ORDEN MILITAR HOSPITALARIA Y SOBERANA

DE

SAN LÁZARO DE JERUSALÉN

TRABAJO PREMIADO EN EL CONCURSO DE TRABAJOS SOBRE EL TEMA:

PROTECCION SANITARIO - SOCIAL DEL LEPROSO

PRESENTADO CON EL LEMA:

¡¡HERMANO, TE OFREZCO LA DESNUDA LIMOSNA DE MI MANO!!

POR EL DR. FÉLIX CONTRERAS DUEÑAS

MÉDICO DIRECTOR DE LA COLONIA - SANATORIO DE SAN FRANCISCO DE BORJA

(FONTILLES - ALICANTE)

IMP. V. TARONCHER

TRAV. MIGUELETE, 3 - VALENCIA

fontilles
salud desarrollo
BIBLIOTECA MÉDICA
Fontilles, 03791 La Vall de Laguar
Alicante, España
R. 782

«Hermano, te ofrezco la desnuda limosna de mi mano.»

RUBÉN DARÍO.

PROTECCIÓN SANITARIO - SOCIAL DEL LEPROSO

La protección *sanitaria* y *social* del leproso, es la primera y más eficaz de todas las formas de profilaxis contra esta enfermedad. Tan íntimamente unidos están—lo social con lo sanitario—que, como luego veremos, el modo más eficiente de elevar socialmente a un leproso, es atenderle médica y sanitariamente; así como también, para una buena dirección sanitaria, nada mejor que elevar el medio social en el que estos enfermos se desenvuelvan.

En general, en todas las infecciones, como repetidamente han manifestado los higienistas de mayor prestigio, no es posible ninguna labor profiláctica, cuando no van unidas a la higiene pública y social, la higiene de la cultura y la de la moral. Ya desde los tiempos de GALENO es sabido que, si queremos mejorar la salud, así como la capacidad y la energía de los pueblos, tanto como en lo somático, estamos obligados a pensar en lo psíquico y en lo espiritual. También es un hecho, cada vez mejor conocido, que en todas las enfermedades infectocontagiosas, no es solo del germen o agente causal del que debemos preocuparnos, sino que, por el contrario, conviene conceder la mayor importancia a los organismos receptores. Bien gráficamente ha sido expresado este concepto diciendo que: en toda epidemia – considerando los microbios como chispas, que pudiesen caer sobre un tejado de paja—debe prestarse atención preferente a las condiciones que reune el tejado.

Pues bien; todas estas consideraciones de carácter general, son de tanto mayor valor, cuanto más crónica y lenta sea en su evolución la infección de que nos ocupemos, y es sabido que, a la cabeza de las infecciones de evolución crónica, por encima de sífilis y tuberculosis, figura siempre este bíblico mal.

IMPORTANCIA Y OPORTUNIDAD DEL TEMA

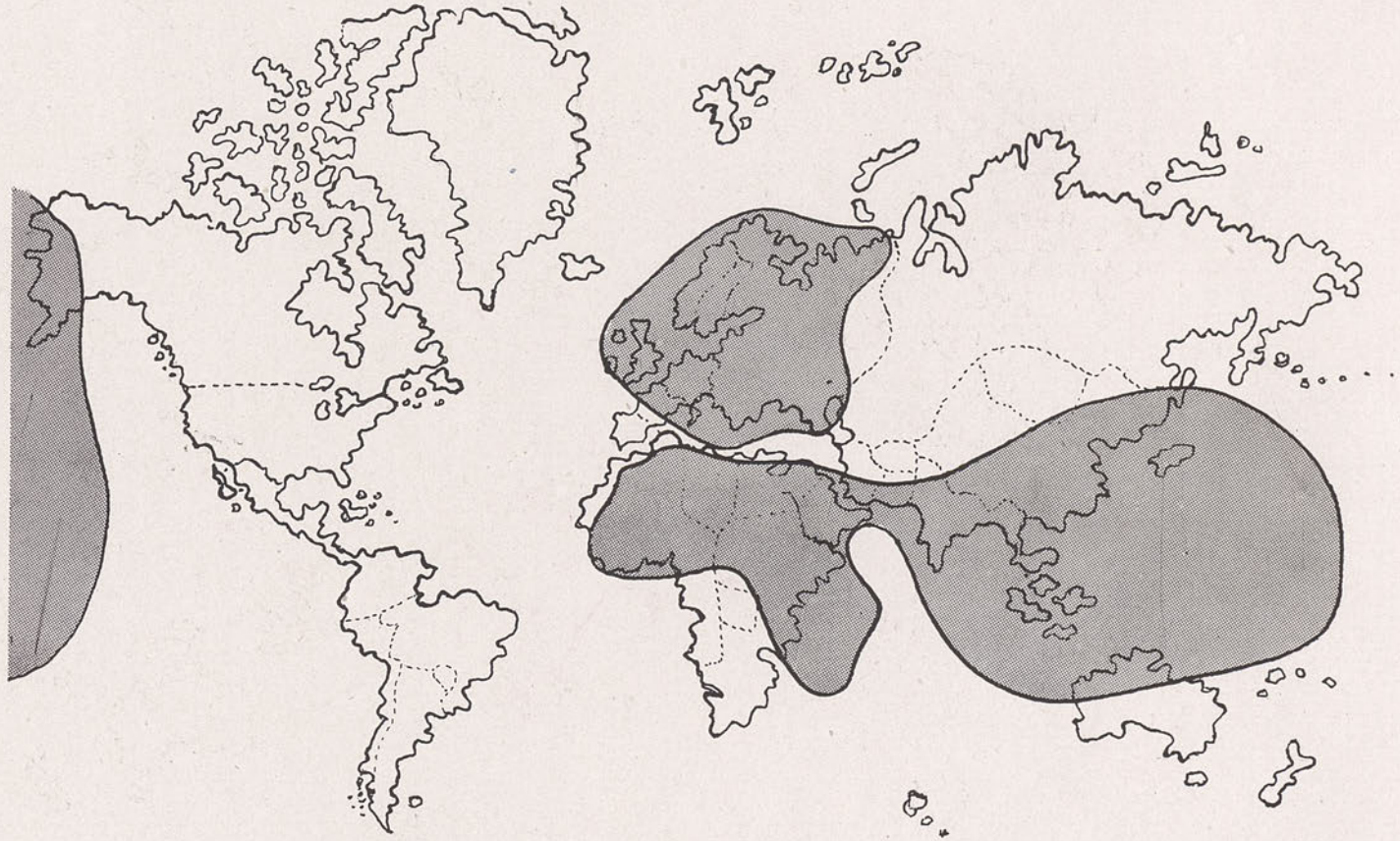
Siempre tendrá eficacia y merecerá que se conceda la mayor importancia a cuanto signifique protección para los que sufren; mucho más, cuando el sufrimiento que tratemos de mitigar sea éste, tan antiguo, como repugnante y evitable mal. Pero lo que da mayor importancia al tema, es que, protegiendo a estos enfermos, diagnosticando sus formas iniciales, tratándoles lo antes posible, evitando algunas veces generalizaciones, otras diseminaciones, aislando y atendiendo a aquellos en que la enfermedad se ha generalizado, y sus lesiones abiertas les hace ser más peligrosos para la sociedad, es como se hace la más eficaz de las labores profilácticas. Como además nos tocaron tiempos de guerras, con sus grandes traslados de población, en nuestra patria, como en el resto del mundo, está aumentando la morbilidad leprosa y urge tratar de atajar una difusión que preocupa a los sanitarios de todos los países.

El actual Presidente de la «MEMORIAL ASÒTIACIÓN LEONARD WOOD», PERRY BURGES (1), publica en el órgano oficial de la asociación internacional, un trabajo titulado «*Un mundo dentro de otro mundo*» en el que se ocupa del problema mundial originado porque sólo una parte de los leprosos se encuentren debidamente atendidos y de que las circunstancias actuales han de causar un aumento indudable, de no salir al paso con todo género de medidas, recabando para adoptarlas la colaboración de cuantos con sus trabajos, o sus sugerencias, o aportaciones, puedan ser de alguna utilidad.

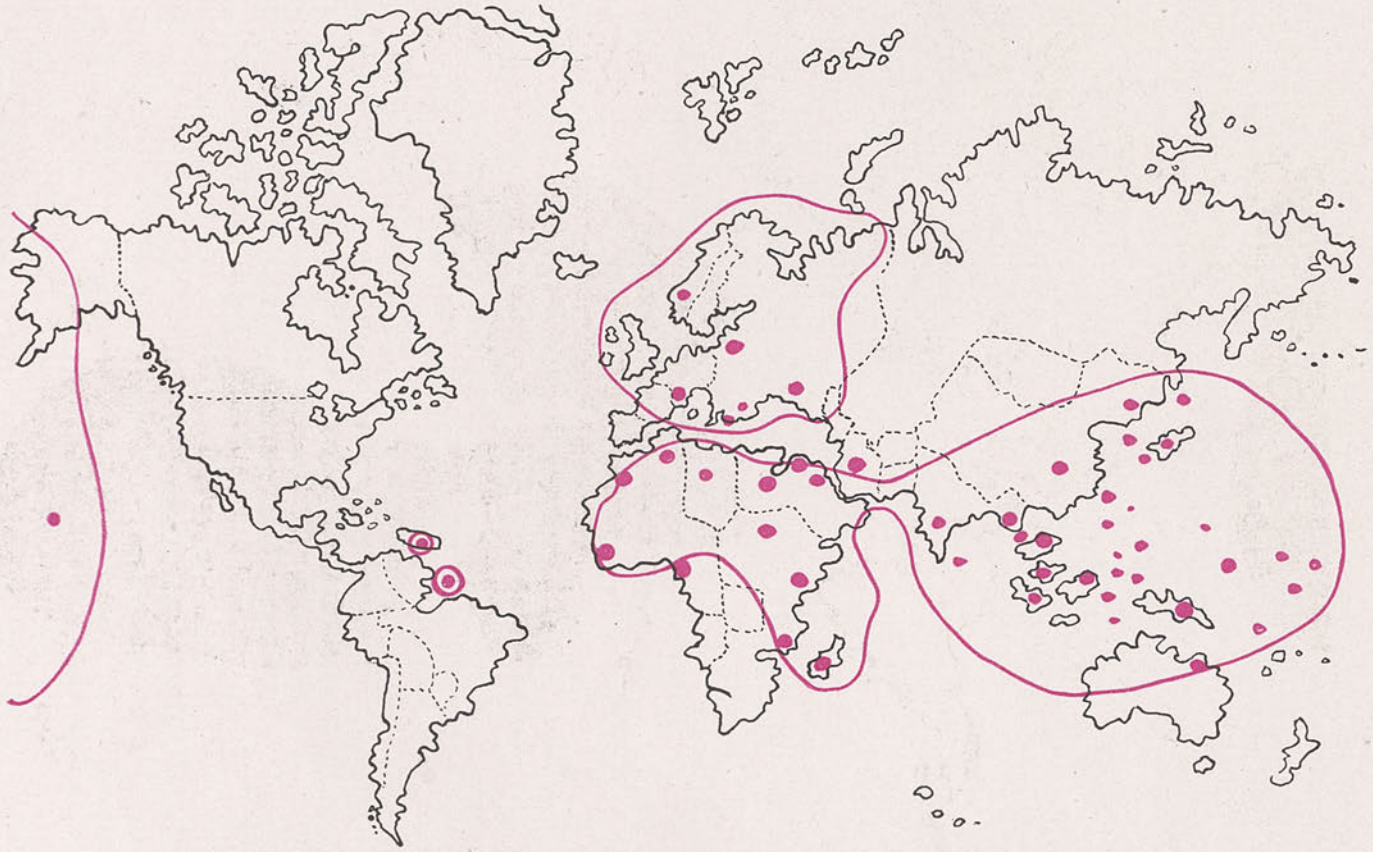
JAMES A. DOULF, en la misma fecha, en su trabajo «*Leprosy in the Postwar World*» (2) (La lepra en el mundo de la post-guerra), coincide plenamente con el anterior y solicita que en todas partes se creen cuantos leprocomios y dispensarios se consideren necesarios y se adopten todas las medidas precisas, partiendo de una seria investigación científica, y de una dirección coordinada, con un programa mundial al que debe concedérsele toda la importancia que realmente tiene.

El Médico Mayor de la Armada de los Estados Unidos, WILLIAM U. MC-CLENAHAN, en su «*The military aspects of leprosy*» (3), describe algunos casos de contagios con motivo de la guerra y se ocupa extensamente de los problemas que se avecinan por la estancia de las tropas en zonas endémicas y de las precauciones de orden sanitario que rápidamente se deben de adoptar.

Coincidiendo con estas opiniones norteamericanas, el órgano oficial del Patronato para la profilaxis de estas enfermedades de la República de Cuba, publica otro trabajo, «*La lepra en la post-guerra*» (4), de los doctores IBARRA PEREZ y GONZALEZ PRENDES, propugnando también la idea de que, al terminar la guerra, los departamentos de Salubridad de las diferentes partes del mundo deberán tomar medidas enérgicas para evitar que, los soldados al regresar de los frentes, la intensificación del tráfico comercial y el éxodo de las poblaciones civiles cuando huyen del enemigo, sean causa de la difusión de toda clase de enfermedades infecto-contagiosas, pero muy preferentemente de la lepra, que se extendió siempre en ocasiones análogas, como lo demuestra la perfecta revisión que hacen de la historia de esta enfermedad y la observación de unos planisferios que reproducimos por ser sumamente demostrativos de la coincidencia en los escenarios de la guerra con las zonas principales de endemia leprosa.



ESCENARIO DE LA RECIENTE GUERRA MUNDIAL



Los puntos rojos, son los: PRINCIPALES FOCOS LEPROSOS ACTUALES

La línea roja marca el: CONTORNO DEL ESCENARIO DE LA GUERRA MUNDIAL

En España nos anticipamos con nuestra Cruzada a lo que había de ser conflagración mundial, iniciándose la movilización de contingentes y traslados de masas, sin reparar cuales son los puntos de estacionamiento, ni si están afectados o no por plagas sociales. Pero además del paso de las tropas por zonas endémicas y de la evacuación del centro de España, con preferencia al foco de levante, vienen las Brigadas Internacionales, con mercenarios de la más baja esfera social, procedentes en su mayoría del extremo oriente de Europa, e incluso de Asia; por otra parte tropas africanas, o nacionales con residencia en Africa. Las consecuencias de esta movilización se evidencian primero en una serie de parasitismos cutáneos, casi no se ven infecciones de corta incubación porque se adoptan medidas de reconocida eficacia, pero más a largo plazo aparecen las consecuencias en las infecciones de evolución crónica; refiriéndonos a la lepra, aumenta evidentemente la morbilidad; incluso en servicios de Medicina Interna como el del Doctor Marañón, se ven nuevos casos, pero es naturalmente en los servicios de dermatología donde se hacen más diagnósticos. De muchos de ellos no queda una constancia escrita, pero aun así son numerosas las comunicaciones a las sesiones de las diferentes regionales de nuestra Academia de Dermatología:

En el Curso de 1940-41:

Salvador Gallardo y Conejo Mir (5), Bernardo López y Luis de Azúa (6), y Gonzalez Medina (7).

En el Curso 1941-42: Carrillo Casaux (8) y Berjillos del Río (9).

En el Congreso de Bilbao, año 1942: Egea Bueno y Martin Gomez (10).

En el Curso 1942-43: Villafuertes (11), Sainz de Aja (12), Hernandez Posadas (13), de Gregorio y Zatorre (14), Rodriguez Moreno (15) y Contreras y Guillen (16).

En el Curso 1943-44: Gay Prieto (17), Contreras y Rodrigo (18), Carrillo Casaux (19), Gallego Calatayud (20), y Zatorre y Salinas (21).

En el Curso 1944-45: Alonso Goya (22), Grau Barberá (23), Mochales y Apalategui (24), y Torres Valcazar y Garcia Perez (25).

La mayor parte de estos casos y, naturalmente donde los Médicos se pronuncian más alarmados, es en Andalucía, que paga las consecuencias de no disponer de ningún leprocomio en relación con sus necesidades, pero lamentablemente el peligro se extiende, alcanzando incluso zonas en donde nunca se había visto esta enfermedad, como lo demuestran los casos de De Gregorio y Zatorre (14) y Mochales y Apalategui (24), que se refieren a la aparición de casos en Aragón y Vizcaya.

Aun cuando ésto no tenga relación con la diseminación en nuestra península, nos parece también interesante referirnos a las medidas adoptadas en los territorios españoles del Golfo de Guinea, en donde en el Boletín Oficial de fecha 15 de abril del año actual, se publica un nuevo Reglamento de lucha contra la lepra.

En todas estas publicaciones se proponen una serie de medidas para prevenir un estado epidémico que a todos justificadamente alarma. También en la

revista «Fontilles» (26), se publica un trabajo titulado «*La lepra en la postguerra*», en el que se recogen diferentes trabajos relacionados con el tema. Queremos terminar, exponiendo las palabras del Profesor VILANOVA, en un tratado de Dermatología de reciente aparición (27): «Un pueblo que no es lo bastante bueno y generoso, para aislar dignamente a sus enfermos de lepra, rodeándoles de todo cuanto pueda hacer más llevadera su desgracia, y esforzándose hasta el límite para lograr su curación, no merece la pena de ser protegido contra esta enfermedad».

Nuestro país no debe quedar al margen de una obra tan necesaria y conveniente; debemos colocarnos a la cabeza de los que desean proteger a sus enfermos, empezando por elegir para ello la mejor dirección posible.

NECESIDAD DE UN ORGANISMO RECTOR

Sin profundizar en detalles históricos, es fácil comprobar a quién se debe casi la totalidad de la obra de protección a los leprosos. Las palabras de EHLERS (28), «El honor de ocuparse de curar a los leprosos fué dividido desde sus comienzos entre las Órdenes de San Lázaro y San Jorge, con prioridad para la primera...» Esta opinión ha sido repetidamente confirmada, así, HEISER (29) dice: «A las Asociaciones religiosas *cristianas* siempre las ha interesado la atención de los leprosos y virtualmente, han sido las únicas que se han ocupado de ellos... La simpatía por los que sufren, que es un dogma cristiano, ha hecho mucho para aliviar los dolores de esa gente infortunada...,.» La lucha contra la lepra en los países escandinavos, que siempre se pone como ejemplo, fué iniciada por el Abate ANSALOP. Casi la totalidad de las leproserías mundiales son obra de la Religión cristiana, así entre las que descuellan: La de Culión, tuvo su origen en el Hospital de San Lázaro creado por los Franciscanos en el año 1784 y en su mejor época de esplendor, cuando técnicamente la dirigía HEISER, eran Jesuítas como el Padre Valles y Hermanas de la Orden de San Pablo de Chartrés, los que cuidaban los enfermos. El nombre de Molokai, la gran leprosería del Archipiélago de las Sandwich, sólo puede pronunciarse unido al nombre del glorioso leproso, padre Damián, de los Sagrados Corazones. La leprosería más rica del mundo, la de Carville, tuvo su origen en la leprosería que con anterioridad existía en IBERBILLE, (Luisiana), llamada Nueva Orleans y también fundada por misioneros españoles en el año 1785 (30). El Hospital de San Lázaro de La Habana, fué también fundado por los españoles, reinando Felipe IV, en 1667, por el Jesuíta Padre Alegre. En el Japón, entre las mejores leproserías, las de Bungo y Kyoto, fueron fundadas por San Francisco Javier y un discípulo japonés (Yasujiro), también de la Compañía de Jesús, que más tarde adoptó el nombre de Pablo de Santa Fe. En Europa es suficiente recordar los nombres de Santa Brígida, en Escocia; San Martín, en Alemania; Santa Isabel, en Hungría; Santa Iveta, en Bélgica; San Francisco de Asís y la Beata Angela de Faligno, en Italia; San Pedro Claver, en Francia; y San Fran-

cisco Javier y San Francisco de Borja, en España. Pero además, destacan poderosamente dos nombres: BERGEN y FONTILLES, que no se pueden mencionar sin recordar, unido el primero a los Abates APSALÓN y BERTRAND CLAIRVAUX; así como al Rdo, P. CARLOS FERRIS, de la Compañía de Jesús, cuando se trata de nuestro leprocomio ejemplar.

Todas estas razones y otras muchas, que no es posible enumerar, son las que indujeron a JEANSELME (31), en el discurso de inauguración de la III Conferencia Internacional de Leprología, a decir que, en el curso de sus peregrinaciones mundiales en busca de leprosos, tantas veces como les veía atendidos y cuidados, se hacia siempre ésta pregunta: «*Qui leur avait construit ces abris?... le plous souvent, ce n'etait pas l'Administration, mais l'initiative privée, queiques hommes, quelques femmes de coeur*»; frase ratificada, en aquella misma sesión, por STRAUSS (32), a la sazón Ministro de Higiene francés, que nosotros reproducimos por estar convencidos de que, cuando en cualquier país, la Administración se decide a empresas de esta envergadura, si las termina... ¿Cuál es su precio?...¿Cuánto tiempo ha invertido en terminarlas?. HEISER, en su libro «La Odisea de un Médico en 45 países», contesta claramente estas preguntas y tanto por lo que él nos dice, como de la numerosa experiencia de SOUZA ARAUJO (33), en su «A lepra. Estudios realizados en 40 paizes»; y de la modesta nuestra, deducimos que, siempre será conveniente y casi imprescindible, recoger todas las colaboraciones, estimulando todas las aportaciones de la iniciativa privada y muy particularmente las de las Ordenes o Instituciones Religiosas. Esta manera de proceder se estimó siempre como la más acertada para este tipo de enfermedades y por esta razón, en la 1.ª *Conferencia Internacional de la Lepra*, germinó ya la idea de crear un organismo internacional que dirigiese la lucha contra esta enfermedad. Esta idea se llevó a la práctica en Manila, en 1931, en la *IV Conferencia Internacional*, creándose «*The International Leprosy Associatión*» y fundándose la importante revista *The International Journal Of Leprosy*. Cualquier intento de organización futura debe estar íntimamente relacionada con esta Asociación internacional, que tuvo su origen en la iniciativa privada de la «*Leonard Wood Memorial For The Eradicatión Of Leprosy*», semejante a la patrocinada en Inglaterra por el Principe de Gales, «*The British Empire Leprosy Relief Assotiatión*» y a las de mayor abolengo, extendidas por la mayoría de los paises de Europa «*Orden Militar Hospitalaria y Soberana de San Lázaro de Jerusalén y Orden Militar de San Jorge*».

En España la lucha antituberculosa, que es la que figura a la cabeza de todas las luchas antiinfecciosas y la que ha progresado bien notablemente en estos últimos tiempos, es la única que se encuentra dirigida por un Patronato que, en colaboración con Sanidad Oficial, pero con alguna independencia, dirige y organiza cuanto se relaciona con la profilaxis de la tuberculosis, siendo de destacar que los grandes progresos conseguidos en lucha antituberculosa coinciden con el tiempo en que funciona dicho Patronato.

Las características especiales de esta enfermedad, a la que todavía es frecuente se la tenga aquel terror medioeval, y a la que sólo por móviles especiales se la presta toda la atención que merece, nos hacen creer, que son razones suficientes para que en ella, más que en otra alguna, sea imprescindible el Patronato

rector, que podría ser semejante al que existe en la lucha antituberculosa, pero debiendo colaborar todas las Instituciones que puedan contribuir a mejorar su funcionamiento, así como facilitar la resolución de algunos problemas que, actualmente y a pesar de su poca importancia, dificultan algunas veces la multiplicidad de organismos y que tendrían fácil resolución cuando todos ellos estuviesen representados en el Patronato que propugnamos.

El Patronato Antileproso, como el Antituberculoso – que puede servir de modelo –, debe ser presidido por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, y no deben faltar en su composición: una alta dignidad eclesiástica; los Directores Generales de Sanidad y de Colonias; un Catedrático de Dermatología, representando a la Universidad; un Médico clínico de la Lucha Antileprosa, del Cuerpo de Dermatólogos Oficiales del Estado; y representaciones técnicas de la Real Academia de Medicina; de la Academia de Dermatología; de la Orden Militar y Soberana de San Lázaro de Jerusalén; del Patronato de la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja y de cualquiera otra Entidad ú Organismo que, como los mencionados, pueda contribuir en forma práctica y de manera indudable, a la lucha contra este terrible mál. Así constituído el Patronato, siempre en contacto con la Asociación Internacional de Leprología, pues como decía NOCHT (34), «Una condición precisa para el eficaz progreso de esta lucha es, que los leprólogos de los diversos paises se entiendan entre sí»; es como quedaría mejor gobernada, esta obra de protección de los leprosos, que para bien de ellos y de cuantos sanos vivimos en el mismo país, es necesario y urgente afrontar dotándola de cuanto se considere preciso.

Considerable labor tiene este Patronato. Ninguna protección mejor que las medidas sanitarias, ya que todo el que tiene una enfermedad, su principal apetencia es buscar el remedio, con el que no solo se beneficia al enfermo, sino a cuantos con él conviven, ya que como dijo DARIER (35): «En la lepra, la profilaxis es más potente que la terapéutica»; pero además, en ésta, como en todas las enfermedades infecto-contagiosas, una de las formas mas prácticas de disminuir la morbilidad, es elevar el medio social de las clases necesitadas, que son siempre las más expuestas a todos los peligros y muy particularmente a esta antigua enfermedad. Son pues necesarias: medidas profilácticas y medidas sociales y aún cuando ambas están íntimamente unidas, las trataremos por separado, pero previamente, consideramos preciso fijar algunos conceptos, precisando el criterio actual de aquellos caracteres clínicos que estimamos necesarios para el conocimiento y fundamento de las medidas que se deben de adoptar.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD QUE PUEDEN INFLUIR EN LA PROFILAXIS

1.ª – La lepra es una infección producida por un germen conocido, que se asemeja al causal de la tuberculosis, y que, en la *IV Conferencia Internacional de Leprología*, celebrada en Manila, en el año 1937, se acordó designar con el nombre de *mycobacterium leprae*.

2.ª—Este mycobacterium, conocido anteriormente con el nombre de su descubridor—bacilo de Hansen—, es difícil de cultivar en serie, lo que actualmente dificulta el empleo de algunos de los procedimientos empleados con éxito en la lucha contra otras infecciones por gérmenes conocidos.

3,ª—El único medio de adquisición de la enfermedad es el contagio, que podrá ser, directo o indirecto, pero que indefectiblemente tendrá siempre su origen en otro enfermo, constituyendo por lo tanto éstos, las exclusivas *fuentes de infección*.

4,ª – El contagio—única forma de adquirir la enfermedad—no es tan fácil como vulgarmente se cree; parece necesitarse una serie de reinoculaciones sucesivas o cuando menos la persistencia en el contacto o convivencia con el enfermo, en condiciones deficientes de higiene,

5.ª – Son particularmente receptibles. los niños, los organismos enfermos, débiles, tarados y todos aquellos sometidos a dietas carenciales.

6.ª—Una vez infectado el organismo, suele tardar bastante, algunas veces años, en manifestarse la enfermedad. Tanto el período prodrómico, como el de las manifestaciones iniciales son poco característicos, con sintomatología muy variada que dificulta el diagnóstico.

7.ª—Entre la inmensa variedad de formas clínicas, que permitió calificar de proteiforme (36) esta enfermedad, hay que distinguir dos grupos principales, motivados en las condiciones alérgicas del terreno infectado. Cuando el organismo se defiende mal, el Mycobacterium se desarrolla libremente y da lugar a la forma lepromatosa, que es la más característica de la enfermedad y la más contagiosa y peligrosa. En los casos en que se defienden bien los organismos receptores, tienen lugar diferentes estados reaccionales, la lepra reactiva del Pr. VILANOVA (37), en la que se agrupan diferentes formas clínicas, pero todas ellas con sintomatología de menor tipismo y con menor peligro a la diseminación de la enfermedad.

8.ª – Aun siendo múltiples las formas clínicas, desde el punto de vista sanitario, interesa una sola clasificación: Enfermos peligrosos, son aquellos que constantemente diseminan bacilos, bacilíferos, corresponden a la forma lepromatosa o anérgica de la enfermedad y en la Conferencia Internacional de Manila se acordó designar siempre con el nombre de «abiertos». Enfermos, relativamente peligrosos, en los que solo excepcionalmente se encuentran los bacilos, abacilíferos, que suelen corresponder a las diferentes formas reaccionales, tuberculoides y nerviosas, y que en atención al mismo acuerdo internacional deben designarse con el nombre de «cerrados».

9.ª—La lepra, como todo el mundo sabe, es enfermedad de muy mal pronóstico, que se agrava cuando no se diagnostican precozmente las formas iniciales de la enfermedad. Este mal pronóstico, no debe hacernos incurrir en el error de considerarla como una enfermedad siempre incurable. La curación puede lograrse con tanta más facilidad, cuanto antes se diagnostiquen y traten los enfermos y como después veremos, son bastantes los leprólogos afamados que dan cifras de curaciones alrededor del 50 %.

10.ª—Entre la multitud de medicaciones empleadas en el tratamiento de la lepra, contamos actualmente con una que aunque no pueda equipararse a las de más destacada efectividad, tampoco es posible que nadie, ni aun aquellos más severos en sus críticas, puedan negar el valor indudable de los preparados de chaulmoogra. Las medicaciones modernas derivadas de este preparado están cada vez mejor estudiadas y se obtienen en diferentes laboratorios en condiciones que permite confiar en sus resultados. Además de esta medicación, empleada por el momento como la única efectiva, existen algunas novedades en estudio, que permiten tener alguna esperanza, por estar basadas en los mismos principios que otros medicamentos modernos que en el tratamiento de otras enfermedades han ocasionado una verdadera revolución.

PROFILAXIS

Esbozada ya la historia de la profilaxis, si tratáramos de completarla, cualquiera que fuera la fuente de documentación, no conseguiríamos sino detallar aún más la ímproba labor realizada por nuestra religión, a la que prestó alguna colaboración la protestante y más recientemente algunas instituciones particulares como las fundadas por el General Wood y por el Príncipe de Gales.

Fundamentalmente empezaron a encauzarse todas las cuestiones bajo una base científica con las *Conferencias Internacionales de Leprologia*. Así, en la 1.ª, celebrada el año 1897 en Berlín, se acordó que la medida fundamental era el aislamiento; siendo digno de destacar (por discordante) que, DANIELSEN y HANSEN (38), que marcaron las directrices de aquel congreso, creían que la transmisión hereditaria era la principal causa de la infección. En la 2.ª, celebrada en Bergen, en 1909 (39), se mantienen todos los puntos aprobados en la primera. Se aprueba una nueva base, disponiendo la separación de los hijos de los padres leprosos y empieza a creerse ya en la posible curación de la enfermedad. En la 3.ª, (40), celebrada el año 1924, en Estrasburgo, es en la que más extensamente y con la presencia de las principales figuras mundiales, se aborda y trata concienzudamente la cuestión de profilaxis. La 5.ª y 6.ª Sesiones de la misma se dedican a este exclusivo tema y destacan en ella ponencias y comunicaciones de extraordinario mérito de MARCHOUX (41), JAMES (42). BONNET (43), SCHIRONS (44), IVANOV (45), RABELLO y MOTTA (46), MITSUDA (47), IRA AYER (48), MATHIS (49), ROGERS (50), SOUZA ARAUJO (51), PANAYOTAU (52), CAMPENHOUT (53), ROBINEAU (54), DICKSON (55), ANDERSON (56), ABBOTT (57), DELORD (58), MAR-

CHOUX (59), JAMES (60), IVANOV (61), RABELLO y MOTTA (62), KENSUKE MITSUDA (63), CHOKSY (64).

Después de discutidas todas las opiniones, los leprólogos mas afamados del mundo, aprobaron por unanimidad las siguientes resoluciones (65).

1.ª—Las prescripciones legislativas concernientes a la lucha contra la lepra podrán diferir en los diferentes países; pero en todos ellos se debe prohibir la entrada de leprosos extranjeros.

2.ª—En los países en que la lepra esté poco extendida, el aislamiento, como se practica en Noruega, es recomendable.

3.ª—En donde existan zonas de endemia leprosa, el aislamiento es necesario.

4.ª—Los miembros de la familia de un leproso deben estar sometidos a exámenes periódicos.

5.ª—Es necesario hacer saber a las poblaciones que la lepra es una enfermedad contagiosa.

6.ª—Es interesante prohibir a todos los leprosos que ejerzan profesiones en las que puedan propagar su infección; pero en este caso, la sociedad tiene el deber de considerar que, esta prohibición le impone el deber de asistir al enfermo y a las personas que sostenga.

Puede decirse que las bases esenciales para fundamento de la profilaxis no se han modificado en las Conferencias Internacionales siguientes y actualmente, reconocida la eficacia absoluta del aislamiento, demostrada en tantas ocasiones como se aislaron diferentes focos, en las campañas de Noruega, en el foco de Memmel, etc. También pudo demostrarse en la Edad Media, cuando en todas partes de Europa se crearon abundantes leproserías. Siempre estas campañas fueron seguidas de una disminución de morbilidad. También es demostrativo, lo que ocurre en todas partes cuando trata de crearse un nuevo leprocomio; la vecindad del sitio elegido protesta y hace cuanto puede para que no se lleve a la práctica, pero si el proyecto sigue adelante, hasta los más contrarios a su creación tienen que reconocer su error. En cambio, cuando triunfan en sus maquinaciones, conocemos algunas regiones que han pasado a ser los focos de mayor importancia de nuestra peninsula.

Este conjunto de razones, justifica que, aún actualmente existan partidarios del aislamiento absoluto de todos los leprosos como único medio de profilaxis; así BASOMBRIO (66), dice que: «La profilaxis de la lepra se basa fundamentalmente en el aislamiento del enfermo que emite bacilos, cualquiera que sea la forma clínica». Claro que para hacer la profilaxis en esta forma, son condiciones precisas: Disponer de leprocomios con capacidad para atender, en las mejores condiciones, a todos los enfermos que existan, y, una ley que obligue a los enfermos a esta reclusión. Pocos países tienen leproserías para la reclusión de todos sus enfermos. Pocos también, tienen legislación sobre este particular. Nosotros no tenemos ni lo uno, ni lo otro; pero es que no creemos que sea necesario ni conveniente. El propio BASOMBRIO (67) dice: «Los enfermos con formas no bacilíferas, no contagiosos, pueden seguir su tratamiento sin necesidad de internación, ambulatoriamente, en consultorios, dispensarios comunes o especiales y, en general, sin tener que dejar sus ocupaciones ordinarias». Ya en la

Conferencia de Estrasburgo, a la que tan reiteradamente nos hemos referido, se anticipaba ANDERSON (68) señalando una de las principales necesidades de la lucha contra la lepra y protección al leproso, la necesidad urgente de crear y extender por todas partes Dispensarios, a los que puedan acudir cuantos se encuentran en los primeros períodos de la enfermedad. Con el tiempo se ha ido generalizando esta manera de pensar, y así HANELMAN (69) opina que el aislamiento forzoso y en especial los medios coercitivos han fracasado completamente entre los indolentes enfermos, y cada vez se generaliza más la idea de que, gracias a los conocimientos actuales, pueden emplearse procedimientos más humanos; COCHRANE (70), cree que las medidas coercitivas no deben nunca de alarmar a los enfermos; ROGERS (71), se pronuncia por la inutilidad de esta medida cruel, que solo puede sobrevivir en donde persisten las creencias y el horror medieval que obligaban a los leprosos a vivir siempre separados del mundo. Este es el criterio que se va imponiendo: solo los casos «abiertos» deben ser aislados, vigilando a los demás y a los convivientes por medio de los Dispensarios; así lo creen hoy la inmensa mayoría, posiblemente la totalidad de los leprólogos y por lo que se refiere a nuestro país, esta idea es aceptada por los Profesores GAY PRIETO (72) y VILANOVA MONTIU (73), así como por la Academia de Dermatologia, y por cuantas informaciones recibimos recientemente de otros países.

De acuerdo con la primera resolución, de las que sirvieron para concretar el criterio de la Conferencia Internacional de Estrasburgo, las medidas que se adopten para la profilaxis de la lepra, deben de diferir en los distintos países, en armonía con sus respectivas necesidades. Por eso al concretarnos al nuestro, habida cuenta de todas las opiniones recogidas en nuestra Academia Española de Dermatología y también de todas las ideas expuestas en el año actual en el Curso Uuiversitario de Leprología, organizado y dirigido por el Profesor de Dermatología de la Facultad de Madrid, Dr. GAY PRIETO y celebrado en el Hospital de San Juan de Dios, con la colaboración del Profesor VILANOVA MONTIU y de los Dres. SÁINZ DE AJA, SUCH SANCHIS y CONTRERAS DUEÑAS; expondremos las bases que nos parecen más en consonancia con nuestras necesidades. razonándolas a continuación, insistiendo particularmente en aquellos puntos en los que creemos que son más necesarias las medidas a adoptar.

BASES PARA LA PROFILAXIS

1.ª – Se prohibe la inmigración de leprosos y se evitará el traslado a zonas sanas de los que proceden de otras endémicas.

2.ª – Descubrir los focos autóctonos.

3.ª – Hacer un censo completo de enfermos.

4.ª—Hacer simultáneamente otro censo de convivientes.

5.ª – Clasificarles sanitariamente.

6.ª—Recluir, de acuerdo con la nueva ley de Sanidad, a todos los enfermos «abiertos» que no puedan ser aislados particularmente, en condiciones apro-

badas por las Autoridades sanitarias. Todos los enfermos aislados, permanecerán en los leprocomios o en los locales autorizados, en tanto no reunan las condiciones precisas para que se les conceda el alta condicional «paroled».

7.ª – Los Médicos encargados de la lucha antileprosa, llevarán al día los censos correspondientes a sus respectivas localidades, teniendo la obligación de vigilar a los siguientes enfermos:

a) Los enfermos «abiertos», aislados particularmente por autorización de Sanidad.

b) Los que disfruten de alta condicional «paroled», hasta que se les conceda el alta definitiva.

c) Los casos «cerrados», que no se considere necesario recluir.

d) Todos los familiares y convivientes.

8.ª—Debe prohibirse el matrimonio de sano con leproso y dificultar el matrimonio entre leprosos, haciendo a los que las necesiten las consideraciones precisas y sobre todo haciéndoles saber que en el caso de tener descendencia, forzosamente se les separaría de la prole.

9.ª—Deben crearse cuantos Dispensarios y Leprocomios se consideren imprescindibles, dotando a todos estos servicios de la medicación y material que necesiten.

10.ª—Es necesario también un organismo central en el que se estudien cuantos problemas puedan interesar a la lucha antileprosa y que mantenga relación con la Asociación Internacional; con los servicios universitarios, de los que debe funcionar uno en correlación con cada una de las Cátedras de Dermatologia; con los diferentes leprocomios y dispensarios y con cuantas instituciones se considere conveniente; sean, o no, organizaciones oficiales del Estado.

INMIGRACION Y TRASLADO DE LEPROSOS

Actualmente es escasa la inmigración, a la cual se debió sin duda los orígenes de la enfermedad en nuestra patria, en la que vino precisamente a los focos del Noroeste, Levante y Sur, que es donde existía mayor inmigración y determinó, incluso formas clínicas diferentes en el Noroeste, donde existe más lepra nerviosa, como procedente de focos americanos y en Levante y Sur, formas corrientemente lepromatosas, procedente de Africa.

Aún siendo escasa la inmigración, conviene cumplir las disposiciones vigentes, semejantes a las adoptadas en todas las partes del mundo y que se cumpla la Base Quinta, de la Ley de Bases de Sanidad Nacional (74) que encomienda esta misión a la Sanidad de puertos, fronteras y transportes, que muy especialmente tiene que encargarse de la vigilancia de la inmigración y emigración.

Actualmente mayor importancia que la inmigración, concedemos a la importación de nuestras propias colonias, tanto del Marruecos español, íntimamente unido al francés, que está bastante infectado; como de Canarias; como de nuestras posesiones de Guinea, también zonas endémicas; es sumamente

fácil el traer la enfermedad y conocemos casos de enfermos con estos orígenes. No es posible a estos enfermos españoles prohibirles que vengan a la península, pero sí es fácil vigilar a todos los que tengan estas procedencias, para que en el caso de que puedan ser contagiosos, se les obligue a ingresar en los leprocomios que les correspondan y no dejarles que elijan para su residencia zonas que se consideran limpias.

También debe procurarse la repatriación de aquellos leprosos de otra nacionalidad que radiquen en nuestro territorio.

DESCUBRIR LOS FOCOS AUTOCTONOS

En todos los países, aún en aquellos de organización sanitaria más perfecta, resulta difícil descubrir los casos nuevos de una infección tan polimorfa en su sintomatología que ha merecido el calificativo de proteiforme; coincide con esta apreciación JEANSELME (75), que cita los casos de: Wilson, médico de la Armada Inglesa, que adquirió la lepra en la India y aún cuando estaba constantemente entre sus compañeros médicos y en una región en la que tán lógico hubiera sido pensar en esta infección, se tardó varios años en hacer el diagnóstico. Otro enfermo de Baude, que recorrió múltiples servicios franceses de la especialidad, hasta que por fín le diagnosticó el mencionado. Y la conocida «Histoire d'un lepreux» (76), caso bastante semejante y aún más curioso de AUDRY. En España se conocen también varios casos de enfermos de diagnóstico difícil, en los que se ha prolongado más de lo que se debiera, el tiempo en el que fué posible la diseminación de su enfermedad; algunos están recopilados en publicación de los Dres. CONTRERAS y GUILLEN (77). Tratando de solucionar esta dificultad son numerosas las publicaciones que se refieren al diagnóstico precoz de la lepra; de ZEFFERINO FALCAO (78), GUILLEN (79), ALEIXO (80), MATTA (81), MONTAÑES y NEGRO (82), BERJILLOS DEL RIO (83), TOME BONA (84), CONTRERAS y GUILLEN (77), CHALA (85), IBARRA PEREZ y GONZALEZ PRENDES (86).

Aún cuando sea paradójico, puede decirse que este diagnóstico *difícil*, de las formas iniciales de la lepra, es a la par *sencillo;* HEISER (87), cuenta el caso ocurrido al Dr. STRONG, cuando iba en su coche por una calle de Manila y fué sorprendido por otro médico que deteniéndole, le informó de que su cochero estaba leproso y pudo comprobar un diagnóstico, que rechazó molesto al principio; las condiciones especiales de esta enfermedad, permite que se repitan casos análogos y así nosotros sabemos que en las proximidades de un leprocomio de nuestra península, existe una familia que desde hace muchos años se dedica al transporte de viajeros, primero en diligencias de tiro animal y actualmente motorizado; pues bien, tantas veces como un leproso pretende usar de ese servicio público, es reconocido como tal por el encargado del servicio. Nadie conoce mejor la lepra que los médicos de las regiones donde esta enfermedad es endémica, aún cuando el enfermo y sus familiares traten, como es corriente, de eludir el diagnóstico de esta enfermedad.

Por todas estas razones, creemos que es imprescindible y urgente que, se cubran definitivamente y en propiedad todas las Cátedras de dermatología, que algunas llevan muchos años vacantes. Que todas estas Cátedras tengan anejo un servicio de leprología y no sea posible terminar la carrera de Médico, sin conocer a estos enfermos. Que los Dermatólogos Oficiales, encargados de esta parte tan importante de la Higiene Social se encuentren perfectamente capacitados para tan importante misión. Es completamente incomprensible que, habiéndose modificado recientemente el programa para el ingreso en dicho Cuerpo, continúe exigiéndose a estos funcionarios un solo tema de lepra. Provisionalmente, hasta dominar la difusión que nos amenaza, debería exigirse, a todos los médicos que ejerzan cargos oficiales, en las zonas en donde es endémica la lepra, el asistir a cursos anuales de leprología que deberían organizarse contando con personal capacitado. Debe incrementarse la Propaganda sanitaria, muy bien dirigida en España, y que en esta enfermedad conviene que sea, de dos características completamente diferentes: Una, destinada a facilitar a los médicos cuantos datos necesiten para el diagnóstico precoz. Otra, para hacer llegar al público en general la idea de que se trata de una enfermedad curable y que tanto más fácil será lograr la curación, cuanto antes se pongan en camino de conseguirla bajo la dirección de los especialistas que les proporciona el Estado; conviene a estos efectos divulgar los siguientes datos:

WADE y LARA, del famoso leprosorio de Culión, dicen obtienen un 10 % de curaciones y un 67 % de mejorías.
MUIR, de la India, 21 % de curaciones.
HEISER, de Culión, 25 % de curaciones y mejoría de todos los tratados precozmente.
GUILLEN (D. Mauro), de Fontilles, 26 % de curaciones y 60 % detenciones.
WILSON, de Corea, 30 % de curaciones.
TIANT, de Cuba, 50 % de curaciones.
RABELLO, más del 50 % de curaciones.

En el famoso leprocomio de E. E. U. U., Carville, hablan de 64 % de curaciones.

En general las opiniones más corrientes, referentes a este particular, recogidas por CONTRERAS (88), creen en la posibilidad de lograr la curación cuando se diagnostican pronto los casos y se tratan enérgicamente. Nunca mejor empleado el aforismo: «A enfermedad crónica, tratamiento crónico».

HACER UN CENSO COMPLETO DE ENFERMOS

Para alcanzar resultados eficaces en la prevención de una enfermedad, la primera necesidad es conocerla, saber cuál es su difusión, el número preciso de infectados y estos datos se precisan más aún, en ésta que en otras enfermedades; por estas razones, es completa la coincidencia en considerar necesidad apremiante la confección de los censos, de enfermos y de convivientes. No

resulta tan fácil como parece confeccionarlos, porque los enfermos y sus familiares, en perjuicio propio, no dan para ello ninguna facilidad. Los censos oficiales españoles han señalado siempre cifras muy inferiores a la realidad:

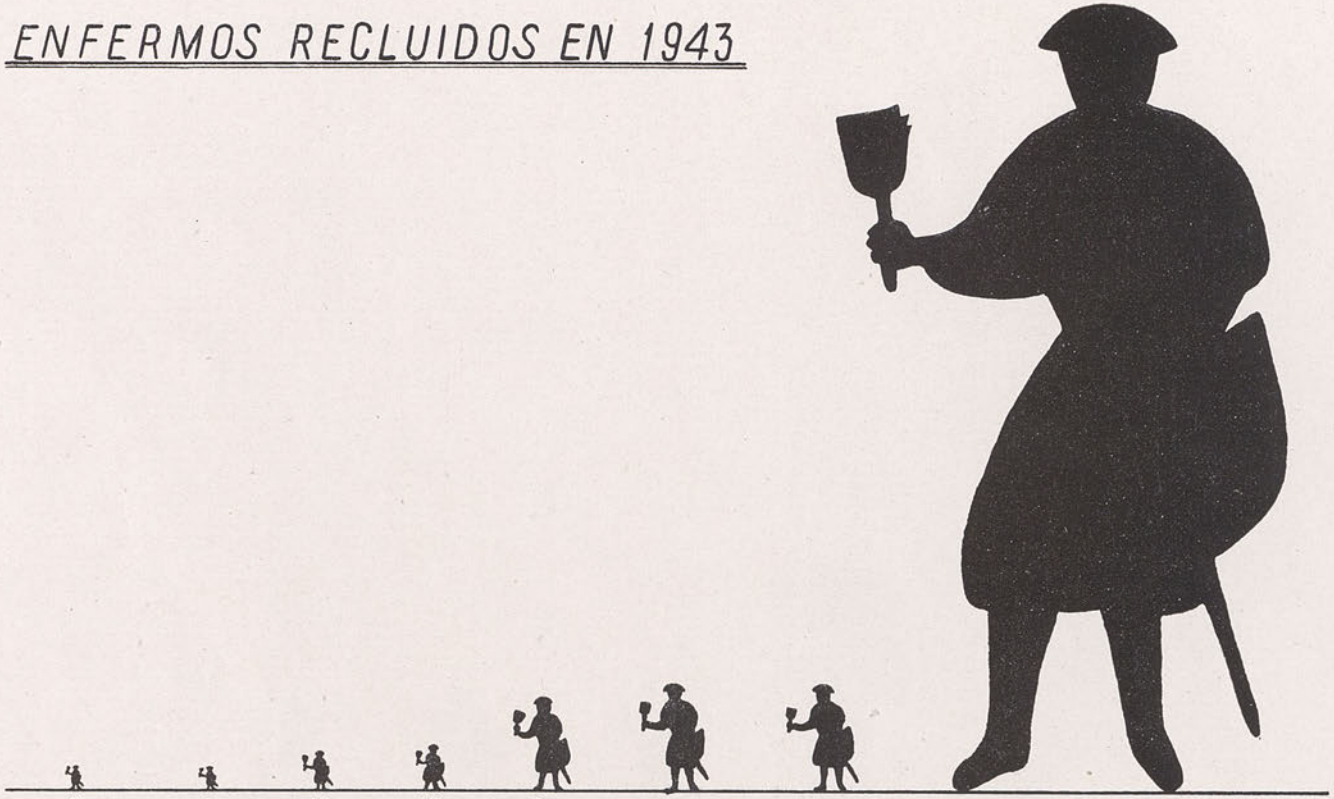
Año:	N.º de Enfermos:	Confeccionado por:
1851	284	Dr. MOLINERO
1878	521	id.
1904	522	id.
1914	898	id.
1921	1.500	Dr. DE BUEN y SAMPELAYO
1928	732	Dr. GIMENO
1932	832	Dr. MOLINERO

Entre estos datos, la cifra más numerosa es la de 1.500, de los Dres. DE BUEN y SAMPELAYO, que aún cuando sistemáticamente se viene incluyendo entre los censos de lepra, no es tál; tiene su origen en un cálculo que aparece en su libro «La lepra y el problema de la lepra en España» (89), para el que parten de datos suministrados por otros compañeros, después de hacer ellos un censo de Galicia, en el que logran reunir 474 historias clínicas y, naturalmente, después de reunido este número solo en Galicia; al calcular 1.500 se hace muy por bajo, y diciendo los propios autores que seguramente sobrepasará la cifra que, como se vé, es de números redondos. Aún así, es éste el estudio más completo que se hizo en España, con este objeto. El censo de 1928 (90), publicado en extensa memoria, con magnífico formato, abundantes gráficos y numerosos cuadros, en los que se clasifican, bajo todos los puntos de vista, los escasos enfermos recogidos; no se comprende como contando ya, con los 474 enfermos historiados ya por DE BUEN y SAMPELAYO, solo en Galicia, pudiesen darse por la Dirección General, solo 732, con tan pocos años de diferencia y sin medidas que lo justificasen. El último censo publicado, el de 1932 (91), después de recoger la contestación de todas las provincias, nos dá como hemos visto 832, casi igual que el anterior, y es aún para nosotros más incomprensible, pues se incluyen en él los enfermos recluídos en España, que en aquella fecha eran: 210, en FONTILLES; 26, en MASDEU; teniendo 40 plazas cada uno de los hospitales provinciales de Granada y Málaga y 20 los de Madrid, Córdoba y Santiago. Aproximadamente había recluídos en España, según estos datos, 376 enfermos y si a esta cifra sumamos los 474, perfectamente historiados por DE BUEN y SAMPELAYO, aunque deduzcamos los 20 recluídos en Santiago, obtendremos una cifra que demostraría que en el resto de España, en los focos de Sur y Levante, no había más enfermos que los recluídos. Claro que aún podemos resaltar más este contrasentido al fijarnos en que, en el mapa adjunto al mismo censo —de leprosos residentes en las distintas provincias—vemos que en Galicia, residían en aquella fecha; 22, en Coruña; 42, en Pontevedra; 20, en Orense; y 2, en Lugo; en total 86, cifra que dista un poco de la de 474, que con poca anterioridad se habían historiado.

Desconocemos los datos recientes de morbilidad leprosa. Publicados, no creemos existan otros datos, de estos últimos años, que los que se refieren a enfermos hospitalizados en 1943, que según la Memoria de la Colonia Sanatorio

ENFERMOS RECLUIDOS EN 1932

ENFERMOS RECLUIDOS EN 1943



ENFERMOS RECLUIDOS EN 1945

de San Francisco de Borja, en aquella fecha eran: 242, en Fontilles; 31, en Santiago; 31, en Granada; 29, en Masdeu; 13, en Málaga; 12, en Sevilla; 7, en Almería; y 7, en Trillo. Tenemos datos que nos permiten suponer, que son de poca importancia las modificaciones habidas desde aquella fecha, así: en Fontilles se elevó el número, hasta cerca de 270; en Trillo, llegan alrededor de 80; continuán sin modificación Santiago, Granada, Masdeu y Sevilla; y por reunir pésimas condiciones han sido cerradas las salas de Málaga y Almería.

No disponemos de datos oficiales respecto al número de enfermos sin recluir, ni nos interesan tampoco los que estén declarados oficialmente puesto que de antemano sabemos que ni siquiera han de aproximarse a la realidad; pero reuniendo los conocidos por las publicaciones a que anteriormente nos hemos referido y algunos más, que con carácter particular conocemos, vamos a hacer un cálculo aproximado, siempre por bajo de la realidad, pero que necesitamos para saber con alguna aproximación el volumen del censo que tenemos que realizar, así como el de las medidas consecutivas que es necesario afrontar. Empezando por Andalucía, e incluyendo también a la provincia de Badajoz, en el foco Sur y teniendo muy en cuenta las opiniones de GAY PRIETO, BERJILLOS DEL RIO, BERENGENA DEL REY, CARRILLO CASAUX, SANCHEZ BARRIGA, HERNANDEZ POSADAS, EGEA BUENO, MARTIN GOMEZ, GALDERON HERNANDEZ, ALONSO GOYA y otros, creemos se puede calcular que no estará muy distante la cifra de 2.000. En el foco de Levante, incluídas además de las provincias de Castellón, Valencia y Alicante; Albacete y Murcia; y Barcelona y Tarragona; habida cuenta de opiniones, publicadas o sin publicar, de los Profesores PEYRI y VILANOVA y de los Dres. ESTELLER, MERCADAL, MIRÓ CARBONELL, GUILLEN, GALLEGO CALATAYUD, MEDINA, CARRERAS, NOGUER MORE, GRAU BARBERA, CANTO IBAÑEZ, MORA, etc., podemos calcular unos 1.300. En Galicia, partiendo de los casos historiados por DE BUEN y SAMPELAYO y conociendo opiniones recientes de VILLAR IGLESIAS, PEREIRO CUESTA, GOYANES CEDRON (92), (por cierto no muy concordantes), hacemos un cálculo muy relativo de 600 enfermos. En Canarias, a la vista de los datos de VINUESA ALVAREZ (93), SALINAS (21), y GYÖRKÖ, creemos que sobrepasará la cifra de 650. En la Guinea española, por los datos aportados por el Dr. MARTINEZ, unos 8.000.

Concretándonos al territorio peninsular, y contando con los casos aislados, que existen fuera de los focos endémicos, nos atrevemos a hacer un cálculo aproximado de 4.000 enfermos, a los que rápidamente se podría censar, perfectamente historiados. ¿Cómo? Pues sencillamente recabando, por mediación de la Academia Española de Dermatología, todos los datos que tienen en su poder, aquellos Sres. Académicos que repetidamente dieron muestras de estar interesados en este problema, que son los que habitualmente tratan a estos enfermos y a los que al mismo tiempo que se solicitaba estos datos, debería estimulárseles en la forma que se creyera más conveniente y sobre todo, se les debería dejar comprender que, iniciada una campaña dirigida bajo normas científicas, podían tener la seguridad de que en ningún caso serían molestados aquellos enfermos que se estimase estaban en condiciones sanitarias adecuadas.

Además de estos enfermos, que son los que actualmente se encuentran controlados y dirigidos, unos en Colonias y Sanatorios y otros por sus médicos

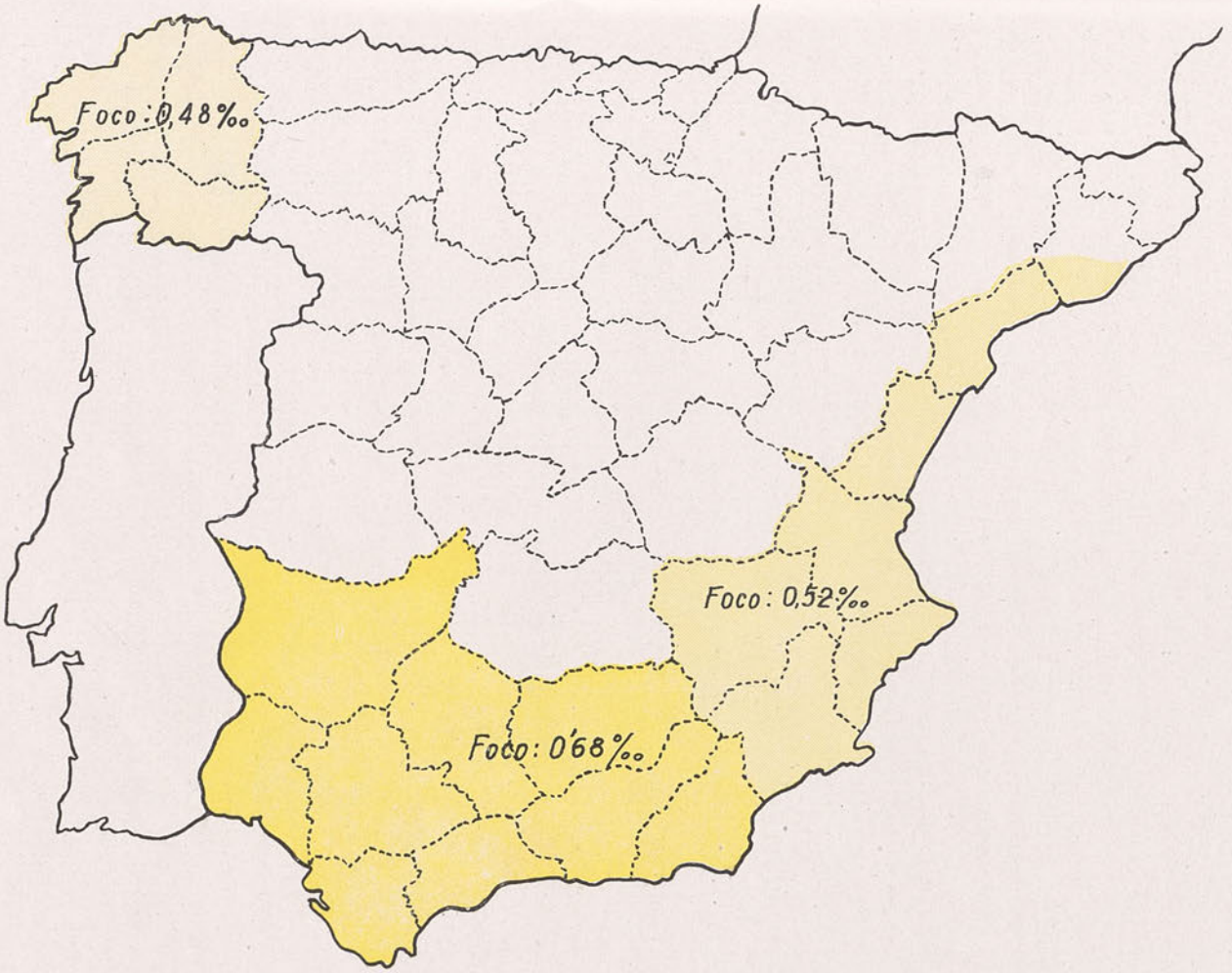
particulares – casi todos Dermatólogos – y que son los que creemos que rápidamente se podrían agrupar, con cuantos detalles se estimase preciso, existen bastantes más incontrolados; dice DENEY (94) que debe calcularse que por cada leproso descubierto existen por lo menos otros cinco ignorados; quizás esta cifra sea exagerada y aún más las de otros autores que llegan incluso a decir que, por cada caso conocido deben sospecharse ocho más; suponemos nosotros que por cada caso descubierto, que sigue las indicaciones de un médico, existen de uno a dos más que deben de procurar descubrirse, lo que solo será posible por medio de la inspección de las zonas en que la enfermedad es endémica, en la forma ya hace mucho tiempo propugnada por SAMPELAYO (89), es decir, partiendo del conocimiento de los casos declarados, vigilando a familiares y convivientes.

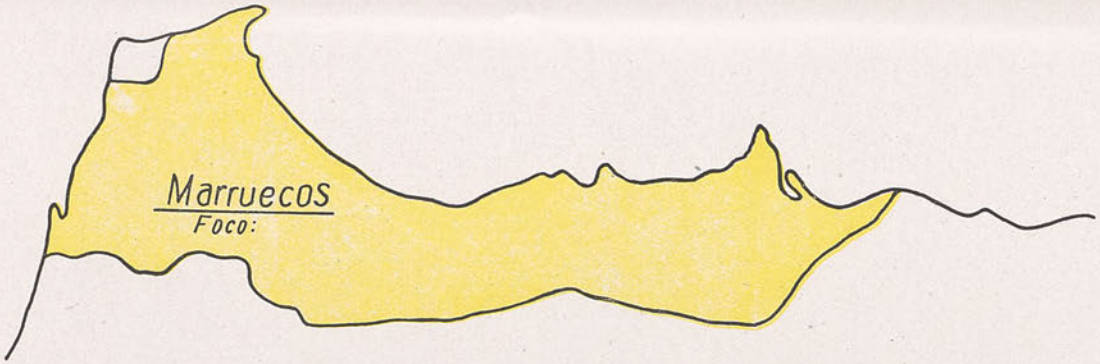
Para dar uniformidad a los resultados es imprescindible se repartiesen impresos en los que constasen, además de la filiación, todos los datos de interés epidemiológico y con amplitud, los familiares y personas que convivieron con el enfermo en los últimos años y situación y domicilio actual de los mismos. Con estos datos se hará el censo que debe ser provincial y central.

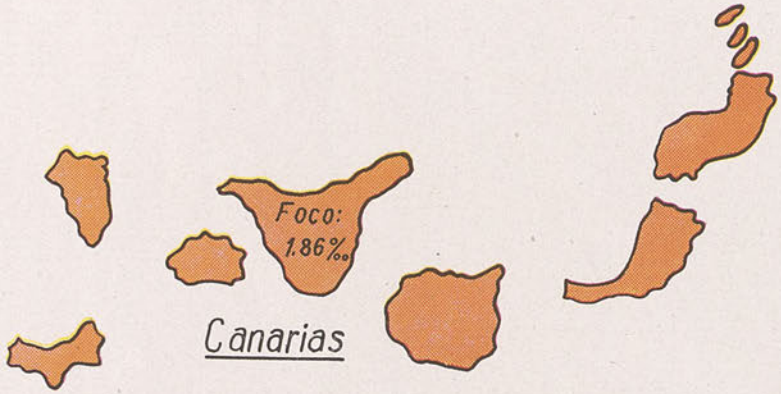
CENSO DE CONVIVENTES

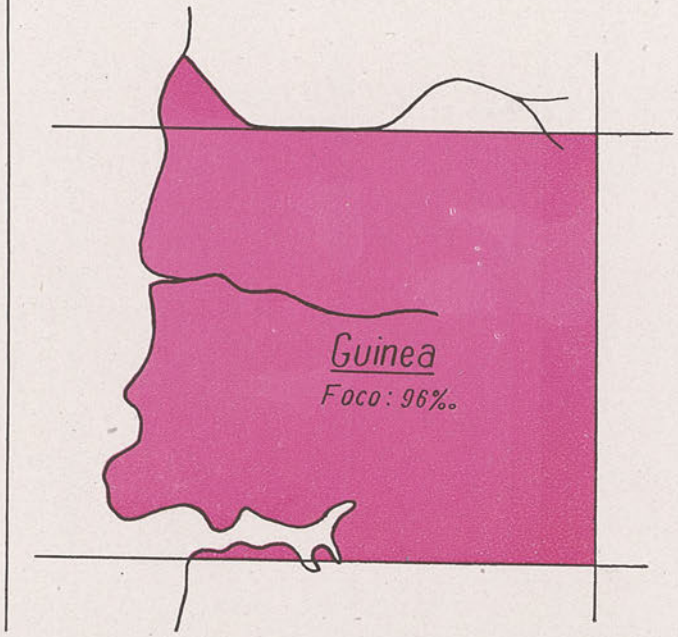
Tan necesario como el Censo de enfermos, es el de familiares y convivientes, en el que debe incluirse a cuantos hubiesen estado en contacto con estos enfermos y deben ser vigilados durante un largo plazo, en relación con lo largo del período de incubación; para ROGERS (95) esta vigilancia debería ser de 2 y $^1/_2$ a 5 años; para GOUGEROT (96), hasta de 10 años; también para MANSON (97) es hasta de 10 años el período de incubación, pero estima como mucho más corriente, de 2 a 3, su duración; alrededor de estas cifras coinciden casi todos los autores en que es una de las enfermedades de más larga incubación y sin querer precisar tiempo; VALLEJO DE SIMON (98) que, en su Discurso de Ingreso en la Real Aeademia, estudia minuciosamente el período de incubación de todas las enfermedades, la considera como la de más larga incubación y sin querer precisar tiempo dice que puede ser de seis y más años; en definitiva y dejando citas, ya no recientes, HALLOPEAU, LIE y otros, que consideraban hasta de 30 años el período de incubación, creemos, de acuerdo con GAY PRIETO (72), que el período de incubación variará de estimar, o no, la existencia del chancro leproso, pero en todo caso y coincidiendo también con ROGERS y MUIR, creemos que no sea tan excesivamente largo y que las cifras mayores se deben a que, lo que tardó excesivamente fué el diagnóstico.

Como es conveniente molestar a éstos – solo posibles enfermos – solo lo imprescindible, debe marcarse un plazo – de 2 a 3 años – en el cual se les hará concurrir al Dispensario cada dos o tres meses y transcurrido este primer plazo, deben quedar sujetos a una sola visita anual, durante un tiempo de 8 a 10 años. Para esta misión y para otras de las que después nos ocuparemos, es necesario


Foco: 0,48‰
Foco: 0,52‰
Foco: 0'68‰


Marruecos
Foco:


Foco:
1.86‰
Canarias


Guinea
Foco: 96‰

aumentar el número de Dispensarios *Dermatológicos y de Higiene Social*, como muy acertadamente se designan en la nueva Ley de Sanidad (74), terminando radicalmente con denominaciones como las de Dispensarios Antivenéreos o Dispensarios Antileprosos, que no sirven sino para ahuyentar a los enfermos y para dificultar la totalidad de lucha conjunta contra todas las dermatosis infecto-contagiosas.

CLASIFICARLES SANITARIAMENTE

Actualmente una de las cuestiones más debatidas, es la de la clasificación de los enfermos y son muy variadas y diversas las propuestas, pero esto es desde el punto de vista de las formas clínicas. Desde el punto de vista de protección sanitaria, solo nos interesa una clasificación, la administrativa. Cuando nos referíamos a las características de la enfermedad que pueden influir en la profilaxis, dejamos bien especificado este aspecto, que es uno de los más interesantes de la protección del leproso y del que depende proceda, o no, la reclusión. De acuerdo con la 8.ª de estas características, solo nos interesa clasificar a los enfermos según sean más o menos peligrosos; ¿Son abiertos? ¿Son cerrados?

Naturalmente que no debe llamarse enfermo cerrado al que en una investigación –que podría ser accidental– diese un resultado negativo y es por tanto necesario que esta clasificación la haga personal experimentado, que conociendo las formas clínicas de la enfermedad, persista en sus investigaciones y las repita en cuantas localizaciones se estime conveniente, antes de decidir en cuestión de tanta importancia.

Con arreglo a esta clasificación y dentro del grupo de enfermos cerrados, hay que distinguir los casos incipientes, de aquellos otros que fueron abiertos y con la mejoría se logró desapareciesen los bacilos.

Por lo tanto, la clasificación sanitaria, debe ser;

Enfermos abiertos: (Todos deben de ser aislados).

Enfermos cerrados
- Formas iniciales: (Deben ser tratados y por lo menos vigilados por los Médicos encargados de esta misión).
- En regresión: (Según el período en que se encuentren),

AISLAMIENTO O RECLUSION

Aún cuando deben limitarse estas medidas, solo para cuando sean imprescindibles, pues es extraordinariamente sensible privar a nadie de su libertad y más aún, cuando no es por ninguna falta del recluído, y aún cuando sea en beneficio de toda la Sociedad; pero como ya hemos visto en todas partes se acepta y considera imprescindible esta medida. Todos los enfermos con formas

abiertas, diseminadores de bacilos, tienen forzosamente que ser aislados, bien voluntariamente en condiciones particulares, aprobadas por las Autoridades sanitarias, o en caso de que esto no sea posible, en los leprocomios correspondientes.

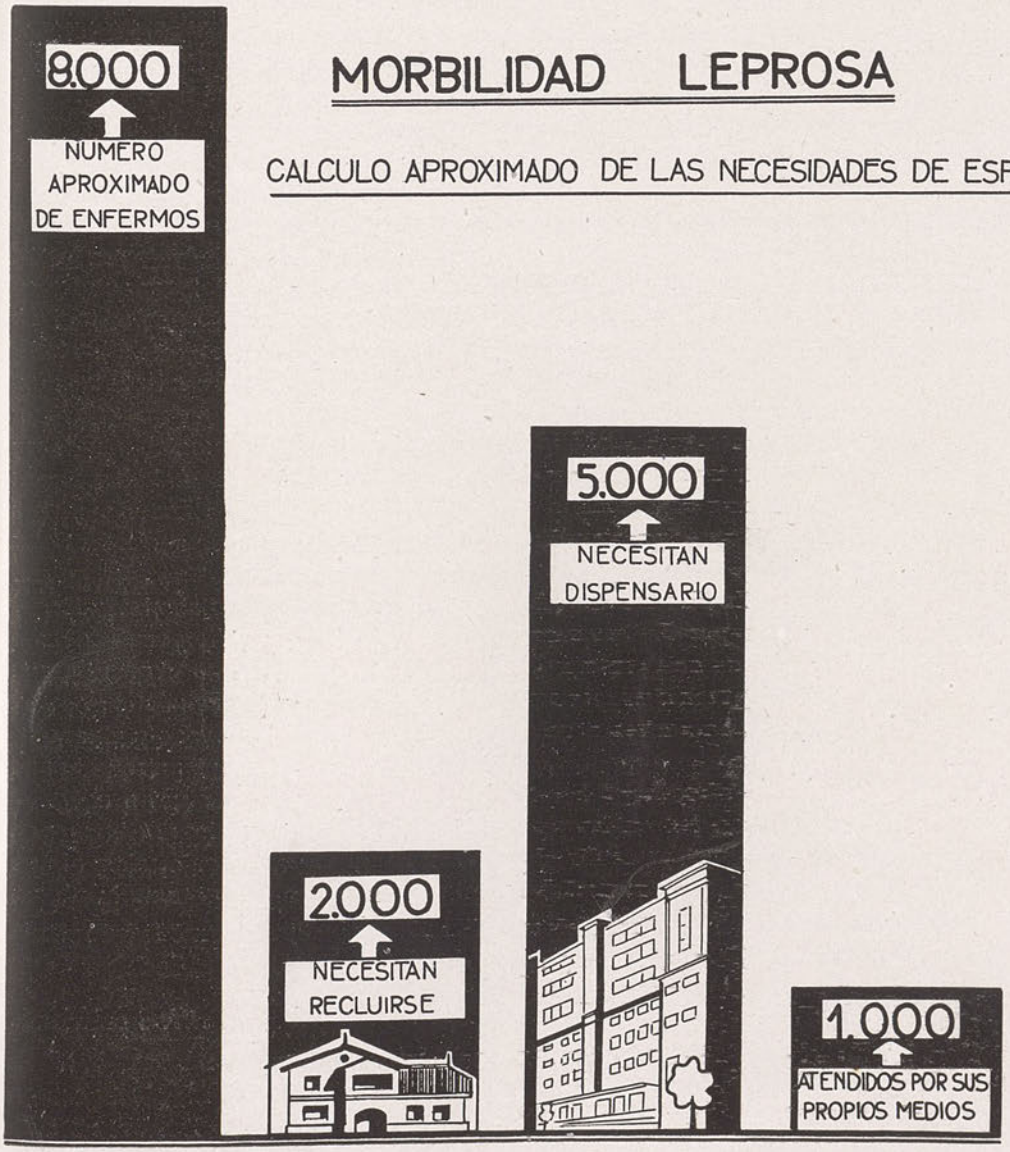
Deben precisarse las condiciones en las que es posible el aislamiento particular. La Cátedra de Dermatología de Buenos Aires, las precisa (99) así: «a) El enfermo habitará en una pieza reservada para su uso exclusivo. En ella tendrá, además de la cama, sus ropas y útiles de uso personal. De manifiesta conveniencia sería, que el cuarto de baño quedara contiguo al dormitorio y reservado para uso exclusivo del enfermo. b) Se hará hervir unos minutos los pañuelos, toallas y la ropa interior y de cama antes de darla a lavar. Quemar las gasas, vendas, etc., que hayan sido usadas. El servicio de peluquería debe ser prestado al paciente en su domicilio, con utensilios reservados para su exclusivo uso personal. c) Conviene que reciba pocas visitas y mejor es que el enfermo no dé la mano a nadie. d) Debe abstenerse de relaciones sexuales. Esto, de ningún modo puede ser perjudicial para su salud. Evitará así el riesgo de contagiar a otra persona. e) La persona que cuide al enfermo usará guardapolvo (bata) y se lavará a menudo las manos con agua y jabón común. La pieza que ocupe podrá ser contigua a la del paciente, siempre que éste se abstenga de entrar en ella. f) Conviene que los utensilios de mesa que use el enfermo queden en permanencia y se limpien en su habitación.» Nosotros añadiríamos una prevención más; Ni aún siquiera en las inmediaciones, de donde se aísle un leproso abierto, podrá haber niños.

Todos los enfermos «abiertos» que no se aíslen de acuerdo con las normas que anteceden, deben ser recluídos. La base 12.ª de la Ley de Sanidad (74), dispone que: «Los médicos que descubran casos de lepra o traten leprosos, decidirán con la aprobación del Jefe provincial de Sanidad correspondiente, si es necesario el aislamiento o si pueden ser tratados en los Dispensarios, domicilio particular, enfermerías provinciales o del servicio sanitario central.» Como esta ley es de bases para la confección de los respectivos Reglamentos, sería conveniente que, en el Reglamento en confección, se precisase en forma terminante que: *todos los leprosos abiertos deberán permanecer aislados; los que lo deseen, podrán hacerlo particularmente, siempre que sea en condiciones aprobadas por Sanidad; cuando esto no sea posible, serán atendidos en los leprocomios.* También debe ser obligatoria la reclusión de todos los leprosos, aún cuando no sean «abiertos», si son vagabundos, indigentes o cuando solo pueden vivir con profesiones sumamente peligrosas.

Para adoptar la disposición anterior, es imprescindible disponer de las plazas necesarias para que, después no nos viésemos en el caso de que no lo podíamos cumplir, porque no hubiese suficientes leprocomios. En España, en territorio peninsular tenemos una Colonia - Sanatorio ejemplar, Fontilles, con 350 plazas: un magnífico proyecto, que algún día superará al anterior, Trillo, en el que no se sobrepasó aún la reclusión de 80 enfermos; y además de otros proyectos, en diferentes medios hospitalarios de Sevilla, Granada, Barcelona, Santiago y San Juan de Dios de Madrid, en los que en ninguno es posible alcanzar la cifra de 50 enfermos; entre todos, nos sería difícil, por ahora, pasar de 600 plazas.

MORBILIDAD LEPROSA

CALCULO APROXIMADO DE LAS NECESIDADES DE ESPAÑA



Los edificios representan la proporción en que actualmente están cubiertas las necesidades

¿Cuáles son nuestras necesidades? Probablemente el número de enfermos oscilará alrededor de 8.000, como se desprende de los cálculos que anteriormente hacíamos y de los que hizo el matrimonio GEHR (100), que posteriormente fué aceptado como aproximado por personalidades de tanto prestigio como los Profesores FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA y GAY PRIETO (101). Calculando como FERNÁNDEZ (102), eminente leprólogo argentino, que una quinta parte de los enfermos son bacilíferos, podremos tener ya una cifra de 1.600, que más bien será necesario aumentar, antes que disminuir, pues habida cuenta del bajo nivel social al que suelen pertenecer estos enfermos, suponemos que será bastante mayor el número de vagabundos e indigentes no bacilíferos – que será necesario añadir –, que el de pudientes bacilíferos, que puedan aislarse particularmente – y se pueden restar. – Los proyectos actuales de Sanidad Nacional seguramente han de cubrir las necesidades respecto a este particular, pero aún así, estimamos urgente se adopten medidas para la creación, en donde es más necesario, en Andalucía, de otra nueva leprosería, que creemos debe hacerse rápidamente y sin grandes obras ni lujos, como obra provisional que urge y que de acuerdo con la experiencia de otras naciones, sabemos que en día no lejano se podría destruir.

Todos los enfermos aislados, permanecerán en esta condición hasta que pueda lograrse que permanezcan de seis meses a un año blanqueados clínicamente y con negatividad de todas las investigaciones analíticas de las que corrientemente se realizan con este fin.

DISPENSARIOS

Los dispensarios, bien sean Dermatológicos y de Higiene Social, que es a los que corresponde la lucha antileprosa, o mixtos con servicio de Dermatología, que según muchas opiniones son los más prácticos y de los que se obtendrán mayor rendimiento y eficacia; todos tienen amplia misión que desenvolver, entre ella, gran parte de la higiene social, de que después nos ocuparemos; pero limitándonos ahora a lo estrictamente sanitario, los médicos que dirijan estos servicios, serán los encargados de confeccionar los censos de enfermos y de conviventes, vigilando entre éstos la aparición de nuevos casos con formas iniciales de la enfermedad; de clasificar a los enfermos, proponiendo al Jefe provincial, cuando proceda, el aislamiento; inspeccionarán los locales que se propongan, para aislamiento particular, informando de sus características; cuando sean aprobados estos locales por el Jefe provincial, continuará la vigilancia de los enfermos aislados en estas condiciones, pudiendo proponer el alta condicional, o el ingreso en un leprocomio, cuando procedan una, u otra determinación; también continuará la vigilancia dispensarial de todos los enfermos que se encuentren en condiciones de alta condicional «paroled», dando cuenta al Jefe provincial de aquellos que no se presenten en las fechas que se les hubiese ordenado; propondrá a la superioridad la concesión del «alta definitiva», cuando

persistan las buenas condiciones sanitarias que determinaron el «paroled», durante el tiempo que debe fijarse para esta condición; dirigirá el tratamiento de todos los enfermos no bacilíferos o «cerrados» que acudan al Dispensario y periódicamente vigilará a todos los que sean tratados particularmente, dando cuenta al Jefe provincial de los que no concurran en la forma que se hubiese dispuesto; cuando alguno de estos enfermos «cerrados», se hiciese bacilífero, al pasar a ser «abierto», propondrá su aislamiento o reclusión; también se encargará de informar de las condiciones en que presten el trabajo estos enfermos, en los que por no ser bacilíferos, son solo relativamente peligrosos. Para que esta tan amplia misión pueda desempeñarse con regularidad y eficacia, son imprescindibles, sobre todo en las zonas endémicas, bastantes más dispensarios de los que actualmente existen; después nos ocuparemos de ésto.

MATRIMONIO

Es ésta una de las cuestiones que más preocupa a cuantos están en relación con esta clase de enfermos; tanto para los que están en libertad, como para los recluídos, interesa se puntualicen las normas a las que deben someterse esta clase de enfermos, en su propio beneficio y en el de la Sociedad. Prueba bien demostrattva de este interés, es que, en la II Reunión Leprológica Sudamericana, celebrada en Rosario (Santa Fé), en Mayo de 1944, la primera y más discutida de las dos Ponencias Oficiales, versaba sobre: «*Matrimonio en los enfermos de lepra*» (103) y sobre tan importante cuestión, se presentaron y discutieron, siete ponencias: «Lepra y matrimonio», del Profesor BALIÑA (104); «Psicología, sexualidad y matrimonio en los hansenianos», del Dr. LLANO (105); «Lepra y matrimonio», del Profesor FERNÁNDEZ, con los Dres. BARMAN Y PECORADO (106); «El matrimonio de los enfermos de lepra desde el punto de vista del Derecho natural, canónico y civil», del Profesor BASOMBRIO (107); «Licencia matrimonial a enfermos de lepra internados en Sanatorios - Colonias», del Profesor SCHUJMAN (108); «El matrimonio en los enfermos de lepra (necesidad de modificar el art.º 17 de la ley 11.359)», de los Dres. GARZÓN y ARGÜELLO (109); y, «A propósito del matrimonio entre leprosos», de los Dres. FERNÁNDEZ BLANCO y FIOL (110). También entre nosotros, en nuestra Academia de Dermatología (111), se ha planteado más o menos directamente esta cuestión y en abril del año actual, recogiendo la Reunión Argentina mencionada, publicaba CONTRERAS, un artículo sobre «El Matrimonio de los leprosos» (112).

Pocas discrepancias y de menor importancia existen entre tan copiosa bibliografía, coincidiendo las opiniones nacionales y extranjeras en lo siguiente:

No debe prohibirse en forma terminante el matrimonio de los leprosos, aún cuando se considera probado que es perjudicial en la mayoría de los casos.

Debe procurarse siempre retrasar esta determinación y evitar que las dos partes lleguen a contraer matrimonio sin un perfecto conocimiento de la situación de su pareja y de las diferentes contingencias a que ambos se exponen.

Particularmente desaconsejable es el matrimonio entre enfermo y sano, que los médicos deben procurar hacer todo lo posible por evitar, aún en el caso de que el enfermo esté en condiciones que hubiesen permitido la concesión del alta condicional o definitiva.

La prohibición por la Ley, no se considera necesaria y en todo caso, de acuerdo con BALIÑA, debería ser general, tratando de evitar el matrimonio de las personas sanas, con los que padezcan enfermedades contagiosas.

Terminante es la coincidencia en lo que respecta a la separación de los hijos, que debe hacerse categóricamente desde el momento mismo del nacimiento,

Con excepción de SCHUJMAN, coinciden las demás opiniones que conocemos en que, en la lepra como en otras infecciones crónicas y preferentemente en la tuberculosis, el matrimonio es siempre perjudicial para ambos contrayentes, muy especialmente para la mujer que, en estas enfermedades, se agrava siempre con las consecuencias matrimoniales, maternidad y lactancia.

En resumen, creemos que las condiciones especiales de esta enfermedad, permiten a la mayoría vivir alejados de estas preocupaciones, lo que se debe facilitar con un trabajo moderado en relación con el estado de la enfermedad; buscándoles distracciones apropiadas para cada sexo y en locales distintos; quehaceres espirituales, de los que más que nadie se benefician estos enfermos. Algunos proponen la separación de sexos en los leprocomios que, según BALIÑA, LLANO y otros, deben ser unisexuales. A nosotros nos parece bien la existencia de algunos leprocomios de estas características, a los que precisamente deben ser enviados aquellos enfermos que tengan exaltada patológicamente su sexualidad, o lo quieran aparentar, que también es frecuente. Pero para aquellos más normales, en todos los sentidos, que ingresen en los sanatorios dispuestos a observar los consejos médicos que se les dén, con la preocupación primordial de atender su enfermedad, estimamos un premio, la existencia de Colonias mixtas, siempre más agradables, atrayentes y suficientes, desde este punto de vista, para todos los que sintiendo los frenos de la moral y de la religión, baste con la separación en las curas, en las distracciones y en el trabajo.

Aún con todas estas precauciones, continuarán presentándose al leprólogo y a cuantos médicos tratan leprosos, enfermos que desean unirse en matrimonio, en los que pueden darse muy diferentes circunstancias, debidas a la situación de cada uno de ellos, así como a que tengan o no que estar recluídos; sin querer entrar en estos detalles, que pueden ampliarse en la bibliografía que hemos citado; convencidos de que en todos los casos es perjudicial para ambos, creemos que el médico debe siempre procurar disuadirles de sus proyectos empezando su gestión con los consejos sanitarios, adecuados para cada caso particular, pero que nunca han de faltar argumentos bien razonables; de no ser obedecido, reforzará sus razones con aquellas otras de índole moral y religiosa y cuando continuase la resistencia, aún después de conocer el terrible argumento de que, en caso de que tuviesen descendencia, es forzoso que se les separase de sus hijos, entonces será conveniente hacerles firmar el «enterado»

de todas estas consideraciones, expuestas detenidamente y por escrito. Recordándoles, si fuera preciso, que no olviden el consejo de sus Directores espirituales.

CENTROS SANITARIOS

Tienen que estar en íntima relación con la organización general sanitaria y muy especialmente con la campaña que simultáneamente debe hacerse por el mismo Personal, contra todas las enfermedades evitables de la especialidad dermatológica. Con bastante frecuencia parten de esta especialidad avisos que podrían servir para evitar cuantiosos males y gastos de importancia, de prevenirse a tiempo diferentes infecciones. Creemos fundamental que en la Sanidad Nacional no faltase la Consulta Dermatológica y de Higiene Social, en ninguno de sus Institutos de Higiene, ni tampoco en ninguno de sus Centros, ya sean primarios o secundarios. Como es natural, es imprescindible que todos los médicos de estos servicios, estén primordialmente instruídos en cuanto se relaciona con esta enfermedad. Todos estos servicios dispensariales, con las misiones que ya les hemos asignado, deben estar ampliamente distribuídos por toda la nación, pero muy especialmente en todas las regiones donde la enfermedad es endémica. Todos deben de obedecer a plan y organización común y deben de tener íntima relación con los demás centros destinados a combatir esta enfermedad y las demás de la misma especialidad, para lo cual tanto los médicos de Dispensarios, como los de los leprocomios, deben de pertenecer a un mismo Cuerpo, al de Dermatólogos Oficiales del Estado.

Atendiendo a las condiciones económicas de nuestro país, después de hacer el Censo de enfermos, una vez clasificados y sabiendo las necesidades, ya con mucha aproximación, debería procederse a la construcción de los leprocomios que fuesen precisos, para recluir a todos los casos que se estimase conveniente. Como esto debe hacerse urgentemente y al mismo tiempo, pensando en que si hacemos una campaña bien dirigida, en plazo muy breve podría reducirse notablemente el número de los que necesitan estar recluídos y habida cuenta también de que, donde deben hacerse las leproserías, es donde existen los leprosos, creemos que la primera medida debería ser: de ampliación al máximum de la capacidad de lo que ya tenemos en buenas condiciones; de mejorar la instalación de aquellos otros sitios como Masdeu y los Hospitales de Sevilla y Granada y crear dos nuevos leprocomios, uno para hombres, otro para mujeres, en dos puntos distintos de Andalucía. Conforme fuese habiendo vacantes en los leprocomios preferidos, se podría ir limitando la capacidad de aquellos que reuniesen peores condiciones, pues convencidos estamos que con un plan bien dirigido, esta campaña es mucho más agradecida que otras a las que se las dedica actualmente atención preferente, y que los que así proceden, no alcanzarán – por desgracia – todo el bien que ellos apetecen y que pocas enfermedades como la lepra les podría otorgar.

Además de los leprocomios que hemos dicho, sería muy conveniente que, anejo a cada Facultad de Medicina, se crease un pequeño servicio de Leprología, que podría estar en algún Hospital independiente, pero próximo y dependiendo de las Cátedras de Dermatología. Tendrían estos servicios la doble utilidad de servir para la enseñanza, al mismo tiempo que para estudiar y atender a algunos casos de formas iniciales de la enfermedad, que son las que es más necesario que los futuros médicos aprendan a conocer. De esta manera podía iniciarse otra clasificación, ya que de las formas clínicas más avanzadas, deberían enviarse a las Colonias-Sanatorios —como Fontilles y Trillo— los enfermos que son aún útiles para algunos trabajos; dejando los leprocomios de nueva creación para aquellos casos mutilados o sumamente avanzados, que para nada necesitan las extensas fincas de que disponen las Colonias mencionadas y de esta forma los nuevos Sanatorios podrían ser mucho menos costosos y considerados nada más como provisionales o de tránsito, hasta que los enfermos pudiesen pasar a alguna de las Colonias mejor instaladas.

Complemento imprescindible de todos estos edificios, debe ser la Casa-Cuna, para hijos de leprosos, que debe hacerse pensando en la totalidad de los que lo necesiten, procedentes de los diferentes leprocomios y de los que pudiesen estar sin recluir, ya que la medida de separar de sus padres a todos los hijos de leprosos, cualquiera que sea su forma clínica, debe seguirse de un modo terminante.

Todos los centros sanitarios, Colonias, Sanatorios, Hospitales, Dispensarios, Centros secundarios, etc., deben estar dotados de todo el material necesario y muy especialmente de la medicación que permita tratar abundantemente y sin interrupción a cuantos enfermos lo precisen. Actualmente, cuantos conocen estos problemas saben que, la mayor dificultad para la prevención de la lepra es la falta de medicación, que constantemente buscan numerosos enfermos, con la colaboración de los Dermatólogos que los tratan, que no saben cómo explicarse que, cuando la preparación de los esteres de chaulmogra ha dejado de ser un secreto, y cuando disponemos en territorio nacional de semilla apropiada para la elaboración, continuemos nosotros careciendo de un producto de primordial importancia sanitaria, sin ninguna razón que lo justifique.

LEPROCOMIO CENTRAL

La correlación de todos estos servicios y muy principalmente la investigación de todas las novedades científicas y en tratamientos, deben ser constantemente orientadas y dirigidas por la Leprosería Nacional de Trillo, que de acuerdo con la Base Duodécima, de la Ley de Sanidad (74), ejercerá la función investigadora oficial; razón por la que debe estar siempre dirigida por relevante personalidad del máximo prestigio.

PROTECCIÓN SOCIAL DEL LEPROSO

Intimamente compenetrada con la acción sanitaria está la protección social y es de tal importancia que—a largo plazo—perfectamente realizada, bastaría por sí sola para terminar con esta enfermedad, al mismo tiempo que con algunas otras del grupo de enfermedades evitables. Para llegar a este convencimiento basta con fijarse en quiénes son los enfermos, en las condiciones de los pueblos en que radican los principales focos; enfermos y regiones son siempre los más pobres, las localidades más míseras, a la par que las más abandonadas en condiciones sanitarias e higiénicas. Conociendo esta situación, que se refleja exactamente en cuantas estadísticas se hicieron sobre este particular, decía el propio HANSEN (113), que el mejor medio que se puede oponer a la propagación de la lepra, es el jabón; JEANSELME (114), reforzaba este criterio diciendo que, la limpieza más elemental crea un aislamiento relativo del sujeto que vive en medio infectado. Efectivamente, no es posible discrepar de estos argumentos; la limpieza es un excelente medio de precaverse de todas las infecciones y aún más de aquellas como la lepra, en la que parecen necesitarse diferentes reinoculaciones para que el contagio tenga lugar; pero tampoco debe olvidarse, cuanto decíamos al principio respecto al terreno, constituído por la suma de diversos factores, en los que ahora no podemos entrar, pero en el que tiene influencia primordial la alimentación, que nunca debiera ser insuficiente y que no solo se remedia con cantidad, pues en tiempos de escasez, puede remediarse, contando con lo imprescindible, cuando se dirige científicamente y se procura el mayor rendimiento incluso con el arte culinario. Otro de los problemas de mayor actualidad, es el de la vivienda; son muchas las destruídas en el mundo y esto dá lugar al hacinamiento, que tan malas consecuencias tiene en la propagación de infecciones.

Siempre será poco cuanto se haga por mejorar las condiciones de vida de las gentes, esforzándonos por alcanzar en todos sus aspectos a la vida del pueblo. En nuestra Patria, nunca se hizo tanto como ahora y son de todos conocidas la multitud de obras y creaciones que contribuyen a este fin, sin que alcancen aún a ser suficientes, por haber coincidido con la peor época de la vida del mundo.

No queremos extendernos en un aspecto del problema que actualmente es de todos sobradamente conocido; toda la propaganda de las naciones que han luchado por imponer su criterio, está principalmente apoyada en este aspecto; de unas y otras naciones hemos recibido todos, magníficos trabajos, en el que se emplea el mejor papel, con las mejores fotografías y verdadero alarde litográ-

fico, con el que todos pretenden estar a la cabeza y haber descubierto el mejor y más nuevo sistema para alcanzar la perfección de los Servicios Sociales. Nosotros creemos que es necesario recojer cuantos adelantos científicos faciliten el progreso de las reformas sociales; pero basadas siempre en los principios insuperables del cristianismo, es como podremos obtener los mejores resultados, pues como dice el P. Lefebre, «La ciencia, ya bella por sí misma, es dos veces bella y dos veces santa cuando protege y ampara a la caridad».

Pero además de todos los procedimientos generales de auxilio social, que nos facilitan la protección de cuantos lo necesitan y sirven para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, debemos preocuparnos de aquellas medidas de particular eficacia para la prevención de ésta enfermedad, teniendo en cuenta que, si queremos proteger a los enfermos existentes, lo primero que es necesario es evitar que aumenten y nos obliguen a repartir la totalidad del esfuerzo que sea posible realizar. Si en los organismos directivos de las diferentes naciones, colaborasen con los sanitarios economistas y al proyectar se tuviese en cuenta la forma de obtener el mayor rendimiento posible, con los fondos que se invierten, creemos que en las campañas sanitarias se redoblaría el presupuesto en aquellos capítulos en los que es más seguro el rendimiento, sobre todo cuando sabemos que en algunos de ellos, se puede asegurar que no son fuentes inagotables y que en plazo, al alcance de nuestra vista, se podría dár por terminada una campaña, igual que lo hicieron otras naciones, dedicando entonces estos ingresos a otras campañas, también de extraordinaria importancia y muy dignas de atenderse, pero en las que el estado actual de conocimientos no permite presumir se termine con las enfermedades que las determinan, en la forma que sabemos se puede terminar con la lepra. Para lograr esta aspiración, además de las instituciones sanitarias a que nos hemos referido al hablar de profilaxis, son necesarias otras varias, que podrían haber sido englobadas en el mismo capítulo, pero que por su marcado carácter social hemos preferido dejar para este lugar, empezando por la protección infantil, que merece atención preferente y debe iniciarse como es norma en Sanidad, con anterioridad al nacimiento.

CASAS MATERNALES

Por lo menos en cada uno de los focos endémicos debería, en alguna de las maternidades mejor instaladas, destinarse una habitación de una o dos camas, para aquellos casos en que una pobre e infortunada leprosa llegase a ese trance, no se viese totalmente abandonada de la sociedad. Para estos efectos Andalucía debe ser considerada como dos zonas distintas, pues por su gran extensión necesita más de una sola. También podrían cubrirse estas necesidades, poniendo en las Casas de Maternidad apartados apropiados para la asistencia de gestantes con diferentes enfermedades infecciosas, en las que sin ningún inconveniente – que en todo caso sería injustificado – se admitiese también a las leprosas. Tanto la asistencia durante el embarazo, como durante el puerpe-

rio, debe prolongarse el tiempo que se considere conveniente para la salud de madre e hijo, que con frecuencia necesitarán ser atendidos más tiempo que aquéllas que no padecen ninguna enfermedad.

CASAS CUNAS

Todos los leprólogos de mayor prestigio coinciden actualmente en considerar que los niños son especialmente suceptibles a la lepra, como se desprende de las, 3.ª, 4.ª y 5.ª características que señalamos como influyentes en la profilaxis. No podemos extendernos ya en citar la muy copiosa bibliografía que confirma esta afirmación, que por otra parte puede encontrarse recopilada en el trabajo «La protección infantil en la profilaxis de la lepra», de CHARRIA TOBAR (115); en las diferentes publicaciones sobre el matrimonio de los leprosos, de la Reunión leprológica del Rosario (103) y en el también mencionado sobre el mismo tema, publicado en España por CONTRERAS (112).

En los mismos trabajos citados se encuentran también numerosas citaciones demostrativas de que el peligro del contagio aumenta en relación con el tiempo de permanencia en medio infectado, repitiéndose la citación de las estadísticas de DENNY, según las cuales con cinco años de convivencia en medio leprógeno, únicamente se contagian el 2 %; sube el porcentage al 12 %, con nueve años de convivencia y al 36 %, entre los 10 y los 13 años. Posteriormente se citan otras estadísticas, menos numerosas y todas coincidentes, que no exponemos por no hacer sumamente extenso este trabajo.

También es actualmente de todos conocido que la lepra no se hereda, como tampoco ninguna otra infección y las experiencias por todos repetidas de Molokai, en donde el Padre Damián fundó el asilo de Kalawao para niños y posteriormente el de Kapiolini, para niñas, demostrando que cuando se separan a tiempo nunca se contagian los hijos de los leprosos. Confirmado después por HEISER en Culión, en la India, en la Argentina, en Brasil, Colombia, etc.

Conociendo estos detalles, es forzoso disponer de establecimientos apropiados donde poder atender a los pocos hijos de leprosos, que según todas las opiniones deben ser separados de sus padres desde el momento mismo del nacimiento. Como esta pronta separación aumenta la mortalidad infantil, se ha pretendido por algunos, aplazarla algunos meses para disminuir los riesgos que habitualmente corren los niños cuando se les separa de la madre en los primeros meses de la vida. La mayoría de los médicos acostumbrados a tratar y conocer los leprosos se pronuncian por la separación inmediata. Se podría proponer que se tuviese en cuenta el estado de la madre, pues no es igual el riesgo que corre el hijo de una lepromatosa «abierta», que el de otra enferma, con cualquier otra variedad de lepra reactiva «cerrada»; pero aparte de que siempre será más seguro la separación desde el mismo momento del nacimiento, existen otras circuns-

tancias, que también pudiéramos calificar de sociales, principalmente que, si dolorosa es la separación del recién nacido, aumentará el sufrimiento prescindir del hijo cuando más se le conoce y después de iniciada la lactancia.

Tan necesarios son estos servicios de maternología, que abundan en todos los países, en los que tienen organizado su servicio contra la lepra: en Colombia se empezaron a implantar no hace muchos años, pero seguramente pasarán ya de la media docena los que funcionan; en Brasil se fundó el primero, en 1927, llamado «Asilo de Santa Terezhina» y actualmente, entre asilos y preventorios, dedicados a este servicio, pasan de veinte, en los que se alojan más de 2.250 niños; en la República Argentina es bastante más reciente la creación y en número más reducido, pero coinciden también en reconocer la utilidad extraordinaria, desde el punto de vista profiláctico, de estas organizaciones que nos darán para el mañana hombres sanos y con muchísimo menos gasto del que más adelante nos costaría atender a un leproso, que además puede dar lugar a la formación de otros varios; en la India existen cerca del centenar de Salas Cunas, distribuídas entre Assam, Bengal, Bombay, Madrás, Punjab y otras localidades.

Es imprescindible la creación en España, en uno o varios centros, de la cantidad de plazas que, a la vista del censo, se consideren necesarias. De no hacerlo así y en plazo breve nos exponemos a leer algo semejante y referido a España, a la iniciación del capítulo de la lepra, en el tratado de Dermatología de GOUGEROT (116), que textualmente dice: «Como consecuencia de la incuria de los poderes públicos, la lepra se hace cada vez más frecuente en Francia...».

PROTECCION INFANTIL

No solo los lactantes deben ser separados de sus padres, todos los niños en diferentes edades deben ser separados de los padres leprosos, cualquiera que sea su forma clínica y deben permanecer en ESCUELAS-HOGARES especiales, en los que se les vigile frecuentemente para separar inmediatamente a los enfermos, que en ningún caso deben concurrir a las mismas escuelas a las que van niños sanos, aún cuando sean hijos de leprosos. Cuando se demuestre la enfermedad de alguno de estos niños, podrá ser devuelto a sus padres y seguir las contingencias de aislamiento o no, que determine su forma clínica, pero en ningún caso recibirá la instrucción mezclado con los sanos. En los leprocomios en los que hubiese niños, se extremará con ellos toda clase de cuidados, procurando atender también a su instrucción. Aún cuando menos frecuentes que las «Casas-Cunas», en los países que se atiende solícitamente a los leprosos y se tiende a evitar este mal, se van creando estas «Escuelas-Hogares», de las que se ocupa BONILLA IRAGORRI (117), que sirven para completar la protección infantil y disminuir notablemente el número de leprosos para el mañana.

TRABAJO, REMUNERACION, INDEMNIZACION POR ENFERMEDAD

Hemos llegado al punto más necesario y más difícil de la lucha contra la lepra. Es sabido que cuantos se han ocupado de describir cómo se atiende a los leprosos en las diferentes partes del mundo, ponen en muy destacado lugar la leprosería de Carville, de los Estados Unidos de América, que como dice HEISER (118), «es la colonia de leprosos mejor equipada del mundo»; en la que se efectúa todo lo imaginable para aliviar la triste suerte de los afectados con tan enorme desgracia, además de todas las atenciones con las que se cuida corrientemente, a estos pobres enfermos, en otros leprocomios que pueden también considerarse como modelo – entre ellos alguno español –; en Carville, además de otros espectáculos y deportes, hay campos de tenis, de golf, instructores para estos y otros juegos, tienen habitaciones individuales con baño en las mismas condiciones; se les permite elegir la carta en cada comida; hay instalaciones de clima artificial y otras con habitaciones gaseadas, para contrarrestar el aliento fétido que la enfermedad produce en las vías respiratorias; además –y esto no es exclusivo de Carville–, todos los que ingresan con carácter forzoso, tienen derecho a una indemnización por enfermedad, para que en ningún caso sufran las consecuencias aquellos familiares que del enfermo dependían.

Existe un argumento indiscutible: Cuando a una persona, sin acto culpable por su parte, se la recluye forzosamente, sólo por beneficio de los demás, la sociedad al tomar esa determinación, queda forzosamente obligada a aliviar, en los límites de lo posible, las consecuencias de su determinación, y aún con mayor motivo cuando en la ley de su país, se dice *Seguro total* de enfermedad.

Claro es que con estos razonamientos llegamos a una conclusión que de no ser falsa, es por lo menos irrealizable y peligrosa, esto es, «la razón de la sin razón»; desgraciadamente, en este aspecto, nosotros no estamos en las mismas condiciones que los Estados Unidos, y sintiéndolo mucho, no podemos, actualmente, pensar en implantar en nuestro país un sistema que consideramos modelo, al que debemos procurar aproximarnos en lo posible, pero que cuando esto se utiliza para exaltar las apetencias de los pobres enfermos, debemos salir al paso, para hacer comprender que esto no puede ser sino una utopía, un plan halagüeño pero irrealizable, solo al alcance de quienes, al mismo tiempo de ser más ricos, tienen además considerable menor número de enfermos. Pero cuando no se puede alcanzar totalmente una cosa necesaria, esta razón no justifica tampoco que se olvide el problema; hay que poner todo el empeño en iniciar el camino y llegar donde se pueda. Conviene para esto conocer los medios de que se dispone y esto no está al alcance del que esto escribe, que modificaría su plan en relación con la ayuda económica de que dispusiese, y en este momento, no puede sino teorizar.

En España tenemos una ley del Seguro de Enfermedad (119), que pretende asegurar, con carácter obligatorio, con amplitud y seguridad a todos los productores económicamente débiles, y en el apartado c) de su artículo 2.º incluye la indemnización económica por la pérdida de retribución que ocasiona la enfer-

medad. Claro es que la realidad impone, en su artículo 17, las condiciones restrictivas que, en el artículo 18, se limitan al 50 % de la retribución y por un plazo máximo de 26 semanas. Naturalmente, ¡la implacable realidad de la vida! nos deja en condiciones de que este Seguro de Enfermedad es prácticamente inútil, cuando exclusivamente nos fijamos en lo que se refiere a los fines sanitarios y sociales que la lepra sugiere. Todos desearíamos que se pudiese ampliar en las enfermedades crónicas esta indemnización por enfermedad, pero comprendiendo las dificultades que esto habría de plantear y convencidos de la necesidad de que en alguna forma se ayude al leproso, que para no contagiar a los demás se le fuerza a abandonar a sus hijos; nosotros, que en otras ocasiones solicitamos igualdad con las condiciones alcanzadas por el Patronato antituberculoso, en este aspecto debemos pedir que, exclusivamente para el número más reducido de los leprosos, se implante lo antes posible la indemnización, mientras persista la reclusión de los leprosos; y para que se nos atendiese en esta petición disponemos de un importante argumento sanitario: A pesar del considerable número de plazas que se han aumentado en lucha antituberculosa, todas están ocupadas y muchos enfermos esperando con el deseo de ingresar; en contraposición con ésto, los sanatorios antileprosos que en la actualidad disponemos, reunirán nada más que unas 500 plazas; pues bien, algunas de éstas se encuentran vacantes, cuando en España habrá aproximadamente unos 2.000 leprosos, en las condiciones que fijábamos que debería ser obligatoria la reclusión. ¿Por qué razón? Pues porque los enfermos, además de dudar de la curación, suponen que van a ingresar para siempre, que tienen que separarse de sus familiares, *como muertos en vida*, y procuran esconderse y disimular su enfermedad, lo que tiene consecuencias funestas para la profilaxis, porque solo vemos a los enfermos cuando ya son muy avanzados y poco eficaces los tratamientos; diseminando, mientras se ocultan, su infección. ¿Cómo corregir esto? por dos procedimientos; divulgando que la enfermedad puede ser curada, y mejorando, en cuanto sea posible, no sólo las condiciones de estancia en los sanatorios, sino en todos los aspectos, a los leprosos que obedezcan las instrucciones que se les marquen, y muy especialmente concediendo a los recluídos la indemnización por enfermedad, para las atenciones de sus familiares.

Deliberadamente incluímos en este mismo capítuio lo referente a trabajo y remuneración, porque nosotros consideramos muy conveniente a todos los efectos que los leprosos trabajen, cuando puedan y siempre en relación con su forma física y que este trabajo debe ser espléndidamente retribuído, pero es imposible marcar normas para ello, sin conocer previamente la indemnización por enfermedad que el Estado había de proporcionar.

Al leproso le conviene hacer una vida activa y también distraerse cuanto pueda, sentir la satisfacción de considerarse útil para algo y para todo ésto, nada mejor que trabajar, sin exceso y sin llegar por ningún motivo al cansancio; esta es la razón por la que la mayoría de los leprólogos consideran que los leprocomios deben ser Sanatorios - Colonias, o Colonias - Sanatorios. en los que se atienda a su curación, pero se procure que ninguno de los recluídos esté totalmente inactivo, cuando no sea obligado por la enfermedad. Este trabajo rinde siempre escasa utilidad, principalmente porque cuanto fabriquen estos enfermos

debe ser consumido por ellos mismos. Diferentes soluciones se han propuesto para remediar este problema; entre ellas merece estudiarse la recientemente propuesta por el actual presidente de la Memorial Wood As,, PERRY BURGES (1), que propone que se establezca un intercambio entre los productos que puedan fabricarse en estas diferentes Colonias. Estas soluciones son siempre difíciles, pero siempre es interesante estudiar el asunto, marcar iniciativas y proponer soluciones, aún cuando por el momento no creamos haberse propuesto ninguna de eficacia definitiva y entre tanto esto ocurra, creemos que es conveniente proporcionar trabajo a los enfermos, remunerarles cuanto se pueda y ésto solo es posible con la ayuda estatal, por medio de la indemnización de enfermedad.

RECUPERACION DEL LEPROSO

Actualmente es tal el terror que se tiene a esta enfermedad, que solo en ella ocurre, el que los propios familiares repudian y huyen de los enfermos, que encuentran multitud de dificultades para su vuelta a la Sociedad. Como dice muy acertadamente el Dr. MIRÓ (120), ésta es una de las causas principales de la ocultación de los enfermos, que por este motivo llegan a los centros sanitarios avanzadísimos y cuando ya casi no hay posibilidad de remedio eficaz. Por esta razón, estimamos necesario ocuparse también de este problema, desde que ingresan en los leprocomios, que es posible ya orientarles a un trabajo o profesión que les haga útiles no solo mientras permanecen en el mismo, sino el día de mañana, cuando curados puedan ser devueltos al mundo.

También es conveniente preocuparse de los niños hijos de leprosos, que después de pasar por «Casas-Cunas» y «Escuelas-Hogares», debe procurarse devolverles a los colegios ordinarios, lo antes posible, tan pronto como se pueda asegurar que están sanos y antes de que transcienda la enfermedad que se podía sospechar.

ENSEÑANZA Y PROPAGANDA

Otro punto en el que existe una total coincidencia, es en la conveniencia de extender y ampliar la enseñanza de ésta enfermedad, principalmente a los médicos, pero también a todo el personal auxiliar y a toda clase de colaboradores sanitarios. Ya hemos hablado de la conveniencia de que no hubiese ninguna facultad de medicina sin su Catedrático titular de Dermatología, que dispusiese de un servicio anejo de leprología, por el que forzosamente tuviesen que pasar todos los que aspirasen a conseguir el título de médico. Complemento de ésto tendrá que ser, para los que ya pasaron por las facultades, que todos los años y principalmente en las regiones donde es endémica la enfermedad, se den

Cursos de Leprología. Que no sea posible organizar Cursos de Perfeccionamiento médico, en los que falte tan importante enseñanza. Que se instruya también sobre esta materia, al Cuerpo de Enfermeras Visitadoras o Instructoras necesarias y que se procure por cuantos procedimientos sea posible contribuir a impedir continúe el incremento de esta infección.

Ya mencionamos también la importancia que tiene una propaganda bien dirigida como la que se hace desde la correspondiente sección de la Dirección General de Sanidad, que quizás convendría intensificar en los dos aspectos que ya mencionamos: contribuyendo a la enseñanza, para médicos y sanitarios, del estado actual de todos estos conocimientos y otra de divulgación para el público, para hacerle ver que esta enfermedad puede curarse cuando se trata desde sus comienzos.

Otro aspecto sumamente interesante, que podría encomendarse a la misma Sección de Propaganda, tan competentemente dirigida, es la inspección de cuanto en prensa diaria o por medio de revistas y otras publicaciones se refiera a materias de importancia sanitaria, para tratar de evitar que aparezcan e incluso se premien, noticias y trabajos que producen notoriamente un efecto completamente contrario al que se debe apetecer.

COOPERACION PRIVADA

Bajo la dirección estatal debe estimularse en todas las formas posibles la cooperación privada. Souza Araujo, que recorrió el mundo visitando todas las leproserías y estudiando a fondo este problema, coincide con la mayoría de los leprólogos, con Jeanselme, cuyas palabras ya hemos referido, y en cuantas ocasiones, conferencias y cursos se le presentaron, insistía siempre en esta ineludible necesidad; fué él quien propulsó la magnífica ley brasileña, copiada por todos los países a los que afecta la endemia leprosa y quien hizo aprobar el Decreto n.º 5.027 (121), creando subvenciones para las instituciones privadas que colaborasen en la profilaxis y en el tratamiento de estos enfermos. Estas subvenciones deben ser en proporción al número de enfermos atendidos, procurando que cuantos establecimientos se dedican al tratamiento de la lepra, reunan las mejores condiciones y sean oficiales o particulares, dispongan de una dotación proporcional al número de enfermos atendidos, que evite desigualdades entre unos y otros sanatorios. Para estos efectos, como para todos los de atención de calamidades públicas, debe ser el Estado y no las Corporaciones Locales, quien se haga plenamente cargo de la total protección de los enfermos. Tanto los centros oficiales como los de beneficencia privada, deben ser estimulados considerándoles como de necesidad primordial y favorecidos con un trato privilegiado, con todo cuanto pueda favorecer su desenvolvimiento, equiparándoles para todo a los centros sanitarios del Estado.

Mucho más podría decirse al tratar estas cuestiones, pero nos parece suficiente, para dar vigor a una labor que, estimándola precisa y necesaria para el bien de la Patria, la encontramos estancada, al compararla con otras campañas similares que dispusieron en este tiempo de bonanza, de mejores guías para secundar la acción de nuestras principales autoridades sanitarias. Y, con esto, terminamos ya, satisfechos, este trabajo.

Basta repasar los nombres de la bibliografía que sigue, para comprobar, ¡cuán lejos de ellos la vanidad!, de haberla tenido, cualquiera otra clase de enfermos les hubiesen atraído más. Pretendiendo seguir su ejemplo, no apetecemos distinciones, pero de desear alguna, ninguna mejor que la de esa ¡Orden de San Lázaro de Jerusalén!

En todo caso, si otros trabajos mejores, o éste, escrito con toda vehemencia, sirviesen para beneficiar en algo, a los que tanto lo necesitan, siempre, —terminando con la hazaña del Cid, que nos sirvió de lema— al final nos quedará:

«en lo íntimo del alma como un dulzor de miel».

BIBLIOGRAFIA

1.—PERRY BURGES: "Un Mundo dentro de otro Mundo". — "International Journal of Leprosy, vol. II, diciembre de 1943 ..... Pág. 1
2.—JAMES A DOULF: "Leprosy in the Postwar World".—"International Journal of Leprosy, vol. II, diciembre de 1943 ..... „ 64
3.—WILLIAN U. McCLENAHAN: "THE MILITARY OF LEPROSY".—"Symposium on recent advances in MEDICINE", 1944 ..... „ 1484
4.—IBARRA PEREZ y GONZALEZ PRENDES: —"Revista de Sifiliografía, Leprologia y Dermatología, año II, n.º 1, enero de 1945 ..... „ 18
5.—GALLARDO y CONEJO MIR: Actas Dermosifiliográficas, T.º XXXII..... „ 105
6.—AZUA DOCHAO: „ „ „ „ ..... „ 384
7.—GONZÁLEZ MEDINA: „ „ „ „ ..... „ 657
8.—CARRILLO CASAUX: „ „ „ XXXIII ..... „ 394
9.—BERJILLOS DEL RIO: „ „ „ „ ..... „ 395
10.—EGEA BUENO y MARTIN GOMEZ: „ (Congreso Bilbao 1942) .... „ 182
11.—VILLAFUERTES: Actas „ T.º XXXIV ..... „ 95
12.—SAINZ DE AJA: „ „ „ „ ..... „ 96
13.—HERNANDEZ POSADA: „ „ „ „ ..... „ 206
14.—DE GREGORIO y ZATORRE: „ „ „ „ ..... „ 503
15.—RODRIGUEZ MORENO: „ „ „ „ ..... „ 724
16.—CONTRERAS y GUILLEN: "Medicina", año XII ..... „ 89
17.—GAY PRIETO: Actas Dermosifiliográficas, T.º XXXV ..... „ 233
18.—CONTRERAS y RODRIGO: „ „ „ „ ..... „ 449
19.—CARRILLO CASAUX: „ „ „ „ ..... „ 611
20.—GALLEGO CALATAYUD: „ „ „ „ ..... „ 805
21.—ZATORRE y SALINAS: „ „ „ „ ..... „ 889
22.—ALONSO GOYA: „ „ „ XXXVI ..... „ 39
23,—GRAU BARBERÁ: „ „ „ „ ..... „ 378
24.—MOCHALES y APARATEGUI: „ „ „ „ ..... „ 876
25.—TORRES VALCAZAR y GARCIA PEREZ: „ „ „ ..... „ 1083
26,—CONTRERAS: "La Lepra en la Postguerra".—"FONTILLES" agosto de 1945 ... „ 286
27.—VILANOVA MONTIU: "Manual de Dermatología", Norman Tobias, Salvat 1945 Barcelona - Buenos Aires ..... „ 284
28.—GELERS: "III CONFERENCE INTERNATIONALE DE LA LEPRE" Strasburgo. julio de 1923, B. Baillere Fils..... „ 30
29.—HEISER: "La Odisea de un Médico en 45 Países" ..... „ 257
30.—SOUZA ARAUJO: "A Lepra E. R. em 40 P."..... „ 36
31.—JEANSELME: III Conf. Int. de Lepr..... „ 34
32.—STRAUSS: „ „ „ „ ..... „ 36
33.—SOUZA ARAUJO: "A Lepra E. R. em 40 P."
34.—NOCHT: Citado por TOME BONA, en "La Lepra" Ed. Morata, 1943 ..... „ 101
35.—DARIER: Compendio de Dermatología, 3.ª ed. esp. "Salvat" 1941 ..... „ 658
36.—GONZALEZ URUEÑA: "Lepra proteo", Arch. Derm. Siph. 1933. V. 27 ..... „ 450
37.—VILANOVA MONTIU: "An. pat. g. de la lepra, L. lepromatosa, L. reactiva" FONTILLES, 1945, N.º 3..... „ 220
38.—DANIELSEN y HANSEN: I CONF. INTER. DE LA LEPRA, Berlín, T.º II .... „ 193
39.—II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA LEPRA, Bergen, 1909 ..... „ 419

40.—III CONF. INTERNACIONAL DE LA LEPRA, Estrasburgo, 1942, B. Biillere.
41.—MARCOUX: III CONF. I. L. "Mode de Contagión" ..... Pág, 349
42.—JAMES: „ „ "Précautions Hygiéniques" ..... „ 351
43.—BONNET: „ „ "A propos de la Profilaxie" ..... " 352
44.—SCHIRONS: „ „ "Profilaxie de L.ª en Lettonie"..... „ 352
45.—IVANOV: „ „ " „ „ en la RUSSIE des Soviets" „ 353
46.—RABELLO y MOTTA: „ „ " „ „ en Brésil"..... „ 359
47.—KENSUKE MITSUDA: „ „ " „ „ en Japón" ..... „ 373
48.—IRA AYER: „ „ " „ „ en Siam" ..... „ 386
49.—MATHIS: „ „ " „ „ en Cambodge" ..... „ 387
50.—ROGERS: „ „ " „ „ en Colonies Britaniques".. „ 389
51.—SOUZA ARAUJO: „ „ " „ „ Guyanes et Trinité" ..... „ 400
52.—PANAYOTATAU: „ „ " „ „ en Egypte" ..... „ 437
53.—CAPENHOUT: „ „ " „ „ en Congo Belge" ..... „ 438
54.—ROBINEAU: „ „ " „ „ en el Cameroun" ..... „ 439
55.—DICKSON: „ „ "Mesures a adopter vis a-vis des lépreux améliores" (Trinidad) ..... „ 447
56.—ANDERSON: „ „ "La lutte contre la Lépre" ..... „ 451
57.—ABBOTT: „ „ "Pour délivrer le monde de la Lépre" ..... „ 459
58.—DELORD: „ „ "Secours aux lépreux"..... „ 460
59.—MARCHOUX: „ „ "Législation moderne au sujet de la L."..... „ 461
60.—JAMES: „ „ "Déclaration en Grande Bretagne" ..... „ 464
61.—IVANOV: „ „ "La Législation en Russie" ..... „ 466
62.—RABELLO y MOTTA: „ „ "Loi Brésilienne sur la prophilaxie"..... „ 471
63.—KENSUKE MITSUDA: „ „ "Traits principaux de la loi sur P." ..... „ 481
64.—CHOKSY: „ „ "La législation concernant la lépre aux Indes" „ 484
65.—Resoluciones aprobadas en la III CONF. INT. DE LEPROLOGIA ..... „ 507
66.—BASOMBRIO: "La Lepra". Ed. Ateneo, 1943, Buenos Aires ..... „ 71
67.— „ „ „ „ „ „ ..... „ 72
68.—ANDERSON: III CONF. INTER. DE LEPR..... „ 455
69.—HANELMAN:
70.—COCHRRANE:
71.—ROGERS: "HOVIRI PAE..." (Prólogo) Ed. "Imperio". Barcelona, 1943 ..... „ 7
72.—GAY PRIETO: Dermatología, 1942, Ed. Científico Médica ..... „ 272
73·—VILANOVA MONTIU: "Manual de Derm." (Tobias), 1945, "Salvat" ..... „ 283
74.—Ley de 25 de Noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. Boletín Of. del Estado. Año IX. N.º 331, 26 XI 1944..... „ 8914
75.—JEANSELME: "La Lépre" ..... „ 529
76.—AUDRY: "Hitoire d'un lepreux", Ann. de Derm. et de Syph. mayo 1910.
77.—CONTRERAS y GUILLEN: "Fontilles" Julio 1944, N.º 1 ..... „ 39
78.—ZEFFERINO FALCAO: Rev. Brass. de Lepr. 1910.
79.—GUILLEN (D. Mauro): III CONF. INT. DE LEPR. ..... „ 243
80.—ALEIXO: Brasil Méd. 10 XI 928. D. 9 ..... „ 50
81.—MATTA: „ „ 16 III 929 D. 9 ..... „ 51
82.—MONTAÑES y NEGRO: Actas Dermosifiliográficas. 933/34. T.º 26 ..... „ 440
83.—BERJILLOS DEL RIO: „ „ 941/42. „ 33 ..... „ 395
84.—TOME BONA: "Clínica y Laboratorio" Zaragoza. Marzo de 1942.
85.—CHALA H.: Rev. de la Facultad de Med. Bogotá. Vol. IX. N.º 5 ..... „ 1940
86.—IBARRA PEREZ y GONZALEZ PRENDES: Rev. de Sif. Lepr. y Derm. Cuba. Año 2. N.º 2. Marianao. Junio 1945 ..... „ 108

87.—HEISER: "La Odisea de un Médico..." ..... Pág. 251
88.—CONTRERAS: "Curabilidad de la lepra". "La Casa del Médico". Enero de 1944. 2.ª Epoca. N.º 37 ..... „ 54
89.—DE BUEN y SAMPELAYO; "La Lepra y el Problema de la Lepra en España" Calpe. 1923 24,25
90.—GIMENO: "Padrón de leprosos de 1928 y avance estadístico de estudio". Memoria presentada al Excmo. Sr. Ministro. 1929. Talleres Voluntad. Serrano, 48. MADRID.
91.—MOLINERO MANRIQUE: "Datos estadísticos relativos a los enfermos de lepra existentes en el año 1932" Rev. San. e Hig. ..... „ 1933
92.—GOYANES CEDRON: "La Lepra en Galicia". Inv. y Progr. Enero de 1934. Año VIII. N.º 1 ..... „ 15
93.—VINUESA ALVAREZ.—"La Profilaxis de la Lepra y factores que la determinan. Pub. Inst. Hig. 1937 ..... „ 50
„ „ "Bases p. proyecto de S. — Leprosería en Tenerife" Pub. de la Dirección Gral. de Sanidad. 1942 ..... „ 12
94.—DENEY: Citado por Contreras y Tome Bona, en Semana Médica Española. Año VI. N.º 229, Julio de 1943 ..... „ 109
95.—ROGERS:
96.—GOUGEROT: Nouvelle Prat. Derm. T.º III ..... „ 885
97.—MANSON: "Enfermedades Tropicales". 1942. "Salvat" ..... „ 530
98.—VALLEJO DE SIMON: "El período de incubación de las enfermedades infecciosas". Real Academia de Medicina. 15-VI-945 ..... „ 42
99.—BASOMBRIO: "La Lepra". Ed. "El Ateneo". Buenos Aires. 1943 ..... „ 72
100.—EMMO GEHR und ELISABETH GEHR: Deutsche Tropenmedizinische Zeitschrift, 45, 1941, 22 u. 24. Die Lepra Span. Port ..... „ 674
101.—FERNANDEZ DE LA PORTILLA y GAY PRIETO: Acta de la sesión celebrada el 4 - II - 1942, en la Acad. Derm. T.º XXXII ..... „ 582
102.—FERNANDEZ: citado por Tome Bona. Semana Med. Esp. Año VI 229 ..... „ 110
103.—As. Arg. de Derm. y Sif. II Reun. Leprologica. Rosario 1944 Rev. Argentina de Dermatosifilología. T.º 28, N.º 3.. „ 347
104.—BALIÑA: „ „ „ „ 28, „ 3.. „ 293
105.—LLANO: „ „ „ „ 28, „ 3.. „ 296
106.—BARMAN y PECORADO; „ „ „ „ 28, „ 3.. „ 300
107.—BASOMBRIO: „ „ „ „ 28, „ 3.. „ 302
108.—SCHUJMAN: „ „ „ „ 38, „ 3.. „ 306
109.—GARZON y ARGUELLO: „ „ „ „ 28, „ 3.. „ 313
110.—FERNANDEZ BLANCO y FIOL: „ „ „ 29, „ 3.. „ 321
111.—GAY PRIETO: Actas Dermosifiliográficas, T.º XXXV, 1943/44 ..... „ 233
112.—CONTRERAS DUEÑAS: "La Casa del Médico" N.º 52, abril 1945.
113.—HANSEN et LIE: II Con. Int. de Lep.ª Bergen, 1909 T.º I ..... „ 54
114.—JEANSELME: Biologie Médicale. Vol. XXIV, N.º 10, Nov. 1934 ..... „ 510
115.—CHARRIA TOBAR: Rev. Colombiana de Lep.ª Vol. 2, N.º 4, 1941 ..... „ 306
116.—GOUGEROT: Dermatología: Ed. Pubul. Barcelona. 1924 ..... „ 577
117.—BONILLA IRAGORRI: Rev. Colombiana de Lep.ª Vol. 2. N.º 4, 1941 ..... „ 287
118.—HEISER: "La odisea de un médico..." ..... „ 260
119.—SEGURO DE ENFERMEDAD: Ley de 14 de diciembre de 1942.
120.—MIRÓ CARBONELL: Rev. "Fontilles" N.º 2, Enero de 1945 ..... „ 165
121.—SOUZA ARAUJO: Rev. Colombiana de Lep.ª Vol. 1. N.º 1. Marzo 1939 ..... „ 42