 se plasma la situación actual y se observa un hecho significativo de que, a pesar de que se conservan los tres focos endémicos tradicionales, la endemia se ha reducido, debido a que en los estados de Baja California, Coahuila, Tamaulipas, México, San Luis Potosí y Campeche el coeficiente de prevalencia ha descendido por debajo de 0.10 por 1,000 habitantes.

Analizando la situación actual de la ende-

FIGURA 3—Prevalencia de la lepra en México, 1968.



mia, se puede observar (cuadro 2) que, de los 14,463 casos en registro activo, 8,082 son lepromatosos lo que equivale al 55.8%; 3,069 son tuberculoides (21.2%) y 3,283 indeterminados (22.7%). La relación entre los lepromatosos y tuberculoides es de 2:1, la que se observa habitualmente en la mayoría de los países; el grupo de casos indeterminados es bajo e indica que los casos se siguen descubriendo cuando están muy avanzados. En cuanto al sexo, se observa que 8,672 casos son del sexo masculino (59.8%) y 5,790 del sexo femenino (40.2%). Se señala este hecho, ya que aunque el sexo no

influye en el padecimiento, quizás pudiera tener alguna relación en el medio de México, pues la mujer acude menos al médico y es más difícil su examen.

En lo que respecta a la edad, el 4.8% son menores de 15 años y 95.2% son de 15 y más años, lo que hace pensar que los casos se descubren tardíamente, ya que, si bien las estadísticas indican que el mayor número de casos se presentan entre los 20 y 29 años, estas mismas estadísticas señalan que debe ser mayor el porcentaje de casos en menores de 15 años que el que ocurre. Aunado a lo anterior está el hecho descrito

CUADRO 2—Clasificación de los casos en registro activo, México, 1968.

Forma clínica	Mujeres						Hombres						Total controlados	Total no controlados	Total
	0-14 años		15 y más años		Total		0-14 años		15 y más años		Total				
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC			
Leprotosa y dimorfa	58	29	2,136	621	2,194	650	109	44	3,771	1,314	3,880	1,358	6,074	2,008	8,082
Tuberculoide	31	19	998	438	1,029	457	49	17	1,026	491	1,075	508	2,104	965	3,069
Indeterminada	102	22	1,052	276	1,154	298	178	37	1,246	370	1,424	407	2,578	705	3,283
Sin clasificar	1	—	1	6	2	6	—	—	8	12	8	12	11	18	29
	192	70	4,187	1,341	4,379	1,411	336	98	6,051	2,187	6,387	2,285	10,767	3,696	14,463
Total	262		5,528		5,790		434		8,238		8,672		14,463		14,463

Fuente: Archivo Central del Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel, Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

del bajo porcentaje de casos indeterminados por lo que los programas actuales han procurado incrementar el examen y control de los contactos para diagnosticar los casos lo más tempranamente posible.

En la frontera norte

Como se puede observar en el cuadro 3, de las 17 ciudades fronterizas sólo 10 tienen casos de lepra, ya que Sonoita, Naco, Ojinaga, Acuña, Piedras Negras, Ciudad Alemán y Camargo no tienen enfermos registrados. Los coeficientes de prevalencia por 1,000 habitantes son inferiores al promedio del resto del país, con excepción de Ciudad Juárez, que lo sobrepasa. Sólo Ciudad Juárez, Mexicali, Tecate, Matamoros, Tijuana y Reynosa sobrepasan el índice de prevalencia de 0.10 lo que significa un peligro potencial de acuerdo con las estipulaciones fijadas por la OMS.

En el cuadro 4 se presentan los casos de lepra de la zona fronteriza, por tipos, sexo y edad. Se observa en él que, de los 202 casos registrados, 134 (66.4%) corresponden al tipo lepromatoso, 35 casos son tuberculoides (17.3%) y 33 son indeterminados

(16.3%). La proporción de lepromatosos a tuberculoides e indeterminados es de 3:1, lo que indica que los casos se siguen diagnosticando ya cuando los síntomas son muy notorios y el padecimiento se encuentra avanzado, por lo que, en los programas de control actuales, se hace hincapié en incrementar la búsqueda de casos incipientes.

En cuanto al sexo, la situación es semejante a la del resto del país: hay más casos del sexo masculino (56.4%) que del sexo femenino (43.6%). La misma explicación es la que se dio al analizar la situación de la epidemia en la República como un todo. Se puede observar también, que todos los casos son de 15 y más años, lo que ha obligado a intensificar el examen de contactos de los casos, ya que en ese grupo se pueden descubrir más enfermos en edad temprana.

En cuanto al número de contactos registrados es adecuado, aunque se considera que se debe de actualizar su situación. En lo que respecta al origen de los casos (cuadro 5) se observa que la epidemia en la frontera la constituyen en gran parte casos importados (51.4%), debido a la corriente migratoria del centro del país, que es zona endémica, hacia el norte.

CUADRO 3—Prevalencia de lepra en las ciudades fronterizas del norte de la República Mexicana, 1969.

Ciudad	Casos de lepra	Población calculada 30-VI-68	Prevalencia por 1,000 habitantes
Ciudad Juárez, Chihuahua	17	374,117	0.04
Mexicali, Baja California	72	324,138	0.22
Tecate, Baja California	2	12,235	0.16
Matamoros, Tamaulipas	19	129,089	0.15
Tijuana, Baja California	37	282,974	0.13
Reynosa, Baja California	10	103,661	0.10
Agua Prieta, Sonora	3	37,825	0.08
Nuevo Laredo Tamaulipas	10	129,509	0.08
Nogales, Sonora	22	92,861	0.24
San Luis Río Colorado, Sonora	10	70,391	0.14
Sonoita, Sonora	0	4,747	0.00
Naco, Sonora	0	7,063	0.00
Ojinaga, Chihuahua	0	11,778	0.00
Ciudad Acuña, Coahuila	0	26,779	0.00
Piedras Negras, Coahuila	0	60,099	0.00
Ciudad Miguel Alemán, Tamaulipas	0	9,137	0.00
Camargo, Tamaulipas	0	5,604	0.00

Fuente: Archivo Central del Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel. Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

CUADRO 4—Distribución de los casos de lepra de las ciudades fronterizas del norte de la República Mexicana, por tipo clínico, edad, sexo y número de contactos, 1969.

Ciudad ^a	Total de casos	Lepro- matosos y dimorfos	Tubercu- loides	Indetermi- nados	Sexo		Edad		Contactos
					M	F	Menos de 15	15 y más	
Tijuana, Baja California	37	17	13	7	20	17	0	37	193
Tecate, Baja California	2	2	0	0	1	1	0	2	9
Mexicali, Baja California	72	52	8	12	33	39	0	72	410
San Luis Río Colorado, Sonora	10	9	1	0	8	2	0	10	37
Nogales, Sonora	22	9	7	6	8	14	0	22	95
Agua Prieta, Sonora	3	3	0	0	3	0	0	3	12
Ciudad Juárez, Chihuahua	17	11	2	4	12	5	0	17	80
Matamoros, Tamaulipas	19	16	1	2	13	6	0	19	63
Nuevo Laredo, Tamaulipas	10	8	2	0	8	2	0	10	48
Reynosa, Tamaulipas	10	7	1	2	8	2	0	10	41
Total	202	134	35	33	114	88	0	202	988

^a No se incluyen las ciudades de Sonoita, Naco, Ojinaga, Ciudad Acuña, Piedras Negras, Ciudad Alemán y Camargo, por no tener casos registrados de lepra.

Fuente: Archivo Central del Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel. Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

Comentario

Dentro de la política sanitaria de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México está considerado incorporar a las actividades de los servicios regulares de salud pública la vigilancia de todos los casos de lepra, por lo que se tomarán las medidas necesarias para que las unidades aplicativas de las ciudades fronterizas en donde existan enfermos de lepra, mediante personal asesor, se incremente el control de los casos existentes, especialmente de los contactos y se pro-

mueva la notificación de los casos con la ayuda de las instituciones asistenciales de salud y las de médicos particulares.

Resumen

La epidemia de la lepra en la República Mexicana no es grave, aunque tiene importancia relativa. Su coeficiente es de los más bajos del mundo, por debajo de los países de África, Asia y Oceanía; en América sólo tienen coeficientes más bajos los Estados Unidos, Canadá, Guatemala, Belice y Chile;

CUADRO 5—Distribución de los casos de lepra de las ciudades fronterizas del norte de la República de acuerdo con su origen, 1969.

Ciudad ^a	Total de Casos		Importados		Autóctonos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tijuana, Baja California	37	100	20	45.9	17	46.0
Tecate, Baja California	2	100	2	100.0	0	0
Mexicali, Baja California	72	100	43	59.7	29	40.3
San Luis Río Colorado, Sonora	10	100	3	30.0	7	70.0
Nogales, Sonora	22	100	7	31.8	15	68.2
Agua Prieta, Sonora	3	100	0	0	3	100.0
Ciudad Juárez, Chihuahua	17	100	11	64.7	6	35.3
Matamoros, Tamaulipas	19	100	8	42.1	11	57.9
Nuevo Laredo, Tamaulipas	10	100	6	60.0	4	40.0
Reynosa, Tamaulipas	10	100	4	40.0	6	60.0
Total	202	100	104	51.5	98	48.5

^a No se incluyen las ciudades fronterizas de Sonoita, Naco, Ojinaga, Ciudad Acuña, Piedras Negras, Ciudad Alemán y Camargo por no tener casos registrados de lepra.

Fuente: Archivo Central del Programa Nacional para el Control de las Enfermedades Crónicas de la Piel. Dirección de Epidemiología y Campañas Sanitarias.

lo tienen igual Perú y Ecuador; y mayores, todos los demás países americanos. La endemia en México tiene una tendencia a disminuir tanto en magnitud como en extensión especialmente en las dos últimas décadas.

El bajo porcentaje de casos indeterminados, aunado al hecho del escaso número de casos registrados de menores de 15 años, indica que los enfermos se siguen diagnosticando tardíamente, situación que se trata de corregir en los programas actuales y en los cuales uno de sus objetivos es el de incrementar la búsqueda de casos incipientes a través de un adecuado examen y control de contactos.

La lepra en los seis estados del norte que tienen frontera con los Estados Unidos no es grave ya que sólo se tiene conocimiento de 767 casos, lo que equivale al 5.3% del total de casos registrados en la República Mexicana. El problema de la lepra en la línea fronteriza misma tampoco es grave, ya que sólo hay registrados 202 casos en 10 de las 17 principales ciudades fronterizas, lo que significa sólo 1.3% del total de casos registrados hasta el 31 de diciembre de 1968 en el país. Un gran número de los casos que viven en esta línea fronteriza son importados (51.4%) de zonas con alta prevalencia, especialmente de los focos endémicos tradicionales. □

Epidemiological surveillance of leprosy in Mexico (Summary)

Endemic leprosy in the Republic of Mexico is not a serious problem, although it is of some significance. The incidence is one of the lowest in the world, below that of the African and Asian countries and Oceania. In the Americas the only countries with a lower incidence are the United States of America, Canada, Guatemala, British Honduras and Chile. That of Peru and Ecuador is at about the same level, and all the remaining countries have a higher rate. Endemic leprosy in Mexico shows a downward trend both in quantity and in geographical area, especially over the last two decades.

The low percentage of indeterminate cases, added to the fact that the number of registered cases involving cases under 15 years of age is small, indicates that leprosy continues to be diagnosed late; and attempts are being made to

correct this in the current programs, one of their aims being to step up the detection of incipient cases by means of adequate examination and control of contacts.

Leprosy in the six northern states which have a common frontier with the United States of America is not serious; only 767 cases are known, or 5.3 per cent of the total number of cases recorded in the Republic of Mexico. The problem of leprosy along the actual frontier is likewise not serious,—only 202 cases have been registered in 10 of the 17 main border towns, or a mere 1.3 per cent of the total number of cases registered up to 31 December 1968 in the country as a whole. A large number of cases living along this border (51.4 per cent) are imported from zones with a high prevalence, especially the traditional endemic foci.

Vigilância epidemiológica da lepra no México (Resumo)

A endemia da lepra na República Mexicana não é grave, embora tenha importância relativa. Seu coeficiente é dos mais baixos do mundo, mais que nos países da África, Ásia e Oceânia; na América, só os Estados Unidos, o Canadá, a Guatemala, Belice e o Chile têm coeficientes mais baixos; o coeficiente no Peru e no Equador é o mesmo; e todos os demais países americanos têm coeficientes mais altos. A endemia no México mostra tendência a

diminuir, tanto em magnitude quanto em extensão, especialmente nas últimas décadas.

A baixa percentagem de casos indeterminados e o pequeno número de casos registrados entre menores de 15 anos indicam que o diagnóstico continua sendo feito tarde, situação que se procura corrigir nos programas em curso, nos quais um dos objetivos é incrementar a procura de casos incipientes, através de exame e controle adequado de contactos.

A lepra nos seis estados do Norte que têm fronteira com os Estados Unidos não é grave, uma vez que só há conhecimento de 767 casos, o que equivale a 5,3% do total de casos registrados na República Mexicana. O problema da lepra na linha fronteira propriamente dita tampouco é grave, uma vez que só há registro

de 202 casos em 10 das 17 principais cidades fronteiriças, o que significa apenas 1,3% do total de casos registrados até 31 de dezembro de 1968 no país. Um grande número dos casos que vivem na linha fronteira são importados (51,4%) de zonas com alta prevalência, especialmente dos focos endêmicos tradicionais.

Vigilance épidémiologique en ce qui concerne la lèpre au Mexique (*Résumé*)

L'endémie de la lèpre dans la République mexicaine n'est pas grave, bien qu'elle présente une importance relative. Son coefficient est parmi les plus bas du monde, au-dessous de celui de l'Afrique, de l'Asie et de l'Océanie; dans les Amériques, seuls les Etats-Unis, le Canada, le Guatemala, le Chili et Belize ont des coefficients inférieurs; le Pérou et l'Equateur ont un coefficient égal; tous les autres pays latino-américains ont un coefficient plus élevé. L'endémie au Mexique a tendance à diminuer tant en importance qu'en extension, notamment au cours des deux dernières décennies.

Le pourcentage peu élevé des cas indéterminés, joint au petit nombre de cas déclarés de personnes de moins de 15 ans, est une indication que les malades ne se présentent que tardivement, une situation à laquelle on cherche à remédier dans les programmes actuels et qui ont, entre autres, pour objet d'intensifier le

dépistage des cas de commencement de lèpre au moyen d'un examen approprié et de la surveillance des contacts.

La lèpre n'est pas grave dans les six états du nord qui ont une frontière commune avec les Etats-Unis, étant donné que l'on n'a connaissance que de 767 cas, soit 5,3% du nombre total des cas enregistrés dans la République mexicaine. Le problème de la lèpre dans la zone frontière même n'est pas non plus grave, étant donné que 202 seulement ont été enregistrés dans 10 des 17 principales villes frontières, c'est-à-dire 1,3% seulement du nombre total des cas enregistrés dans le pays jusqu'au 31 décembre 1968. Un grand nombre de cas relevés dans la zone frontière sont importés (51,4%) de zones ayant une prévalence élevée, en particulier de foyers endémiques traditionnels.