



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Dermatología Médico Quirúrgica

ESTUDIO DE LA LEPROA Y ORGANIZACIÓN DE
LAS CAMPAÑAS ANTILEPROSAS EN ESPAÑA.

Autor: Tomás Rodríguez Moreno

Director: Bernardo López Martínez

3 de Noviembre de 1971

R. 10.218

R.
14



ESTUDIO DE LA LEPRO

y

ORGANIZACION DE LAS CAMPAÑAS ANTILEPROSAS

en

ESPAÑA

D. BERNARDO LOPEZ MARTINEZ, Catedrático de
DERMATOLOGIA MEDICO QUIRURGICA, de la Fa--
cultad de Medicina de Sevilla:

Certifica que D. TOMAS RODRIGUEZ MORENO ha
realizado bajo mi dirección el trabajo , --
"ESTUDIO DE LA LEPRO Y ORGANIZACION DE LAS
CAMPAÑAS ANTILEPROSAS EN ESPAÑA, como Tesis
para obtener el grado de Doctor.

Sevilla 3 de Noviembre de 1.971

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bernardo Lopez Martinez", written in a cursive style with a large loop at the end.

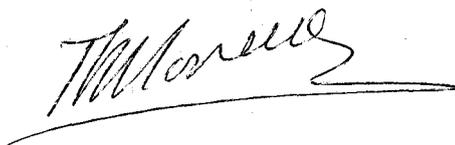
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIO DE LA LEPRO Y ORGANIZACION DE LAS
CAMPAÑAS ANTILEPROSAS EN ESPAÑA

Tesis para optar al Grado de Doctor en Me-
dicina y Cirugia.

Dirigida por el Profesor BERNARDO LOPEZ

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'T. Moreno', with a long horizontal flourish extending to the right.

TOMAS RODRIGUEZ MORENO

Sevilla 1971

He realizado este trabajo, en la Cátedra de Dermatología Médico-Quirúrgica y en el Equipo Móvil de Lucha contra la Lepra, bajo la dirección de mi - maestro, Prof. BERNARDO LOPEZ por lo que le expreso mi más profundo agradecimiento, pues sin su ayuda - no lo hubiera efectuado.



En el año 1957 fui nombrado Jefe de un Equipo Móvil de la Lucha contra la lepra por la Dirección General de Sanidad, a propuesta del Prof. Bernardo López, ocupando la plaza hasta finales de 1966, dicho Equipo estaba adscrito al Dispensario de Higiene Social que dirige el citado profesor unido a su Cátedra.

Durante este tiempo censamos 152 enfermos nuevo de lepra y estudiamos 1.420 convivientes. Labor que hicimos en la Cátedra y en los desplazamientos a las zonas y domicilios de los enfermos, lo que nos permitió hacer un estudio detenido de las viviendas, higiene de los enfermos, alimentación, clima, tiempos en contacto de los convivientes con los enfermos, parentesco que los unía, constitución física, en una palabra, todos los factores inespecíficos que pudieran ser agentes desencadenantes del contagio en estudio.

A la vez se hicieron estudios bacteriológicos, clínicos inmunológicos, histopatológicos y pruebas biológicas precisas, tanto a los enfermos como a los convivientes.

Periodicamente se repetían a todos (enfermos y convivientes) los estudios clínicos y a los que fueran sospechosos se completaban todas las pruebas como al comienzo.

Cuando los convivientes estaban con silencios clínicos y bacteriológicos, pero con la reacción de Mitsuda negativa se les aplicó a unos la vacuna B.C.G. para hacerle virar su reacción a la positividad, en otros casos se les aisló del foco endémico y en muchos se le practicó la terapéutica de la "quimioprofilaxis".

En todos los domicilios de los enfermos lepromatosos no hospitalizados los aislamos de los niños o se llevaron éstos a Preventorios.

Nuestra mejor profilaxis durante esos años fué la terapéutica reglada lo más precoz posible y continuada el tiempo preciso.

Observamos con frecuencia el regreso de enfermo de los Sanatorios donde habían permanecido hospitalizados hasta su mejoría o curación. De estos enfermos ninguno consiguió trabajo por cuenta ajena - hecho que nos hizo ver la necesidad de una recuperación social y laboral.

La inquietud que nos han originado los hechos citados ha sido el móvil de este trabajo cuyas conclusiones se expondrán al final.

Para conocer bien el problema vamos a comenzar por el estudio histórico de la lepra hasta nuestros días, haciendo incapié en lo sucedido en la provincia de Sevilla.

Para conocer bien el problema vamos a comenzar por el estudio -

histórico de la lepra hasta nuestros días, haciendo incapié en lo -
sucedido en la provincia de Sevilla.

Más tarde haremos una actualización de la enfermedad pues con
ciendola bien en todos los aspectos podemos tomar las medidas más-
certeras y humanitarias para las Campañas Antileprosas.

También se estudiará de una forma somera la distribución de la
enfermedad en el mundo y en especial en España, por sernos muy útil,
"la prevalencia" para tomar las medidas profilácticas precisas, para
disminuirla o erradicarla.

La lepra es una enfermedad infecciosa de curso evolutivo crónico, pero que presenta con frecuencia unas fases agudas de características clínicas, evolución y pronóstico diverso, que de una forma episódica rompen la típica cronicidad de la hanseniosis.

Cuando nos enfrentamos con el estudio de esta enfermedad, lo primero que nos llama la atención es su antigüedad.

A través de los siglos, sube y desciende la curva de preocupación por la lepra, que algunas veces apunta tan agudamente, y nunca llega a sumirse en el olvido, como si la impronta de una imagen ancestral hubiera quedado gravada en los abisales estratos del hombre de una manera eterna y esta misma proyección histórica, modula de manera indudable la trayectoria de la enfermedad y su situación en el devenir de la historia. Hasta es posible que el renacimiento de los estudios leprológicos y de la preocupación por el lazareto sean un indiscutible signo de la voluntad por encararse con tiempos preteritos calumniados y mal comprendidos, que ahora entran con toda honestidad en el área de actividad del estudioso. Sin duda alguna asistimos a un renacimiento de esta índole, provocado por la Organización Mundial de la Salud, al mostrar su preocupación por el mal -

de San Lázaro en el mundo entero.

Casi es un tópico la aseveración de que la lepra es tan anti--
gua como la humanidad. Todos sabemos que la consideración de la an-
tigüedad del hombre nos llevaría demasiado lejos. Pero no sería na-
da aventurado asegurar que desde los primeros tiempos, desde el al-
ba indecisa y genesiaca-cuando se da el primer paso desde la ahisto-
ria a la protohistoria-el hombre se ha visto acompañado de esta en-
fermedad, que siempre colocó a su espíritu bajo la garra del horror.

La oscuridad domina en las descripciones muy antiguas, pero --
las que proceden de los tiempos de SATI V (4.266 a.a. de J.), en --
los libros sagrados indios, en las fuentes chinas, griegas y roma--
nas abonan razones para afirmar que la lepra ha existido desde los
tiempos más remotos. Ejemplo de ello es la exacta descripción que -
de la enfermedad hace MOISES en el "Levitico" (1); marca el comien-
zo de la era de los testimonios exactos. Siempre se ha discutido y
aún continua discutiendose si el "pueblo de Dios" llevó la enferme-
dad a Egipto o fué allí donde los hebreos se contaminaron. Lo cier-
to es que la lepra era endémica en Egipto, especialmente en Alejan-
dria (LUCRECIO) (2), GALENO (3), PLINIO el VIEJO (4), MARCELL (5), y
que los judios la conservaron después de su regreso a Palestina, don-
de a partir de entonces se ha observado siempre con abundancia.

HERODOTO y CTEFIAS (6 y 7), dicen que los persas tenían una --

ley que obligaba a vivir fuera del poblado a todos los leprosos.

Los romanos y griegos no legislaron particularmente contra los lazarinios (BEYERLINK), pero aquellos consideraron la afección como el mal máximo según lo demuestra el hecho de que en tiempo de JUSTINIANO, como puede verse en su "Código" (8), los Gobernantes en el Juramento, entre las execraciones que se imponían, una de ellas era que Dios les enviase la lepra de GIEZI si había de demandarles.

ASTRUC (9) y CAIMET (10) creen que en Francia la lepra era poco frecuente en el Siglo XVIII y SAUVAGE (II) afirma insidiosamente, que en este país no se veían más leprosos que los que iban de España o América.

En Flandes, en tiempo de CORNELIO ALAPIDE (12), había muchos lazaretos pero sin leprosos. Igualmente existían muchas "casas de leprosos" en ambas Mauritánias (León Africano).

A la pregunta de cómo se introdujo la lepra en España puede contestarse de muy diversas maneras. Trátase de un sugestivo problema, pródigo en investigaciones y que enlaza las actividades de muy diversas disciplinas. A la llamada de quien medita sobre la cuestión, acuden "la geología, la arqueología y principalmente la historia. Se ha dicho que la cronología y la geografía son los "ojos de la historia"-como también ha sido afirmado que la heráldica y la genealogía son por lo menos "sus pies y sus manos"- pero en este caso

se trataría de volver la oración por pasiva. Por primera vez acaso, la historia vendría a puntualizar un árduo problema de geografía - médica.

La mutabilidad de la corteza terrestre es un hecho comprobado, aunque por la lentitud con que se realiza pasa desapercibida, por el poco tiempo que supone la existencia de una generación humana.

Los puntos de mayores cambios son las partes más bajas y las costas.

Teniendo en cuenta dicha mutabilidad cabe pensar que en España fuera afectada toda ella por sus extensas costas y partes bajas.

Los hechos expuestos han hecho pensar a los geólogos e historiadores que nuestra península debió estar unida con Africa por lo que es hoy, estrecho de Gibraltar y que al romperse el istmo de unión quedarían como en la actualidad. También se cree por otros AA. que España, una vez roto el istmo de Gibraltar era una isla to do el Sur, que estaba comprendida entre las cuencas del Guadalquivir y el Segura por el norte y es estrecho de Gibraltar por el Sur. Esta opinión ha sido apoyada en el hallazgo de fósiles marinos en la Sierra del Segura.

Por las mutaciones terrestres mencionadas y por los descubrimientos arqueológicos, se sabe que, a finales del paleolítico, regiones pobladas como el Sahara, dejaron de serlo, para convertirse en zonas desérticas, como continúan en la actualidad.

Las tribus del Sahara, por el fenómeno desarrollado en el suelo, se vieron obligados a emigrar, haciendolo unas hacia Argelia y Túnez y otras a la baja Andalucía.

Fundamentamos nuestra tesis de que vinieron a la Baja Andalucía por los estudios arqueológicos hechos por los hermanos SIRET, que en sus excavaciones hallan objetos de la edad primera del bronce en el ALGAR, similares a los encontrados de la misma época en el Sahara. Otro hallazgo más, fué en Lebrija, donde aparecieron dos candelabros de oro que estan en el Museo Arqueologico de Madrid, identicos a otros encontrados en el Sahara y que pertenecen a la edad del bronce (2.500 años a, de J. C.).

Por lo expuesto, parece que los pobladores de esta zona andaluza procedian de los emigrados de Africa y pertenecian al tronco de los llamados "Camitas" que son los considerados como "protoiberos".

Si damos por cierto el supuesto de que los "Camitas" vinieron a la Baja Andalucía y sabiendo que en dicha zona africana es endémica la lepra desde tiempos remotos, es de suponer que la importarian a la peninsula y precisamente a la zona de Lebrija donde parece que habitaron por el hallazgo del citado candelabro; siendo quizá por esta causa dicha ciudad uno de los puntos que tenemos referencias de la existencia de lepra desde muy antiguo y en gran cantidad, como se

confirmará más adelante.

No se vuelven a tener noticias de pobladores en el sur de la península hasta el año 1.100 antes de J.C., época en la que parece existió una gran ciudad que los fenicios llamaron TARSCHSIGH y los griegos TARTTESOS.

Según ADOLFO SCHULTEN (13) en dicha ciudad se creó un ESTADO bien organizado con sus REYES, que promulgaron leyes, escribieron poemas e hicieron anales de su historia. Este reino comprendía toda la España meridional, alcanzando gran prosperidad por sus riquezas mineral y agrícola, su adelantada industria y gran comercio marítimo.

Tarttesos parece que fué un rico mercado en la época del Rey SALOMON (970 años a. de J.C.). También según SCHULTEN (14) vinieron a esta ciudad los fenicios con sus naves atestiguandolo los textos biblicos y una inscripción asiria.

Para SCHULTEN (15) la ciudad de Tarsis fué fundada 1.200 años a. de J.C. por los tirsenos de Asia Menor, que se situaron en la desembocadura del Guadalquivir y alrededores, poblando Tursa o Turta, es decir ciudad de los tirsenos.

Otros arqueólogos creen que proceden de Africa los habitantes de este imperio, quizá de la rama de los camitas mencionados anteriormente y los menos piensan que son "iberos puros".

Si damos por cierto que sus habitantes proceden de Asia Menor o de Africa, igualmente podemos pensar que unos u otros importaron la lepra a la península por ser endémica esta enfermedad en ambos continentes.

Como hay sospechas de que Tartessos ciudad, se halla por Asta Regia o en las inmediaciones de Lebrija, puede ser esta idea, un punto más de apoyo, de que la lepra comenzó por esta zona en la peninsula, donde la enfermedad es endémica hace siglos.

Otro hecho de valor epidemiológico es el contacto de este imperio hacia el año 1.100 a de J.C. con los fenicios cuando fundan GA--DIR (Cádiz), se nos llevan nuestros minerales de plata y plomo, a cambio de baratijas y de "aceite". La plata procedía de Sierra Morena e Ilipa (Alcalá del Río) .

El hecho de traernos "aceite" nos demuestra que por entonces -- los olivos eran desconocidos o existían en menor cantidad que en la actualidad.

Los fenicios en esa zona crearon factorías de atún y su poderío fué en aumento hasta el extremo de derrotar a los tartessos.

Más tarde, al caer TIRO en poder de los asirios parte de ellos marchan en su ayuda y los que quedan son vencidos por los tartessos.

Hacia el año 700 a. de J. C. vienen los griegos a España y el - Rey ARGANTONIO, tartesino, los invita a establecerse en su reino. Los

griegos construyen una carretera desde MAINAKE (Torre del Mar) a TARTTESOS, continuando luego al estuario del Tajo.

El Rey AGANTONIO, según ANACREONTE (16) era el simbolo de la felicidad y los celtas le llamaron el Rey de la Plata, a cuyo precio so metal alude también la raiz "ag" evidentemente.

Tarttesos reinado, parece que existió hasta el siglo V, a. de J. C. que fué destruido por los cartagineses, o sea que duró unos "siete siglos" en contacto permanente con fenicios y griegos, que como se sabe por la historia del mundo son dos pueblos con "endemia leprosa".

Si tenemos en cuenta, como decimos anteriormente, el origen de los primeros pobladores de esta zona y los contactos posteriores y prolongados con fenicios y griegos, se puede pensar que por unos u otros se importó la lepra en Andalucía.

Si damos por cierto que la lepra en España data de la época citada y tenemos en cuenta que hasta el presente no hemos contado con aislamientos completos de los enfermos baciliferos, ni con tratamientos eficientes hasta hoy, cabe suponer que el foco de LEBRIJA denunciado en el siglo XVIII por XIMENEZ LORITE (17) y que en la actualidad continua con buen número de enfermos, puede venir -- arrastrandose desde entonces. Pues como los contagios son "poco -- frecuentes", y numéricamente como dice SAIZ De AJA (18), se pueden

comparar los "casos nuevos" contagiados, con los "fallecidos" por la lepra.

El conocimiento de la lepra en España podemos remontarlos hasta tiempos muy antiguos. En la aurora de nuestra literatura nacional, hasta los mismos versos graníticos de nuestros cantores heroicos que dedican sus estrofas a lamentar la fatalidad de los enfermos del mal biblico, confirman este hecho.

En Burgos, muy cerca del Monasterio de las Huelgas, está el Hospital del Rey; allí se daba amparo y tratamiento a los peregrinos enfermos que seguian el camino de Santiago. Vecino del Hospital, sobre el Arlanzon, se alza el puente de MALATOS.

Se ha traducido aqui, erroneamente, el vocablo "malato" por enfermo, tal vez influidos los escritores por el mismo significado de una palabra italiana muy semejante "ammalato".

Para nosotros es indudable que este "puente de los malatos" era el "Puente de los gafos, lazarinos o leprosos", lo que nos hace pensar que en algún tiempo el Hospital del Rey cercano de las Huelgas fué "lazareto", dedicado al aislamiento de leprosos, en vez de albergue de caminantes a Compostela. Tengase en cuenta, por otra parte, que todos los establecimientos hospitalarios de leprosos eran hospitales reales siempre (19).

En el cantar de la gesta de RODRIGO DIAZ, entre "polvo, sudor y hierro" leemos el suceso que aconteció a MIO CID con un "gafo", al

volver de Santiago, como una inequívoca maestra más de su heroicidad y su hidalguía; y guiado por excelsos sentimientos filantrópicos erigió el Campeador en Palencia el primer hospital de España para el -- aislamiento de leprosos.

A pesar de los conocimientos rudimentarios de los médicos de la época, los estudiosos encargados de velar por la salud del pueblo, tu vieron una idea exacta de la conducta a seguir con unos enfermos, que portaban tan alta carga de peligrosidad social.

A esta misma inquietud respondió la ingente preocupación de los soberanos en lo tocante a este problema, que ponía a prueba sus sinceros sentimientos cristianos y su insobornable pasión por la justicia y que hubiera llegado sin sus desvelos a producir conflictos de pública repercusión. Mejor que todos nuestros elogios, demostrarán - estas aseveraciones el examen somero, que vamos a intentar, de las - "providencias de los monarcas castellanos".

Son en primer término las normas jurídicas generales y los especiales decretos de la Corona, los que ordenan que los enfermos de lepra sean separados de sus familiares y en general de todo semejante, aislandolos de tal manera en el Hospital que no se pongan en contac- to con nadie fuera de él; y por real prerrogativa de los Hospitales de San Lázaro en España se les concede que entren en posesión de todas las propiedades del leproso. (20).

Otras ordenanzas son menos explícitas en este fundamental aspec

to de la separación de los lazarinos, aunque, dándola por hecho la suponen. Tal ocurre con una de las leyes de las famosas "Partidas" de ALFONSO el SABIO (21) en la que implícitamente se da por supuesto el aislamiento de los afectados.

Pero hay abundantes testimonios demostrativos del gran cuidado que mereció a este monarca la asistencia de los leprosos y su segregación del común ambiente.

En una carta dirigida a Pascual Martinez que tenia a su cargo el Hospital de San Lázaro de Sevilla, ordena que no se permita que vivan entre las demás personas todos aquellos que sean enfermos del mal de San Lázaro, por el gran perjuicio que les podrian ocasionar (22).

Más detalladamente trata el problema en otra carta, ésta dirigida al principe D. SANCHO, su hijo (23). En dicho documento insiste con teson sobre el aislamiento de gafos y hechas las bases de la legislación penal relativa a los mismos a sus encubridores, pero debemos subrayar el importante aserto de que también es el punto de partida de un derecho positivo referente a la persona que será investida de jurisdicción sobre los malatos. Frecuentes debian ser en aquel tiempo las complicidades nacidas del deseo de evitar la pérdida de libertad de los desdichados enfermos. Estos complices existirian sin duda con mayor frecuencia entre lo influyentes y

bien situados, a los que recurrirían los lazarinos en demanda de compasión y piedad. Por eso previene el Rey Sabio "que ningún rocado de esta enfermedad pueda ser recogido, ni amparado, ni curado, en alguna casa de algún poderoso hombre so graves penas y perdimiento de -- bienes que luego se ejecuten en la una y en la otra parte".

Ni un solo contagiado tendrá licencia para habitar en otro alojamiento que nossea la Casa de San Lázaro, cuidando "en todo a que -- de su comunicación, y trato, no se le pegase a otro el mal de Gafe-- dat". Como ejecutivo de la totalidad de lo legislado y sobre todo investido de amplios poderes para poder ingresar en el Hospital a los contaminados, señala al Mayoral de las Casas de San Lázaro, a quien serán "en todo y por todo guardadas estas libertades entre las demás, sin que le pueda ir a la mano ninguna JUSTICIA ECLESIASTICA ni SECU-- LAR, excepto solamente el CONSEJO REAL". El derecho de inspección -- queda reservado de la misma manera al REAL CONSEJO. Es aquel el primer antecedente que encontramos de la suprema autoridad del Mayoral, que más tarde va evolucionando hasta ser traspasada a otros altos -- funcionarios, pero siempre segregada y con altiva independencia de -- los poderes judiciales eclesiasticos y seculares.

Mucho juego habria de dar en adelante esta autonomia, casi siempre vinculada a los médicos como puede verse en varias ocasiones y -- entre otras en el famoso pleito de la curación de leprosos en la ciu

dad de LIMA, tan inteligente y documentadamente exhumado, por el Dr Cascajo (24).

Puede verse cómo en este capítulo de la lepra Alfonso el Sabio hizo también honor al honroso título con que le distingue la historia. Sevilla, la predilecta ciudad, une su nombre y esfuerzo a la filantrópica tarea y así aparecen juntos en la fundación del Hospital de San Lázaro, erigido por el citado monarca, según ALONSO MORGADO (25).

Este Rey Sabio fundó en Sevilla escuelas de lengua latina y arábica con profesorado nativo en esta última, próximo a su Palacio Real creó Estudios de Física e importó también profesorado. Esta importación intelectual fué ahincadamente defendida siglos más tarde por otro español señoero, RAMON y CAJAL (26).

Según testimonios históricos, a la sazón habia en la península "pocos y malos" médicos y del luminoso foco de Sevilla se irradió la Medicina en toda España (27).

Identica política a la de Alfonso X prosigue Sancho IV. A ella le compromete la CARTA que le dirigiera su padre, cuando aún era príncipe y que hemos comentado más arriba.

En un Privilegio del Rey Bravo, dado en Sevilla a 22 de agosto de 1.322, a que hemos hecho alusión, toma como cuerpo de doctrina para sus mandatos la CARTA que su antecesor escribió a Pascual Mar-

tinez (18).

Por consiguiente, en lo que atañe a la lepra, D. SANCHO se limita a añadir:

"E yo por el guardamiento de vosotros, e por que temo que podría acaecer muy gran mal, túvelo por bien". Es curioso el error -- que han padecido los historiadores con relación a estos documentos. ALONSO MORGADO (21) da como segura la fecha del 22 de agosto de 1322 para la carta de D. Alfonso a D. Sancho y XIMENEZ LORITE (14) le -- rectifica razonablemente diciendo que mal puede el Rey Sabio haber escrito la carta en la citada fecha de 22 de agosto de 1.322, si dicho Sr. habia muerto el 21 de abril del mismo año. Y para que todo a su gusto concluye que la carta que cita ALONSO MORGADO es la que Pascual Martinez mostró al Rey D. Sancho, inserta en la Cédula Real de este monarca, y que la fecha de 22 de agosto no es de la carta -- presentada del Rey Alfonso si no el Privilegio de su hijo. Pero la carta citada por ALONSO MORGADO está dirigida a SANCHO IV cuando -- aún era principe y la que enseñó Pascual Martinez no tenia porqué encontrarse en su poder si estaba escrita a D. SANCHO, sin contar -- con que el contenido de las mismas es distinto. El origen también es diferente: la transcrita por ALONSO MORGADO es un extracto que -- puede leerse en un Privilegio de Alfonso XI conservado en el archivo del Hospital de San Lázaro de Sevilla; la de Pascual Martinez es

reproducida en el Privilegio de SANCHO IV, parcialmente copiado por los Doctores LEON, GARCIA de SALCEDO CORONEL, DAZA, FRANCOSCO SANCHEZ, BERDUGO y SOTOMAYOR (28) en su "Parecer" de 4 de octubre de 1953. Se trata, en conclusión, de dos documentos distintos y sin otra relación entre sí que la de su objeto.

Las disposiciones de FERNANDO IV se limitan a ratificar lo prescrito por sus antecesores. Y así "confirmando lo del Señor Rey D. Alonso, su abuelo: el Señor Rey D. Sancho su padre dice: Yo viendo, que es mal en los gafos de venir a guarecer entre los sanos, comer y beber con ellos, confirmóse la, e mando, que les valga".(29).

En tiempos de Alfonso XI debían ser muy numerosas las solicitaciones para el internamiento en las Casas de San Lázaro, lo que demuestra que 'éstas atravesarían un periodo floreciente.

En las vicisitudes de los hospitales de este tipo podemos apreciar que existen grandes contrastes. Al lado de periodos en que se considera la hospitalización como la mayor calamidad que puede acontecer al hombre, existen otros en que por razones de índole varia, los elementos directores se ven obligados a restringir el internamiento severamente: Lo vemos de esta forma en el Privilegio y Carta de Alonso XI dada en Sevilla a 13 de Marzo de 1.372: "Que no sean tenudos de tomar ni de recibir a la Casa Cangroso, ni otro ninguno, que sea doliente de otra dolencia, salvo los que fueren dolientes de

la Malatia de San Lázaro".

Un sentido parecido, inclinado a las restricciones, por el bie nestar material de los asilados, trasluce el siguiente párrafo de los Doctores LEON y colaboradores (29): "Item: porque de esto, y de otros muchos excesos de comer y de beber, e salir a otros vicios, el primer principio es, mandar ellos dinero y heredar sus partes en las rentas de la Casa; se mirará, si será más conveniente, para el bien de ella, el reducirlos, a que se les dé su ordinario, como se acostumbra en otros Hospitales, e Comunidades; que para su salud no tiene duda, si no conviene, que coman o beban conforme a lo que el médico les señalare, y no conforme a sus desordenados apetitos".

Gran atención y cuidado dedicó Enrique II a los lazarinos. Su política tiene acentos de dulzura, pero recobra su primitiva severi dad cuando se trata de volver por los fueros del aislamiento. Y para que puedan ser cumplidas a este respecto todas las disposiciones anteriormente acordadas inyecta savía nueva en las antiguas pragmáti cas: "e porque sino se pudiessen salir no faltassen por esto las li mosnas, proveyó el Rey Don Enrique II. De que se guardassen los Pri vilegios, a los que trahen las campanillas, y andan a demandar por la Ciudad de Sevilla" (29).

No obstante, preciso es emplear toda la sagacidad en el diag-- nóstico para no caer en el error de que sean internados en el laza-

reto enfermo que no justificaran medida tan rigurosa. Cuando la duda surja, siempre será preferible conceder un plazo al posible afectado, antes de fulminar la condena. Y el mismo criterio prevalece para aquellos enfermos aún en periodos iniciales e incluso más avanzados; durante un cierto tiempo se les permitirá que se traten por sí mismos y solo cuando este periodo sea agotado pasarán irremisiblemente al Hospital: "Y de esta manera se ha de entender lo mandado por el Señor Rey Don Enrique, en su carta, dada a 7 días del mes de Febrero, era de -- 1.414. Que fué año de nuestro Señor de 1.367, en que se dice, acerca - del examen, que se hace de si uno es malato o no: "E si fuere fallado que el comienzo de la dicha dolencia, o en mediania de ella, e dixere, que se quiere pensar, e sanar y medicinar; que el dicho Juez, que le dé plazo de un año, a que se piense, e guaresca de la dicha enferme-- dad; y si en el año cumplido, que este tal doliente no sanare de la - dicha enfermedad, y estuviere en la dicha su dolencia, mandamos, que - no haya otro plazo alguno, más que more y esté por doliente en la di- cha Casa de San Lázaro donde adelante" (29), (30).

La decadencia castellana durante la dinastía de los Trastamara también se traduce en este particular aspecto de la salubridad pública. Sucédense los reyes, transcurren los años y nada encontramos que haga alusión a los malatos ni que recuerde la frondosa legislación de los monarcas pretéritos. Es preciso que llegue la época grande de Isa

bel y Fernando, que ~~dan~~ el milagro de la resurrección de un pueblo y de la iniciación de sus rutas gloriosas, para que volvamos a encontrar la preocupación tradicional y amorosa compasión hacia los lacerados, Movidos por estos sentimientos los Reyes Católicos legislaron sobre la lepra en los años 1477, 1491 y 1498 (31)

Llega el reinado de Felipe II, que concede numerosos privilegios y facultades a los médicos. Concretamente en orden a la lepra autorizó a los Protomédicos, Alcaldes y Examinadores del Real Protomedicato dándole absoluta jurisdicción sobre los leprosos, sin intervención del Juez secular ni eclesiástico. En la Nueva Recopilación copiose una Ley que dice como sigue: "Otro si hacemos a los dichos nuestros Alcaldes y Examinadores, Alcaldes de todos los enfermos de Lepra, para que vean, cuales son aquellos que pertenecen a las Casas de San Lázaro, y los que hallaren, que deben ser apartados de la comunicación de las Gentes y deben ser puestos en las dichas Casas, les manden apartar y se aparten a las dichas Casas de Sr. San Lázaro, sopena de que cada diez mil maravedis y cada uno de ellos, que lo contrario de su mandamiento en esta parte hicieren; los cuales dichos diez mil maravedis queremos y mandamos y es nuestra merced y voluntad que sean para los sobredichos nuestros Alcaldes y Examinadores mayores y para cada uno de ellos que así juzgaren ser Leprosos y que deben ser apartados; de los cuales dichos lepro--

sos, que assi examinaren y juzgaren, queremos y mandamos que hayan por su trabajo, que en lo examinar recibieren tres doblas de oro, o su valor; y por lo que los dichos su mandamiento o mandamientos, -- sentencia o sentencias en esta parte hayan más fuerza y vigor, mandamos al Mayoral y Mayorales o Mampastor y Mampastores y otra cualquiera de ellas que reciban y acojan y tengan en ellas a los que -- assi juzgaren y senteciaren ser leprosos, y que deben ser apartados de la comunicación y participación de las gentes, sopena de cada diez mil maravedis por cada vez, que el dicho mandamiento en esta parte no cumplieren, y perdición de los dichos Oficios, los cuales dichos diez mil maravedis es nuestra merced, que sean para los reposteros de las nuestras camas y los pueden pedir ante cualquier Justicia, o Alcalde como cosa suya propia, de que no les fecemos -- merced; so la qual dicha pena mandamos, que ninguno de los Mampastores de las dichas Casas de San Lázaro, sea osado de mandar, ni -- acusar a los dichos leprosos para que sean apartados de las dichas Casas ante otro Juez Eclesiástico, ni Seglar, salvo ante los dichos nuestros Alcaldes y Examinadores Mayores y assi defendemos que nin guan Juez Eclesiástico ni seglar se entremetani pueda entremeter en el conocimiento de esta causa, salbo los dichos nuestros Alcaldes, -- como dicho es, que la determinación de esto pertenece a ellos y no a otro alguno..."

A través del bosquejo histórico de la lepra en España, que hemos intentado realizar, hemos podido darnos cuenta de la gran relación que este magno problema ha guardado con la ciudad de Sevilla - en casi todos sus momentos culminantes. Como ya en parte hemos indi-
cado el Hospital de San Lázaro fue fundado por el Rey Don Alonso El Sabio a imitación del de Palencia, que fué el primero de toda España. No se sabe fijamente la fecha de su fundación, pero es seguro - que ya estaba erigido en 1.253. (Zuñiga,32). La mayor parte de los privilegios y cédulas que hemos transcrito o comentado fueron dados en Sevilla, con la mirada puesta en su Hospital Real de San Lázaro. Otros muchos detalles podríamos aportar y así llegaríamos a un inte-
resante momento de la historia de este Hospital y de la enfermedad en nuestra población, cual es aquel en que se produjo un estudio de-
tenido de la afección por seis de los más famosos doctores de la -- época que emitieron un informe digno de ser comentado. Parece ser - que a la sazón se había pervertido la disciplina del Hospital;mu---
chos enfermos se casaban, otros recibíanse sin ser leprosos, sino -
pacientes de otras enfermedades análogas y muchos eran internados -
sin motivo, puesto que no eran contagiosos. En esta situación el li-
cenciado Martín Pérez de Bernuy, Oidor de la Real Audiencia de Sevi-
lla y Visitador del Hospital de San Lázaro en representación direc-
ta del Rey Felipe II hizo la consulta que motivó el informe al que

venimos aludiendo. Se trata de un estudio completísimo en el que -- además de las ideas etiopatogénicas de la época se estampan los -- síntomas más importantes, insistiendo sobre todo en aquellos que -- se consideran unívocos e indiscutibles y en cuya ausencia no se po-
dían justamente calificar de leproso a ningún enfermo y obrar en consecuencia. Es una preocupación constante y en la que se insiste de manera extraordinaria, pues es fácil comprender el caso de conciencia que se planteaba a los que había de hacer dictamen y pronun-
ciar la última palabra. Por una parte repugnante a su deber médico dejar en libertad a un enfermo contagioso y por otro lado tenía la enorme preocupación de proceder injustamente e internar individuos que no merecieran esta medida, considerada como un horrible castigo. Así pues trataron los doctores LEON, SALCEDO, DAZA, SANCHEZ, BERDUGO y SOTOMAYOR de precisar los más estrictamente posible las normas en -- que pudieran fundamentar su conducta los médicos y cirujanos profesores del Hospital de San Lázaro, que habrían de tener la gran responsabilidad de decidir el porvenir de los enfermos.

El "Parecer" de estos autores fué autorizado por la Real Volun-
tad de Felipe II, pero la Real Cédula desapareció sin dejar rastro.

En el reinado de Felipe III volvió a relajarse la disciplina -- del Hospital y de los enfermos por lo que tuvo necesidad de dictar una nueva Cédula en la que daba plenos poderes a los seis médicos --

citados.

La "Consulta o Parecer" de LEON y colaboradores tuvo vigencia hasta el siglo XVIII, exactamente hasta el año 1766, fecha en que un ilustre médico sevillano, el Dr. D. BONIFACIO XIMENEZ y LORITE presentó a la Real Sociedad Médica y de Ciencias de Sevilla una importante comunicación sobre la enfermedad de San Lázaro.

Ocurrió esto en la Sesión Académica del jueves 25 de abril del citado año 1.766.

El título es el siguiente: "Instrucción Médico-Legal sobre la lepra, para servir a los Reales Hospitales de San Lázaro: presentada por Don Bonifacio Ximenez y Lorite, Socio Médico de Número y Secretario primero de la Sociedad". Se trata de un trascendental trabajo, pleno de méritos, en el que va comentando punto por punto el "Parecer" de LEON y CC.- Bien es verdad que tan solo hace una crítica negativa pero no olvidemos que nos encontramos precisamente en los albores del triunfo de la duda sistemática y de la crítica universal.- El propio autor se complace en titular sus comentarios "reflexiones críticas".- Al mismo tiempo hace valer su criterio de la superioridad de las doctrinas hipocráticas sobre las galénicas.- Justo es reconocer que a través de la monografía, XIMENEZ Y LORITE demuestra una vasta cultura y una gran preparación, como puede verse en su irreprochable clasificación de la lepra y en los cuadros -

clínicos que magistralmente describe.-Llama la atención sin embargo, el que rechace algunos de los rudimentarios métodos de laboratorio expuestos por los autores de la "Consulta", pues no cabe duda que el crítico se adscribe a una medicina práctica y experimentalista y que sientra el prurito cientifista, defendiendo timidamente el dogma de la infalibilidad de lo natural, como puede verse en algunos comentarios que hace de las Sagradas Escrituras. Si tuviéramos que decidirnos por emitir un juicio sobre la "Instrucción" - que comentamos sin duda nos inclinariamos hacia el aplauso, pues - solo las mentes geniales se sobreponen a los prejuicios de su tiempo y de su ambiente.

Queda por comentar, en el aspecto histórico, otro importante suceso en relación con la lepra en la provincia de Sevilla. Nos referimos a la endemia de Lebrija, que en la época de Ximénez y Lorté tomó tanto incremento e importancia; no sería aventurado suponer que la intervención de este autor en el suceso daría lugar a - que compusiera la instrucción por haberle impresionado tan noblemente lo ocurrido en el pueblo mencionado. En aquella época se -- contaban en Lebrija 37 leprosos entre muertos y vivos. El Alcalde de la Villa Don Bartolomé de Alcón y Cala presentó una denuncia a Don Ramón de Larumbe, Asistente de la Ciudad de Sevilla, firmada - por los Dres. Campos e Hinojosa, médicos titulares de la referida

población, con la súplica de que se providenciase quitar del pueblo aquellos perjudiciales enfermos. Requerido el concurso de la Regla Sociedad, se nombró por esta una comisión integrada por los Drs. Buendia, de Arias, de Herrera y Ximénez Lorite. Trasladada a Lábrija comenzó sus tareas y del examen de los enfermos y sospechosos resul
tó que declararon siete leprosos confirmados en tercer grado, otros siete incipientes o en primer grado y cinco iminentes. Los prime--
ros fueron hospitalizados en San Lázaro de esta Ciudad, los segun--
dos internaronse en el Hospital de la localidad. Igualmente hizo la comisión investigaciones para tratar de saber el origen de la infecci
ón, tomando parte muy activa en la misma los Drs. Campos e Hinojosa
y así mismo se realizaron las gestiones pertinentes para evitar el contagio que pudiera deribarse de las viviendas utilizadas por -
los leprosos confirmados. De esta forma terminó el suceso que produjo
tan profunda impresión en los medios científico de la ciudad que en ningún caso fué superior a la que había producido en el público. Fueron estas tareas de las primeras que realizó como corporación la Real Academia de Sevilla, que de entonces a acá en tantas ocasiones se ha superado en sus actividades científicas, siempre encaminadas al bienestar de la colectividad.

Sobreviene un nuevo periodo de silencio, durante el que decrece la curva de atención a la lepra, hasta que en 1940, dos ilustres --

dermatólogos sevillanos, los doctores J.Salvador Gallardo y Conejo Mir, en la primera reunión regional Dermatológica Andaluza dan la voz de alarma de la exacerbación de la endemia hanseniana en Andalucía, ocupándose detalladamente del problema en la Andalucía occidental. Trabajo éste que ya podíamos considerar clásico, tal es su interés y tales son sus merecimientos y con el que habrá de contar siempre que se pretenda hacer una investigación seria sobre la enfermedad de San Lázaro en esta región (33).

Transcriben estadísticas oficiales y según ellas, en 1851 existían 24 casos en la provincia de Sevilla; en 1878,45; en 1904 34; en 1914,17; en 1928,22 y en 1932, 27 casos. Estas cifras deben ser no obstante duplicadas o triplicadas y por tanto en la provincia de Sevilla ha de haber por encima de 50 enfermos de lepra que exijan aislamiento y hospitalización (este número alude al probable censo de 1.940).

En la estadística oficial de 1.932, la Andalucía occidental ocupa la siguiente posición:

Córdoba: 53 casos.

Sevilla: 27 casos.

Huelva: 18 casos.

Cádiz : 11 casos.

Esto supone un 20x100 de aumento sobre la estadística de 1.928.

J. Salvador Gallardo y Conejo Mir descubren en el periodo 1934-39;40 casos de enfermos de Hansen.

Los clasifican con arreglo a la nomenclatura internacional, al estado civil, al sexo, a la edad; estudian los que hay con síntomas precoces y con formas avanzadas, eliminan la existencia de antecedentes familiares y conyugales.

Para los doctores el aspecto fundamental de la cuestión en el establecer el origen geográfico de sus casos, llegando a la importante conclusión de que en la epidemiología de la lepra en Sevilla influyen poderosamente determinados núcleos de expansión situados fuera de los límites políticos de nuestra provincia y que pueden equipararse a los focos autóctonos propios (Lebrija y Los Palacios).

En 1.931 de 21 enfermos recogidos en el Hospital de San Lázaro solo tres son naturales de Sevilla (Los Palacios, Montellano y El Sausejo).

De los 40 casos registrados por ellos solo 20 residen en la provincia de Sevilla (capital, Arahal, Lebrija, Marchena, Alcalá de Guadaira, Pilas, Montellano, Dos Hermanas, Osuna y Aznalcóllar).

Los otros 20 casos corresponden a otras provincias limítrofes con la nuestra y principalmente a dos fuertes núcleos leproso cuyas estrechas relaciones de toda índole con Sevilla son obvias (el foco onunbense y el foco pacense).

Desde 1957 a 1966 que fui encargado por el Prof. Dr. Bernardo

López del Equipo Móvil de Lepra, se censaron en la provincia de Sevilla 152 casos nuevos de lepra y en la actualidad por referencias del Dr. Quintanilla Jefe del Equipo Móvil todos los meses censa algún caso nuevo.

Terminada la parte histórica, antes de entrar en el estudio - de sus múltiples focos endémicos universales y en el estudio de la organización de la campaña antileprosa, vamos a intentar exponer lo más breve posible una actualización de los hechos bacteriológicos, - inmunológicos, histológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

E T I O L O G I A

§ Al comienzo definíamos la lepra como una enfermedad infecciosa crónica que creemos está producida por el bacilo de Hansen o *Mycobacterium leprae*, aunque para afirmarlo era preciso que se dieran todas las condiciones del postulado de Koch, hecho que no sucede en esta enfermedad, ya que no se ha conseguido cultivar el germen y las inoculaciones positivas son dudosas como diremos más adelante.

Este bacilo descubierto por Hansen en 1869 tuvo la trascendental que fué el primero que se le consideró productor de una enfermedad. Diez años más tarde NEISSER demuestra que es gran positivo y que tiene tendencia a agruparse en masas que simulan "mazas de cigarrillos" y que las denominan "Globi".

LEHMAN y NEUMAN clasifican el bacilo de Hansen como perteneciente a la familia de las Mycobacteriaceas que pertenecen a la clase de los Actinomicetos.

Son estos bacilos ácido-alcal-resistentes, o sea que no se decoloran una vez teñidos con la fucsina de ZIEHL, propiedad que obedece a la existencia en ellos de un ácido graso, el ácido micólico. Pero además se precisa para este fenómeno de la ácido-alcohol-resistencia, que esté íntegra la membrana bacilar.

Otra características de la Mycobacterias es la presentación en forma de granulaciones descubiertas por Much, que para muchos autores son consideradas como formas degenerativas del ciclo de evolución del bacilo o por la acción de la terapéutica específica empleada en el enfermo.

Las diferentes especies del género Mycobacterium pueden diferenciarse por su comportamiento en los medio de cultivo ordinario:

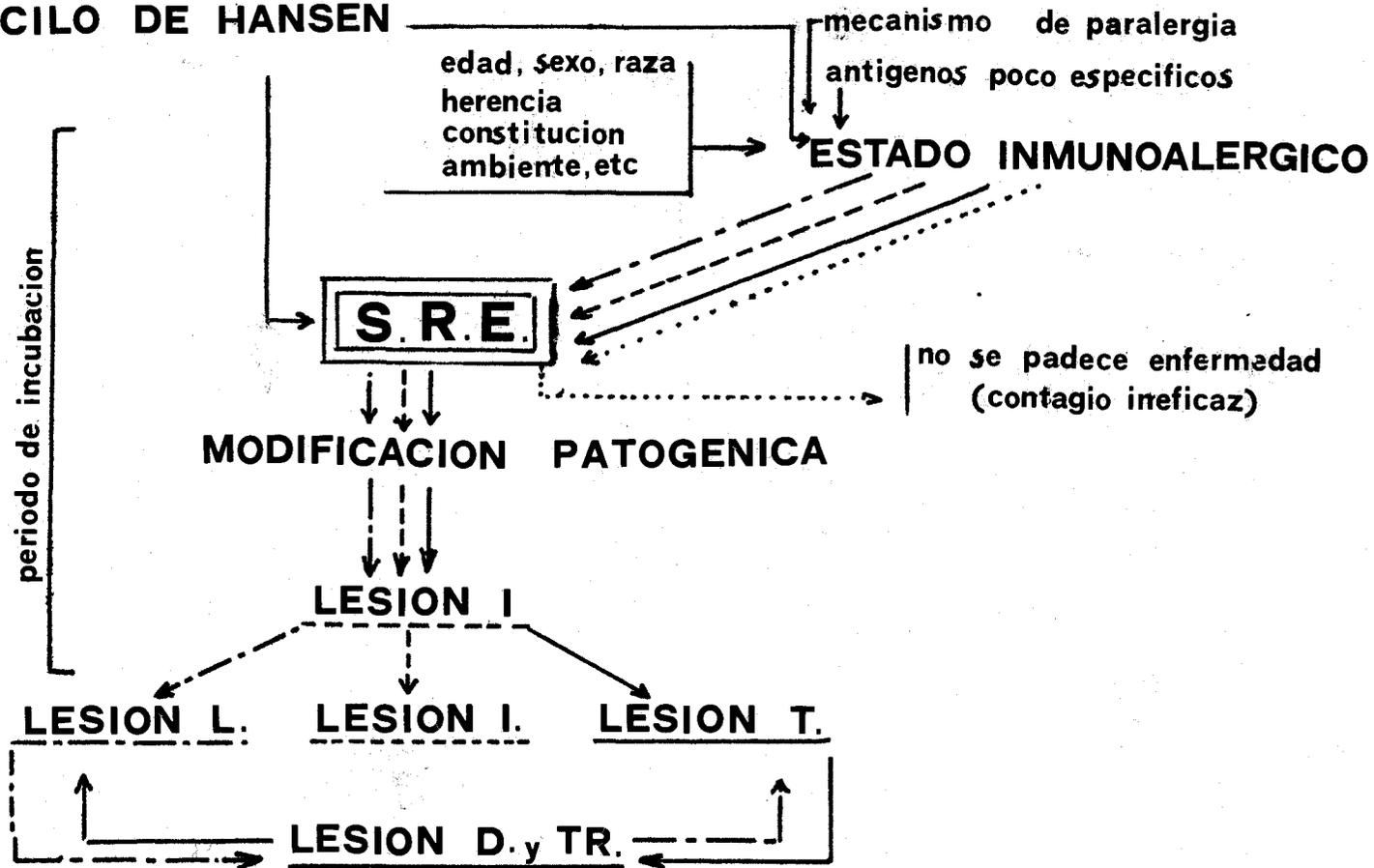
- a) Especies que no crecen: M. leprae y M. leprae murium(STEFANSKY)
- b) Especies que si crecen: a 37°:M.Paratuberculosis, M tuberculosis (humano)M.

Especies que si crecen a 33°:M. Ulcerans.

COLORACION: Es como hemos dicho GRAN positivo y se tiñe además con todas las anilinas básicas, pero la que se usa siempre es el -- ZIEHL. Hay unas formas ácido-sensibles o CIANOFILAS que en vez de -- presentarse en la tinción con color rojo lo hacen en forma desvaida o azul. El citado ácido micólico de su composición, tiene la propiedad de fijar la AURAMINA, colorante que al ser iluminado con la luz ultravioleta, emite fluorescencia, propiedad que nos puede ser muy útil para las dudas duagnóstica bacteriorlógicas.

COLORACION DIFERENCIAL.- 1º Se ha demostrado por BAUMGARTEN - que el bacilo de la lepra es más ácido-alcohol-resistente que el - de la tuberculosis, pues diluyendo la fucsina fenidada de XIEHL el

BACILO DE HANSEN



primero se tiñe y el otro no o al menos en menor intensidad.

2º El método de CHAUSSINAND y VIETTE que emplean el "negro Sudan B. y la Safronina con los siguientes resultados: el de la lepra no toma ninguno de los colorantes, el de la tuberculosis sí se tiñe con el negro Sudán B. y el bacilo de STFAUSKY con la Safronina.

MORFOESTRUCTURA. Tiene una longitud de 1 a 7 micras y un espesor de 0.4 micras. Es de forma alargada, ligeramente incurvado en el centro y algunas veces son formas granulares.

Al microscopio electrónico presentan un citoplasma homogéneo y compacto bien delimitado por una membrana. En el centro presentan un aspecto carcomido con filamentos espirales y además algunos espacios esferulares y refringentes.

Químicamente están compuestos por ácidos grasos, grasas neutras, fosfátidos y el componente ceroidal.

Su constitución antigénica está formada por un complejo constituido por fracciones proteicas, lipídicas, polisacáridas, etc., que dan lugar a la formación de anticuerpos de idéntica composición química de los cuales hablamos en la "Patología general de la lepra".

Los cultivos no han tenido éxito hasta el día de hoy.

Las inoculaciones. La mayoría han sido negativas. Hay excep-

ciones de poco valor como la de GUNDERS, en el chimpancé joven. COLLIER en manos debilitadas, ALDER, en el hamster, CHATARJEE, en ratones negros. Todas estas inoculaciones por la escasa intensidad de las lesiones originadas no han ayudado nada al conocimiento de la biología del bacilo de Hansen. Las inoculaciones al hombre han sido numerosas con resultados negativos, habiendo empleado todas las vías de entrada posible y que no mencionaremos por no alargar este trabajo.

Solo se ha conseguido la inoculación positiva en la planta de la parte posterior del ratón por SHEPARD.

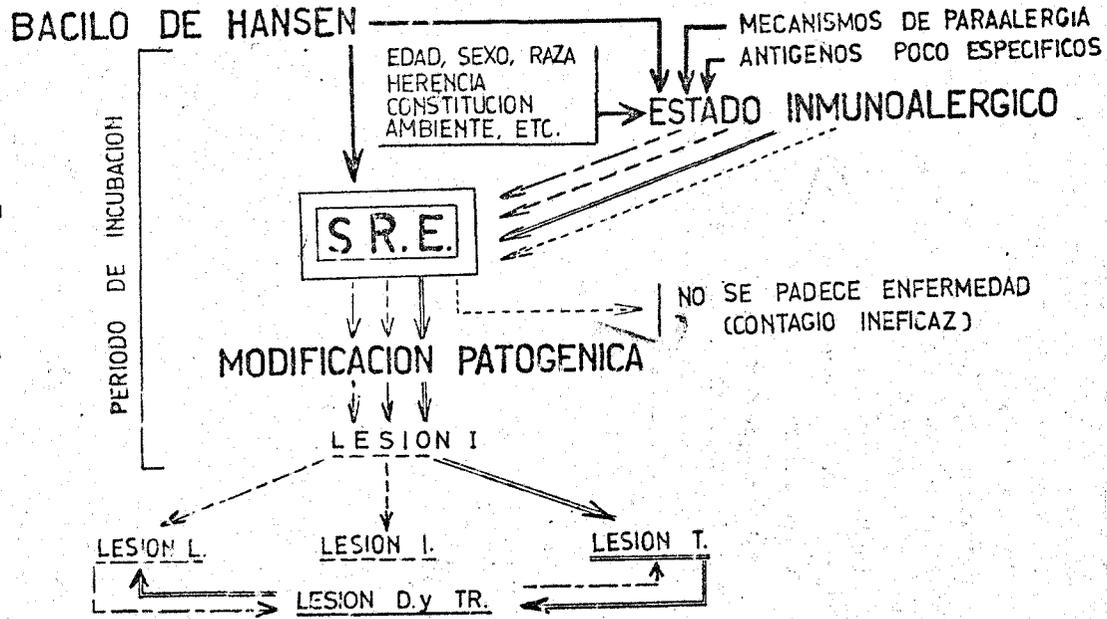
Conocidos todos estos resultados cabe preguntarse: ¿hasta qué punto puede tenerse la certeza de que se trata del agente productor de la lepra?

Lo que no cabe duda es que el bacilo se encuentra en las lesiones de estos enfermos y en los que están ausentes se sabe cómo veremos más tarde que es debido al poder bacteriolítico de las células defensivas del huésped.

Por otra parte la presencia del bacilo en el organismo humano provoca una reacción defensiva con características histológicas específicas que acreditan la patogeneidad del bacilo.

Así mismo el bacilo de Hansen no se encuentra en los individuos sanos, ni tampoco en otras lesiones que no tengan caracteris-

ESQUEMA GENERAL



Esquema I

ticas hansenianas. Por estas últimas pruebas expuestas cabe afirmar que el bacilo de Hansen es el agente productor de la lepra.

P A T O L O G I A G E N E R A L

Solo vamos a trazar un esquema de orientación procurando relacionar los distintos puntos de vista de esta enfermedad.

La lepra es en definitiva una inflamación y como tal representa una reacción viva del organismo frente a un agente etiológico, en este caso bacteriano. En esta reacción, viva, como respuesta a la acción causal, el mecanismo funcional reactivo, será de mayor o menor intensidad, según dos amplios factores la cantidad y la calidad del agente causal y por otra parte la disposición reactiva en que se encuentre el organismo agredido.

En la patología de la lepra hay que tener en cuenta dos factores el bacilo y el organismo en que penetra.

1º Característica patógenas del bacilo de Hansen.

Por lo expuesto en la bacterología, por los cultivos negativos, por la inoculaciones a animales de experimentación, aunque seguidos por algunos autores, siempre en forma dudosa sin haber alcanzado los efectos apatecidos, hacen que se conozca poco de la patogeneidad del bacilo. Lo que sabemos se ha deducido de las investigaciones morfológicas, estructurales y citoquímicas que en el se han realizado y se han comparada estas con los hallazgos en otras

mycobacterias de más fácil estudio.

El complejo antigénico del bacilo de Hansen como ya dijimos - está compuesto de fracciones proteicas, lipídicas y polisacaridas, Entre los lipidos parece descatar el componente de fosfátidos. El mosaico antigénico del bacilo de Hansen debe tener un gran parecido con el del bacilo de KOCH, probando este hecho la positividad - en ambos procesos a la reacción de MIDDLEBROOK y la posible positivación a la reacción de MITSUDA con R.C.G.

El que histologicamente exista un parecido entre las lesiones causadas por las distintas mycobacterias, obedece a que sus constituyentes comunes tienen acciones determinadas sobre los tejidos orgánicos. Efectivamente desde SABIN y JOINER se sospecha que los -- polisacáridos bacilares provocarían la infiltración de la lesión -- por polimorfonucleares neutrófilas. Los lípidos producirían una reacción histiocitaria con proliferación y transformación, Los fosfa-tidos, serian responsables de la de celulas gigantes tipo LANGHANS. La fracción homologable a la cera, produciría movilización de fibroblastos. El componente proteico puede dar lugar a todas lass reac-ciones mencionadas.

La lepra experimental de las ratas, descrita por STEFANSKY y producida por el M. Leprae Murium de morfología y tintarially se

mejante al *M. Leprae humanum*. Esta forma es solo transmisible entre las ratas por lesiones cutáneas. No es posible el cultivo del germen. Hay una forma maxculo cutánea y otra ganglionar. Histológicamente hay infiltrados de células hitiocitoides vacuoladas, con bacilos y algunas células gigantes.

La lepra del búfalo acuático parecida a la humana y que estudió LOBEL.

La lepra de las ranas descrita por MICHACAO y LA PLAGA tienen lesiones histológicas similares a la lepra lepromatosa. Su localización principal es neural.

2º Penetración del bacilo en el organismo

Hipotéticamente el bacilo debe penetrar por las vías cutánea y mucosa. Para ello se precisa una efracción cutánea y se inclinan a favor de esta vía los autores CHAUSSINAND, MARCHONX, KABAYSHI valorando para ello la existencia de la mayoría de las lesiones en partes descubiertas (países cálidos) más tarde en las linfáticas - de esas regiones por ser las vías que siguen los bacilos.

Por otra parte la penetración de bacilos a través de mucosas, concretamente por la nasal, ha tenido numerosas pruebas en contra y de suceder, ocurre en los países fríos donde son frecuentes las rinitis.

Por las mucosas intestinales y pulmonares son raras las entra

das de bacilos.

3º El organismo humano frente al bacilo de Hansen

Se desconocen las características iniciales del conflicto que se establece entre las defensas orgánicas y el bacilo. KHANOLKAR pretende demostrar que las lesiones nerviosas son muy precoces y que por tanto pudieran ser las iniciales.

Para la mayoría de los autores la enfermedad se presenta por un conflicto entre el ,bacilo y el sistema raticulo endotelial. De las condiciones en que el S.R.E. se encuentre depende que se padezca no la enfermedad, y dentro de la posibilidad positiva el que sea de una forma o de otra o lo que es lo mismo que sea más ó menos -- cantidad no influye para el contagio por depender éste más del estado inmunitario del enfermo, pero sin embargo las reinfecciones e constantes del enfermo pueden agravar la forma de lepra, pasando de una forma quiescente por ejemplo a una en reacción leprótica.

Además del factor específico e inmunitario de S.R.E. hay otro paraespecífico y paralergico que es el formado por la acción de la B.C.G. en los enfermos con Mitsuda negativo que puede virar al positivo.

También incluyen de hecho sobre el sistema defensivo orgánico los factores inespecíficos, entre los que contamos la edad, sexo, raza, constitución y los factores "ambientales". Todos ellos pueden

influir impidiendo a modificando la respuesta frente al bacilo.

Sobre todos los factores citados más o menos específicos hay - uno más decisivo que es el estado inmunológico del individuo. Este estado inmunológico puede tener tres vertientes distintas: la 1ª de defensa equilibrada-lepra indeterminada. La 2ª modalidad consistiría en abolição de la eficacia defensiva-lepromatosa- y la 3ª en la que se produce la reacción de defensa a veces hasta violenta, pero sin poder eliminar la causa etiológica-lepra tuberculoides.+

PERIODO DE INCUBACION Y LESION INICIAL

El poder patógeno del M. leprae parece que es escaso y de ahí que la reacción sea silenciosa y asintomática al menos desde el punto de vista clínico.

La lapso de tiempo que transcurre desde la penetración del ba cilo hasta la iniciación de las lesiones más o, menos específicas - "no se puede conocer con certeza" oscilando entre un mes o varios años. Durante la incubación hay un equilibrio en la lucha entre el bacilo y las defensas orgánicas, la rotura o la persistencia de él, puede dar lugar al establecimiento o no de la enfermedad y hasta su forma clínica se puede decidir.

Para la mayoría de los autores la lepra se inicia por la for ma indeterminada, opinión compartida por nosotros. A parte de la - cual se pueden dar las restantes formas.

Como la lepra es una inflamación crónica el S.R.E. juega un

papel decisivo en la modificación patogénica. Supuesta la lesión inicial en la piel, son las células del dermis representantes de este tejido las protagonistas de las lesiones hansenianas.

Los histiocitos dérmicos y principalmente esas células mesenquimatosas indiferenciadas de los espacios perivasculares y perineurales son las que van a participar desde el primer momento y más activamente. También intervienen las células endoteliales de los vasos sanguíneos y linfáticos, estas se liberan de su trama hística y se comportan como las células del mesenquima.

Intervienen en menor escala las células de SCHWAN de las fibras nerviosas o de los mismos axones.

Las células mesenquimatosas portadoras de las características inmunoalérgicas del individuo llevarán la batuta del organismo. Ellas mantendrán el equilibrio defensivo en la forma indeterminada, se modificarán y defenderán en la forma L, albergando en sus vacuolas cantidades enormes de bacilos. Se transformarán otras veces en células epiteloides o gigantes de tipo Sanghans para destruir bacilos en la forma T.

Además de estas acciones específicas las células mesenquimatosas orientan a veces su capacidad hacia la formación de sustancias amorfa que después influirá en la configuración y localización o disminución de las lesiones. También las células mesenqui-

males elaboran fibras reticulares y precolagenas que nos sirven para el reconocimiento histológico de las lesiones,

Las células mesenquimatosas más diferenciadas, como los fibroblastos contribuyen al control de la sustancia amorfa y elaboran la colágena, fenómeno de gran interés en la cicatrización y tan marcado en la lepra, que se la ha considerado como enfermedad fibro--sante.

Las células cebadas guardan relación con la producción de sustancia amorfa y con los fenómenos histamínicos.

De las células hemáticas las que intervienen en mayor grado - en la lepra son los "linfocitos", se hallan en todas las lesiones y parece que ellas con las células del S.R.E. son las responsables de la formación de los anticuerpos y de otras proteínas que sumadas a las de las desintegraciones histicas darían lugar a las dispro--teinas de estos enfermos.

Inmunología. La resistencia a la infección varía según las - razas, aunque la adquieren todas ellas. No hay inmunidad en los -- pueblos aborígenes, demostrado por el rápido contagio al trasladar los a una zona endémica, este hecho prueba que en lugar de una inmunidad natural es adquirida como sucede en los pueblos donde la - endemia es vieja y el individuo se está reinfectando constantemen- te, este hcho lo hemos observado en varias casas que con un MITSUDA

negativo al cabo de cierto tiempo de convivencia con el enfermo se ha positivado, sin haber puesto en práctica medio alguno para alérgico como la B.C G.

H I S T O P A T O L O G I A

En parte se ha esbozado, al estudiar la penetración del bacilo con su complejo antigénico y la respuesta de su huesped.

Hablábamos de que la lepra era una inflamación crónica y que a aún siendo el mismo agente patógeno, la calidad o modalidad de las defensas hacen posible la aparición de lesiones específicas o inespecíficas. Por este motivo la histopatología nos sirve para hacer el diagnóstico, sobre todo en los tipos polares y también para conocer el tipo de respuesta que el organismo humano ha fabricado frente al bacilo; es decir, nos permitirá clasificar a los enfermos según su modalidad defensiva, lo que es de gran interés para sentar las bases del tratamiento. Si los bacilos llegados a la piel producen alteraciones en los tejidos del contagiado, allí hay una inflamación que liberaría Histamina y Substancia H, que darían lugar a una vasodilatación. Esta hiperemia produce conflictos en los vasos finos obstruyéndolos originando un estasis, entonces las paredes se alteran y el plasma se escapa de los tejidos vecinos, comenzando así la "exudación". Inmediatamente los leucocitos de la sangre se

sienten atraídos por los bacilos y por las substancias del foco inflamatorio, saliendo por diapedesis e infiltrando el foco. En la mayoría de las infecciones estos leucocitos y el plasma son suficientes para hacer volver todo a la normalidad. En la lepra no ocurre así, se pone en marcha otro mecanismo defensivo que consiste en la "proliferación" de las células conjuntivas del foco inflamatorio (histiocitos).

Estos histiocitos son los que intentan aniquilar a los bacilos. Los histiocitos conservan su forma y estructura en la lepra indeterminada. Cuando realizan una defensa más eficaz se modifican la forma y estructura (células epiteloides y células gigantes). Otras veces los bacilos originan formas degenerativas de los histiocitos transformándolos en células vacuoladas o espumosas de Virchow.

HISTOPATOLOGIA DE LA LEPRO INDETERMINADA

"Lesiones cutáneas". Las lesiones son mínimas, reducidas a simples infiltrados de linfocitos e histiocitos situados en torno a los vasos y fibras nerviosas del dermis.

No hay rasgo alguno de especificidad. Se observan bacilos en el 15% de los casos.

En los troncos nerviosos situados entre dermis e hipodermis se ven histiocitos y linfocitos en torno o infiltrándose en ellos.

La evolución histológica en esta forma puede ser hacia la cu
ración o hacia los otros tipos de lepra más grave.

Lesiones viscerales no las hay.

HISTOPATOLOGIA DE LA LEPPRA TUBERCULOIDE

"Lesiones cutáneas". En la epidermis hay hiperqueratosis y pa
raqueratosis, con discreta excocitosis y exoserosis acompañadas de
alteraciones degenerativas del estrato basal que da lugar a un --
aplanamiento y atrofia de la epidermis.

Estas lesiones son debidas unas veces a la compresión del in-
filitado y otras por alteraciones vasculares y nerviosas.

En la dermis se encuentran infiltrados inflamatorios integra-
dos por células epiteloides, células gigantes de tipo Langhans y -
linfocitos, no evolucionando hacia la necrosis gaseosa.

En ocasiones los infiltrados son perivasculares y perineura--
les adoptando un aspecto cordonal.+

Un hecho de interés lo constituye la afectación de los tron--
cos nerviosos dermohipodérmicos, esta afectación es masiva, de tal
forma, que las células epiteloides se infiltran entre las neurofi-
drillas, las disgregan y las destruyen completamente.

Otro rasgo de importancia, es el histoquímico, Las células epi
teloides no contienen lípidos en su citoplasma y la cantidad de --
fosfatasa ácidas, lipasas y esterases es mínima

Son escasos o están ausentes los bacilos.

Todo lo dicho hasta aquí corresponde a la forma "quiescente" de la lepra tuberculoide.

HISTOPATOLOGIA DE LA REACCION LEPROTICA TUBERCULOIDE.

Las lesiones preexistentes se hacen turgentes y aumenta su -- eritema. Las lesiones crecen y aparecen otras nuevas.

Histologicamente llama la atención la dilatación de los vasos y el edema intenso. Los infiltrados tienden a confluir dando lugar a lesiones compactas y densas, aumentan las células gigantes. Hay muy escasos bacilos.

HISTOPATOLOGIA DE LA LEPRO TUBERCULOIDE REACCIONAL.

Es un granuloma tuberculoide, con ciertas peculiaridades clínicas, bacteriológicas e inmunológicas, Las lesiones cutáneas son turgentes, eritematosas, elevadas y mal delimitadas. Se observan bacilos. La reacción de Mitsuda se hace debilmente positiva o negativa.

El infiltrado inflamatorio observable en el dermis suele ser di fusos y con tendencia a la fusión. Hay vasodilatación, con tumefacción de las células endoteliales de los vasos. Existe un gran edema que disocia la trama conjuntiva y da lugar a una vacuolización de las cé lulas epiteloides. Las células gigantes son muy escasas. Hay fosfata sas ácidas en las células epiteloides. No hay lesiones viscerales.

HISTOPATOLOGIA DE LA LEPROA LEPROMATOSA.

"Lesiones cutáneas". La epidermis cuando el infiltrado lepromatosa no es muy voluminoso es normal, pero en el caso contrario se abomba, se aplana y da una falsa sensación de atrofia.

Conserva el estrato basal debido a una banda conjuntiva subepidérmica banda de URNA) que separa perfectamente el epitelio del infiltrado lepromatoso.

En el dermis encontramos en torno a los vasos nervios y anejos

LOS INFILTRADOS

Otras veces los infiltrados confluyen formando nódulos dérmicos o dermo-hipodérmicos bien delimitados correspondiendo a los lepromas clínicos.

Los infiltrados al comienzo están formados por histiocitos grandes y linfocitos entremezclados arbitrariamente. Enseguida aparecen en los histiocitos diminutas vacuolas llenas de lípidos.

Los linfocitos comienzan a disminuir. Sigue la fase degenerativa en la células vacuoladas perdiendo sus núcleos y llenándose de mayores cavidades llenas de los citados lípidos, bacilos y glea.

Los lípidos parecen que proceden de los residuos metabólicos del bacilo y de la desintegración de lipoproteínas de las células lepromatosas.

HISTOPATOLOGIA DE LAS LEPRORREACCIONES LEPMATOSAS

En las reacciones se observan "vascularitis" o sea que hay inflamación en las paredes de los vasos y en su vecindad, recordando a veces las lesiones del "eritema nudoso".

Lesiones viscerales: Si las hay en la lepra lepromatosa, que se pueden clasificar en dos grupos: inflamatorias y degenerativas. A su vez es preciso dividir las lesiones inflamatorias en específicas e inespecíficas.

1º Lesiones inespecíficas son: la hepatitis serosa, hepatitis intersticial, nefritis intersticial, nefritis focal. Todas estas formas suelen presentarse en los "brotes reaccionales".

2º Lesiones inflamatorias específicas. Consiste en la aparición de pequeños lepromas en diversas vísceras.

Las lesiones son frecuentes en boca, faringe, hígado, fosas nasales, laringe, tráquea, bronquios, vasos sanguíneos, huesos, articulaciones, testículos, suprarrenales, bazo, ganglios linfáticos, ojos y nervios periféricos.

El diagnóstico hispológico es fácil sobre todo si lo orientamos a la búsqueda de los lípidos.

Lesiones degenerativas: Hay dos tipos de lesiones degenerativas, la amiloidosis y la fibroesclerosis.

La amiloidosis es muy frecuente en la lepra lepromatosa.

Sobre todo cuando son repetidas e intensas las leproreacciones.

Consiste en el depósito de una substancia de composición heterogénea en los territorios perivasculares de algunos órganos (hígado, riñón, bazo, suprarrenales etc).

La fibroesclerosis consiste en la formación de un tejido conjuntivo denso y retractil que forma una cicatriz y que sustituye a los parenquimas. Tal proceso tiene lugar en la piel en las articulaciones y en los nervios. También se da este fenómeno en riñón y bazo.

HISTOPATOLOGIA DE LA LEPROA DIMORFA

Es un grupo intermedio entre las dos polares (tuberculoide y lepromatosa). Sus lesiones no encajan bien ni en un tipo ni en otro y se parecen a enfermos tuberculoides en una fase de inestabilidad amenazando con transformarse en lepromatosos, sin embargo a la que tiene más parecido es la tuberculoide reaccional. Son enfermos tuberculoides, con lesiones infiltradas, con bacilos abundantes, con Mitsuda negativo amenazando en cada brote con transformarse en lepromatosos, hecho que nunca sucede.

Por lo expuesto se podía incluir en un mismo grupo la tuberculoide reaccional y la Dimorfa o Bardeline.

Histologicamente hay un granuloma tuberculoide reaccional con algunos rasgos que lo hacen confuso. Entre las células epiteloides abundan los linfocitos y células histiocitarias jóvenes, lo que da

un aspecto global abigarrado.

C L A S I F I C A C I O N D E L A L E P R A

En el año 1.953 en el Congreso de lepra celebrado en Madrid - se acordó una clasificación de esta enfermedad fundamentada en hechos clínicos, bacteriológicos, inmuno-alérgicos e histopatológico.

Sobre estos hechos la clasificación se basa en primer término en lo "clínico" (morfología, color, infiltración etc., de las lesiones) en segundo término lo bacteriológico, continuando las inmunoalérgicas y por último la histopatológico.

Valorando los hechos expuestos tenemos dos formas polares: la lepromatosa y la tuberculoide, que reciben el nombre de TIPO L y - TIPO T por tener una clínica definida, quedan otras dos formas de "clínica indefinida" que se las denominan GRUPOS y son la Lepra In determinada y la Lepra BORDELIN o DIMORFA.

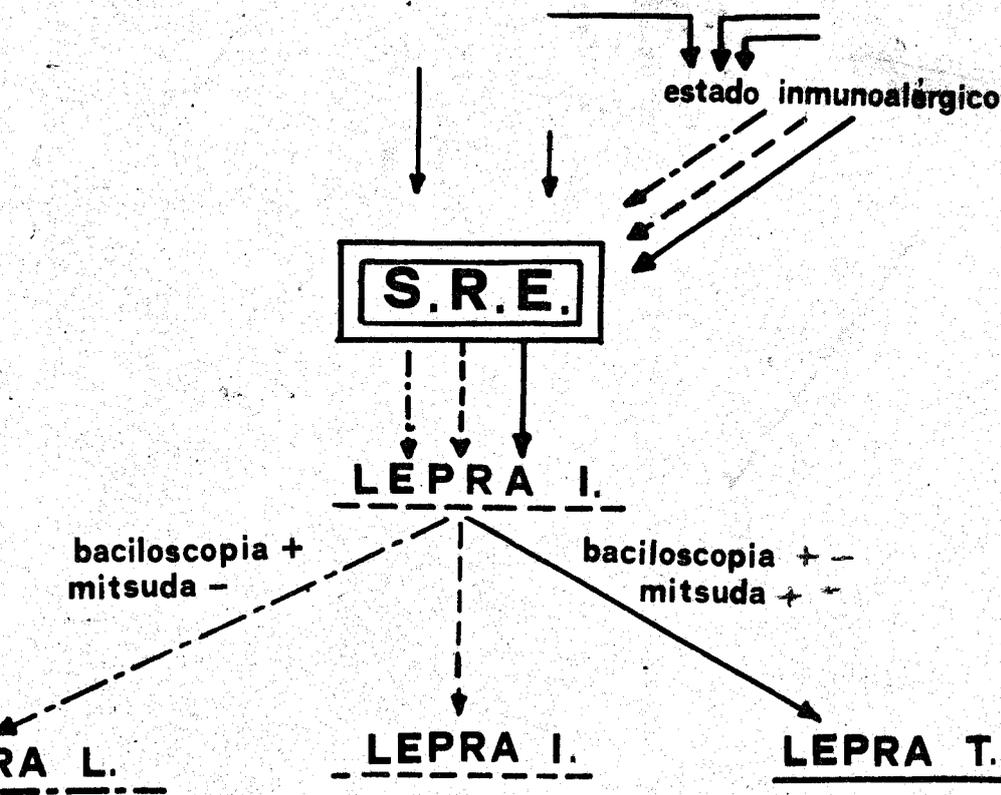
El tipo lepromatoso es maligno y por ser bacilíferos contagioso constantemente.

El tipo tuberculoide es benigno, poco o nada contagioso.

El grupo Indeterminado el 50% es benigno o sea todas las que no se transforman en lepromatosas.

El grupo Bordeline es maligno e inestable, contagioso.

LEPRA INDETERMINADA



Lepra indeterminada. Su lesión más frecuente es la "mancha hipocrónica", es inestable, con baciloscopia positiva y negativa, igualmente ocurre con la reacción de Mitsuda (- +).

Clinica. Hay lesiones neurales y cutáneas.

Cutáneas: son máculas sin relieve, sin límites, sin infiltraciones con menos pigmentación que el resto de la piel. Hay máculas eritematosas, otras veces eritemato-hipocrónicas. Tienen tamaño y formas variables. Se localizan en nalga, tronco, espalda abdomen y cara. Son poco numerosas.

En todas las máculas hay pérdida de la sensibilidad térmica dolorosa y por último la táctil. Se observa pérdida del vello y anhidrosis que se puede comprobar con la clásica prueba de la pilocarpina. La prueba de la "histamina" es patológica en las lesiones o sea que falta el halo rojo de la triada de Lewis, por la destrucción de los axones y por tanto del reflejo vasodilatador anti-drómico.

Las lesiones de este grupo indeterminado, pueden evolucionar hacia la forma plepromatosa. Cuando esto va a suceder, tienen la reacción de Mitsuda negativa y la baciloscopia suele ser positiva.

La histopatología corresponde generalmente como ya se ha dicho a una inflamación banal porque aún no se ha presentado la alergia, en los casos de energía como son los que van a virar hacia la forma le-

promatosa se ven a veces histiocitos vacuolados y algunos bacilos.

El pigmento de la capa basal suele estar disminuido o desaparecido.

Entre las lesiones extraecutáneas suele haber en este grupo - rinitis con epístasis y en las formas que van a virar hacia la tuberculoide se inician lesiones neurales ascendentes.

LEPRA LEPROMATOSA

Sus lesiones principales son: Máculas y leproma.

Los lepromas suelen formarse sobre léprides eritematosas rara vez comienzan sobre piel sana. Los Lepromas aparecen poco a poco o en forma de brote de aspecto nodular del tamaño comprendido entre el de un guisante al de una nuez, de color rojo violáceo o cobrizo. La piel que los cubre ha perdido la sensibilidad térmica y dolorosa lo que permite que podamos hacer hasta una biopsia sin anestesia.

Se localizan en la cara y superficie de extensión de los miembros. En las cejas ocasionando alopecias de ellas, pabellones auriculares, mentón.

Cuando se localiza en toda la cara y adopta ésta una forma -- abollonada se la denomina "facie leonina"

En otras formas los infiltrados concluyen unos con otros en -- forma difusa, dándole a la cara un aspecto edematoso denominándose

"facies mongólica de NEGRO que recuerda a la cara de la leucemia cutis y algunas mucosis fungoides

Hay otra forma similar a ésta con infiltración difusa pero además se presenta un fenómeno necrótico difuso, constituyendo la llamada "lepra de LUCIO".

En esta forma de lepra como el individuo está en plena energía se difunde el proceso por todo el organismo, dando lugar a múltiples lesiones viscerales de las cuales las más importantes son: en los -- ojos (queratitis e iritis) que ocasionan ceguera la mayoría de las -- veces. En la nariz ocasionan rinitis serosas purulentas y terminan -- destruyendo huesos y cartílagos dando lugar a las narices en cañón -- de escopeta, hoja de trébol, etc. Hay perforaciones de velo del paladar, Laringitis con un timbre de voz típico. Ocena. Hay alopecia de cola de caja y en el límite de piel y pelo hay pérdida de una banda de este alrededor dando la sensación de que lleva puesta una peluca.

En el hígado ocasionan hepatitis serosa, hepatitis específica, hepatitis reparativas entre las que tenemos las amiloidosis y la fibroesclerosis.

En el bazo tenemos lesiones iguales a las descritas en el hígado.

En el riñón son raras las lesiones específicas, sin embargo las hay inespecíficas que forman nefritis intersticial y focal sin embardar

LEPRA LEPROMATOSA

ESTADO INMUNOALERGICO

S.R.E.

anergia
brotes hiperergicos

INFLAMACION ALERGICA
(leproreaccion)

LEPRA L.

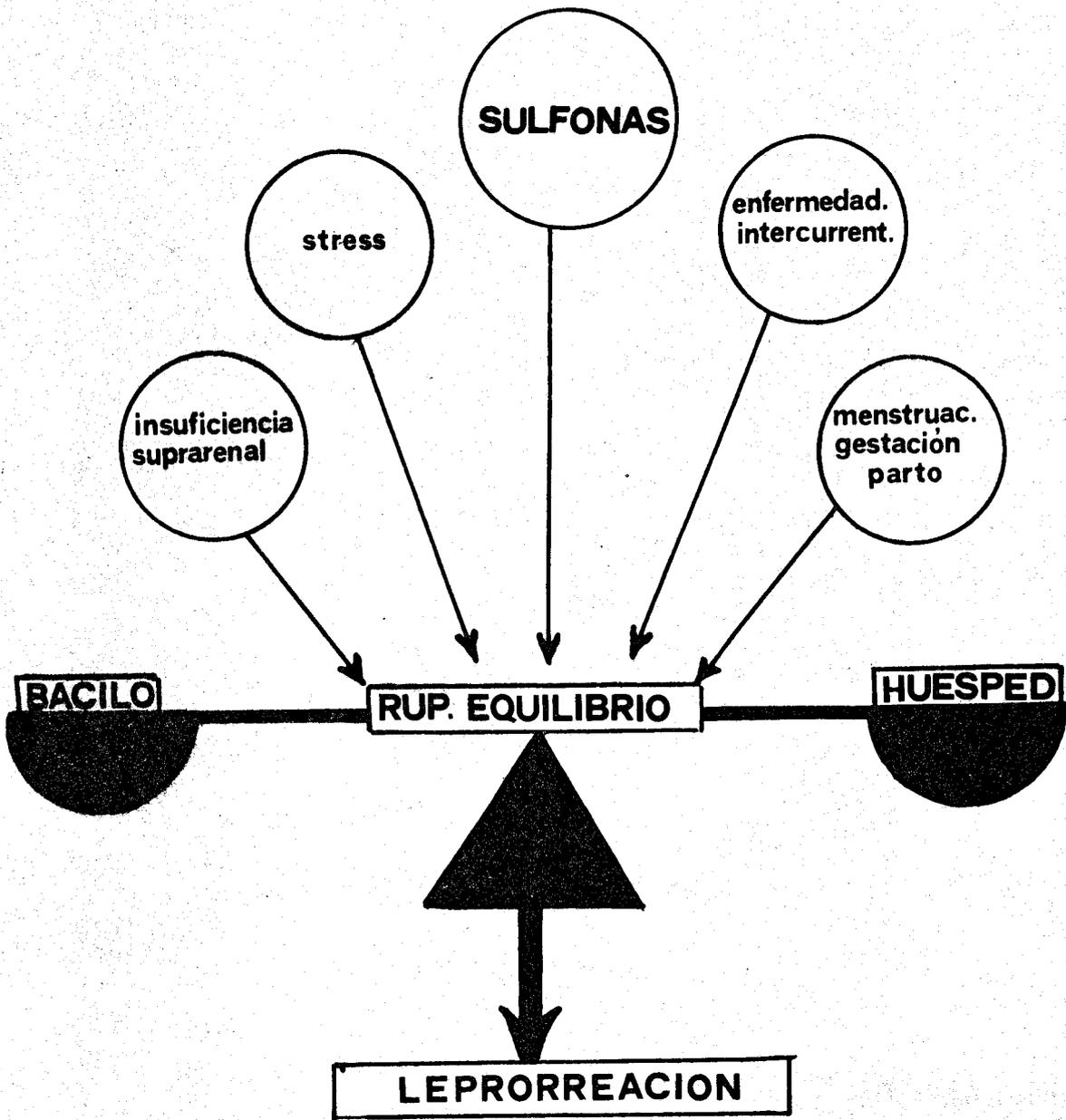
nuevas lesiones

vascularitis

secuelas metaorgasticas

bacteriemias

lesiones viscerales especificas



go son frecuentes en el riñón (la amiloidosis y la fibroesclerosis.

En sangre hay disproteinemia y anemia. Entre las endocrinopatías tenemos las mastitis masculinas y las orquiepidemitis

Esta forma es la más grave siendo mortal en muchos casos por degeneración amiloidea y fibroesclerosis que llevan al enfermo a caquexia y muerte.

Esta forma es también la más contagiosa por ser bacilíferos todos ellos.

Periodicamente sufre agudizaciones en todo su sintomatología - constituyendo lo que se llama reacción leprosa que se caracteriza por la aparición de fiebre alta, sus lesiones se ponen turgentes, más infiltradas, con un color rojo vivo, hay malestar general, vómitos, artralgias, neuralgias y delirio. Además de las lesiones que se han agudizado aparecen otras nuevas que ya continuarán hasta su curación. Para JADASSCHN la reacción leprosa es una respuesta alérgica a una intensa diseminación hematógena de bacilos. Según Rodríguez las reacciones leprosas empeoran la enfermedad y cuando son muy repetidas los enfermos terminan por morir.

Hay otra forma de reacción leprosa que objetivamente recuerdan algunos procesos cutáneos, así tenemos "eritema nudoso leproso" "eritema exudativo multiforme", ambas formas suelen ser graves y recidivantes.

LEPRA TUBERCULOIDE

Este tipo polar de lepra es más benigno que el anterior y no suele ser infectocontagioso, ni ocasionar lesiones viscerales.

Histológicamente fue estudiada primeramente por Ramón y Cajal -- al descubrir que algunas lesiones leprosas tenían estructura tuberculoide (con células epiteloides y gigantes).

El que la individualizó clínicamente fué Jadassohn en 1898, al describir lesiones netamente infiltradas, bien delimitadas, de forma circular y de aspecto lupoides siendo muy difícil el diferenciarlas -- del lupus plano tuberculoso tanto clínica como histológicamente.

Wade divide las formas clínicas por la extensión de los infiltrados en "menor" cuando el proceso asienta solo en la dermis y "mayor" -- cuando comprende todo el tegumento y a veces hasta el hipodermis.

Clinicamente se divide la lepra tuberculoide en la forma clásica o "quiescente" y en la forma "neural pura".

RABELLO distingue las siguientes variedades: léprides eritematosas simples de color rosa pálido o violáceo con bordes bien definidos a veces urticados y con curación central, léprides eritematohipocrómicas presentándose en forma de placas decoloradas alternando con el eritema con bordes siempre rojo muy acusados y bien delimitados. Léprides papuloides tienen un aspecto sífiloide presentándose en --

forma de pequeñas pápulas miliares que le dan un aspecto liquenoide. Léprides tuberosas son nódulos muy infiltrados que se parecen mucho a los sarcoides tuberosos tanto clínica como histológicamente diferenciándose únicamente porque en la lepra se afectan las terminaciones nerviosas de la dermis. Léprides nodulares que clínicamente son similares a los lipomas sin embargo su estructura es tuberculoides, la reacción de Mitsuda es positiva etc.

Todas las lesiones mencionadas en la lepra tuberculoides suelen ser quiescentes estando a veces muchos años sin variación alguna. En algunas ocasiones hay reactivaciones de estas lesiones constituyendo "las reacciones tuberculoides" que se acompañan de un aumento de la infiltración sobre todo en los bordes toman un color rojo más vivo, con escasa repercusión general. Durante estos brotes no suelen aparecer nuevas lesiones.

Lepra tuberculoides neural pura. Como el *Mycobacterium leprae* tiene un acentuado tropismo por los nervios periféricos "finos nervios cutáneos" y "gruesos troncos nerviosos" puede haber enfermos de este proceso sin ninguna alteración cutánea.

Los troncos nerviosos más afectados por la lepra son: el cubital que está engrosado en forma arrosariada por encima del canal epitroqueo. Por encima de la muñeca se puede palpar el mediano. El

tibial posterior tres o cuatro centímetros por encima de la articu-
lación de la gargante del pie. La rama oftálmica del facial a ni-
vel del conducto óseo facila. Rara vez se afecta el radial y se --
palpa por encima del codo a nivel de la facia en su trayecto hacia
el húmero. El retroauricular .

Histologicamente como ya hemos dicho hay un gran edema dentro
de la vaina nerviosa con infiltración de células epiteloides que --
forman infiltrados que determinan la interrupción de la conducción
nerviosa siendo reversible si al desaparecer no se han destruido la
fibras hecho que solo ocurre cuando se hacen los diagnosticos y tra-
tamiento precoces. En muchos casos hay una gran mejoría si se hace
a tiempo la descapsulación del nervio.

Cuando la curación es por desaparición de los infiltrados es --
tos son sustituidos por tejido fibroso y aunque hayamos conseguido
la curación clínica hemos ocasionado una neuritis permanente por la
neoformación habida . .

Para resumir y no hacer muy extenso este trabajo diremos que --
estas formas de lepra dan lugar a neuritis , parálisis motoras, y
transtornos tróficos de los cuales el máa frecuente es el "mal per-
forante" que ocasiona reabsorciones óseas seguidas de grandes muti-
laciones.

Lepra tuberculoide reaccional. Se caracteriza por brotes de --

LEPRA TUBERCULOIDE

ESTADO INMUNOALERGICO

S.R.E.

hiperergia
brotes hiperergicos
hipoergia

eficacia
relativa

menor efic.

mayor efic.

lesion tuberculoide
reaccional

orientacion
hacia

D

L

LEPRA T.

INFLAMACION ALERGICA
(leporreaccion)

nuevas lesiones

vascularit.

secuela
metaorganica

lesiones infiltradas, suculentas en placas que aparecen de una forma brusca sin casi sintomatología anterior, para que al cabo de unas semanas quede el enfermo libre de toda lesión hasta que aparezca un -- nuevo brote. Tiene una estructura tuberculoide y son bacilíferas. La reacción de Mitsuda es debilmente positiva comparada con la de la tuberculoide clásica.

Lepra Bordeline de Wade o intermediaria de Cochrane.

Para Wade sería una forma iniciada en una recidiva tuberculoide que adquiere "condición Bordeline".

Para Cochrane se trataría de lesiones intermedias que no son ni lepromatosas, ni tuberculoides, ni indeterminadas.

Esta forma si existe es muy difícil diferenciarla de la "tuberculoide reaccional", solo hay diferencias de grado, Gay y Souza Campos en 1960 en Rio Janeiro propusieron fundir en un grupo la tuberculoide reaccional y la Bordeline, que comprendería desde la reacción tuberculoide hasta las formas lepromatosas menos intensas.

Para CONVIT la única diferencia es que en la Bordeline aparece azul de metileno en las lesiones, si este se ha inyectado por vía -- venosa.

Para Wade en las lesiones hay una zona central de piel sana "zona immune" limitada por bordes muy bien definidos, en contraposición

con los bordes externos que están mal delimitados.

Es una forma inestable, sus lesiones evolucionan por brotes, se observan bacilos en piel.

TRATAMIENTO

Deben realizarse éstos lo más precozmente posible continuando los durante varios años aunque haya silencio clínico y bacteriológico. Tratar todas las enfermedades asociadas que tengan. Mejorar al máximo sus condiciones higiénicas, alimenticias, etc.

La medicación específica y curativa es la sulfona madre con todos sus derivados.

La fórmula básica es R-SO₂ R. Esta sulfona madre es el 4,4 -- diamino-difenil-sulfona (D D S de los anglosajones). Se utilizó -- por primera vez como agente antileproso en 1949 por Cochrane y Rist. Es más curativa que las sulfonas bisustituídas pero a su vez es más tóxica.

La O.M.S. recomendó la siguiente pauta: primer mes 25 miligramos diarios, segundo mes 50 miligramos diarios, tercer mes 75 miligramos diarios y desde el cuarto 100 miligramos, estas dosis dieron lugar a muchas anemias ferropénicas y a un gran aumento en número de reacciones leprosas. En la actualidad las dosis es de 2 a 5 miligramos diarios descansando un día todas las semanas.

También se usan el Promín, Sulfatrona, Timosulfón, Sulfona Esteve, Sulfona Faes, D.T.P. de Ciba, Lampren y ultimamente el Rifaldín que es de los más curativos pero de los más costosos.

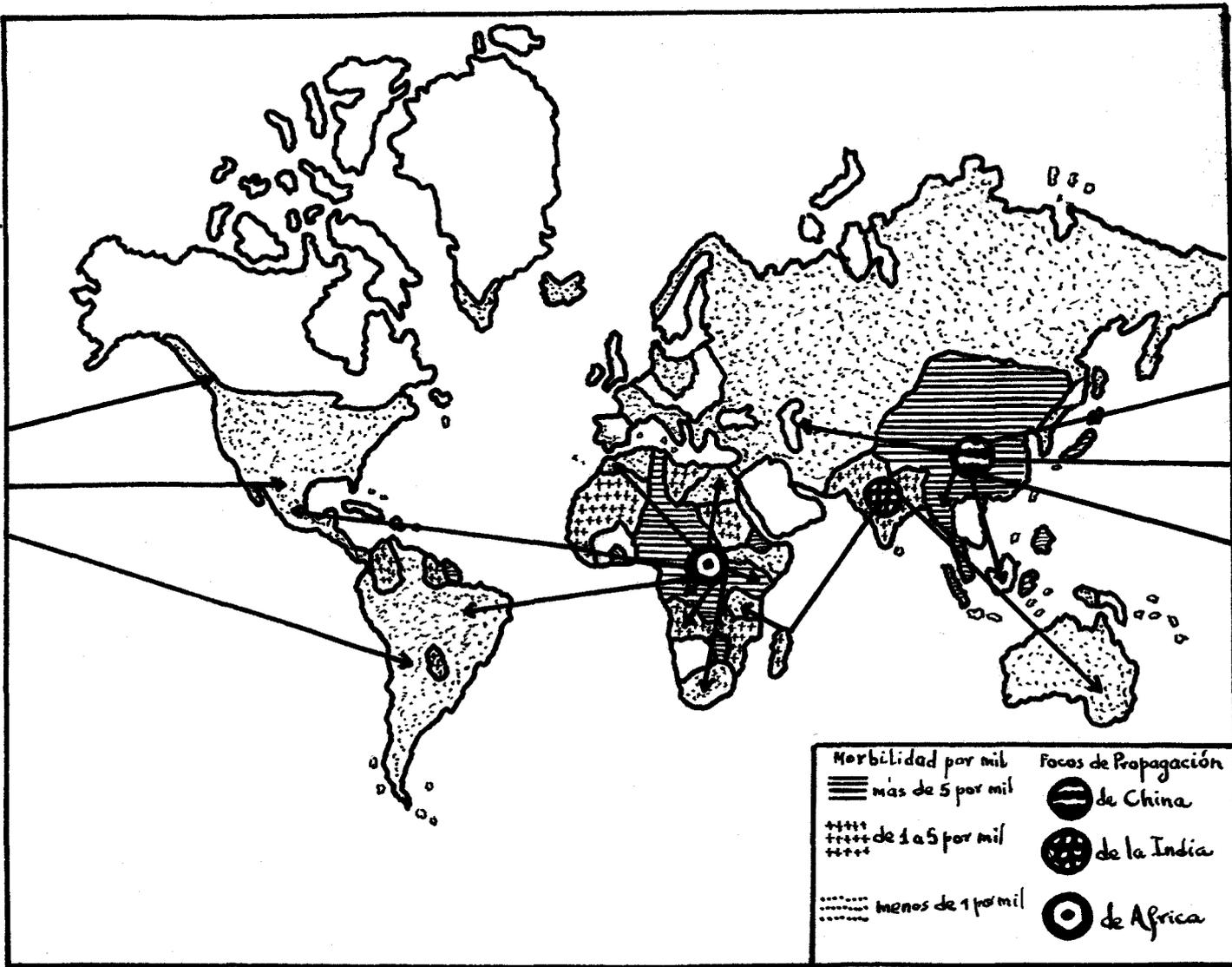
En las leproreacciones comenzaron empleándose con buenos resultados los Corticosteroides pero se vió que al cesar su empleo daban lugar a reacciones de rebote que obligaban a su uso constante con los riesgos consiguientes que origina esta medicación.

Hoy se emplea con muy buenos resultados la Talidomida a la dosis diaria de 300 a 400 mil'igramos.

D I S T R I B U C I O N D E L A L E P R A

Lo mismo que la enfermedad invade todo el organismo, ocurre con su distribución por el mundo; es conocida en él desde la más remota antigüedad, pues como hemos dicho, la menciona Moisés en el Levítico cap. 13 y sigue en la actualidad siendo un problema de importancia mundial, por encontrarse en estado endémico en regiones de bajo nivel de vida por sus condiciones alimenticias e higiénicas, Infiuye también grandemente en su extensión el grado de humedad de la atmósfera y la temperatura, siendo proporcional al endemismo al aumento de estos dos factores, como ocurre en los trópicos.

Para Rogers y Muir (34) el foco originario de la lepra debió estar situado en la parte septentrional del centro de Africa. En Asia menor fué descrita la enfermedad 345 años antes de J.S. y desde entonces se fué extendiendo gradualmente a los países occidentales, hasta que Pompeya la trajo a Europa después de sus luchas contra los asirios y egipcios. Más tarde las Cruzadas la generalizaron por toda Europa. Durante los siglos XIV y XV, en Europa disminuyó quizás por los aislamientos forzosos, pero se extendió al hemisferio occidental a raíz de su conquista. En los últimos 80 años se ha extendido ampliamente por Oceanía, donde según BRINCKERHOFF y MOORE (35) hay un enfermo por cada 40 habitantes. En la actualidad donde es más frecuen-



te es en los trópicos por sus altos de temperatura y humedad, como decimos anteriormente. Otra de las zonas donde más abundan es en el Africa ecuatorial, en una larga zona que se extiende desde Asam y Burna a través de Malaya y la Indochina, hasta las islas del Pacífico. Igualmente en las Indias occidentales y en la parte septentrional de América del Sur.

En Africa la endemia leprosa es similar a la de Asia, aunque sus cifras no lo represente a causa de estar mal censados los enfermos. En algunas zonas de Africa Oriental hay un leproso por cada 16 habitantes. En el Sudán la endemia leprosa actual toma caracteres alarmantes por la rapidez de su difusión.

En Asia es donde la lepra alcanza más extensión; tenemos a China con más de dos millones de enfermos, siendo mayor su endemia en el sudeste, atribuyendo a estos habitantes la propagación al suroeste y a las islas adyacentes por las frecuentes emigraciones entre una y otra zona.

En la India también hay cerca de un millón de leprosos.

En las Indias occidentales y América del Sur, existen focos importantes, pero no llegan ni con mucho a los asiáticos.

En Europa el problema de la lepra es considerablemente menor que en otras partes del mundo; sin embargo sanitariamente constituye una preocupación, por quedar focos de alguna consideración en su

parte meridional (países balcánicos, Italia y España).

El foco escandinavo, muy importante en tiempos pasados, practi-
camente se halla hoy extinguido con el solo hecho de los aislamien-
tos correctos como decimos en otro punto. En los países bálticos hay
algunos casos que no llegan a constituir endemia.

En la zona central tampoco existen verdaderos focos, solo hay
casos esporádicos y la mayoría de las veces son importados.

La distribución por provincias españolas no refleja la verdad
por lo inexacto que son los Censos y por tanto no podemos estable-
cer la "endemia española" para que con arreglo a ella se inicie una
verdadera lucha antileprosa.

El censo del año 1932 comprendía 883 enfermos, posteriormente
los casos aumentaron en los años de la guerra por falta de medica-
ción y por las salidas de enfermos bacilíferos del Sanatorio de Fon-
tilles durante la República por darles altas a todos los que lo soli-
citaran aunque fueran contagiosos o sea que prácticamente no se ha-
cía labor alguna de aislamiento, ni de lucha antileprosa.

En los últimos años por disponer de medicaciones eficientes, por
estar la clase médica más preparada para realizar diagnósticos preco-
ces y por el enfoque dado por la O.M.S. se consigue censar un total
de 2.708 enfermos en el año 1.959, cifra que también está por debajo
de la realidad, pues aunque se nos tache de exagerados creemos que -

la cantidad total de leprosoos existentes hoy en España se aproxima a los diez mil enfermos.

Geograficamente tenemos en España tres focos peninsulares, y uno insular.

El foco andaluz comprendio toda Andalucía y Extremadura. Es el más aumentado desde nuestra guerra de liberación, quizás por ser el primer teatro de operaciones y por tanto el que más vivió con los moros que como se sabe es una raza muy afectada de esta enfermedad. También puede pensarse que esta mayor cantidad no obedece al mayor número de contagios, sino a un estudio más completo por la actual organización de la lucha y mejor preparación de la clase m'edica. El Dr. Contreras (35) cree que de este foco han partido la mayoría de los casos esporádicos del interior de la península, donde nunca se habia visto esta terrible enfermedad. Los casos censados en el año 1.941 eran 186, en el año 1949 han llegado a 576 cantidad -- que suponemos una vez más es mucho mayor.

El foco del norte, se encuentra formado por las provincias gallegas figurando en el 66 casos en 1941 y 162 en el año 1949. Este foco más reducido que el andaluz creemos que no se extermina por la continua importación americana de sus indígenas, ya que estos permanecen allí durante largos años en zonas endémicas y regresan a Espa

ña en su mayoría, algunos de los cuales se presentan afectos de lepra como nos lo prueban las estadísticas del leprocomio de Santiago de Compostela.

El foco levantino, con una mayor proporción de casos en Alicante y Valencia, seguidos de Castellón y Tarragona. En esta zona se acrecentaron los casos en los primeros años que siguieron a nuestra guerra de liberación, quizás debido a la libertad que tuvieron en los años anteriores para ser altas aún siendo bacilíferos y por estar en vigor una lucha antileprosa que entonces no existió.

El foco insular contaba en 1941 con un total de 119 casos censados y el año 1949 con 225, repartidos estos últimos de la siguiente forma% en Santa Cruz de Tenerife 125, y en las Palmas 100.

Tocante al censo de la lepra en España podemos decir que es un problema que ya viene preocupando a los médicos desde mediados del siglo XIX. En relación con ésto conviene saber que el Dr. D. Juan Bautista Peset (37) publicó en 1877 una documentada monografía titulada "La lepra en España ", en la que subraya la necesidad de confeccionar un censo de leprosos y aventaja una relación estadística de los enfermos existentes en Valencia (capital y provincia) y de los fallecidos por esta causa, haciendo un estudio detenido de la geografía médica de la provincia con la localización de los afectados en los diversos pueblos, clasificados también por partidos judiciales.

A este trabajo, de corte clásico y de imperecedero interés que todavía puede servir de modelo a cuantos de esta índole se realcen, solo procedió el publicado en 1865 por MENDEZ ALVARO (38).

Sucesivamente se ocuparon de esta cuestión POQUET Y CALATAYUD (1879), HERNANDO Y ESPINOSA (1881), ROEL (1881), GONA (1887) ROCA y ZURIAGA (1889) el Congreso Internacional de 1903, la Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja, TELLO (1909), QUIROGA (1912), GARCIA DEL MAZO (1912) MARTIN Y SALAZAR Y GARCIA DEL MAZO (1914) MONTALVO (1914), TUIKANS (1914) AZUA (1916), HERNANDEZ SAMPELAYO Y SADI DE BUEN (1919), los mismos en 1923, GIMENO (1928), GIL CASARES (1929), MOLINERO (1932), PEYRI (1933), MONTAÑES (1934), y en el periodo comprendido entre 1940- y 1947 los profesores FERNANDEZ de LA PORTILLA; LOPEZ MARTINEZ; GAY PRIETO; XAVIER VILANOVA; AZUA; Y SANCHIS BAYARRI y los Doctores LAVAREZ SAINZ DE AJA; J. SALVADOR GALLARDO; CONEJO MIR; ESTELLER LUENGO; CONTRETAS DUEÑAS; RODRIGO ABAD; GONZALEZ MEDINA; RODRIGUEZ PASCUAL; MERCADAL PEYRI; CARRILLO CASAUX; GUILLEN PRAT; BERJILLOS DEL RIO, VILLAFUERTES, GRAU BARBERA; BERENJENA DEL REY; E. DE GREGORIO; ZATORRE; HERNANDEZ POSADAS; MARTINEZ DOMINGUEZ; VINUESA; RODRIGUEZ MORENO; GALLEGO CALATAYUD; CONDE MUÑOZ; MIRO CARBONELL; MOCHALES; APALATE GUI; STAUN; S SALINAS; SANCHEZ BARRIGA; MARTIN GOMEZ; ALONSO GOYA; JAQUETI DEL POZO GYORKO; SUAREZ DE PUGA; FERNAN PEREZ; GOMEZ LUCAS; APARISI GILJON; CHOVERT MADRAMANY; ARJONA; ZAERA GAYOSO; CONTRERAS; GIMENES GOMEZ;

CANTO IBAÑEZ;POVERA;ALVAREZ LOWEL; RODRIGUEZ PUCHOL; RODRIGUEZ PEREZ;
RUBIO ROIG; NOGUER MORE; DULANTO; NIEVES y el portugués Dr. D. JOSE
RODA.

ORGANIZACION DE CAMPAÑAS ANTILEPROSAS

Aun cuando la lepra no es, ni más ni menos que, una infección análoga a las demás, las endemias que ocasiona constituyen problemas de salubridad pública de orden general, que se benefician evidentemente de todas las disposiciones sanitarias generales, pero in dudablemente, tanto la enfermedad como las endemias que ocasiona, tienen algunas particularidades que deben tenerse en cuenta al establecerse los planes de organización de estas Campañas, que aún siendo siempre muy agradecidas, su eficacia y rendimiento dependen esencialmente de la competencia de los que planeen y dirijan estas campañas.

INTRODUCCION

Consideramos preciso definir: 1º Los OBJETIVOS de estas Campañas, 2º Las diferencias que indudablemente existan, entre las Campañas contra la lepra y contra otras endemias o epidemias. Y 3º Las diferencias locales, que son bien evidentes, no solo de unas naciones a otras, sino entre provincias e incluso pueblos.

OBJETIVOS DE LAS CAMPAÑAS

Desde que disponemos de medicaciones indudablemente eficaces y activas para el tratamiento de esta enfermedad, es indudable que en un plazo variable, que algunas veces es de pocos meses y en la mayoría de los casos antes de los dos años, los enfermos, antes de

lograr la curación, se blanquean, dejan de ser bacilíferos y por lo tanto contagiosos. Este primer objetivo, destacado en primer lugar - por las directrices de la OMS, puede ofrecer algunos peligros, al destacarse con carácter primordial, porque la experiencia nos ha mostrado que no conviene precipitarse a prescribir ningún tratamiento sin hacer un estudio previo de las condiciones particulares de cada caso, que indudablemente sirve para alcanzar los mejores frutos de las diversas medicaciones activas de que en la actualidad disponemos.

De destacar algún objetivo, con preferencia a todos los demás, nosotros propondríamos el diagnóstico precoz de las manifestaciones iniciales, que facilita la rápida curación de todos los enfermos y evita que éstos lleguen a ser contagiosos.

Prescindiendo de los países fuertemente endemiados, los objetivos que deben prescribirse para todos los países de mediana o pequeña endemia, son los siguientes:

1º.- Diagnóstico precoz , descubrir todos los casos de enfermedad lo antes posible y que cada uno de ellos sea estudiado por un especialista competente que prescriba precozmente el tratamiento indicado.

2º.- Confección de los censos de enfermos y de contactos, no limitándose a los familiares, e incluyendo los escolares, profesio-

nales, etc.

3º - Clasificación clínica de todos los enfermos, imprescindible para facilitar determinaciones sucesivas.

4º.- Tratamiento obligatorio y gratuito, con preferencia ambulatorio, y sanatorial voluntario para los casos que después se determinarán.

5º.- Protección profiláctica de los contactos, especialmente de los que conviven con enfermos bacilíferos.

6º - Estudio de las condiciones higiénicas, sanitarias, sociales, económicas y laborales de los enfermos, de sus familiares y de las viviendas.

7º.- Estudiados y clasificados los enfermos respecto a la enfermedad específica, es necesario atender y prevenir sus consecuencias especialmente tratando de evitar, tratar y corregir deformidades y mutilaciones y consiguiendo la rehabilitación de todos los que tuviesen alguna inutilidad

8º.- También inicialmente se atenderá al perfeccionamiento de la educación y a la orientación laboral de los enfermos, con el propósito de que durante el tratamiento, cuando fuese posible, o cuando mejoren de su enfermedad, se encuentren en las mejores condiciones para desempeñar los oficios y profesiones apropiados para cada uno de ellos.

9º.- Mientras continúan existiendo casos de inutilidad para el trabajo, debidas a la lepra, es necesario atender a los familiares - que de ellos dependen especialmente de los hijos..

10.- Educación sanitario-social de toda la población especialmente en las regiones endémicas, procurando terminar radicalmente - con todas las ideas erróneas que dificultan notoriamente la profilaxis.

11.- Formación del personal técnico y auxiliar, para las necesidades de la campaña:

La lepra es menos contagiosa que la mayoría de las infecciones crónicas, la tuberculosis por ejemplo. Es una infección curable, incluso espontáneamente, pero sobre todo con la colaboración de las medicaciones modernas, podemos curar todos los casos diagnosticados precozmente y bastantes de los diagnosticados después de varios años - de enfermedad. No ocasiona a los que la padecen ninguna psicología, - ni ninguna otra circunstancia especial, ni siquiera da lugar a ninguna de las deformidades y mutilaciones que en otros tiempos fundamentaban el terror que inspiraba esta enfermedad.

Pero existen otras particularidades sumamente interesantes, sobre todo para la organización de las Campañas, que vamos a analizar.

1ª - La lepra comienza casi siempre en la infancia por las manifestaciones iniciales, que fueron descritas y que frecuentemente

pasan inadvertidas, por la banalidad de su aspecto y falta de sintomatología.

2ª - Este periodo inicial, cuando es inadvertida, seguido de -- bastante tiempo de lactancia y falta de síntomas, ha inducido a muchos a creer que en la lepra había un largo periodo de incubación, -- de muchos años de duración.

3ª.- Durante los dos periodos anteriores es sumamente difícil encontrar el agente productor y sin embargo la infección existe. Es preciso que se diagnostique precozmente y se inicie el tratamiento lo más pronto posible. Han fracasado en este aspecto y continuarán fracasando todos los que pretendían diagnosticar la lepra bacteriológicamente. No debe aceptarse el argumento de que, ante la gravedad que implica el diagnóstico, hay que asegurarse con la comprobación del mycobacterium.

4ª.- La marcada diferencia, que también ha sido explicada, que separa las formas clínicas, que han sido llamadas formas polares, con el concepto de antípodas, es otro dato muy importante, que siempre tendremos presente el adoptar medidas sanitarias diferentes para -- los enfermos bacilíferos o "abiertos" y los abacilíferos o "cerrados". No conocemos en ninguna otra infección la existencia de formas polares.

En las publicaciones de la OMS, y en los distintos informes de

los Comités de Expertos se ha insistido siempre en la conveniencia de establecer diferencias en los distintos países y para hacerlo -- así, se atendió siempre, casi exclusivamente a la prevalencia y -- frecuencia global de la s endemias en los distintos países. Esta es uno de los factores de mayor importancia, pero no deben olvidarse otros también muy importantes, como son la cantidad y la calidad -- del personal especializado, del que se puede disponer y la situa-- ción higiénica, social y económica del terreno o lugar en el que se van a enfrentar los dos factores anteriormente señalados. Anali zaremos pues por separado estos tres factores.

FRECUENCIA GLOBAL O INDICE DE PREVALENCIA

En principio estimamos acertada la clasificación recomendada -- por la OMS.: Países de gran endemia, en los que el índice supera -- al 1 por mil. De mediana endemia, cuando es de 0'2 al 1 por mil. Y de pequeña endemia cuando no alcanza al 0'2 por mil. Pero al organi-- zar las campañas encontramos frecuentemente que una misma nación -- tiene regiones, departamentos, provincias, ciudades y pueblos afec-- tados con muy distinta intensidad, y puede ser conveniente que en un mismo país, en atención a estas circunstancias, se adopten sis-- temas distintos.

Así por ejemplo, España tiene 30.128.056 habitantes, 4.054 en-- ferros y en consecuencia un 'índice de 0'134 por mil. PEQUEÑA ENDE

MIA. Este índice podríamos reducirlo a 0 123 desglosando las Islas Canarias y limitándolo a la península. La endemia española está repartida en cuatro focos, dos de ellos de mediana endemia, el isleño de las Canarias, con un índice de 0 49 y el del Sur, que com---prende Andalucía y Badajoz con 0'349. Los otros dos focos que evidentemente se encuentran en regresión, son el de Levante con 0'120 y el de Galicia con 0'07. Además de estos cuatro focos es necesaa---rio prestar atención a doce provincias más, por su proximidad o --gran relación con las endemiadas, que tienen índices desde el 0'07 al 0'007 y existen 19 provincias limpias. Pero además de contar --con focos de mediana y pequeña endemia, en España tenemos algunos pueblos de gran endemia; Porcuna tiene 10.786 habitantes y 137 enfermos: índice 12'70 por mil. Lopera con 6.131 habitantes y 62 enfermos da un índice de 10'11 Torreperogil con 10.108 habitantes y 73 enfermos, da 7'22 y Andújar con 32.459 habitantes y 101 enfer---mos tiene de 3'11 por mil.

Al analizar estos datos sacamos la conclusión de la necesidad de adoptar métodos y procedimientos distintos, atendiendo a las necesidades de cada lugar.

Además de la prevalencia y frecuencia global, es necesario --prestar alguna atención al predominio de las distintas formas/clínicas, sin olvidar que algunos países en los que predominan las for---

mas tuberculoides se mantiene durante muchos lustros sin acusar ninguna regresión y por el contrario se ha logrado y puede lograrse la erradicación en otros con predominio de lepromatosas. Atendiendo a esta observación, más que a hacer comparaciones entre distintas regiones, consideramos de gran interés el hecho de comprobar que en cualquier nación decrezca el índice de morbilidad.

CANTIDAD Y CALIDAD DE PERSONAL ESPECIALIZADO

Este factor tiene a nuestro entender tanta importancia como el anterior. En todos los países de intensa endemia suele encontrarse la dificultad de escasear el personal competente especializado y -- forzosamente han de plantearse los proyectos de organización en distintas forma, atendiendo a la cantidad y calidad del personal que -- dispongamos. Son en absoluto diferentes aquellas campañas en las que principalmente se dispone de enfermeros, bastantes de ellos sin contar con suficiente número de leprológos competentes, con m'edicos -- que colaboran, a los que es muy fácil perfeccionar en sus conocimientos leprológicos y con un personal auxiliar al que también se ha especializado. Cuando nos desenvolvemos en estas últimas condiciones, resulta además de gran eficacia organizar simultaneamente y con el mismo personal, las luchas sanitarias contra otras dermatosis evitables y contra las enfermedades venéreas., no solo porque obtengamos un beneficio económico al utilizar el mismo personal que posee la --

totalidad de los conocimientos sobre afecciones de una misma especialidad, sino porque al proceder de esta forma, logramos que acudan -- con mayor agrado la totalidad de los enfermos a los consultorios dermatológicos, que cuando estos son univalentes y dedicados exclusivamente a la lepra, sífilis, tiñas, etc., dan lugar a prejuicios que los enfermos tratan de eludir. Se vence esta dificultad con los dispensarios y centros polivalentes y además de una mayor economía perfeccionamos la totalidad de estas luchas sanitarias.

SITUACION HIGIENICA, SOCIAL Y ECONOMICA

Cuando nos proponemos organizar un plan, tanto de carácter nacional como limitado a grandes o pequeños departamentos es preciso conocer los medios económicos de que se dispone, las dificultades, del terreno en que nos vamos a desenvolver, la climatología, orografía, los medios de comunicación y transporte, las viviendas de los afectados y sus contactos, sus condiciones higiénicas, especialmente si disponen o no de agua corriente y alcantarillado, la economía y medios de trabajo de los interesados y otras circunstancias sociales de fácil comprensión. En nuestras visitas a distintas ciudades y pueblos, reiteradamente hemos comprobado la relación manifiesta que existe entre la lepra y la ausencia de conducciones hidráulicas y alcantarillado.

Un ejemplo bien evidente de la importancia que tienen estos úl

timos factores lo podemos deducir al considerar las numerosas discusiones respecto a los resultados conseguidos con el aislamiento -- obligatorio de los enfermos de lepra. Actualmente coincidimos la mayoría, al propugnar las ventajas del tratamiento ambulatorio, recomendado en el Congreso Latino-Americano de Dermatólogos, celebrado en Méjico en 1956, en el de leprólogos Colombianos de 1958 y en el celebrado en Bello Horizonte (Brasil). Al defender este criterio, - siempre se hace mención de los deficientes resultados conseguidos - en Filipinas, Brasil y otros países, cuando preconizaban el aisla-- miento obligatorio. Aún cuando nosotros coincidimos con los defensores del tratamiento ambulatorio y que el tratamiento tiene que ser exclusivamente voluntario, no debemos olvidar que en estos países - no llegaron nunca a internar al 50 por 100 de los enfermos bacilíferos; ni tampoco, los resultados excelentes conseguidos por los Países Escandinavos, en época en las que no se disponía de medicacio-- nes eficaces y que alcanzaron la erradicación de la lepra casi ex-- clusivamente internando a todos los enfermos en los sanatorios. El ejemplo más característico es el de la campaña de Noruega, que en - 1856 tenía 2.858 enfermos y esta cifra fue descendiendo en la forma siguiente:

En 1856	había	2.528
1870	"	2.528
1880	"	1.804

En 1890 había		1.091
1910	"	326
1920	"	160
1926	"	96
1931	"	67
1934	"	18

Creemos que este magnífico resultado no puede atribuirse exclusivamente al aislamiento, y que en gran parte fué conseguido porque simultaneamente progresaron notablemente los Países Escandinavos,-- elevándose rapidamente sus condiciones higiénicas sociales y económicas.

Al construir viviendas higiénicas, al dotar a los pueblos de instalaciones de agua corriente, de alcantarrillado y al elevar en cualquier forma los medios de vida de las clases más necesitadas, luchamos simultaneamente contra la lepra y contra todas las enfermedades infecciosas de lo que se deduce la necesidad de que los Ministerios o Direcciones de Sanidad, deben informar periodicamente a los organismos oficiales a quienes corresponda, de la situación sanitaria y de las necesidades más apremiantes de algunas regiones en las que sea más evidente la necesidad de construir viviendas, dotar de agua, etc.

En estos últimos años nuestra nación está progresando rápidamente en todos estos aspectos, siendo numerosísimas las viviendas higiénicas que incesantemente se construyen para las personas económicas

micamente débiles. Las obras hidráulicas y de todo orden aumentan en progresión creciente y felizmente coinciden en aquellas regiones y provincias como Jaén, Córdoba, Granada, Málaga, Almería, Badajoz, Valencia, Alicante, etc., que están preferentemente afectadas por nuestra endemia.

Analizados someramente los tres factores más importantes para poder planear una campaña antes de sugerir ningún plan, nos parece conveniente referirnos a la Legislación.

LEGISLACION

No existe ningún fundamento que justifique la promulgación de leyes específicas dedicadas a la lepra. No debería mantenerse en ninguna nación ninguna ley, disposición ni orden discriminatoria para los enfermos de lepra. Es preciso derogar todas las leyes que disponen la obligatoriedad del tratamiento, del aislamiento, que prohíben el matrimonio, etc., de los enfermos de lepra, Sería muy conveniente que todas las naciones dispusieran como España, de leyes básicas de Sanidad, en las que sin mencionar la lepra, más que para incluirla entre las enfermedades de declaración obligatoria, se disponga con caracter general la obligación de someterse a tratamiento de todos aquellos que padezcan enfermedades contagiosas y fácilmente transmisibles. Debe precisarse también en las leyes básicas de Sanidad general, que todos los que no acepten de buen grado los tratamientos de enfermedades contagiosas, fácilmente transmi-

bles, podrán ser hospitalizados por las autoridades sanitarias que mantendrán su aislamiento el tiempo preciso hasta que desaparezca el peligro de contagio.

Como complemento de las leyes básicas de Sanidad general, podrán dictarse Reglamentos de orden interior, análogos a los que regulan las profilaxis de otras infecciones y en los que se recojan algunos aspectos de esta lucha sanitaria.

Atendiendo a todos estos datos, anteriormente enumerados y para alcanzar los objetivos expuestos, clasificaremos a las naciones, de acuerdo con el criterio de la OMS, de conformidad a la frecuencia global, pero teniendo también presente la cantidad y calidad del personal que va a encargarse del problema y la situación higiénica, social y económica de los países.

CAMPAÑAS ANTILEPROSAS EN PAISES CON FRECUENCIA GLOBAL INFERIOR
AL UNO POR MIL

Todos los servicios de Sanidad, de cada una de las naciones, deben contar con una sección dermatológica a la que corresponde la profilaxis de la lepra, dermatosis parasitarias y enfermedades venéreas. En las capitales de departamentos o provincias y en las grandes ciudades, debe funcionar un servicio dermatológico-sanitario. En las zonas rurales endemiadas por la lepra se podrá atender a estos problemas, en consonancia con su importancia y el personal de que se disponga, adoptando alguna de las siguientes soluciones:

- a) Dotándolas de los Dispensarios necesarios.
- b) Con Dispensarios móviles que atiendan a varios pueblos.
- c) Encargando de la vigilancia y control a los Médicos de los pueblos, que previamente deben ser preparados e instruidos para que pueda realizar eficazmente la función.

Cuando decrezcan las endemias, podrán disminuirse los servicios especializados, integrando paulatinamente las campañas en los servicios sanitarios generales.

1. DIRECCION. Estas secciones o servicios, estarán dirigidas por un Médico-Sanitario, especializado en dermatología o por un Médico-Dermatólogo con conocimientos de administración sanitaria.

Para poder simultanear la asistencia a la oficina central con la inspección frecuente a los departamentos, son necesarios un Médico-Jefe y un Médico-Subjefe, que alternen en estas funciones, o un Médico-Jefe y un Médico-Inspector.

Bajo la dependencia de los Ministros o Directores de Sanidad, corresponde a estos Médicos la dirección de las campañas de medicina preventiva relacionadas con la lepra, dermatosis y enfermedades venéreas, que deberían realizarse integradas y relacionadas con las demás campañas sanitarias y procurando alcanzar la coordinación con todas las clases sanitarias de la nación.

2. DIRECCIONES DEPARTAMENTALES.- En cada departamento o provincia y dependiendo del Jefe de Sanidad del departamento o provincia, debe haber un Médico-Dermatólogo, con conocimiento de Sanidad, encargado de la dirección de estas campañas.

3. INSTITUCIONES.- En todas las ciudades importantes debe haber algún dispensario dermatológico, que preferentemente será instalado en el mismo local en donde funcionen también los consultorios de otras especialidades sanitarias, para lograr así la mayor coordinación con los demás servicios, e Institutos o Consultorios de Sanidad de carácter polivalente.

El número de estos dispensarios guardará proporción con la intensidad o frecuencia global de las endemias que se precisa atender.

Las campañas contra la lepra, requieren la movilidad de estas - instituciones. Es mucho más eficaz y mucho más económico ir en busca de los enfermos, para iniciar los tratamientos lo más precozmente posible y por ello se impone que estos Dispensarios, o por lo menos algunos de ellos, estén movilizados.

La mayoría de las afecciones dermatológicas pueden y deben tratarse ambulatoriamente y lo mismo ocurre con la lepra, que la mayoría de los enfermos deben ser tratados en los ambulatorios pero en algunas circunstancias es necesario disponer de hospitales y sanatorios para la mejor atención de los enfermos.

Para aquellos casos en que algunos de los enfermos tengan que ser hospitalizados durante un largo plazo, hay que prever la forma de atender a sus hijos.

En estas circunstancias, al proyectar un plan de organización, es necesario contar con la existencia de Dispensarios, Dispensarios, móviles, hospitales, sanatorios y eventualmente colegios.

Para no prolongar este estudio, eludimos al señalar la función y condiciones de cada una de estas instituciones, que de todos son conocidas y han de quedar señaladas al referirnos al funcionalismo de las campañas.

Contando con una dirección competente y con las instituciones mencionadas, lo primero y más importante es descubrir con carácter -

de urgencia todos los casos de enfermedad. A continuación habrá que clasificarlos, tratarlos y tomar todas las demás determinaciones que señalamos al referirnos a los objetivos y que seguidamente puntualizaremos.

4. BUSQUEDA, ESCUDRIÑAMIENTO O "DESPISTAGE".- Debe realizarse utilizando todos los procedimientos que puedan tener alguna utilidad y estimulando todas las colaboraciones de las distintas clases sanitarias y sociales, procurando dejar bien patente que se realiza una función de protección sanitario-social y no de represión, siendo conveniente para ello no limitar esta investigación a la lepra, ni a ninguna otra enfermedad, sino con carácter sanitario polivalente. Parentoriamente puede emprenderse con distintas modalidades.

a) Investigación o búsqueda en los Dispensarios y Clínicos Dermatológicas. A todos los que asistan a las diferentes consultas de dermatología, además de atenderles respecto a la causa o fundamento de asistencia al consultorio, es necesario completar la investigación pretendiendo descubrir con la mayor precodidad la posible existencia de cualquier padecimiento evitable en su iniciación y especialmente cuando residen o proceden de regiones endémicas de lepra.

b) En todos los casos en los que se realizan reconocimientos sanitarios, bien sean escolares, universitarios, militares, industriales, profesionales, de inmigración o emigración, deben ser com-

pletados estos reconocimientos con el efectuado en el aspecto dermatológico y muy especialmente cuando se trata de personas procedentes de regiones endémicas de lepra.

c) Con notable diferencia a todos los demás, el procedimiento más eficaz es el de INVESTIGACION DE CONTACTOS. A todos los familiares, escolares, profesionales, etc., que hubieren tenido contacto con un enfermo, cuando concurren a una clínica, a un dispensario, a un hospital o sanatorio, etc., se les debe reconocer detenidamente, escudriñando la posibilidad de que tuviesen una forma inicial de la enfermedad: corresponde principalmente esta investigación de contactos a los Dispensarios y a los Equipos, Móviles, que tendrán que visitarlos por lo menos una vez por trimestre o antes.

d) Los reconocimientos masivos deben quedar limitados exclusivamente para los países subdesarrollados. Ni siquiera en países o pueblos de gran endemia, cuando sus habitantes alcancen cierta cultura, debe adoptarse este procedimiento que tiene el inconveniente de todas las medidas represivas y tenemos el convencimiento de que al emplearlo, ocasiona la impopularidad de los sanitarios que lo practiquen. En los pueblos fuertemente endemiados, logramos la investigación de casi la totalidad de sus habitantes, en la forma adoptada por España en los pueblos más endemiados (Porcuna), perfeccionando los conocimientos leprológicos de los médicos que allí ejercen y --

por el procedimiento señalado en el apartado c), llegando casi al mismo tiempo efecto que si se hubiese efectuado la investigación en masa, pero sin causar molestias ni escándalo.

5. DIAGNOSTICO.- Pueden ayudar a la búsqueda o investigación todos los colaboradores auxiliares sanitarios de que se disponga, pero antes de proseguir la campaña es preciso confirmar los diagnósticos de los que hubieran sido considerados enfermos. Estamos totalmente de acuerdo con las "Directrices de la OMS", cuando determina que los diagnósticos deben ser practicados por leprólogos competentes, sobre todo porque en el estado actual no es preciso que la bacteriología descubra el agente productor de la enfermedad y lo que más interesa descubrir son precisamente aquellas formas iniciales en las que no suelen encontrarse mycobacteriums.

Confiado el diagnóstico a leprólogos competentes, se obvio que huelga marcarles instrucciones, aunque ellos deben instruir a sus colaboradores respecto a las formas de realizar los reconocimientos dermatológicos a los sujetos, completamente desnudos, localizaciones que se deben observar preferentemente, tanto en el aspecto dermatológico como en el neurológico, etc

La bacteriología es, como la histopatología, un excelente método auxiliar para el diagnóstico y para la clasificación, pero nunca se adoptará ninguna resolución exclusivamente por una baciloscopia

positiva. La mayor parte de los errores diagnósticos que conocemos - fueron ocasionados por este motivo. Es conveniente que sea el leprólogo el que determine en forma precisa, donde y en que forma debe hacerse la toma de productos. Cuando nos referimos a la clasificación y al control de los tratamientos, valoraremos la importancia de la baciloscopia

6. CENSOS DE ENFERMOS Y CONTACTOS. Con la totalidad de los enfermos diagnosticados se confeccionará un Censo de enfermos, que será la recopilación de todos los Censos departamentales o provinciales, en el que además de la filiación, clasificación y datos epidemiológicos, constarán todos los datos necesarios para la localización de todas las personas que tuvieron contacto reiterado con cada uno de los enfermos.

De cada uno de los enfermos se harán tantas fichas como domicilios hubiera habitado o lugares de trabajo hubiera frecuentado con asiduidad. Con estas fichas se confeccionarán los Censos de "contacto" o "convivientes", que servirán de punto de partida para la investigación de contactos, que se confía a los Dispensarios y Equipos Móviles.

7. CLASIFICACION.- Es necesario clasificar a todos los enfermos lo más pronto posible; prescindiendo en parte de las constantes

discusiones académicas, desde un punto de vista sanitario, interesa especialmente marcar las diferencias que indudablemente existen entre los enfermos más contagiosos, con manifestaciones bacilíferas, de aquellos otros que suelen persistir "cerrados" y que solo excepcionalmente pueden ser contagiosos, siendo preciso reconocer además la existencia de algunas formas clínicas, menos estables, que alternativamente pueden ser bacilíferos y abacilíferos. Con este criterio, debemos conceder la mayor importancia a la lepra lepromatosa, que se diagnostica fácilmente siempre que comprobemos la presencia de nódulos o manchas eritematosas y al hacer la baciloscopia en la misma mancha, en el lóbulo de la oreja, en el moco, comprobemos la presencia de bacilos o globis. No es necesario en estos casos recurrir a la inmunobiología ni a la histopatología.

La lepra tuberculoide típica y estable, se diagnostica también con gran facilidad; siempre que se vean las manchas típicas, de contorno figurado, con alteraciones evidentes de la sensibilidad y la reacción de Mitsuda sea claramente positiva, podemos diagnosticar sin más exploraciones esta forma clínica.

La lepra indeterminada la encontramos preferentemente en la infancia y en la juventud, entre aquellas personas que tuvieron contacto con enfermos. Es la que requiere un examen más detenido y metódico, con buena luz, mejor que directa incidente que evidenciará

la existencia de máculas de aspecto banal, que clínicamente pueden confundirse con dertos o herpes circinados, pero que se distinguen al comprobar evidentes alteraciones de la sensibilidad térmica o analgésica, que aún pueden ratificarse al comprobar una reacción anormal a la histamina. Cuando el leprólogo tiene suficiente práctica, son suficientes estos datos para hacer el diagnóstico. En caso de duda, puede recurrirse a la llamada prueba de Fernández y también al estudio histológico, que solo demuestra la existencia de una reacción inflamatoria inespecífica, dispuesta preferentemente perivascular periglandular y perineurítica, y algunas veces la existencia de algún bacilo que confirmaría el diagnóstico.

Más del 75 por 100 de los casos pueden clasificarse fácilmente en cualquiera de los tres apartados anteriores, sin recurrir a grandes exploraciones.

Excepcionalmente veremos algunos casos con algunos nódulos nunca muy abundantes, que podrían confundirse con la lepra lepromatosa, con la diferencia de resultar negativa la baciloscopia. En estos casos, cuando el Mitsuda sea claramente positivo, podemos confirmar el diagnóstico.

Los demás casos que ofrezcan dudas para la clasificación, deben estudiarse completamente, en los cuatro aspectos clínico, bacteriológico, inmunológico e histopatológico y con independencia de la

conclusión a que lleguemos desde el punto de vista sanitario, los consideramos "abiertos" o "cerrados" para todas las consecuencias futuras, pero diferenciándolos de los anteriormente señalados, por su mayor inestabilidad.

8 TRATAMIENTO. Actualmente disponemos de bastantes medicamentos que han demostrado su eficacia y con los que se mantienen curado suficiente número de enfermos, sin reactivaciones clínicas ni -- bacteriológicas. No se han podido precisar aún las dosis mínimas necesarias ni los métodos más apropiados para alcanzar los mejores -- resultados. Por otra parte, conocemos que la industria química con-- tinúa la investigación, orientada a perfeccionar esta rama de la terapéutica. En estas condiciones nos parece prematuro el presentar -- una bases firmes, sobre todo cuando las dirigimos a los compaleros de naciones adelantadas, que comparten nuestros mismos ideales y como nosotros reciben las revistas de leprología y procuran contri--buir al perfeccionamiento.

Dejemos para países menos adelantados los tratamientos masivos, y que cada uno continúe ponderando el valor de cada una de las drogas de que dispone, Únicamente deseamos resaltar que a nosotros nos va muy bien el hacer un estudio previo, antes de disponer ningún tratamiento de cada uno de los enfermos y hacer la prescripción en consecuencia.

Con independencia de los medicamentos, debemos señalar las dos modalidades conocidas Tratamiento ambulatorio y tratamiento sanatorial.

El Tratamiento ambulatorio debe ser el de elección, por no requerir la separación de la familia ni de la sociedad, y en bastantes casos puede ser compatible con la continuación del oficio o profesión de cada enfermo. La mayoría de ellos pueden seguir esta clase de tratamiento y con tanta más frecuencia cuanto más precoz sea el diagnóstico. En muchos casos tuberculoides aún siendo el diagnóstico tardío.

El Tratamiento sanatorial tiene el inconveniente del internamiento, de menor o mayor duración y debe ser eludido salvo en algunos casos en que es conveniente y algunas veces necesario, .

Es conveniente

a) En los casos lepromatosos, cuando el domicilio del enfermo está alejado de los dispensarios, sobre yodo cuando coincide con algún episodio febril y aún más si convive con niños, de los que convendría separarles. En estos casos la estancia en el Sanatorio puede ser corta, de pocos meses y permite enfocar mejor el tratamiento, que podrá continuar en forma ambulatoria una vez iniciada la mejoría.

b& En la mayoría de los casos de iniciación con brotes febriles

Les que no puedan ser controlados diariamente por un leprólogo y también como en el grupo anterior, con carácter ~~temporal~~.

c) Siempre que iniciado un tratamiento ambulatorio, exista intolerancia para varias medicaciones, convendrá hacer un estudio de detenido que puede realizarse mejor en un centro especializado.

d) Cuando se inicien deformidades o mutilaciones, para que aprendan en el sanatorio la conducta fisioterápica capaz de evitar se consolide la mutilación.+

Es necesario

a) Cuando los enfermos tienen leproreacciones frecuentes y repetidas que no se pudieron evitar con el tratamiento ambulatorio.

b) Cuando existen complicaciones viscerales que dificultan el tratamiento ambulatorio.

c) Cuando existen deformidades o mutilaciones ya constituidas que requieren tratamientos especializados de fisioterapia o cirugía reparadora.

d) En todos los casos muy avanzados, en los que el enfermo -- constituya un peligro evidente para los demás.

Los sanatorios leproológicos deben estar especializado en el -- control de las medicaciones específicas, en el tratamiento de las - diversas complicaciones de orden médico, quirúrgico y fisioterápico y en todos los procedimientos que faciliten la recuperación de los

enfermos.

9. CONTROL DE LA EFICACIA DE LAS MEDICACIONES.- El buen control de las medicaciones y de la curación de la enfermedad es una de las bases de las campañas bien dirigidas.

Corresponde este control a los Sanatorios durante el tratamiento sanatorial, y a los Dispensarios durante el tratamiento ambulatorio y también de los que fueron dados de alta en los Sanatorios. Una vez dados de alta los enfermos, aún cuando se vayan distanciando, debe continuar el control, por lo menos 10 años.

El control tiene que realizarse, lo mismo que el diagnóstico - basado en los cuatro aspectos, clínico, bacteriológico, inmunológico e histopatológico.

a) CLINICO.- Pueden concederse altas, después de un año en los tuberculoides y después de cuatro en las demás formas clínicas, en los que no aparezca ninguna manifestación clínica, aunque persistan cicatrices o pequeñas zonas de anestesi, y el control se limitará a comprobar que no aparecen nuevas manifestaciones y que no aumentan las zonas anestésicas.

b) BACTERIOLOGICO.- Para conceder el alta es necesario lograr que la baciloscopia sea negativa en el moco y en la piel de las manifestaciones dermatológicas. Pueden hacerse otras investigaciones en los lóbulos del pabellón auricular, en la cola de las cejas, en

punción ganglionar, en la cara anterior de las piernas, etc. Cuando se confía esta exploración a personal poco capacitado, pueden señalarse varias de estas localizaciones para sistematizar la búsqueda. Cuando la investigación está dirigida por leprólogos, es suficiente encontrar el bacilo en cualquier localización para confirmar el resultado positivo y es sabido que cuando se inicia la curación desaparecen primero del moco y persiste ultimamente la posibilidad en las lesiones y en los ganglios. Al continuar el control, siempre será dirigido por algún leprólogo que pueda determinar la localización más acertada, para cada enfermo y al encontrar nuevos bacilos, tendrá que considerar reactivada la enfermedad.

c) INMUNOLOGICO.- Los casos tuberculoides son positivos a la reacción Mitsuda y esta reacción se mantiene indefinidamente confirmando un buen pronóstico. En las demás formas cuando esta reacción es negativa no podemos concederla demasiado valor. Excepcionalmente cuando se consigue la mutación a la positividad, puede servir para confirmar la curación.

d) HISTOPATOLOGICO.- Este estudio es de considerable valor para comprobar la evolución de la curación, cuando van disminuyendo las características texturales de la enfermedad e igualmente puede servir de magnífico índice de curación o de posible reactivación de la enfermedad.

Utilizando todos estos procedimientos, es necesario controlar a todos los enfermos en tratamiento, por lo menos una vez al mes. Se pondrán distancias esto reconocimientos en los enfermos blanqueados y negativos y aún más en los que fueron dados de alta, que se controlarán cada seis meses e incluso una vez al año cuando se mantengan curados más de cinco años.

Para efectuar este control puede recurrirse también a diferentes métodos

a) Todos aquellos que residen en las mismas ciudades o muy próximas a los Dispensarios o Clínicas, asistiendo frecuentemente a los mismos.

b) Aquellos domiciliados a alguna distancia, pero con buenos medios de comunicación, podrán optar por asistir a los Dispensarios, y en varias regiones españolas ha resultado muy eficaz proporcionarles los billetes de los medios de locomoción, para que se desplacen cada 15 días al control.

c) En aquellos con residencia apartada de los Dispensarios - conviene delegar en parte el control y distribución de los medicamentos a algún médico o sanitario convecino del enfermo distanciando el control del especialista, que por los menos será semestral.

d) En todos los demás casos, el control tendrá que realizarlo el Equipo Móvil.

El control de los tratamientos sanatoriales es siempre riguro

so, como en las demás enfermedades, por estar los enfermos en las -
clínicas y para que los tratamientos ambulatorios resulten analoga-
mente eficaces es necesario controlar rigurosamente la regularidad
de la asistencia de los enfermos. Cualquiera que sea la forma elegi-
da por los dispensarios, fijos o móviles, deben ser anotadas todas
las asistencias y las faltas. Con este procedimiento se comprueba
además que los mejores resultados se consiguen en aquellos que asi-
duamente asisten a los Dispensarios y son tanto peores cuanto mayor
es la irregularidad de la terapéutica.

Los sanatorios y los dispensarios, fijos y móviles, cursarán -
trimestralmente unos partes con todas las incidencias, a la Oficina
Central, que las anotará en el Censo General y pondrá especial cui-
dado en solicitar datos de los enfermos que dejen de figurar en los
partes de tratamiento.

10. PROFILAXIS DE LOS CONTACTOS.- Como en otras muchas infec-
ciones, cuando se cuenta con una terapéutica activa, la mejor pro-
filaxis es la realizada con el tratamiento de los enfermos que --
constituyen la exclusiva fuente de contagio, no siendo preciso al-
canzar la curación para que dejen de constituir un peligro sanita-
rio, pero además del tratamiento conviene adoptar algunas precau-
ciones para precaver a los que tienen que convivir con los enfer-
mos, especialmente cuando se trata de niños, que si bien son más -

resistentes, también son más receptibles. Mientras los enfermos ha
biten en sus domicilios convendrá adoptar o el mismo dormitorio, se
parando los utensilios de aseo y medidas higienicas, evitando que -
compartan el mismo lecho, comida etc.

Los niños no deben convivir con ningún enfermo de lepra, has-
ta que este no se encuentre en vias de curación, Para ello deberán
ser confiados a otros familiares o personas que acepten hacerse --
cargo de ellos. Caundo ésto no sea posible, deberán ser internados
en los mismos colegios o instituciones que reciban niños en aten--
ción a otras circunstancias. Pero mientras estos no sea posible, en
contramos justificada la existencia de colegios dedicados preferenu
temente a los niños de familias leprógenas. En estas instituciones
convendrán limitar todo lo posible la permanencia de los niños y
tanto el ingreso como la salida debería ser controlada y regulada
por médicos especializados.

Además de estas precauciones generales, existen actualmente -
dos procedimientos para precaver a los contactos de contagio de la
lepra.

La vacunación por B.C.G., que indudablemente sirve lograr la
mutación de negativa o positiva de las reacciones inmunobiológicas
mejorando por tanto las condiciones defensivas de los sujetos.

Otro método profiloactivo que se ha ensayado también es el de

administrar sulfonas, especialmente a los niños que tienen contacto con los enfermos, y con carácter profiláctico. Las experiencias -- que conocemos han sido muy reducidas y hasta la fecha no creemos -- que tengan gran valor. Por lo tanto este es solo un método de experimentación y mucho menos extendido que el anterior.

11. PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES Y MUTILACIONES.

La forma mejor de prevenir las deformidades y mutilaciones es el tratamiento específico precoz. En todos los casos en los que se dispone el tratamiento cuando solo existen manifestaciones iniciales, se cura radicalmente la enfermedad y no llega a producirse -- ninguna deformidad. En casos más avanzados, incluso cuando ya existen zonas marcadas de anestesia, el tratamiento logra primero la detención del proceso y después la regresión y reducción de las zonas anestésicas, siendo frecuente que persistan durante muchos -- años y quizás indefinidamente algunas zonas anestésicas. Cuando las anestesias son extensas e incluso se perciben atrofas o retracciones, preferentemente palmares y también se inicia alguna dificultad de movimientos de los pies, el tratamiento es insuficiente para lograr la recuperación y es conveniente en estos casos iniciar lo más pronto posible los baños de parafina masajes, y otros métodos fisioterápicos, con los que no solo se evita la acentuación de esta sintomatología, sino que suele ser fácil lograr la curación.

En casos más avanzados, es necesario recurrir a la cirugía, que casi siempre requiere tratamiento fisioterápico pre y post-operatorio.

Todas estas atenciones se realizan perfectamente en los sanatorios modernos, que deben contar las instalaciones fisioterápicas y quirúrgicas apropiadas para la rehabilitación de los enfermos de lepra.

Además de estos métodos fisioterápicos y de la cirugía reparadora, en muchas ocasiones a aquellos enfermos antiguos con deformidades y cicatrices muy ostensibles en la cara, debe operarseles también para que cuando salgan de los sanatorios, puedan realizarlo en las mejores condiciones y sin aquellos estigmas que tanto dificultaban su reintegración a la sociedad. Dentro de algunos años, muchas de estas necesidades habrán desaparecido, porque cuando los enfermos se tratan convenientemente, no se presenta esta lamentable sintomatología.

12. PROTECCION SOCIAL. Para colaborar con los organismos sanitarios, conviene que exista algún Patronato Social al que corresponden varias misiones.

a) Protección de los familiares de los enfermos, especialmente de los niños.

b) Orientación laboral que puede realizarse en los mismos Sanatorios, perfeccionando los conocimientos culturales y profesionales

de cada uno de los enfermos y orientándoles para que al alcanzar la curación, reúnan las mejores condiciones para poderse desenvolver en su vida laboral y profesional.

c) Proporcionar trabajo a los enfermos cuando, alcanzada la curación, se encuentren en condiciones de trabajar.

d) Seguros Sociales, de Enfermedad, Invalidez y Vejez, que es conveniente conceder a estos enfermos y que en España son concedidos por el Patronato Social Antileprosa, considerándoles como trabajadores en activo, en atención a que en algunos casos la enfermedad no les ha permitido trabajar.

13. EDUCACION SANITARIO SOCIAL. Es necesario aducar sanitaria y socialmente a la totalidad de la población, procurando terminar con los conceptos erróneos que dificultan la profilaxis.

Además de la propaganda que se realice en este sentido, conviene educar a los propios enfermos para que contribuyan a este resultado cuando se reintegren a sus pueblos y todo el personal sanitario y social que colabore a esta Lucha, debe contribuir directamente a esta misma campaña .

14. FORMACION DEL PERSONAL TECNICO Y AUXILIAR. La formación del personal médico y de Auxiliares Sanitarios, tiene lugar en las Facultades de Medicina, en las Cátedras de Dermatología y en algu--nas de Higiene y Sanidad, están contribuyendo a la mejor formación

del personal, pero en las mismas Facultades suele haber Cátedras de diferentes disciplinas, que cuando se refieren a la lepra, continúan haciéndola con un concepto ancestral y erróneo y corresponde a los Catedráticos que conocen el problema contribuir a la supresión de esta dificultad

Para ampliar los conocimientos de Leprología y para formar Auxiliares Sanitarios que colaboren en las Campañas Leprológicas, es necesario organizar Cursos de Perfeccionamiento Leprológico. El mejor emplazamiento para estos Cursos, es sin duda el Sanatorio, porque cuenta con la primera materia que es el enfermo, con la colaboración de los Leprolólogos que los asisten y con todas las instalaciones apropiadas para la enseñanza de toda la labor que hay que realizar. Cuando los Sanatorios están alejados de las ciudades, la persistencia de los cursillistas durante una temporada, disminuye -- el rendimiento de estos Cursos, en tal extremo es preferible un Curso de 15 días en un Sanatorio a un Curso de dos meses en una ciudad.

La enseñanza práctica, junto a los Equipos Móviles, sólo puede efectuarse en pequeños grupos, porque en caso contrario, el grupo -- numerosos inutiliza la labor del Equipo Móvil y además dificulta al Jefe de Equipo para que continúe realizando su labor. Es preferible que después de haber efectuado los Cursos en un Sanatorio se perfeccionen estos conocimientos acompañando un grupo muy reducido a --

los Equipos Móviles.

Este plan, con algunas reducciones impuestas por la deficiente economía, fué adoptado en España durante los años 1958, 1959 y 1960. En nuestro concepto es excelente, si se mantiene suficiente tiempo y se cuenta con personal especializado y competente. Pero no es fácil reunir estas condiciones.

CONCLUSIONES

Es fácil deducirlas de cuanto llevamos dicho y podriamos resumirlas en los siguientes puntos

- 1º.- Formación de personal especializado en cantidad y calidad suficientes, de acuerdo con la endemia del país o de la zona a erradicar.
- 2º.- Con dicho personal hacer un censo lo más correcto posible de enfermos y convivientes.
- 3º.- Procurar por todos los medios hacer los diagnósticos proceces por la importancia que tienen para conseguir curaciones sin secuelas.
- 4º.- No usar medidas rígidas en la lucha por dar lugar a la huída de muchos enfermos. Se debe procurar el tener en cuenta las necesidades de cada lugar y a veces de cada individuo.
- 5º.- Tratar específicamente lo más correctamente posible a todos los enfermos.
- 6º.- Continuar los tratamientos durante bastante tiempo después de los silencios clínicos, histológicos, variables según las formas de lepra.
- 7º.- Pensar siempre que una correcta terapéutica es la mejor profilaxis.
- 8º.- Procurar mejorar al máximo las condiciones higiénicas y alimenticias de los enfermos.

- 9º.- Aislar a los enfermos que necesitan estar en Sanatorio como son los que están en reacción constante, los que tienen procesos febriles, ciertas profesiones en los que son bacilíferos, los mutilados con deformidades
- 10º. Debe realizarse la búsqueda de enfermos valiéndose de todos los medios, haciéndoles ver que se les va a hacer una "protección", sanitario-social y que nunca será una represión.
- 11º. Deben ser los tratamientos ambulatorios, gratuitos y obligatorios para los que se nieguen a realizarlos.
- 12º. Deben aumentarse los Equipos Móviles estando bien retribuidos e con la obligación de reconocer cada dos meses a todos los convivientes censados y a los enfermos se les debe revisar mensualmente.
- 13º. Los Equipos Móviles dispondrán de material quirúrgico sanitario necesario, medicación específica y para las complicaciones.
- 14º. Cuando el enfermo es el cabeza de familia se debe proteger a ésta económicamente mientras él no trabaje
- 15º. Separar de los padres bacilíferos a los hijos menores de 15 años.
- 16º. Se debe procurar por todos los medios proporcionar a los enfermos una ocupación laboral durante su estancia en los Sanatorios lo más afín a su profesión habitual.

17º.- Se debe intentar que toda la población tenga una educación "sanitario-social" hacia estos enfermos derrochando caridad y desechando para siempre el "horror" que se les tiene

BIBLIOGRAFIA

- I.- MOISES levítica, cap. XIII..
- 2.- UUCRECIO: De Mir. Natur., lib 16.
- 3.- GALENO: lib.ad Gluc., cap. XII.
- 4.- PLINIO EL VIEJO, Hist. Nat., lib 26, cap I
- 5.- MARCEL: Emp., cap. XIX.
- 6.- HERODOTO lib. I.
- 7.- CTEFIAS: Excerpt. Phot. apud Henric. Sateph
- 8.- JUSTINIANO: Authent. Calm.2, titul.6, novell.10, titul,3.
Jusjurand. qued.
- 9.- ASTRUG: De morb. Ven. tom. I.
- 10.- CALMET: Comment, in bibl., tom. I.
- 11.- SAUVAGE: GLAS. morb. tom. V.
- 12.- CORNELIO ALAPIDE: Comment, in levit.
- 13.- SCHULTEN: Tartessos, 2ª Edic. Madrid, 1945,págs.54-59 y 61.
- 14.- " :OP. cit., pág. 13.
- 15.- " : Citado Aguado Bleye: Manual de Historia de España,
6ª Edic. Madrid 1947, pag. 154
- 16.- ANACREONTE. Cit.por A. Garcia Bellido: Arch. Español de Arte
y Arqueol. año 940.
- 17.- XIMENEZ Y LORITE: "Instrucción Medico-legal sobre la lepra, pa
ra servir a los Reales Hospitales de San Lázaro". Memorias Aca
démicas de la Tugia Sociedad Mé dica y de Ciencias de Sevilla,
1766, Tomo I, pág. 173.

- 18.- SAIZ DE AJA: Ser nº 75, año 1949.
- 19.- "Como quiera que el Rey de España es Patrón del Orden de San Lázaro en todos sus Reynos". ALONSO MORGADO, Hist. de Ser., Sevilla 1586.
- 20.- "Por Privilegios Reales de los Hospitales de San Lázaro en España, todos los bienes del leproso pertenecen al Hospital, y por el Derecho común y leyes del Reyno, debe ser encerrado de modo, que no comercie con nadie fuera del Hospital: por consiguiente son los tales enfermos separados de sus familias;". XIMENEZ Y LORITE Op. cit., pág. 217.
- 21.- Part. 4, tit. 2,I.7.
- 22.- "Sépadés, que Pascual Martínez, Mayoral de la Casa de los Ma^latos de Sevilla, me mostró una carta del Rey Don Alonso mio Padre, que Dios persone, que mandaba, que aquellos, que fuesen dañados de gafedat, que non consitiedes, que moren entre los homes sanos, porque se les podría ende seguir mui gran mal". Carta y Privilegio de Sancho IV.
Sevilla, 22 de Agosto de 1322.
- 23.- Puede verse un extracto de esta Carta en un Privilegio de Alfonso XI, fechada en Sevilla a 13 de Junio de 1372.
- 24.- CASAJO ROMERO. Jan: "El pleito de la curación de la lepra en el Hospital de San Lázaro de Lima". Ed. Escuela de Estudios

Hispano-Americanos, Sevilla 1948.

- 25.- ALONSO MORGADO. Op. cit., pág 196.
- 26.- RAMON Y CAJAL: Reglas y consejos sobre la investigación científica, los tónicos de la voluntad. Madrid, 1914.
- 27.- XIMENEZ Y LORITE, Op. cit., pag 196.
- 28.- LEON, GARCIA DE SALCEDO CORONEL, DAZA, SANCHEZ, BERDUGO Y SOTOMAYOR: "Parecer", 4 de Octubre de 1593. Copiado por XIMENEZ Y LORITE EN (17), pag 204 y siguientes.
- 29.- Lec. cit. XIMENEZ Y LORITE
- 30.- Hay aquí, evidentemente, un error de fechas, los comentaristas de esta Carta han interpretado siempre que se trata de un Privilégio de Enrique II; sin embargo, los recopiladores no precisan de qué Enrique se trata. Si tomáramos rigurosamente las fechas, la Carta no corresponde a ninguno de ellos sino a -- Juan II (1406-1454). Pero es más probable que haya habido un error material y que se trate del año 1376 de la Era; en tal caso la Carta correspondería sin duda a Enrique II fallecido en 1379.
- 31.- Nueva Recopl., Ley I, Tit. 16, lib. 3, cap. 10. CASCAJO Op. cit., pág. 39.
- 32.- XUÑIGA, Anal. de Sev.
- 33.- J. SALVADOR GALLARDO Y CONEJO MIR: "Datos epidemiológicos de

- la lepra en Andalucía Occidental". Actas Dermo-Efiliográficas, Octubre 1940.
- 34.- ROGERS y MUIR: Lepresy (3ª E. Bristol John Wright, 1946).
- 35.- F. CONTRERAS:Fontilles, enero 1947, pag 467.
- 36.- " " :Ser nº 75. Año 1949.
- 37.- JUAN B. PESET: La lepra en España 1877.
- 38.- F. CONTRETAS: Fontilles, enero 1947,pag. 476.
- 39.- " " : " " " " " 467
- 40.- DANIELSEN: Cnf. Inter. de la lepra. Berlín, I-LL.
- 41.- MARCOUX: III Conf. Inter. de lepra.
- 42.- GOMEZ ORBANEJA: Rev. IBYS Julio-Agosto. 1951
- 43.- LASTRA: Fontilles, enero 1950 . Vol. II, nº 5.
- 44.- RABELLO: As formas clínicas da lepra sob o ponte de vista da epidemiologia e da profilaxia. Bol.do Ser. Nac. da lepra.Año IV, nº I, Mar. 1945.
- 45.- LOWE y DHARMENDRA: Leprosy in Indian 1942 (enero).
46. LASTRA: Bacteriología en la infección leprosa. Fontilles Ene ro 1950, pág. 367
- 47.- GAY PRIETO: Manual de Dermatología, I Tom.
- 48.- DANIELSEN: Conf. Inter. de la lepra. Berlín I-II
- 49.- MUIR: Lepra=diag., trat., e pref. Fad. da VI Edic.1947.
Rio Janeiro.
- 50.- GOMEZ ORBANEJA: Rev. Ser. nº 75, pág. 29. Año 1949.

- 51.- F. CONTRERAS Pat. gen., for. clínicas.Hist. de las clasif.
Fontillas 1950, VII, nº 5.
- 52.- PARDO CASTELLO Y TIAN: La correlación de la lepra en sus aspec
tos clinico, patológico, inmunológico y bacteriológico, Rev.Cub.
de leprología, Julio 1944.
- 53.- GONZALEZ UREÑA: El problema de la lepra en Méjico. D.F. 1942.
- 54.- ALVAREZ LOWELL: Ser nº 75, año 1949, pag. 37.
- 55.- F. CONTRERAS Fontilles enero 1947, nº 6
- 56.- M. GUILLEN: El problema social de la lepra en España.
Ecos Derm. Sifil. 1928.
- 57.- A. ALEIXO: Brasil Med. 10-II-1.928.
- 58.- ALFREDO DA MATA: Brasil Md. 16-3-1929
- 59.- MONTAÑES Y NEGRO: El primer síntoma objetivo de los leprosos
españoles. Arch. de Med. Ciruj. y Espec. XXXII. Enero. Diciem
bre 1934.
- 60.- BERJIOS DEL RIO: Importancia del diagnóstico precoz y valora
ción de los signos del comienzo de la lepra y Ponencia Oficial
al primer Congreso Inter. Hisp.Pot. de Dermatología.
- 61.- TOME BONA: La Lepra: Men. Edic. Morata. 1942.
- 62.- F. CONTRERAS Y GUILLEN: Importancia del diagn ostico precoz en
la lepra. Rev. Font. Julio de 1944.+

- 63.- F. CONTRERAS Y GUILLEN: loc. cit Font.Julio 1944.
- 64.- " " " " " " " " "
65. GHER: Em y El: Deut Trepon. Xeit 45.- 1941.
- 66.- F. CONTRERAS Y GUILLEN: Font. Julio. 1944.
- 67.- ROGERS Y MUIR: Leprosy, 1946.
- 68.- F. CONTRERAS Y RODRIGO ABAD: Font. nº I, pag.49,año 1944.
- 69.- ROGERS Y MUIR: Leprosy, 1946.
- 70.- ROGUERS: Control of leporsy in the Vritish. Empire.British
Mod. J. Junio. 1946.
- 71 - F. CONTRERAS Y RODRIGO ABAD: loc.cit.Font. 1944.
- 72.- " " " " " " " " "
- 73.- JEAN SELME: La lepra, G. Doin e Cie, Paris 1934.
- 74.- F. CONTRERAS y R. ABAD: Font nº I, año 1944.
- 75.- " " " " " " " " "
- 76.- " " " " " " " " "
- 77.- " " " " " " " " "
- 78.- SADI DE BUEN: La lepra y el problema de la lepra en España
1923.
- 79.- F. CONTRERAS y RODRIGO ABAD: Vias de emisión del b. de Hansen.
Act. Derm. Sif. 1943-44, pág. 449
- 80.- F. CONTRERAS y RODRIGO ABAD: loc. cit. Act.Derm.Sif.1943-44.
- 81.- " " " " " " " " " " "

- 82.- PEYRI: Tesis Doctoral, 1901.
- 83.- F. CONTRERAS y R. ABAD: Cita en Act.Dermi.Sif. 1943-44.
- 84.- BUTTLE, STEPHENSO y FOSTER G.E. Lancet. I,1931.1937.
- 85.- FELOMAN, HINSHAW y MOSES: Proc.Staff.Mayo Clin.15,695- 1940.
- 86.- COWDRY, RUANGASIRI. Arch. Path. 32, 632-1941
- 87.- BAMBAS: J. Am. Chem. Soc. 67.671. 1945.
- 88.- GAY PRIETO y F. CONTRERAS Congreso intern. de la lepra Habana. 1948.
- 89.- MIRO Y GUILLEN: Fontilles. 5, 371. 946.
- 90.- F. CONTRERAS y GUILLEN: Fontilles 507, enero 1947.
- 91.- F. CONTRERAS: Rev. Ser. nº 75, año 1949.
- 92.- TORRELLA GIL: Fontilles, 21 enero 1952.
- 93.- BROQNIEE: Internat. J. leprosy. 17, 181-1949
- 94.- BASOMBRIO: la lepra.Edit. Ateneo. Buenos Aires, 1943.

I N D I C E

=====

	Págs.
<u>INTRODUCCION</u>	1-3
Historia	4-30
Etiología.....	31-34
Cultivos.....	34
Inoculaciones.....	34-36
Patología general.....	36-40
Periodo de incubación y lesión inicial.....	40-42
Inmunología.....	42-43
Histopatología general.....	43-44
" de la lepra indeterminada.....	44-45
" " " " tuberculoide.....	45-46
" " " reacción leprótica T.....	46
" " " lepra T. reaccional.....	46
" " " " lepromatosa.....	47-50
" " " " BORDELINE DIMORFA	50-52
Clasificación de la lepra.....	52-53
Lepra indeterminada.....	54-55
" lepromatosa.....	55-59
" Tuberculoide	59-63
" BORDELINE	63-64
Tratamiento	64-65
Distribución de la lepra	66-72

	Págs.
Organización de campañas antileprosas.....	73
Objetivos de las campañas	73-78
Prevalencia.....	78-84
Legislación.....	84-85
Camapañas en países con una prevalencia baja infe-- rior al 1 por mil	86-109
CONCLUSIONES	109-110
BIBLIOGRAFIA	113-119