

**CURSO DE LEPROLOGIA PARA LOS SEÑORES MEDICOS DE  
LOS DISPENSARIOS PROFILACTICOS DE LA SIFILIS  
Y ASISTENCIA SOCIAL**

PROGRAMA DESARROLLADO

POR EL

**Dr. Rafael Garzón**

(Profesor suplente de Clínica Dermatosifilográfica. — Director de los  
Dispensarios Profilácticos de la Sífilis en Córdoba)

LABORATORIO

**Dr. Juan A. Tey.** (Director del Instituto de Higiene)

**Dr. Ramón R. Miranda.** (Adscripto a la Cátedra de Dermatosifilográfica)

(Continuación)

Esta clasificación de Muir es muy importante porque sigue la evolución clínica de los enfermos y determinan la presencia o ausencia del bacilo de Hansen en sus lesiones. Es útil por lo tanto para clasificar los enfermos que deben atenderse en consultorios externos, en sus propios domicilios o bien en asilos adecuados.

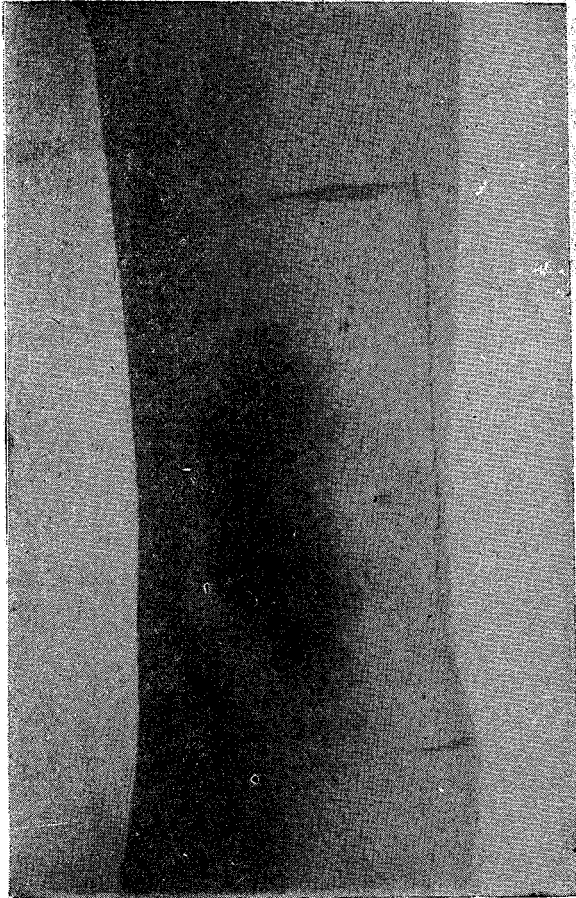
El diagnóstico de la lepra en los casos de manifestaciones importantes de piel, de mucosas o de nervios, no ofrece generalmente dificultades, basta pensar en ella e investigar cuidadosamente las características especiales de las lesiones maculosas, nodulares, ampollas o tróficas, investigando prolijamente la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa. Hay casos sin embargo, que ofrecen dificultades y aquellas manifestaciones únicas, acromio-pigmentarias o bien procesos de neuritis hanseniana o lesiones de la mucosa nasal y manifestaciones en ganglios a veces muy discretas, pueden inducir a una duda diagnóstica. La importancia del diagnóstico precoz de



Fotografía N° 50 y 51

Lesiones máculas anestésicas únicas en cada una de las niñas. Fueron dadas de alta sin ninguna lesión al año y medio de internadas en el Lazareto del Perpetuo Socorro. (Reproducción • prohibida).

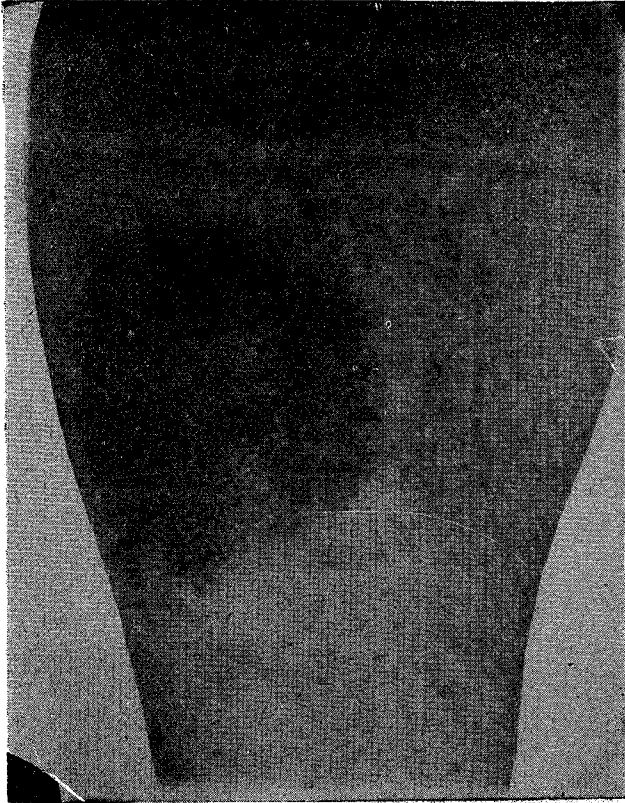
la lepra, es enorme, pues en este momento puede asegurarse de que los casos observados, pueden curarse mediante un tratamiento adecuado. El porvenir del enfermo de lepra, está por eso en manos del primer médico que observa la lesión inicial o primera manifestación aparente, son enfermos susceptibles de ser tratados en consultorios externos y siguiendo medidas profilácticas adecuadas, continuar su vida en su propia casa. Muchas veces sin embargo, la evolución de la lepra en un enfermo determinado, no se modifica en forma manifiesta por el tratamiento instituido y sigue su



Fotografía N°. 51. (Reproducción prohibida).

marcha inexorable determinando lesiones cada vez más graves que llevan al marasmo y a la muerte. Son formas de lepra galopantes, poco frecuentes y que constituyen talvez la excepción. Otras veces, sin ser detenida la evolución de la enfermedad por el tratamiento instituido, se la modera en sus manifestaciones y hace posible una más aceptable.

Hemos dicho que Muir insiste en la necesidad de utilizar el Yoduro de K para provocar la yodo-reacción, que más de una vez denuncia procesos de lepra latente o bien hace evidente le-



Fotografía No. 52.

Mancha napiforme pigmentaria, bronceada oscura, casi negra. Contornos irregulares pero bien netos. A la exploración de la sensibilidad, anestesia térmica y dolorosa. Lesión única, no bacilífera. (Reproducción prohibida).

siones discretas de lepras disimuladas. De paso diremos también que el Yoduro de K. es utilizado para demostrar la falta de reacciones en enfermos considerados como negativos en observación, prontos a ser dados de alta. Han visto la forma de investigar el bacido de Hansen en la mucosa nasal en las lesiones de la piel, en ganglios y nervios; nos hemos ocupado también de la importancia de la biopsia, no insisto más.

Hay casos de lepras disimuladas y todos los autores recuerdan manifestaciones hansenianas que simulan eczematides pitiriasifor-



Fotografía No. 53.

Manchas pigmentarias infiltradas de contornos mal limitados y sinuosos, ligeros relieves en sus bordes. Superficie rugosa con descamación hiperkeratóticas. (Reproducción prohibida.)

mes, tricoficias, lesiones nodulares tuberosas de aspecto de acné flegmonoso, etc. etc. La lepra puede simular todas las variedades de los eritemas exudativos multiformes, y hay que desconfiar de



Fotografía N°. 54.

Manchas hiperpigmentadas napiformes de contornos nítidos policíclicos a festones desiguales y sepirginosos. Superficie lisa como barnizada. (Reproducción prohibida).

aquellas variedades que se repiten periódicamente y tienden a hacerse fijos. En la lepra puede observarse el tipo de eritema anular, que presenta cierta palidez o tono lívido en el centro del me-



Fotografía N°. 55.

Lesión única, localizada en el dorso de la mano izquierda. De tamaño de la palma de la mano; acromio-pigmentaria. La despigmentación recuerda al vitiligo gravior. Las manchas blancas no son nunca tan regulares ni tan despigmentadas, acrómicas, como las del vitiligo común. Circunscribiendo la lesión, halo pigmentario, marrón oscuro. Al examen clínico hipo-estecia. Las investigaciones del bacilo de Hansen insistentemente negativas en mucus nasal y leprides. (Reproducción prohibida).



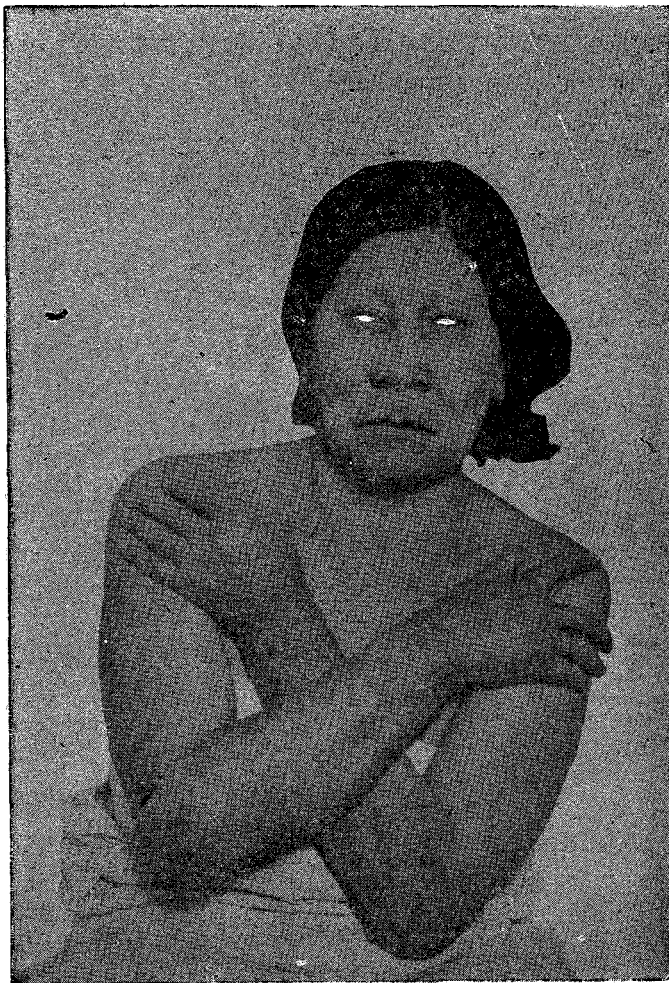


Fotografía No. 56.

Lesiones eritemato pigmentadas numulares en enfermo que ha padecido una reacción leprosa intensa con abundante infiltración de los elementos. Obsérvese la descamación laminar en círculos concéntricos. (Reproducción prohibida).

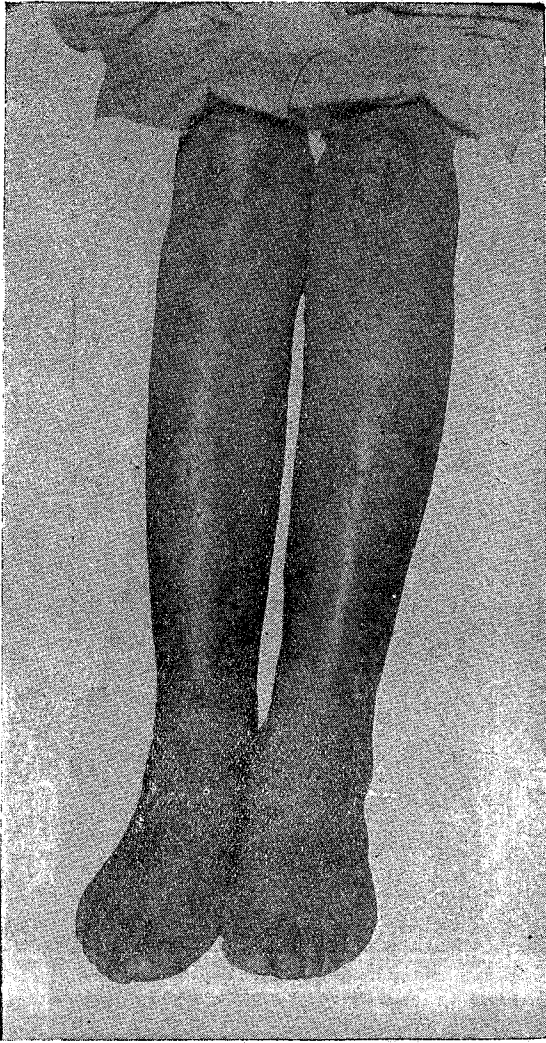
dallón. Otras veces determina eritemas figurados o bien formas exantemáticas que simulan groseramente la roseola tóxica o bien más raramente la roseola sifilítica o de la tifoidea. Basta pensar en lepra para dejar de lado las otras variedades. La roseola leprosa está constituida por una erupción exantemática de tipo petaloideo, fijo, que dura un año o más sin modificaciones apreciables, que presenta a veces infiltraciones en momentos de lepra-reacción, pasada la cual, las lesiones maculosas presentan una ligera decamación furfurásea. La roseola sifilítica no descama jamás. Otras veces es necesario hacer el diagnóstico diferencial con el cloasma, nevos pigmentarios, con las pigmentaciones que quedan después de un eczema crónico, con las dermatitis bronceadas de los varicosos, con las sifilides pigmentarias y aerómicas, leucodermias sifilíticas, vitiligo, melanodermias, etc. Investigar siempre la sensibilidad en las manchas eritematosas actómicas o pigmentarias que no tienen una etiología franca y no obedecen a los tratamientos adecuados. La forma nodular de la lepra debe distinguirse de los eritemas





Fotografía N°. 57.

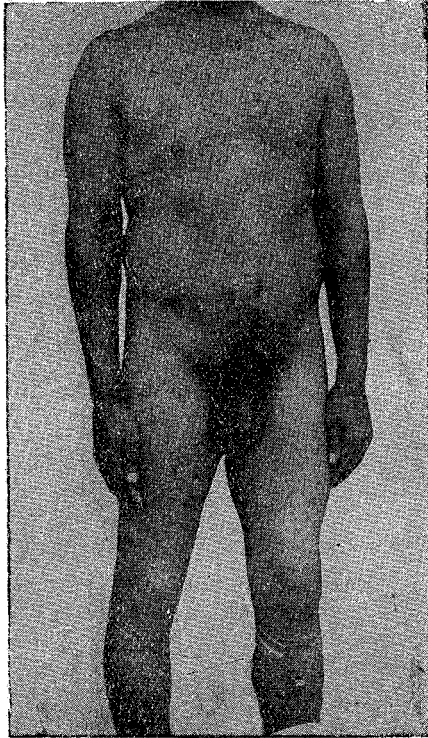
Fotografías 57 y 58. — Infiltraciones lepromatosas en la cara y miembros superiores. Se observan nódulos lepromatosos aislados o confluentes que hacen relieve sobre la infiltración difusa y particularmente apreciable en labio superior, mentón, mejillas y lóbulos de las orejas. En miembros inferiores infiltración lepromatosa dermo-hipodérmica ligeramente mamamolada y muy pigmentada. Tubérculos agrupados en la cara anterior de las rodillas dispuestos en arcos de círculos unidos por sus extremos, lepra figurada. Aspecto elefantásico paquidérmico. Piel lisa, tensa y luciente en la región pre-tibial y expoliación escamosa por hiperkeratosis particularmente notables en los pies. Lepromas ulcerados en tercio medio e inferior de las piernas. Enferma bacilífera contagiosa. Reabsorción de zonas de infiltración dejando manchas lisas o plegadas, deprimidas y acrómicas. Perturbación profunda de la visión por lesiones graves de los ojos. (Reproducción prohibida).



Fotografía No. 58. (Reproducción prohibida).

perníos, sabañones, sífilides tuberculosa, las tuberculides del tipo sarcoides de Boeck, las formas de eritema nudoso, investigar bacilos de Hansen en las lesiones, ganglios o mucus nasal a la menor duda diagnóstica. Paquidermia determinada por la hipertrofia de todas las capas cutáneas, que presenta la piel, espesada en su totalidad, densa, dura, inelástica, que no deja huella a la presión y que imposibilita hacer

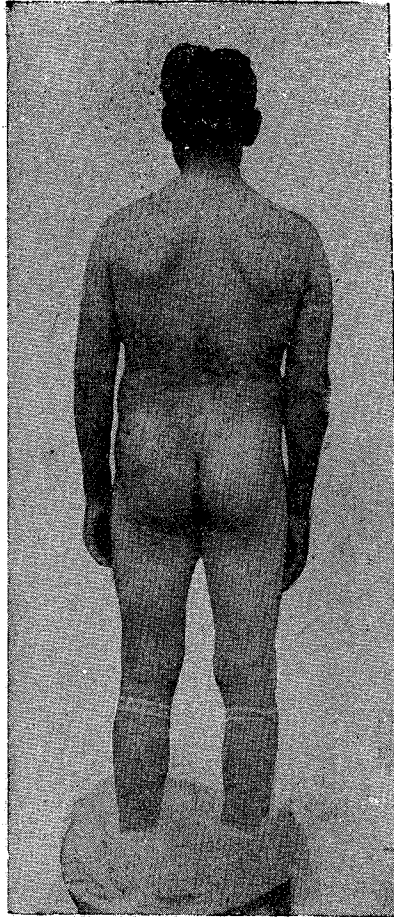
un pliegue, se observa frecuentemente en los casos de lepra con infiltraciones lepromatosas difusas en napa de los miembros inferiores, especialmente en los momentos de lepra reacción. Hemos



Fotografía N°. 59.

Fotografías 59 y 60. — Lepra tuberosa lepromas aislados y confluentes. En antebrazo y miembros inferiores, lepromas confluentes dispuestos simétricamente y en distintos momentos de evolución. Algunos lepromas ulcerados y otros con reabsorción en infiltrados presenta su piel arrugada, plegada. (Reproducción prohibida.)

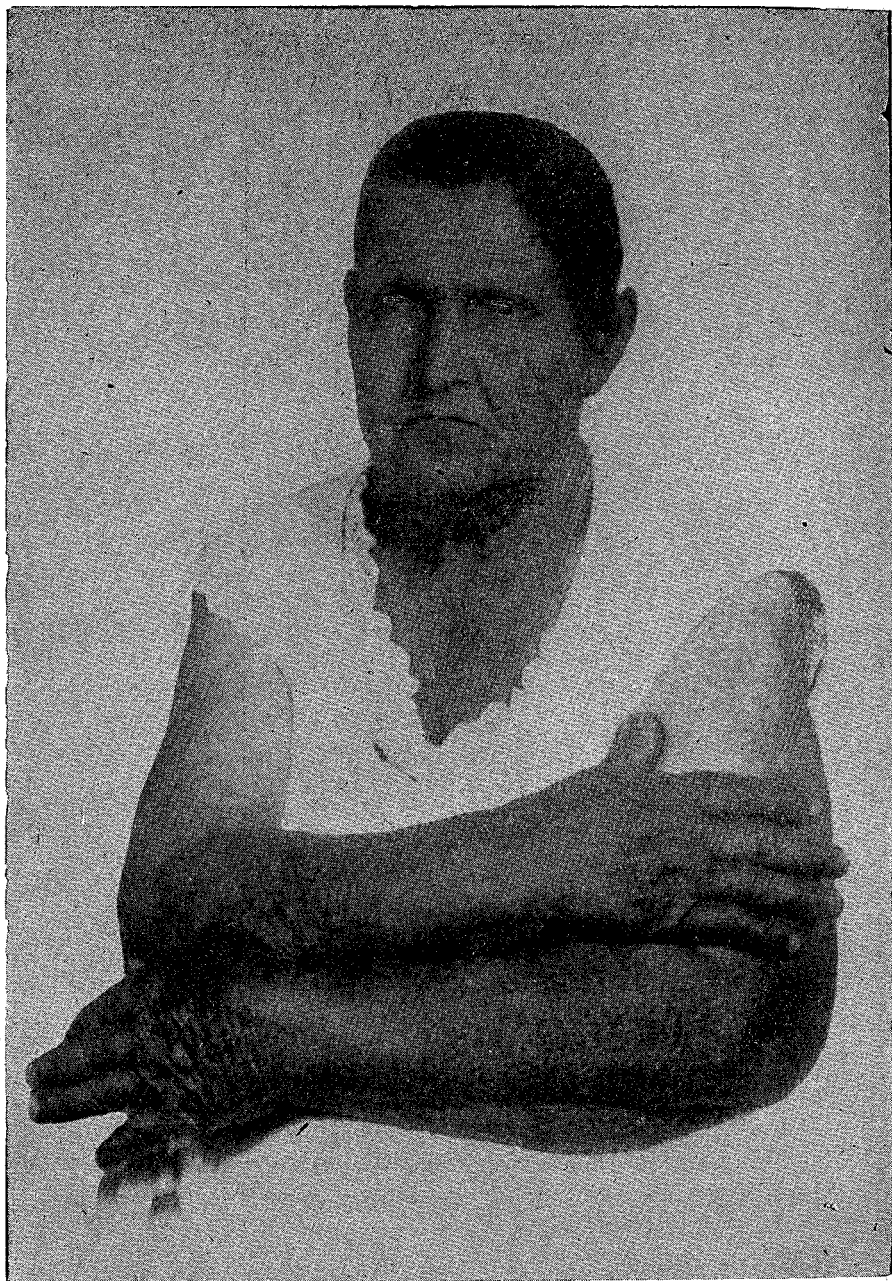
dicho que la lepra tuberculoidea, puede simular perfectamente bien al lupus tuberoso. Recordaremos que el lupoma (nódulo lúpico) situado en el dermis claramente delimitado, de crecimiento muy lento y del tamaño de una cabeza de alfiler o un poco mayor, de



Fotografía N° 60. (Reproducción prohibida)

coloración roja oscura, es un nódulo blando que permite el “signo de banderilla de Aberastury” esto es, que si se deja caer un alfiler o aguja en un nódulo lúpico, queda clavado como en queso blando o manfeca. Hemos dicho que el leproma es habitualmente un tubérculo grande, de una dureza elástica, como de goma, intermedia entre la dureza fibrosa de un nódulo sifilítico y la blandura especial de lupomía.

La variedad de lepra verrucosa, puede simular a la tuberculosis verrucosa, pero su localización es habitualmente distinta; la



Fotografía No. 61.

Piel roja infiltrada principalmente en los miembros superiores e inferiores. El aspecto es característico (mal rojo de Cayena). (Reproducción prohibida)

tuberculosis verrucosa es más seca, más dura y limitada, y no hay las alteraciones de la sensibilidad que en la lepra. En cuanto al vitiligo gravior, hemos dicho que generalmente es menos blanco, menos acrómico que el vitiligo vulgar y por otra parte hay alteraciones siempre apreciables de la sensibilidad. Investigar siempre el bacilo de Hansen, en las lesiones, ganglios y mucosa nasal.

La lepra trofo-neurótica, puede simular la esclerodermia, con esclero dactilia. En la esclerodermia en bandas, en placas o morfea, con abombamiento o retracción indurada densa de una dureza cartilaginosa y de aspecto de cera, que no puede plegarse y se encuentra exenta de folículos pilosos y de glándulas, da un aspecto que puede simular muy bien la lepra. En estos casos la exploración de la sensibilidad puede determinar el diagnóstico. En las formas de esclerodermias avanzadas, con modificaciones del rostro o dureza de la piel, desformación de la boca en "cul de poul" y al mismo tiempo la presencia de esclerodactilia, pueden simular las formas nerviosas de la lepra. En la esclerodactilia, los dedos presentan también un aspecto de garra parecida a la garra leprosa, la piel atrófica y con ulceraciones al nivel de las interlíneas falangeanas. El cuadro en su conjunto, la dureza cartilaginosa de la piel en la esclerodermia, el aspecto cereo y la falta de trastornos de la sensibilidad, pueden eliminar el diagnóstico. La lepra nerviosa, puede confundirse con la sinrigomielia y con la siringobulbia. En estas afecciones existe también disociación termo-anestésica, como en la lepra nerviosa. La siringomielia ataca con más frecuencia los miembros superiores y los procesos trofo-neuróticos son siempre más graves en la lepra nerviosa, que en la siringomielia. Por otra parte existe exageración de los reflejos en la siringomielia, en la lepra no están modificados. En la siringomielia, se observa frecuentemente un proceso de xifo-escoliosis. Se han descrito también casos de lepra con xifo-escoliosis de las más netas, pero se acepta de que es independiente de la enfermedad y que es una simple coincidencia. Engrosamiento de los nervios en la lepra, no modificados en la siringomielia.

Hemos dicho ya que Jeanselme ha descrito una prueba de la ionización muy útil para los casos dudosos y de diagnóstico difícil entre estas dos enfermedades; esta prueba ha sido descripta



en la primera conferencia y sólo recordaremos que en los enfermos de lepra nerviosa, en los cuales existe procesos de neuritis periférica, la prueba de la ionización con la pilocarpina, da resultados negativos, no hay sudoración, en cambio en los procesos determinados por lesiones centrales medulares, la sudoración es bien manifiesta. Algunos casos de lepra pueden confundirse también con la enfermedad de Raynaud. Recordaremos que es esta una enfermedad paroxística que se presenta en las extremidades superiores y caracterizada por fenómenos alternativos de isquemia y acrocianosis, que pueden determinar trastornos graves de la piel, con ulceraciones necróticas. El índice oscilométrico muy bajo en esta enfermedad, no se encuentra modificado en la lepra. Muchas neuritis leprosas pueden simular la poli-neuritis infecciosas o tóxicas, pero en estos casos se encuentra generalmente el antecedente de la enfermedad infecciosa o la causa tóxica y al mismo tiempo se observa abolición de los reflejos. Por otra parte, las polineuritis determinan, como la lepra, extraordinarios dolores neurálgicos que impiden a veces las presiones más ligeras y al mismo tiempo determinan procesos de amiotrofias.

Para terminar diremos que el pronóstico de la lepra ha sido sensiblemente modificado por la posibilidad de hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad; y aun en los casos de lepra manifiesta, el tratamiento prolijamente controlado puede conseguir sensibles mejorías.

Es doloroso poder constatar todavía el excepticismo de muchos médicos que consideran que el diagnóstico de lepra, en cualquier caso, lleva involucrado un signo de muerte segura y en un plazo más o menos larga. La evolución puede modificarse por el tratamiento.

Muchos de estos enfermos terminan por la consunción y destrucción general, raras veces en forma rápida y habitualmente después de haber padecido su enfermedad durante veinte, treinta o más años; los enfermos en extrema caquexia, quedan reducidos a su piel y esqueleto. Muy comúnmente es una enfermedad intercurrente la que mata al enfermo, es un proceso grippal o neumónico el que habitualmente diezma las leproserías. La tuberculosis se observa con menos frecuencia de lo que habitualmente se



cree. Estadísticas prolijas realizadas por Jeanselme, así lo prueban. Más comunes son las infecciones graves de la piel, erisipelas y otros procesos estreptocócicos que determinan muchas veces septicemias y muerte. La asociación con la sífilis, de observación relativamente frecuente, obliga a investigarla, pues esta infección influye desfavorablemente en la marcha de la lepra y en cambio cuando es diagnosticada, un tratamiento anti-luético adecuado, mejora sensiblemente al enfermo y lo coloca en las mejores condiciones para tolerar el tratamiento antileproso.

El porvenir de un enfermo de lepra está en el diagnóstico y tratamiento precoz. El médico que duda del diagnóstico de una lesión de piel debe pensar en la lepra y buscar la confirmación en el laboratorio.

SEPTIMA CONFERENCIA, SABADO 7 DE JULIO DE 8 A  
9 ½ HORAS, CONSULTORIO DERMATOLÓGICO Dr. RAFAEL  
GARZON. (PRESENTACION DE ENFERMOS)

Sobre la lepra hay conceptos públicos generalizados que es necesario combatir. Hay personas que ignoran y entre ellos no pocos médicos, lo que es la lepra. Algunos se aterrorizan por la simple mención de un caso de lepra cercano, mientras que otros se rosan con los enfermos más infectados sin el menor temor.

Es común la creencia de que la lepra es una enfermedad extremadamente contagiosa, felizmente no es así. Vds. conocen bien las exigencias todavía no bien especificadas para la transmisión de la enfermedad. Otra creencia común es la que esta enfermedad constantemente deforma el rostro y llega a situaciones de destrucción de piel, de mucosas y huesos, que obligan al que padece la enfermedad al aislamiento riguroso. Han visto también casos de manifestaciones discretas de lepra y conocen también que la manera habitual de presentarse la enfermedad cuando se ha hecho un diagnóstico temprano, puede ser el de una mancha pequeña o de pocas lesiones que habitualmente pasan desapercibidas para el público en general. Muchos de los enfermos con manifestaciones avanzadas, con lepra mixtas, con manifestaciones de tipo neural secundario (N. S.), que presentan habitualmente ulceraciones tróficas de piel y de mucosas son generalmente los más temidos y sin embargo no son los más contagiosos y muchas veces no lo son en absoluto. Si estas formas terminales presentan manifestaciones nodulares recientes, pueden ofrecer igualmente peligro de contagio. Algunas lesiones discretas del mismo tipo lepromatoso, pueden ser mucho más peligrosas bajo este punto de vista que las anteriormente mencionadas.

Esta enfermedad no es extremadamente contagiosa y no es forzosa su terminación en formas monstruosas y repulsivas. Muchos de estos enfermos diagnosticados precozmente no presentan

más lesiones que las observadas al iniciar el tratamiento y pueden convivir con las personas sanas sin ningún peligro de contagio. Este hecho nos lleva a considerar otra creencia muy arraigada en el público en general. Se dice que la lepra es una enfermedad incurable. Actualmente todos los médicos que se han dedicado al tratamiento y atención de estos enfermos tienen en sus estadísticas casos considerados como “detenidos”, “negativos en observación” y aún casos considerados como curados, si bien teniendo en cuenta las estadísticas recientes de los Leprólogos de Manila (Islas Filipinas), que denuncian casos de recidivas después de cinco o seis años de considerados como casos “negativos” nos obliga a ser más prudente para considerarlos en esa situación.

La profilaxis de la lepra se basa en las razones dudosas de trasmisión de la enfermedad y en los factores que la determinan. El ser humano es el único réceptivo para el bacilo de Hansen, por lo que no es posible la experimentación para comprobar el modo de trasmisión de la enfermedad. Por otra parte su largo período de incubación dificulta grandemente las investigaciones de las fuentes de contagio.

La existencia de la lepra es posible por dos razones: la presencia del bacilo de Hansen en las lesiones bacilíferas y contagiosas y la receptividad del organismo humano para adquirir la enfermedad. Hemos dicho que esta receptividad para adquirir la lepra no es muy grande, es decir que no es una enfermedad muy contagiosa como habitualmente se cree, ni tampoco se trasmite por herencia, sino excepcionalmente como hemos procurado demostrarlo de acuerdo a la experiencia universal. Las manifestaciones de piel y de mucosas de los enfermos de lepra pueden presentar al examen microscópico la presencia o no del bacilo de Hansen y de allí la existencia de dos categorías de enfermos que es absolutamente indispensable distinguir para establecer su profilaxis. Aquellos enfermos en los que las investigaciones del bacilo de Hansen son insistentemente negativos a la búsqueda por los medios habituales, constituyen casos de lepra cerrada, no bacilíferos, no contagiosos. Corresponden estos enfermos a las categorías A1 y A2 de Muir. El otro grupo de enfermos en los que las investigaciones son positivas, constituyen el grupo B de Muir, y presentan mayor o menor cantidad de bacilos al examen micros-

cópico y por lo tanto se explica las sub-divisiones en B1, B2, B3. Como lo hace notar Muir, estos enfermos son tanto más peligrosos cuanto el bacilo se encuentra más próximo a la superficie cutánea o mucosa. De estas dos categorías de enfermos solamente la segunda variedad enfermo bacilífero contagioso, tienen la obligación por la Ley de permanecer aislados en su propio domicilio o en Asilos adecuados para su aislamiento y tratamiento. La lepra es mucho menos contagiosa que la tuberculosis, sífilis y otras enfermedades microbianas. Posiblemente la contaminación no se produce con el primer contacto con un enfermo. Las relaciones más o menos directas, íntimas, la frecuencia del contacto durante un tiempo más o menos largo puedan vencer la resistencia orgánica individual y determinar la infección. Es muy importante también el tener en cuenta las condiciones de vida, de higiene, de alimentación de las personas expuestas al contagio. La alimentación insuficiente o inadecuada, la falta de ejercicio, las enfermedades agudas o crónicas, determinan una menor resistencia orgánica individual, haciendo posible la contaminación. Otra tercera razón que explicaría la etiopatogenia sería el clima, el que sin embargo no tiene importancia fundamental en la trasmisión de la enfermedad, si bien es cierto, como lo hemos hecho notar y puede observarse en los mapas adjuntos, hay una marcada predilección por las zonas del litoral fluvial, que son también las más densamente pobladas. Esto tiene importancia para la ubicación de las leproserías. Sintetizando podríamos decir que de las razones dudosas sobre la transmisión de la enfermedad y las causas que la determinan, las más importantes son: la presencia del bacilo en las manifestaciones y la frecuencia de los contactos con las personas sanas. Si esta transmisión es directa o indirecta o necesita un huésped intermedio, no está completamente dilucidado, pero como se ha dicho, la lepra viene del hombre, única fuente de contagio actualmente conocida.

La receptibilidad del organismo humano es variable, hay personas que conviven con enfermos bacilíferos contagiosos, durante veinte, treinta y más años, cuidándolos, curando sus heridas y sin que jamás se halla podido observar ninguna manifestación atribuible a la enfermedad. En cambio hay familias íntegras que terminan su existencia enfermos de lepra.



Como dice el Prof. Baliña, no siendo posible conocer cuales son las personas receptoras para la enfermedad dado que el número de individuos a examinar sería extraordinario y por otra parte no existiendo forma de examen clínico ni de reacciones biológicas que puedan determinar el grado de receptibilidad, es necesario referirse al otro elemento, la existencia de bacilos en las lesiones de los enfermos, para considerarlos como focos de contaminación y separarlos, aislarlos; es decir que hecho el diagnóstico de lepra, debe hacerse conocer al enfermo con la mayor prudencia posible su situación real y distinguir las dos categorías; aquellos enfermos que puedan continuar su tratamiento en consultorios externos y los que deben ser aislados de inmediato en sus domicilios o bien en los asilos adecuados.

La ley de profilaxis de la lepra (Ley 11.359-11.410) es según lo ha manifestado el Dr. Silva Araujo, que está al frente de la campaña anti-leprosa en el Brasil, la más sabia y la más humana de las leyes de profilaxis y tratamiento de la lepra.

En dicha ley se establece en forma categórica, la obligación de denunciar ante el Departamento Nacional de Higiene, los casos de lepra sobre que se tuviere conocimiento. La denuncia es obligatoria para el médico que asista o haya asistido o conozca al enfermo o fuere llamado para reconocerlo. Se establece también en dicha ley, la necesidad de llevar un censo prolijo sobre cada enfermo, con el objeto de determinar en forma bien precisa, la Provincia, departamento, ciudad o pueblo en que vive, y el domicilio, para cuando sea posible su aislamiento. Pide la determinación de la filiación personal, profesión actual o anterior, fecha probable de la aparición de las lesiones, interesando el dato por la posibilidad de contaminación de las personas que conviven con él, facilitándole la búsqueda. (Ver ficha).

Interesa también conocer aproximadamente el sitio probable de contaminación, para determinar si es un caso de lepra autóctona o que ha venido del exterior u otra provincia. Determinar en lo posible los lugares donde ha residido desde el momento de infección, si existen personas de familia enfermas y muy particularmente, determinar con precisión la forma clínica siguiendo la clasificación clásica en lepra maculosa, nerviosa, tuberosa o mixta o bien las clasificaciones más modernas de Manila o de Muir. Deter-

minar la presencia o ausencia de bacilos, la clase de tratamiento instituido y la marcha o evolución de la enfermedad. La posición económica, el grado de instrucción del enfermo; la clase de alimentación y de vivienda; así como también determinar las personas que viven en la misma casa y en la misma pieza, si son niños o adultos. Es sabido la mayor receptibilidad de los niños, posiblemente, debido al contacto inmediato de padres a hijos o también por ser su piel más delgada y ofrecer menor resistencia a la penetración del bacilo. (Muir).

En la Ley de Profilaxis la nota más propia está determinada seguramente por la clasificación de los enfermos. El tratamiento sanitario declarado obligatorio, establece cuatro categorías sujetas a disposiciones sanitarias diferentes.

- a) Inspección preventiva de los sospechosos.
- b) Asistencia sanitaria de enfermos, actualmente no peligrosos.
- c) Aislamiento y tratamiento obligatorio a domicilio.
- d) Aislamiento y tratamiento obligatorios en Asilos o colonias destinadas a ese fin.

Las personas que conviven con enfermos de lepra, están expuestas a la contaminación y por la ley deben permitir su examen con el objeto de determinar si se encuentran libres o si bien pertenecen a algunas de las categorías siguientes. Estos exámenes son realizados en los consultorios Dermatovenereológicos y conocido un foco se hace la investigación en todas las personas o "contactos" y especialmente entre los niños que, insisto, son los más expuestos a la infección. El Prof. Fidanza y sus colaboradores, presentaron a la Liga de las Naciones un modelo de Ficha de Convivencia, que se ha puesto en uso en los Dispensarios que atienden esta clase de enfermedad. (Ver ficha) En ellas se establece el tiempo de convivencia y sus grados, íntimo, discreto, accidental. Después las formas clínicas del enfermo o fuente de contagio y su estado activo, interrumpido, detenido, recaída. Cada examen clínico realizado a los convivientes exige para ser completo, los exámenes de Laboratorio, mucus nasal al examen directo y después de reactivación por el Yoduro de K., escarificaciones y biopsia de la mucosa nasal, investigaciones serológicas, punciones y biopsia de ganglios. Estas investigaciones deben realizarse periódicamente y por un plazo no menor de cinco años, para determinar la situación de cada una de las

personas examinadas. La asistencia sanitaria es también obligatoria y el Departamento Nacional de Higiene procura hacerla efectiva en Dispensarios adecuados polivalentes a instalarse en las zonas de mayor densidad leprosa. Es precisamente lo que se procura hacer en la provincia de Córdoba, con los actuales Dispensarios y en los que al mismo tiempo que atiendan enfermos de sífilis, se utilicen también para la profilaxis de las enfermedades contagiosas de la piel, tiñas, sarna, etc. y para atender aquellas formas de lepra que hayan sido consideradas como no peligrosas actualmente, por no tener en el momento de examen lesiones capaces de originar contagio, ni bacilos leproscos en sus secreciones nasobucofaringeas. Estos enfermos pueden ser atendidos sin ningún inconveniente en estos Dispensarios, fijándose para su tratamiento, días especiales. Investigando en los convivientes, puede determinarse casos de lepra ignorada, de lepra latente, y no raras veces formas disimuladas que han pasado completamente desapercibidas. La misión del Dispensario, es así realmente extraordinaria; porque curando las lesiones iniciales, discretas, suprime posibles fuentes de contagio, y no raras veces puede permitir la convivencia de estos enfermos con sus familiares, sin ningún peligro de contaminación.

Una tercera categoría de enfermos, corresponde a casos en los que las investigaciones de bacilo de Hansen son constantemente positivas y presentan lesiones realmente contagiosas. Recordar que hay enfermos con manifestaciones muy discretas en su piel y que presentan una rinitis bacilífera; estos enfermos, sobre todo en momento de lepra-reacción, son extraordinariamente peligrosos; muy comunmente porque ignoran la naturaleza de su mal. Estos enfermos pueden por la ley vivir en sus propios domicilios. El Departamento Nacional de Higiene, ha determinado con precisión las condiciones exigibles para que estos enfermos continúen viviendo en sus propias casas y siempre bajo el más severo control médico sanitario. Es absolutamente indispensable de que el enfermo que se aísla en su domicilio tenga una pieza separada o mejor vivir como único locatario. No debe permitir la entrada a su habitación, sino a las personas absolutamente indispensables. Los utensilios, platos, cubiertos, vasos y sus prendas de vestir, especialmente el pañuelo, deben ser de uso estrictamente personal. El en-



fermo debe cuidar escrupulosamente su limpieza. Es absolutamente prohibida la entrada de niños sanos y en este sentido la ley exige la separación de la madre o del padre bacilífero de sus hijos sanos.

La cuarta categoría de enfermos corresponde a aquellos casos de manifestaciones lepromatosas, con úlceras por donde se eliminan enormes cantidades de bacilos y que son lógicamente considerados como los más contagiosos. Para esta categoría de enfermos la ley dispone la creación de Asilos Colonias Agrícolas Ganaderos, en las zonas de mayor densidad leprosa.

Todos los enfermos que no cumplan las disposiciones establecidas expresamente en la ley de Profilaxis, pueden ser obligados a internarse en estos establecimientos. Por otra parte, la única exigencia para solicitar su ingreso es la de encontrarse enfermo de lepra, cualquiera sea la forma clínica de la enfermedad. La Ley establece también la posibilidad de levantar viviendas con dinero de enfermos pudientes, en los terrenos pertenecientes al Asilo Colonia Agrícola Ganadero, siempre que se sometan al control sanitario de la Colonia.

El método del aislamiento ha sido utilizado desde muy antigua y es seguramente el método profiláctico más eficaz. Determinados los focos de contagio y separados del resto de la población se consigue seguramente suprimir las posibilidades de contaminación. Noruega, es un ejemplo siempre citado, para demostrar la eficacia del aislamiento en Asilos o en sus propios domicilios. El año 1856, Noruega tenía 2858 casos (ver gráfico del Dr. Ba-liña sobre la relación de los enfermos de lepra en Noruega y en la República Argentina). En el año 1870, 2526; en 1880, 1904; en 1890, 1091; en 1900, 870; en 1906, 724; en 1919, 180; en 1926, 96 enfermos y en un viaje realizado por los doctores Fidanza y Puente, en 1931, pudieron comprobar en Bergen, la existencia de los últimos 70 casos. Observen, pues, la eficacia del aislamiento en la profilaxis de la lepra. Naturalmente que 75 años para combatir una plaga de esta naturaleza con 3.000 enfermos, es seguramente excesivo. En el Japón, donde existen 40 a 50.000 enfermos, se proponen extinguir la lepra en 30 años; pero allí se invierten sumas fabulosas para combatir la enfermedad.

El aislamiento fué intentado en una amplia y costosa escala, en las Islas Filipinas, pero se pudo constatar que mientras se ponía en resguardo los casos avanzados de lepra, no era posible conseguirlo con las manifestaciones discretas e incipientes, siendo por consiguiente de eficacia contraria, la **obligación forzosa de segregación de todos los enfermos de lepra.**

La necesidad de los Asilos Colonia Agrícola Ganadera, para internar las formas avanzadas de lepra, con sus deformaciones y horribles mutilaciones, que presentando manifestaciones lepromatosas pueden ser también contagiosas, y los otros enfermos que presentando lesiones menores ofrecen mayor peligro de contagio, es absolutamente indispensable. En la República Argentina, la falta de estos asilos explica en sus dos terceras partes, el desarrollo alarmante de esta enfermedad. En el año 1926, en la Primera Conferencia Antileprosa reunida en el país, se denunciaron 96 enfermos en toda la República; en 1927, 726; en 1928, 1522. En 1929, en 1930, 2387; en 1931, 2531; en 1932, 2700; y actualmente, 2970. (Baliña).

Mientras que en Noruega se veía disminuir la lepra como consecuencia de las medidas profilácticas de aislamiento, rigurosamente realizadas, en la República Argentina, que posee la mejor de las leyes de profilaxis, dictada hace próximamente treinta años, se ve aumentar el número de los enfermos en forma alarmante, como una consecuencia de la falta de cumplimiento de las disposiciones expresamente contenidas en la Ley de Profilaxis.

La necesidad de aislamiento de los enfermos en colonias adecuadas, es un hecho aceptado por todos; las dificultades empiezan cuando se trata de localizar el sitio en que deberán ser ubicados los Asilos para el aislamiento de estos enfermos. Hemos dicho que en la República Argentina existen tres zonas de distinta densidad leprosa: la del litoral fluvial, con 88 %, comprendiendo las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Corrientes, Entre Ríos, y las Gobernaciones del Chaco, Formosa y Misiones. Una zona Central, con el 11 % del total de los enfermos censados y comprendiendo: Córdoba, Santiago del Estero, La Pampa, San Luis; y una zona precordillerana, la menos poblada y que posee el 1 % de los enfermos censados y constituida por las provincias Andinas y Gobernaciones vecinas.

El Departamento Nacional de Higiene, es el encargado de hacer cumplir la Ley de Profilaxis de la Lepra en la República Argentina, ha determinado la ubicación de los Asilos Colonias Agrícola Ganaderas, de acuerdo al Art. 33 de la Ley 11.410, modificación del mismo artículo de Ley N°. 11.359, el que dice textualmente: "El Poder Ejecutivo, previo dictamen del Departamento Nacional de Higiene, procederá a establecer Sanatorios, colonias y asilos para leprosos en las Provincias y territorios nacionales, en la zona en que la enfermedad se encuentre más extendida y teniendo en cuenta para su ubicación las garantías de preservación para la población indemne, la conveniencia de los enfermos y la facilidad de las comunicaciones terrestres y fluviales.

Interpretando fielmente este articulado, el Departamento Nacional de Higiene, se propone instalar siete Asilos Ley 11.359, destinados para aislar los enfermos de lepra de las zonas más infectadas. Un Asilo Colonia ubicado en el Chaco, en la Isla del Cerrito, situada en la confluencia del Paraguay y Paraná y a cuatro kilómetros de la población más próxima de la costa. Este asilo será destinado para concentrar los enfermos de la Provincia de Corrientes y las Gobernaciones del Chaco y Formosa. 2°.) Un Asilo en la Gobernación de Misiones para aislar sus enfermos. 3°.) Otro en la Provincia de Santa Fe, para aislar los enfermos de esta provincia y de Santiago del Estero. 4°.) Otro Asilo en la Provincia de Entre Ríos. 5°.) Otro en Córdoba, destinado para los casos de la Provincia. 6°.) Otro en Salta para los enfermos de esa Provincia, los de Tucumán y de Jujuy y finalmente 7°.) En la Provincia de Buenos Aires, destinado a albergar los enfermos de esa provincia, los doscientos enfermos internados en el Hospital Muñiz y los cientos de enfermos bacilíferos que viven libremente en la Capital Federal. Este vasto plan de profilaxis, no ha podido ser llevado aun a la práctica por la sistemática oposición de los pueblos a que están destinados a beneficiar y lo curioso es que muy comúnmente son las autoridades de las provincias, las que compenetradas de la necesidad de crear los asilos para internar los enfermos, rechazan la posibilidad de que sean ubicados en los territorios de sus provincias.

En la Isla del Cerrito, se ha terminado la primera leprosería que, como hemos dicho, está destinada a aislar los enfermos

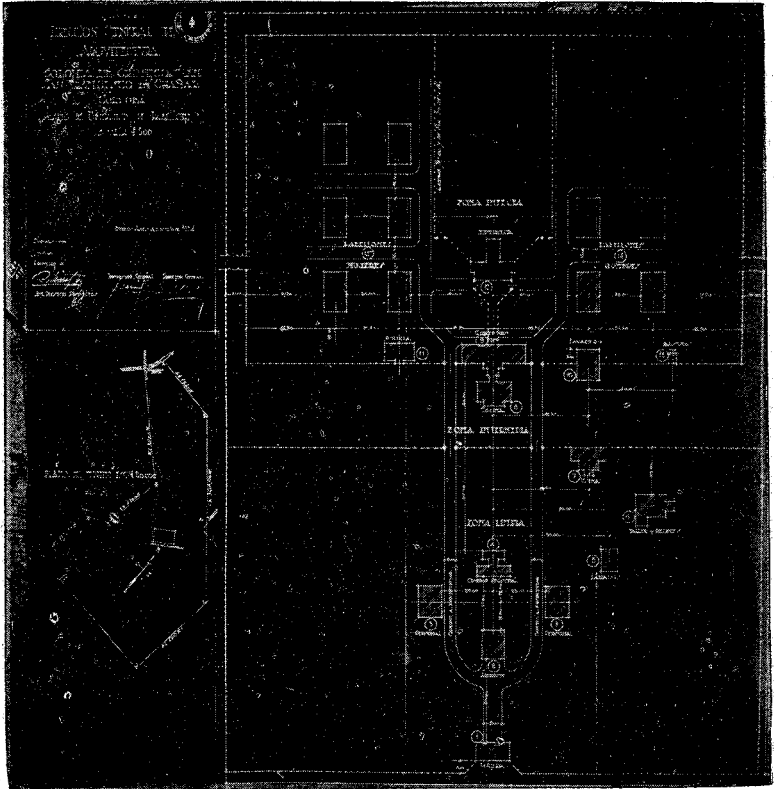
de Corrientes, Chaco y Formosa. Corrientes se ha opuesto sistemáticamente a la instalación de la Colonia en la Isla del Cerrito, aduciendo, entre otras razones, la de que iría contra sus propios intereses por afectar el turismo. Como lo hace notar el Dr. Bañña en una conferencia reciente, no se tiene en cuenta de que en pleno centro de la Capital de la República, existe el único Asilo destinado a aislar a los enfermos sin que jamás se haya pensado que fuera un obstáculo para el turismo. Hace poco tiempo se ha presentado al Senado de la Nación un proyecto por dos hijos de la Provincia de Corrientes, que pretende destinar el Asilo Colonia de la Isla del Cerrito, para un Asilo de Alienados. Estos Asilos, destinados a aislar enfermos, lejos de ser un peligro para las zonas vecinas, constituyen su mejor salvaguardia. La ley de profilaxis exige seguridad en el aislamiento de los enfermos. Esto no es posible hacerlo en un Hospital público, en el centro de la Capital y donde los enfermos válidos están buscando la forma de burlar las disposiciones reglamentarias. También se iba a instalar el Asilo de la Provincia de Buenos Aires en un terreno ya listo, pero dificultades surgidas por motivos igualmente infundados, van dilatando la construcción necesaria.

El Profesor Fidanza, en la Primera Conferencia de Asistencia Social, Sección 22, Asistencia Social de la Lepra, hizo notar la necesidad de urgente creación del Asilo para su Provincia, pidiendo fueran realizadas simultáneamente las construcciones para hacer el aislamiento. En Córdoba, se ha comprado terreno destinado para el Asilo Colonia en el Departamento Sobremonte y se ha sacado a licitación las obras. La construcción será suficiente para aislar doscientos enfermos, si bien para iniciarse, la construcción será terminada únicamente para ciento veinte.

Estos Asilos Colonia Agrícola Ganadera, que ya tiene probada su eficacia en otros países, deben constar de todas las necesidades y exigencias modernas para hacer posible la atención de estos enfermos en forma eficiente y confortable.

Estas fotografías de un Asilo Colonia del Japón, dirigido por Mitzuda, cuando se hizo este folleto, y actualmente dirigido por Hayasaghi, representan una Institución modelo en su género. Tienen magníficas instalaciones con toda clases de comodidades: cam-

ASILO COLONIA AGRICOLA GANADERA LEY 11359. — COLONIA DE  
CRONICOS EN SAN FRANCISCO DEL CHAÑAR. CORDOBA



Plano de ubicación de pabellones. (N° 1)

Toda la construcción del Asilo ocupará el rectángulo ubicado en el centro del plano del terreno. Por la ubicación y los procedimientos que se utilizarán para la destrucción de la materia orgánica puede deducirse la absoluta seguridad de aislamiento en que se encontrarán los enfermos internados.

En el plano de ubicación pueden observarse tres zonas inter-dependientes y que guardan entre sí un aislamiento relativo.

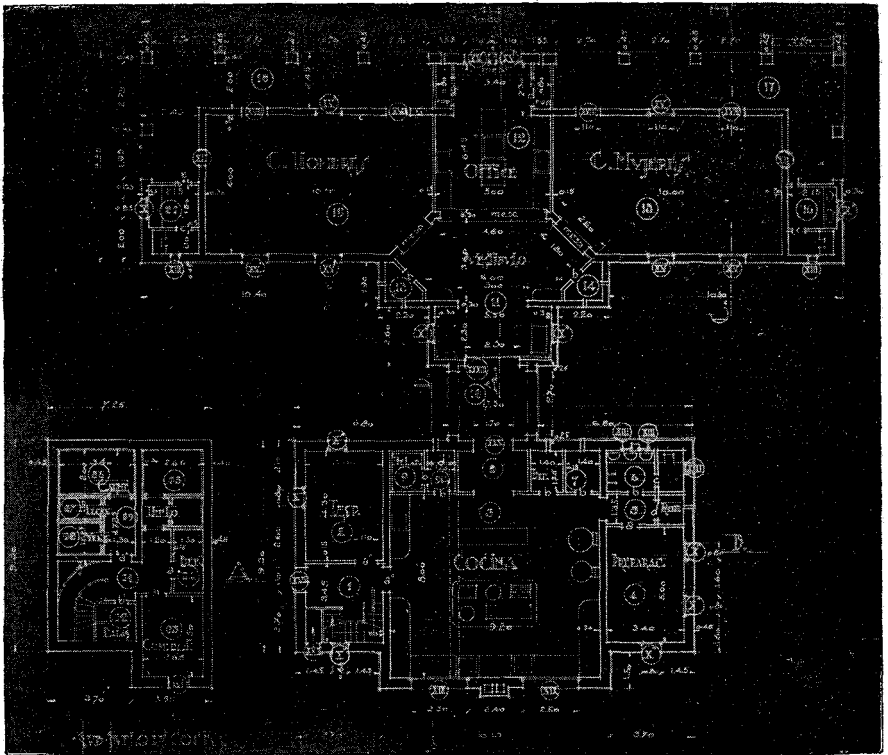
- 1) Zona limpia: Administración, personal, comedor de personal, lavadero, talleres y peones, usina.
- 2) Zona intermedia: Cocina para enfermos, lavadero e incineradores de basura.
- 3) Zona infecta: Comedores para ambos sexos, enfermería con sus secciones correspondientes, para hombres y mujeres y 10 pabellones, seis para mujeres y 4 para hombres. Habitaciones para la policía de vigilancia en la Colonia.

Las tres secciones se encontrarán unidas por caminos pavimentados.

pos de deportes, instalaciones de gimnasia. Los enfermos tienen sus teatros y talleres mecánicos e imprentas. También poseen salas de cirugías y enfermerías. Todas estas comodidades son indispensables en los Asilos Colonia que lógicamente están ubicados siempre a una distancia más o menos grande de los centros mejor dotados. En estos Asilos se dedican a cultivos especiales y después en exposiciones de granja, venden sus productos.

Es absolutamente indispensable persuadir a los enfermos de la necesidad del trabajo al aire libre, pues es un hecho bien demostrado que los enfermos que hacen vida sedentaria sufren con mucha frecuencia los efectos de la inacción, atrofiaciones musculares de sus músculos, deformaciones amiotróficas destructivas y mutilantes. En cambio los enfermos que hacen ejercicios caminando largas distancias o bien trabajando la tierra, llevan una vida muchísimo más soportable, consiguen mejorías manifiestas, soportan mucho mejor la medicación anti-leprosa y habitualmente no llegan a las deformaciones de los otros casos. En los Asilos Agrícolas Ganaderos serán aislados los enfermos de lepra avanzada muy contagiosos de formas cutáneas y principalmente C.2, C.3, y sus combinaciones C.2—N.2 y C.3—N.3 de la clasificación de Manila o bien las formas B.2 y B.3 y sus combinaciones B.2—A.2 y B.3—A.2 de la clasificación de Muir. Los enfermos de la categoría neural secundaria (N. S.) de Manila o A.2 de Muir y además las formas C.1—C.2 o bien B.1—B.2 de Muir. Estos enfermos deben estar agrupados en pabellones especiales dentro del mismo Asilo Colonia a fin de poder realizar un aislamiento adecuado de las formas contagiosas y sin deformaciones de las formas graves por sus mutilaciones más que por su contagiosidad. En estos Asilos debe haber una separación absoluta de sexos y fomentar en lo posible la religión, pues, como lo hace notar Mitzuda, la religión es un gran consuelo para estos enfermos en su desgraciada vida y debe ser fomentada.

Entre los enfermos que por sus lesiones pueden desempeñar oficios, deben ser igualmente estimulados con pequeña remuneración y al mismo tiempo seleccionarlos para que cuiden a los enfermos más graves. En las clínicas más adelantadas, como es-

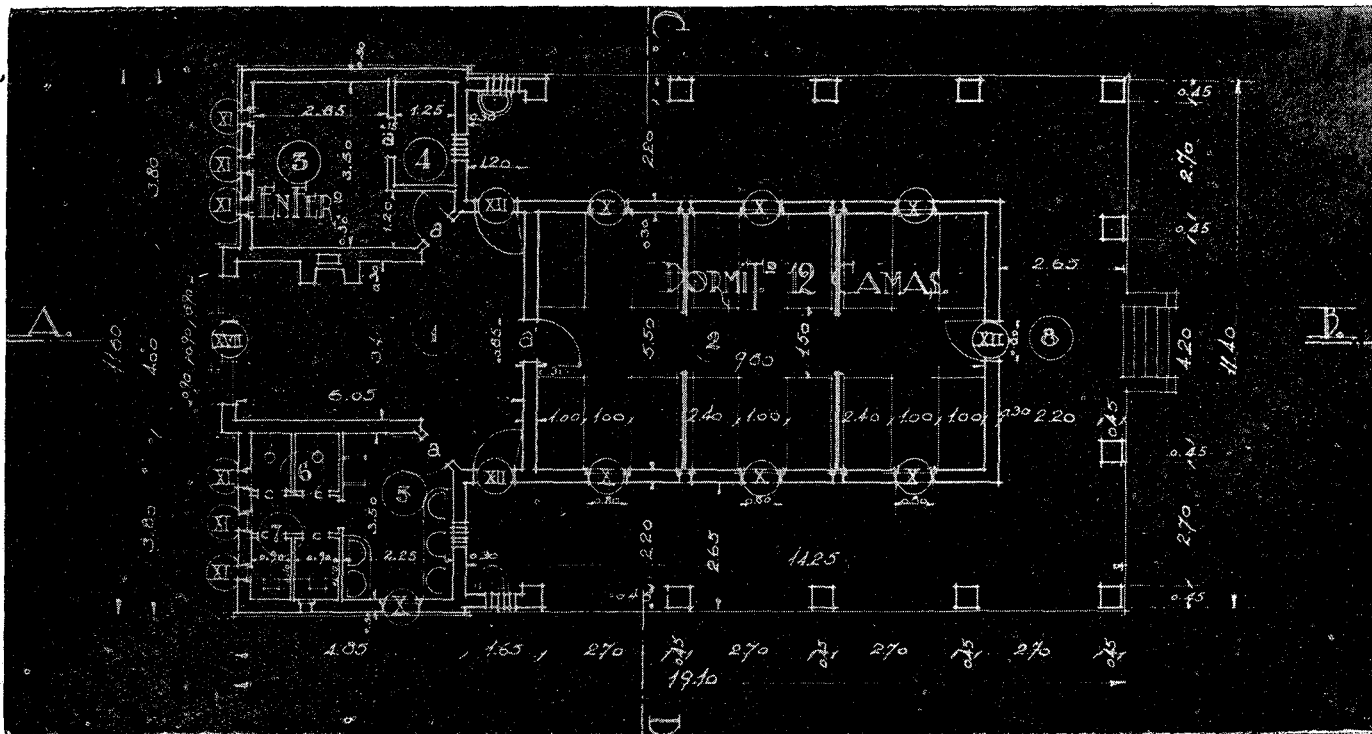


PLANO 2. — Zona intermedia: 1.º. Cocina. Sección de preparaciones. Ropería. Despensa, y en el sub-suelo de la cocina departamento para compresor, fábrica de hielo, frigorífico, proveduría. 2.º. Vestíbulos, office, separando los comedores de mujeres y hombres. Esta segunda parte de la construcción rodeada de galerías

ta que hemos mencionado anteriormente, poseen instructores especiales que dan una inclinación al talento de cada enfermo, especializándolos en los oficios de su predilección.

El artículo 32 de la Ley de Profilaxis establece que “los leprosos indigentes serán alojados lo más pronto posible en edificios provisoriamente habilitados por los Gobiernos locales. Se les rodeará de las mejores condiciones higiénicas y buena alimentación y buena asistencia médica. Estos alojamientos y todos los gastos que comporte el cuidado de los enfermos correrán a cargo de ellos, de acuerdo a las indicaciones de esta Ley”.





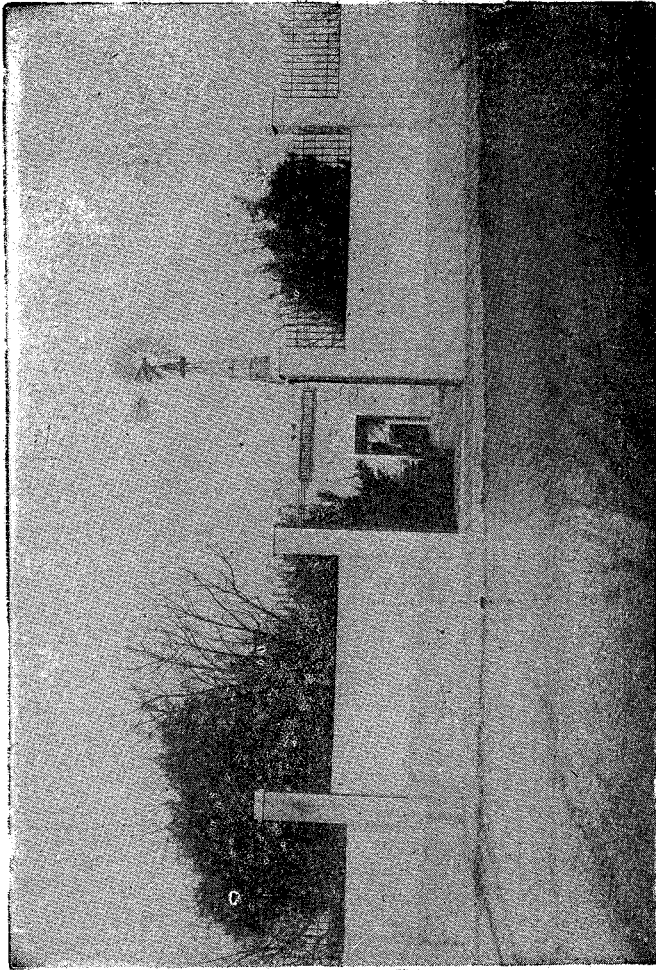
PLANO 3. — Detalles de cada pabellón. Dormitorio para 12 camas, ubicadas en bñoxes de dos camas. En el centro de cada pabellón, pa sillo de 1.50, en cuyos extremos pueden observarse las aberturas. Todas las ventilaciones de paredes y techos, además de la rejilla, llevarán tejido de bronce interiormente. Los tabiques divisorios tendrán 0.08 mts. de espesor. Cada pabellón constará de hall, sala para 12 camas, enfermería, ropería, servicios y serán circundados por galerías. Todos los techos serán de fibro cemento rojo. Los frentes serán revocados lisos pintados a la cal. Todos los locales llevarán zócalo del mismo material del piso y revestimiento de portland de 1.30 a 1.80 según los locales.

El Departamento Sobremonte, elegido para la instalación de la Colonia Agrícola Ganadera, Ley 11.359, dista más de 200 kilómetros de la ciudad de Córdoba. Los enfermos diagnosticados en este Dispensario que necesitan ser internados serán alojados de inmediato en el Asilo Regional extra urbano, Ley 11.359. Vds. visitarán en seguida el Lazareto del Perpetuo Socorro que es la única institución que existe en Córdoba para aislar a los enfermos de lepra. Es únicamente destinado para mujeres y en él se aislan actualmente 15 enfermas.

Próximamente se iniciarán las obras de una construcción similar y en terrenos vecinos y destinada para aislar de inmediato los hombres enfermos de lepra bacilíferos, contagiosos. Entre los dos asilos se podrá aislar 10 hombres y 10 mujeres que en viajes periódicos podrán ser llevados al Asilo Colonial de Sobremonte. Por otra parte, en estos mismos asilos extra urbanos pueden aislarse los enfermos poco contagiosos sin deformaciones y que después de un tratamiento sostenido, pueden ser dado de alta en buenas condiciones y restituído a la vida normal dentro de la sociedad en que actúan.

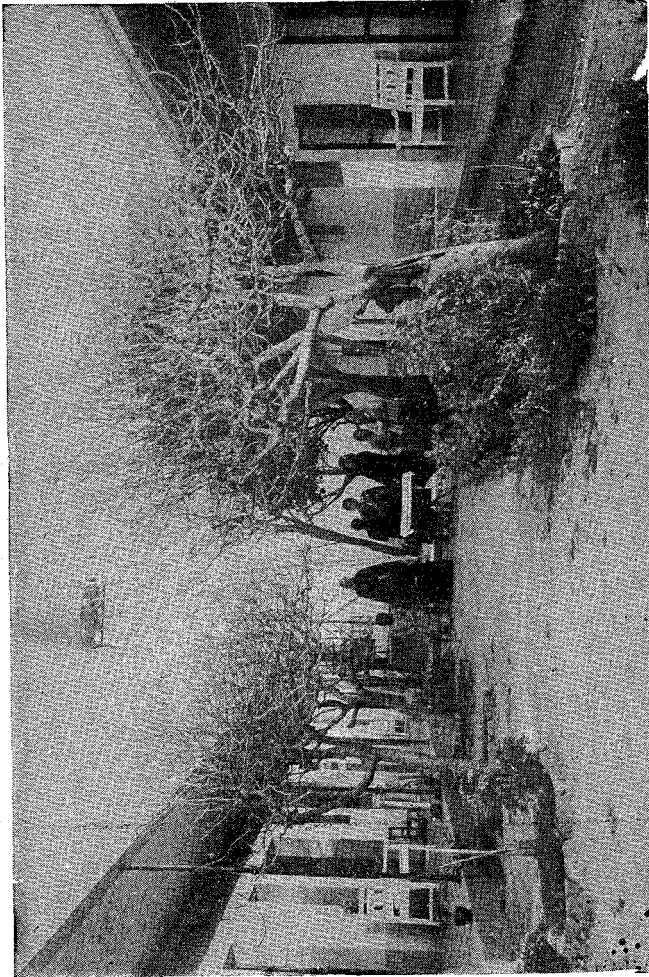
Recordaremos que Hoffmann de la Habana, insiste con razón en la necesidad imperiosa de separar en lugares de aislamiento absolutamente distintos a los enfermos bacilíferos con manifestaciones discretas y sin deformaciones, de los casos avanzados con deformaciones monstruosas y horribles mutilaciones. Para los primeros, Hoffmann pide su internación en lo que llama "clínica moderna para los leprosos", verdaderos centros de investigación científica, para el diagnóstico y tratamiento precoz.

El Profesor Baliña considera que son necesarios tres Asilos Regionales extra urbanos en la República: uno que tendría como base una de las Salas del Hospital Muñiz, otro en el Hospital Carrasco para Rosario y en Córdoba los que anteriormente dejamos enunciados. Estos asilos regionales conjuntamente con los dispensarios de las Cátedras respectivas de cada una de las Facultades de Medicina de Buenos Aires, Rosario y Córdoba, serían centros científicos de enseñanza de diagnóstico y tratamiento precoz de la lepra.



Fotografía N° 62  
Entrada al Lazareto del Perpetuo Socorro. Unico Asilo destinado actualmente para internar enfermos de lepra. (Reproducción prohibida.)

El plan profiláctico propuesto para la Provincia de Córdoba estaría constituido por las tres categorías de elementos de lucha contra esta enfermedad. Un asilo agrícola ganadero, Ley 11.359 ubicado en Sobremonte y destinado para internar 200 enfermos de la Provincia de Córdoba. Un asilo regional extra urbano mixto para hombres y mujeres y además los dispensarios que hasta ahora han atendido a la profilaxis y tratamiento de la Sífilis exclusivamente y que serán desde ahora dispensarios polivalentes destinados a atender enfermos de sífilis y además la profilaxis y asis-



Fotografía N° 63

Patio del Lazareto del Perpetuo Socorro. Enfermos reunidos oyendo música.  
(Reproducción prohibida.)

tencia social de las enfermedades contagiosas de la piel (tiñas, sarna, etc.), enfermedades venéreas, blenorragia, chancro blando, papilomas venéreos, etc. y además para atender los enfermos de lepra que no ofrecen peligros de contagio.

La misión de estos dispensarios es muy amplia en lo que a asistencia social de la lepra se refiere y el personal técnico es el encargado de la educación y propaganda para el público y para los enfermos. Su misión primordial en este sentido es la del diagnóstico y tratamiento precoz, en los enfermos con manifestaciones



Fotografía N° 64

Grupo de enfermas internadas en el L. P. S. Año 1932. Actualmente las que salieron mejoradas se atienden en el Dispensario Dermatológico. (Reproducción prohibida)

prodrómicas o pequeñas lesiones de piel entre los familiares y las personas que conviven con los enfermos.

La dirección de la Campaña anti-leprosa debe estar únicamente dirigida por el Departamento Nacional de Higiene que es el encargado de hacer cumplir sus disposiciones. Las ligas anti-leprosas tienen también una misión muy amplia y muy humana en la lucha contra esta enfermedad. Le corresponde atender: 1° los hijos sanos de enfermos de lepra. La ley de profilaxis en su artículo 18 establece "los hijos recién nacidos de leprosos podrán ser colocados en cunas o asilos comunes bajo la observación insistente y prolongada, siempre que el examen médico minucioso compruebe que están absolutamente libres de toda manifestación de enfermedad y que no son portadores de bacilos leprosos". "Artículo 19. Los niños hijos de leprosos sometidos a tratamiento sa-



Fotografía N° 65

Estas cuatro enfermas han estado internadas en el Lazareto del Perpetuo Socorro año 1932. Tres han salido de alta para ser atendidas en consultorios externos. Recordar la necesidad de separación rigurosa de las formas clínicas avanzadas o recientes bacilíferas, de las que presentan lesiones discretas y poco contagiosas; estas pueden ser desfavorablemente influenciadas. (Reproducción prohibida)

nitario podrán concurrir a escuelas o talleres comunes, siempre que la administración sanitaria compruebe que no tienen ningún síntoma sospechoso de la enfermedad y que no son portadores de gérmenes leproso. Serán objeto de inspecciones médicas frecuentes, para la cual se establecerá la obligación de que concurran a





Fotografía N° 66

Dormitorio de enfermas en el Lazareto del Perpetuo Socorro. (Reproducción prohibida)

las oficinas sanitarias en fechas prefijadas para su examen, el cual podrá ser hecho periódicamente a domicilio por médicos inspectores o visitantes”.

No existe en todo el territorio de la República un asilo para internar a estos niños sanos, hijos de leprosos y tienen que seguir viviendo cerca del foco de contagio. En Buenos Aires se trató de establecer uno de estos asilos. El Gobierno prestó su apoyo, el terreno fué donado y las obras se encontraban licitadas y pronto para entrar en ejecución. De improviso se inicia una campaña extraordinaria en contra de la construcción de este Asilo. Fíjense bien que se trataba de internar a los hijos sanos para salvaguardar de su posible contaminación, la campaña se llevó con tal apasionamiento que malogró esta gran iniciativa.

Las ligas sociales contra de lepra pueden acometer esta obra tan útil y necesaria en la campaña profiláctica.





Fotografías N° 67 y 68

Corresponden a enfermos graves de lepra tuberosa, bacilíferas y contagiosos. Viven en la mayor indigencia y promiscuidad con personas adultas y niños. Uno de estos enfermos se sirve de un niño que aparece con él y que es extraño a su familia, para ser llevado a todas partes. Esta situación de atraso y de vergüenza debe terminar por el aislamiento de estos enfermos en asilos adecuados. (Reproducción prohibida)

También les corresponde la atención de los familiares de los enfermos. Hemos visto que esta enfermedad ataca con predilección a los hogares modestos. El aislamiento del enfermo priva



Fotografía No. 68. (Reproducción prohibida).

habitualmente del sustento a sus familiares. Los patronatos anti-leprosos deben ocuparse de socorrer a los familiares de los enfermos permitiéndoles así a éstos, su aislamiento. Es una misión muy noble y muy humanitaria satisfacer las necesidades premiosas de los enfermos y de sus familiares.

Es indispensable también la ayuda moral y material de los enfermos internados en asilos o asilados en sus propios domicilios. Uno de los mayores problemas para estas ligas, es ayudar al hombre o a la mujer una vez dado de alta. Salen de los asilos y muchos de ellos tienen necesidad de volver a trabajar, de ocuparse en algo remunerativo, pero muchas veces a pesar de seguir los más estrictos cuidados de profilaxis e higiene, encuentran una resistencia enorme para abrirse camino en la vida.

El patronato pro-leproso debe ocuparse de hijos sanos de enfermos de lepra en edad escolar consiguiéndoles internados económicos, separándolos de la fuente de contagio.

Es muy útil buscarles un entretenimiento físico para los enfermos y estas sociedades pueden proporcionarles, libros, aparatos de deportes, aparatos de radio, etc. etc.

Damos por terminadas estas palabras sobre profilaxis de la lepra. Aquí tienen Vds. en este folleto, el plan de profilaxis aconsejado para la provincia de Córdoba.

## TRATAMIENTO DE LA LEPROA

OCTAVA CONFERENCIA. POR EL Dr. RAFAEL GARZON.  
HOSPITAL SAN ROQUE, 7 DE JULIO DE 14 a 15 HORAS.

(Versión taquigráfica)

La lepra tiende a curarse por sí misma, pero habitualmente cuando esto se consigue en forma espontánea es cuando el enfermo ha llegado a extrema caquexia. Sin embargo, raras veces pueden observarse algunos casos en los que el paciente con una manifestación única observado mucho tiempo después, presenta una secuela de la misma, denunciada por una atrofia cicatricial o una verdadera cicatriz. El proceso queda así limitado a la primera lesión que se observó, considerándose como casos estacionados tempranamente y en los que no se observa modificaciones ulteriores. Cochrane, insiste en considerar estas formas detenidas por años enteros como prácticamente curadas y si bien no es posible aceptar que se encuentren casos semejantes en niños o adolescentes, los casos observados en personas adultas entrarían, según él, en la categoría de los enfermos, que no necesitan, forzosamente, tratamiento activo. Las formas avanzadas de la lepra, formas mixtas, de tipo neural secundario, no necesitan tratamiento específico por el aceite de chaulmoogra y sus derivados y sí, solamente, tratamientos sintomáticos, dietéticos-higiénicos, etc.

En la conferencia de Manila en el año 1931 se determinó que "caso activo", era aquel en el que observaba signos clínicos o microscópicos de alteraciones progresivas o regresivas de las lesiones con o sin trastornos constitucionales. Estos signos comprende: a) hallazgos bacteriológicos positivos por los métodos habituales, en la piel o mucosas; b) presencia de lesiones elevadas o eritematosas; c) aumento o disminución del tamaño o número de las lesiones; d) hiperestesia de los nervios con o sin espesamiento.

En las jornadas dermatológicas argentinas (16 a 22 de Agosto 1932) el profesor de Clínica Dermatosifilográfica, de la Facul-

tad de Ciencias Médicas de Rosario, Dr. Enrique P. Fianza presentó un interesante estudio sobre el "Estado actual del tratamiento de la lepra". En él estudia detenidamente, los tratamientos efectuados por colegas de dentro y fuera del país que se dedican a la atención de enfermos de la lepra. No es partidario de un método standard, considerando absolutamente indispensable el estudio de cada uno de los casos clínicos, determinando con precisión, la forma, el tiempo de evolución, y el estado orgánico general de los enfermos.

Es particularmente importante este estudio detenido del enfermo, antes de iniciar el tratamiento, pues se observa corrientemente la coincidencia de afecciones que modifican la marcha evolutiva espontánea de la enfermedad y que exigen un tratamiento previo para obtener los mejores resultados. Muy comúnmente se observa la asociación de sífilis y lepra; estos enfermos deben ser sometidos ante un tratamiento ante-sifilítico adecuado, antes de iniciar el tratamiento por el aceite de Chaumoogra. Se obtienen así los mejores beneficios y muchos de aquellos enfermos que no modificaban ostensiblemente por tratamiento bien llevados para su lepra, han obtenido sensibles mejorías después de mejorar su sífilis. Lo que decimos de la sífilis es también aplicable para el paludismo, la anquilostomiasis en las regiones donde existen, y afecciones intercurrentes que habitualmente influyen desfavorablemente en la evolución de la enfermedad.

De la encuesta realizada por el Dr. Fianza para hacer su relato anteriormente mencionado se deduce que todos los médicos que se dedican al tratamiento de esta enfermedad, utilizan como medicamento de elección el aceite de Chaumoogra y sus derivados.

El aceite de Chaumoogra se utiliza por todas las vías conocidas. Por vía bucal se lo dá en gotas procurando el máximo de tolerancia. Iniciando por dos o más gotas se aumenta progresivamente hasta hacer tolerar doscientas a trescientas gotas por día, tomarla con cualquier alimento y a cualquier hora del día; habitualmente se utilizan las bebidas calientes o alcohólicas, té, chocolate, leche caliente azucarada, o bebidas alcohólicas de cualquier clase. Es un medicamento de olor nauseabundo que generalmente no se tolera sino por corto tiempo y determina muy frecuentemente pirosis, náuseas, ardores de estómago, gastralgias, trastornos dispép-

ticos indeterminados y muchas veces diarreas, que obligan a suspender temporariamente el medicamento. También se lo utiliza en forma de cápsulas queratinizadas que no disminuyen sus intolerancias.

El aceite de Chaumoogra se lo utiliza también en forma de enemas. Una manera de prepararlas, es la siguiente: 20 o 30 gramos de aceite de chaumoogra se mezclan con una yema de huevo y 100 o 150 gramos de agua o de leche; esta emulsión constituye una enema, en la que la cantidad de aceite puede aumentarse procurando determinar el máximo de tolerancia del enfermo. Después de una enema evacuante, se introduce en el recto, una zonda Nelatón, unos 10 o 12 cms. y con una pera de goma se inyecta la enema anteriormente preparada. El enfermo debe retenerlo toda la noche. Al día siguiente en la evacuación se fijará si hay gotas de grasa, lo que indicará que no ha sido absorbido totalmente, o bien lo contrario, permitiendo entonces aumentar la cantidad de aceite de chaumoogra. Este tratamiento es muy útil para utilizarlo en medios donde no es posible practicar las inyecciones, o bien como un tratamiento coadyuvante de las mismas. La vía cutánea ha sido abandonada por absolutamente ineficaz; sin embargo después del baño caliente utilizado por el enfermo puede hacerse una aplicación externa de aceite de chaumoogra puro o asociado a otras grasas. Algunos enfermos han encontrado con esta aplicación, alguna mejoría. Otra forma de utilizar el aceite de chaumoogra por vía bucal es el del jabón cálcico, existiendo algunas preparaciones comerciales que son mejor toleradas que el aceite puro.

El aceite de chaumoogra se obtiene de plantas de una variedad especial y derivadas todas de las familias de las flacultiacias o bixacias, obteniéndose distintas variedades de aceite siendo las más importantes las extraídas del Taractógenes, Kursi-King. Otras variedades importantes corresponden a los *Hydnocarpus witiana* Blume. La variedad de aceite obtenida de las *Ginocardia*, *Odorata* Brown, que tiene la mayor cantidad de aceite de Chaumoogra, no tiene ningún valor en el tratamiento de la lepra.

En el Brasil se han estudiado también algunas plantas de donde se extrae aceite de chaumoogra que por los ensayos realizados parecen ser útiles en el tratamiento de la lepra.

Con el aceite de chaumoogra se preparan varias clases de medicamentos que se utilizan en la lucha contra esta enfermedad: el hydnocarpato de sodio y los derivados del carpotroche brasiliensis, b) los éteres yodados y creosotados, c) los éteres etílicos y éteres sódicos del aceite de chaumoogra, d) el alepol (variedad especial del hydnocarpato de sodio de los ácidos grasos de bajo punto de fusión, e) el aceite simple asociado con creosota. f) el aceite de chaumoogra asociado a los yoduros, g) y las asociaciones comunes con aceites de oliva, aceite alcanforado, etc., o bien con el eucaliptol, gomenol, alcanfor, etc.

El profesor Aberastury utilizaba entre otras, las siguientes fórmulas: aceite de chaumoogra 80, eucaliptol y gomenol a.a. 10 o bien aceite de chaumoogra 4 eucaliptol, gomenol o alcanfor 1. Estas inyecciones se pueden hacer por vía intramuscular o subcutánea 2 o 3 veces por semana. Actualmente se usa con mucha frecuencia la fórmula de Mercado Heiser: aceite de chaumoogra 60, aceite alcanforado al 5 %, 60, resorcina 1. El profesor Baliña ha modificado la fórmula de Mercado Heiser así: Aceite de chaumoogra 7 cm<sup>3</sup>., aceite alcanforado al 5 %, 3 cm<sup>3</sup>., resorcina 0.10 a 0.20 cgms. esterilizado. En general estos preparados inyectables por vía intramuscular o subcutánea se utilizan en dosis progresivas empezando por dos o tres cms<sup>3</sup>. y llegando a la dosis óptima de 5 o 10 cms<sup>3</sup>. por inyección dos veces por semana.

En el Dispensario Dermatológico que atiendo, utilizo con frecuencia la fórmula de Mercado Heiser y los éteres etílicos de aceite de chaumoogra y buscando el máximun de tolerancia; utilizo en muchos enfermos la dosis de 10 cms<sup>3</sup>. de cualquiera de estos preparados dos veces por semana. Series de 30 inyecciones con un mes dedescanso. La tolerancia es tan perfecta, que muy comúnmente el tratamiento se continúa sin interrupción durante cuatro o cinco y más meses, obteniéndose con ello el máximun de beneficio.

Cochrane hace notar que en las formas nerviosas incipientes, pueden utilizarse con ventajas inyecciones subcutáneas o intramusculares de una solución de alepol al 4 % o éteres etílicos de aceite de chaumoogra; inicia con una dosis de 2 cm<sup>3</sup>. ascendiéndola cada semana hasta llegar a 12 cms<sup>3</sup>. La tendencia actual es de aumentar la dosis al máximun de tolerancia del enfermo.

Otra forma de administrar el aceite es la vía endovenosa, utilizando los éteres sódicos y el alepol. Esta vía de administración es poco usada por las sensaciones de malestar y angustia que provoca en dosis más o menos grandes y por los inconvenientes que Muir entre otros autores le han atribuido. Tratándose de un medicamento, que debe ser tolerado por el enfermo al máximo es conveniente combinar las vías de administración. Otra forma de utilizarlo es el de las inyecciones sub-cutáneas y más recientemente tiende a considerarse como el método de elección para administrarlo, a la vía intradérmica, utilizado principalmente en las formas lepra maculosa. Se utilizan los éteres etílicos, el alepol o la forma de Mercado Hesser y la técnica es la siguiente: Se limpia la piel previamente con títura de yodo y utilizando una geringa de cristal con una aguja fina provista de un resguardo a 3 milímetros de la punta, lo cual impide que penetre demasiado en los tejidos se inyecta una o más gotas del líquido y procurando hacer una infiltración completa de la piel afectada. Formar pequeñas flictenas coalescentes y utilizando 40 o 50 pinchazos en la placa pequeña se deposita el producto utilizado bien intradérmicamente. Al mismo tiempo puede inyectarse más cantidad de aceite de chaumoogra por vía sub-cutánea o bien en forma intramuscular. Este tratamiento ha dado excelente resultado porque deja un tiempo más o menos largo la medicación en contacto con las infiltraciones lepromatosas determinadas por el bacilo de Hansen.

Cochrane anteriormente citado ha comparado los éteres yodados con los creosotados, observando que estos últimos resultan mucho más dolorosos y que la mayoría de los enfermos no toleran las inyecciones por mucho tiempo, mientras que los preparados yodados pueden ser inyectados comparativamente con poco dolor.

El alepol es un medicamento que tiende a abrirse camino por ser muy barato y eficaz. Lo he utilizado en las formas intradérmicas, sub-cutáneas y endovenosas, tolerándose generalmente muy bien.

Sin embargo su acción por vía intradérmica es posiblemente menor que a la de los éteres etílicos utilizados en la misma forma.

Muir, investigador de la lepra en el Colegio de Medicina e Higiene Tropical de Calcuta, insiste en la necesidad de utilizar los yoduros en el tratamiento de la lepra considerándolo como uno de



los mejores tratamientos en la actualidad. Su administración exige el conocimiento perfecto del enfermo en el cual debe ser utilizado y saber que frecuentemente determina los fenómenos de yodo reacción de que nos hemos ocupado en otra oportunidad. Como lo hace notar Muir, el yoduro de potasio no se presta para un tratamiento completo. Es necesario comenzar por pequeñas dosis, y luego aumentarla gradualmente de acuerdo a la tolerancia del paciente.

“En todos los estados, el yoduro de potasio es un agente terapéutico muy útil, pero en casos que se haya formado una cantidad considerable de tejido, granulomatoso de lepra, la destrucción de éste por el yoduro de potasio induce aparentemente a un grado considerable de inmunidad y ambos factores (destrucción del tejido leproso e inmunidad) combinados son a experiencia nuestra (Muir) agentes terapéuticos más poderosos que ningún otro conocido en la actualidad”.

Muir fija las normas a seguirse en la administración del yoduro de potasio y establece que los signos de reacción son los siguientes: 1°.) “Tumefacción y eritema de las lesiones existentes.

2°.) Aparición de nódulos frescos, de color rosado, que casi siempre son dolorosos.

3°.) Fiebre, no siempre presente.

4°.) Aceleración marcada de sedimentación de sangre.

5°). Granulación aparente de bacilos leproso en las lesiones.

Si los nódulos de color rosado, aparecen y desaparecen otra vez en pocos días el médico puede acentuar el tratamiento con alguna seguridad, pues la desaparición es señal de inmunidad, y cuando esto se presenta, el tejido granulomatoso se abre y deja libre de bacilos la circulación general, lo que no causaría una mayor disseminación de la enfermedad activa, sino una cicatrización gradual de las lesiones”.

“Este tratamiento es eficaz para todos los estados y tipos de lepra”. Muir.

Por la administración del yoduro de potasio pueden producirse reacciones prolongadas y severas de manera que Muir insiste en la necesidad de controlarlas prolijamente. Ha observado además, que el tartrato antimónico potásico, dado en pequeñas dosis 0.02 gramos endovenosamente cada dos días, controlaría las reac-

ciones, y que la solución de adrenalina de 1 por mil administrada sub-cutáneamente o intramuscular atenúan de inmediato los dolores neurálgicos que comúnmente se acentúan por la yodo reacción. He utilizado el yoduro de potasio como un coadyuvante muy útil en el tratamiento de fondo de la lepra por el aceite de chamoogra.

El tratamiento local por exéresis quirúrgica de la presunta lesión inicial ha sido dejado de lado como tratamiento curativo; actualmente las extirpaciones de foco solo se hacen para disminuir las superficies infectantes.

La topoterapia es muy útil en las placas eritematosas o hipopigmentadas. Se utiliza el ácido tricloroacético, utilizado al quinto para regiones de la cara, y al tercio o al medio para el resto del cuerpo. Se hacen pincelaciones sobre la placa a tratar determinando una coloración blanquecina que poco a poco cambia de color, hasta hacerse casi negra. Se produce así una ligera escama costra que se elimina y como consecuencia de la acción de este medicamento se produce una reabsorción de los infiltrados que es muy útil. Con el mismo fin se utiliza los toques con nieve carbónica siguiendo el procedimiento de Paldrock, utilizando lápices de nieve carbónica y efectuando presiones de medio kilo durante doce a quince segundos. Se producen proesos de desintegración celular.

Es necesario tener cierta prudencia en la aplicación del ácido tricloroacético y de la nieve carbónica para no producir lesiones destructivas importantes que determinan cicatrices viejas.

En el trabajo ya citado de Cochrane "El moderno tratamiento de la lepra" aconseja en los casos de dolores nerviosos utilizar la efedrina en soluciones (de 3.2 cgms. en 28 cc. de agua) o adrenalina más una mezcla alcalina de bicarbonato de soda en inyecciones siguiendo el trayecto del nervio. Si el dolor es muy intenso aconseja diseccionar la vaina nerviosa. No debe administrarse morfina, ni opio a menos que sea inevitable.

Las reacciones leprosas consideradas como una complicación en la evolución de la lepra y como hemos dicho varias veces se denuncia por modificaciones de las lesiones preexistentes con infiltración de las mismas, aparición de nuevas erupciones especialmente los llamados nódulos rosados, oscilaciones de temperatura tanto por encima como por debajo de la normal, sensaciones de debilidad y

pérdida de peso, etc., y como hemos dicho también constituyen una modalidad frecuente de evolución en los enfermos de lepra, es necesario reconocerlas en su iniciación, pues exige la supresión total de la medicación instituída hasta ese momento. El tratamiento de la lepra reacción además de la supresión de la medicación específica exige regímenes dietéticos higiénicos adecuados, tonificación general y muchas veces es útil la administración del tratato de antimonio y potasio a la dosis de 2 cmgs. a 4 cms. cada dos días. Ultimamente se ha utilizado la administración por vía venosa de 3 cms<sup>3</sup>. de solución al 1 % de mercurocromo soluble 220, con aparente mejoría.

En los momentos de lepra reacción la reserva alcalina es más baja, que en los períodos estacionales, posiblemente sea la razón de la eficacia del bicarbonato de soda y de las inyecciones de hiposulfito de soda al 20 % que utilizo.

También se ha utilizado con ventajas en estos momentos la autohemoterapia y las inyecciones de cloruro de calcio por vía endovenosa. Muir hace notar la necesidad de compenetrarse de la ineficacia de los preparados vacunas u otras medicaciones que se consideran como muy útiles para combatir la lepra reacción. Pien- sa que son manifestaciones que desaparecen espontáneamente mejo- rando las resistencias orgánicas individuales del paciente y que el tiempo variable de duración de los fenómenos de lepra reaccionan- te, inducen a pensar en la eficacia real de las medicaciones utili- zadas para combatirlas.

En cuanto a la duración del tratamiento en los enfermos es muy variable por cuanto es posible que algunas lesiones iniciales desaparezcan por un año o dos de tratamiento pero no existiendo ningún indicio clínico seguro de curación y sin reacciones bioló- gicas que nos permitan el contralor de la marcha de la enfermedad estos tratamientos deben continuar durante varios años, si bien es posible disminuir la intensidad de los mismos.

Generalmente el enfermo de lepra necesita tratamiento mien- tras existan lesiones atribuibles directamente al bacilo de Hansen, aquellas manifestaciones de orden trófico no exigen la medicación por el aceite de chaumoogra, estos enfermos no se benefician en absoluto de esta medicación y sí más bien, de tratamientos distétri-

cos higiénicos, de los tratamientos quirúrgicos por extirpación de secuestros óseos, de la quinesiterapia etc.

En cuanto a las instrucciones que deben darse a los enfermos en tratamiento, vean Vds. estos volantes distribuidos por el Departamento Nacional de Higiene y que utilizamos también en el Dispensario a mi cargo. En ellos se estudia con detenimiento las condiciones exigibles para el tratamiento sanitario obligatorio a domicilio, al mismo tiempo, la alimentación adecuada y la necesidad de una vida higiénica activa. En efecto se ha podido comprobar que aquellos enfermos de lepra que hacen vida sedentaria inactiva son víctimas más frecuentemente de las deformaciones e inmovilizaciones de observación relativamente frecuente en los casos avanzados. (Ver apéndice).

Es muy útil por lo tanto aconsejar el trabajo rural, los deportes moderados, la gimnasia sueca, y una alimentación suficiente y poco compuesta, regularización del funcionamiento gástrico intestinal y en general una vida ordenada y rigurosamente metódica.

Las lesiones oculares en la lepra exigen tratamientos adecuados, al principio pueden reducirse a frecuentes lavados con soluciones alcalinas. También deben utilizarse gotas y pomadas con atropina o hioscina. No es raro que por fusiones purulentas sea necesaria la enucleación del globo ocular.

Otros tratamientos que se han utilizado para tratar la lepra y sobre todo cuando hay complicaciones oculares son las preparaciones de sales de oro. He utilizado el solganal B por vía intramuscular y últimamente el solganal oleoso al 2 % y al 20 %.

Cochrane limita las indicaciones de la crisoterapia primero: a la presencia de afecciones leprosas en los ojos y segundo: producción de fiebres leprosas por tratamientos habituales. Utiliza las siguientes dosis primera y segunda semana un egm. y tercera y cuarta 5 egms. quinta y sexta, 0.10 egms. Efectuando dos series con descanso de tres semanas.

Combinando estos tratamientos es posible mejorar notablemente los enfermos y muchos autores hablan ya de casos de curación de lepra. Esto debe aceptarse de una manera incuestionable para los casos incipientes, iniciales, o con discretas manifestaciones. Sin embargo, estadísticas prolijamente realizadas de enfermos

dados de alta, como negativos de leproserías de las Islas Filipinas, nos inducen a ser prudentes en la consideración de los mismos, pues se han observado casos de residivas en el sitio de lesiones pre-existentes cicatrizadas, después de cinco y más años, de latencia absoluta.

Como Vds. han podido comprobarlo es posible la atención de enfermos de lepra con manifestación discretas y poco contagiosas en los consultorios externos de servicios de piel, consultorios polivalentes donde al mismo tiempo que se atienden los enfermos de sífilis se hace profilaxis de las enfermedades contagiosas de la piel, parasitosis, tiñas, etc. Los enfermos de lepra son atendidos en estos dispensarios en días especiales. Pueden Vds. solicitar medicamento para iniciar el tratamiento en los enfermos que viven en las zonas de acción de los Dispensarios a sus cargos.

LABORATORIO: Dr. Ramón R. Miranda (Adscripto a la Cátedra de Dermatosifilográfica)

### INVESTIGACION DEL BACILO DE HANSEN EN LESIONES DE PIEL: MANCHAS Y LEPROMAS

La investigación del bacilo de Hansen en extendidos del material obtenido de las diversas lesiones que originan, se realiza practicando las coloraciones habituales con las soluciones acuosas y colores básicos de anilina, coloreándose también fácilmente por el método de Gram. Pero siendo un bacilo ácido resistente análogo al bacilo de Koch, se emplea como procedimiento de elección el método de Zielhl-Nielsen.

Para realizar una investigación de bacilo de Hansen en una mancha o nódulo de la piel basta con practicar una pequeña incisión con una lanceta raspando luego la herida y extrayendo así la serosidad que fluye con minúsculas partículas de tejido que se comprimen sobre el porta objeto; después de fijar a la llama se continúa en la siguiente forma: (Método de Zielhl-Nielsen).

1°. — Coloración con fuscina de Zielhl dejando actuar el colorante durante 2 ó 3 minutos sometido al calor de la llama hasta el desprendimiento de vapores sin llegar a la ebullición para evitar la precipitación del colorante.

2°. — Decolorar con la solución de ácido nítrico al tercio.

3°. — Lavar ligeramente con alcohol y con agua destilada.

4°. — Coloración de fondo con solución acuosa de azul de metileno.

5°. — Lavar con agua destilada, secar y examinar la preparación con lente de inmersión. Los bacilos se presentan teñidos en color rojo destacando sobre el fondo azul de la preparación.

El bacilo de Hansen presenta un aspecto morfológico semejante al bacilo de Koch, por lo cual es menester realizar su diferenciación por los caracteres especiales y forma de presentarse agru-

pados o bien por procedimientos especiales de coloración. El procedimiento de Jamamoto que consiste en fijar el frote a la llama b) se inmerge la solución de N. H<sup>2</sup>. Ag. al 10 % a 55°-60° durante 10: luego se introduce en un baño reductor formado como sigue:

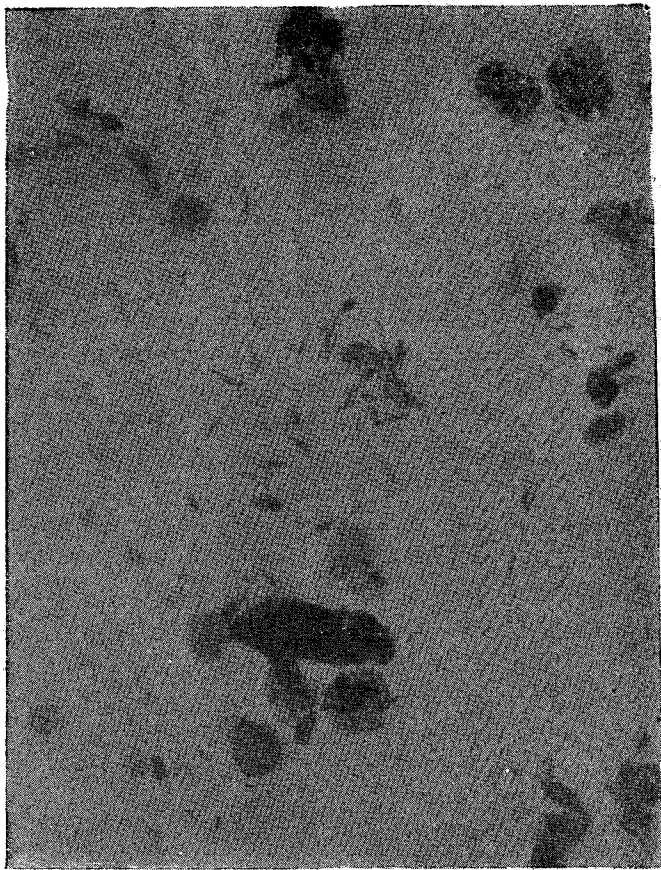
Tanino	1 gr.
Acido pirogálico	2 „
A. destilada	100 „

los bacilos de Koch son coloreados en negro, los bacilos de Hansen quedan incoloros y pueden ser coloreados por el método de Zielhl. En cuanto la forma de presentarse el bacilo de Hansen vean Vds. esta preparación, y observen la disposición característica. (Ver Fot. N° 69).

En caso de lesiones sospechosas que puedan confundirse con la tuberculosis y en la que haya dificultades para la diferenciación de los bacilos por los medios indicados, se practica la inoculación del material después de su solución en suero fisiológico, al cobayo con lo cual se demuestra la falta de acción del bacilo de Hansen y la positividad del de Koch.

El siguiente paralelo compuesto en parte con los cuadros de Bessón y Lehmann y Neumann del libro "La Lepra en España" (de Buen y Sampelayo) nos será muy útil para el diagnóstico diferencial del bacilo de Hansen y el de Koch:

LEPRA	TUBERCULOSIS
Se presenta en gran número en las lesiones y excretas.	Siempre menos abundantes.
Se dispone en masas comparables a los paquetes de cigarrillos o globies.	Cuando se agrupa, lo hace irregularmente.
En general, forma de bastones derechos y rechonchos.	Más finos e incurvados.
Los granos son groseros y espaciados.	Finos y próximos.
Colorables por soluciones acuosas de colores básicos de anilina.	No coloreable sin mordiente previo.
Más ácido y alcohol resistente.	Menos ácido y alcohol resistente.
Coloreable por el método de Baumgarten.	No se colorea por el método.



Fotografía No. 69.

Microfotografía de preparación de bacilos de Hansen en el mucus nasal (Laboratorio Central del Hosp. Clínicas). (Reproducción prohibida)

Las células leprosas contienen gran número de gérmenes.

Prácticamente incultivables.

Prácticamente no patógeno para los animales.

Presencia de células leprosas vacuoladas.

Las células tuberculosas contienen muy pocos gérmenes.

De cultivo relativamente sencillo.

Muy patógeno especialmente para el cobayo.

Células espiteloides y gigantes constituyen el tubérculo.



En la micro-fotografía obtenida de un extendido realizado de un leproma del codo, en un enfermo presentado en el curso por el Dr. Garzón, se puede observar la abundante cantidad de bacilos que en estado libre y en el interior de las células se encuentran en la preparación coloreada por el procedimiento de Ziehl.

Esta abundancia en el número de gérmenes y disposición especial no es observada en el extendidos donde existen bacilos de Koch.

El bacilo de Hansen se presenta como finos bastones a puntas romas de tamaño siempre uniforme con una longitud de cinco a seis micras por 0.5 micras de espesor. Agrupándose en forma de empalizadas, a diferencia del bacilo de Koch que se dispone en forma irregular; la gran cantidad de bacilos forman agrupados, verdaderas mallas en el interior de las células y libres, acúmulos que han sido designados con el nombre de "globiés" o "globos". Además de los bacilos teñidos a rojo, se ven grandes células de tipo monocuclear que contienen bacilos en su interior.

Como decíamos, para la diferenciación del bacilo de Koch, se emplean también en la práctica del laboratorio, para los extendidos, así como para las preparaciones anátomo-histológicas, el procedimiento de BAUMGARTEN, que se realiza en la siguiente forma: 1°.) Se colorea durante cinco minutos en frío, con violeta anilina; 2°.) Se somete el preparado a la acción descolorante de la siguiente solución:

Acido nítrico	1 c. c.
Alcohol absoluto	10 c. c.

3°.) Lavar con agua destilada.

El bacilo de Hansen queda teñido en violeta, el bacilo de Koch se decolora.

LABORATORIO Dr. JUAN A. TEY. — CONSULTORIO DERMATOLÓGICO. — 5 DE JULIO DE 9 ½ A 10 HORAS. —  
INVESTIGACION DEL BACILO DE HANSEN Y ALBUMINO-PRERECIPITACION EN EL MUCUS NASAL. — PUNCION GANLIONAR

Muy precozmente el bacilo de Hansen ataca la mucosa nasal, y las investigaciones por exámen directo o bien después de la administración del Yoduro de K. para determinar la yodo reacción, da resultados positivos casi constantemente en los casos avanzados de lepra mixta. Cuando estas investigaciones son negativas Jean-selme aconseja la biopsia de la mucosa nasal a nivel de la base del tabique. Las investigaciones prolijamente realizadas por este procedimiento, aumentan los resultados positivos del simple al doble sobre todo en los casos con manifestaciones discretas y lepra nerviosa pura.

Obtenido el material se extiende sobre un porta objeto, se lo fija a la llama y se colorea con el método de Ziehl Nielsen. Los bacilos de Hansen se observan en abundante cantidad y dispuestos en paquetes de cigarrillos o bien en forma de mallas o globos que son muy características.

La reacción de albúmino-precipitación del mucus nasal, es muy comunmente utilizada para confirmar la sospecha diagnóstica, para algunos autores de esta investigación es tan exacta, que los resultados negativos son un argumento más en contra del diagnóstico de lepra.

La presencia de albúmina en el mucus nasal, en estos enfermos, se hace más fácilmente administrando previamente el Yoduro de K. para favorecer la secreción.

Se procede en la siguiente forma: 1°.) Se hace recolectar al enfermo el mucus, en un frasco boca ancha. 2°.) La cantidad obtenida es mezclada con parte igual de suero fisiológico que se agita suavemente con una varilla de vidrio. 3°.) Se coagula la mucina con ácido acético agregando una gota por cada centímetro cúbico.

bico de mucus aproximadamente, se agita y luego se filtra con papel. 4°) En el líquido filtrado se investiga la albúmina por medio del calor. La albúmina coagulada por ebullición, da un precipitado o enturbamiento según la cantidad. Es indiferente investigarla por otro procedimiento (ferro-cianuro de potasio, ácido tricloro acético, reactivo de Tanret, etc.) La reacción debe ser practicada inmediatamente de obtenido el material, sobre todo en épocas de calor, pues la alteración de los gérmenes que pululan, pueden falsear los resultados.

*Punción Ganglionar:* El bacilo de la lepra se encuentra frecuentemente en el jugo ganglionar; de allí que su investigación en ellos tenga una gran importancia para un diagnóstico precoz.

Con una jeringa bien calibrada y provista de una aguja gruesa y de visel corto se punciona el ganglio, una vez sujetado con los dedos índice y pulgar de la otra mano. Como la cantidad de material a extraer es muy pequeña, es conveniente aspirar perviamente con la jeringa un medio centímetro cúbico de agua hervida o suero fisiológico y luego inyectarla en el ganglio en distintas direcciones y aspirarlo nuevamente, se ve subir por capilaridad o por aspiración, una secreción filante sero hemorrágica. Se extrae la aguja y con el resto del líquido contenido en la jeringa, se expulsa el contenido de la aguja, proyectándolo sobre una lámina de vidrio; hecho el extendido, se puede colorear utilizando el siguiente método: 1°.) Colorear con fuchshina fenicada en frío durante diez minutos; 2°.) Lavar con agua y decolorar con ácido sulfúrico en alcohol al 10 % durante medio minuto; 3°.) Lavar y colorear con azul de metileno; 4°.) Lavar, secar y observar con inmersión.

Se puede emplear también el método de Ziehl Nielsen utilizado para la investigación del bacilo de Koch decolorando únicamente con ácido nítrico al tercio.

Si Vds. no hacen la investigación directamente el líquido obtenido por la punción del ganglio, se deposita en un tubo de ensayo esterilizado, que se tapa prolijamente o bien se pueden hacer extendidos sobre porta-objetos que se secan a la llama y se remite el material en esta forma al laboratorio.

SERO DIAGNOSTICO DE LA LEPRO. — DR. JUAN A. TEY.  
6 DE JULIO DE 9 ½ A 10 ½ HORAS

**Consultorio Dermatológico**

Las reacciones serológicas que se han estudiado para el diagnóstico de la lepra son: la de aglutinación y la de fijación de complemento.

**Reacción de aglutinación:** El suero de los leprosos tiene la propiedad de aglutinar el bacilo de Hansen. El antígeno se obtiene diluyendo en suero fisiológico al 8 % el centro caseoso de lepromas reblandecidos.

La poca estabilidad de este antígeno y la dificultad de obtener material en suficiente cantidad para prepararlo, han sido sin duda, las causas por las cuales esta reacción no ha sido mayormente estudiada. Si los ensayos de cultivo del bacilo de Hansen, que actualmente se efectúan con buenos resultados, permiten la obtención del germen, la reacción de aglutinación podrá ser estudiada en una forma más amplia.

**Reacción de fijación:** Es la más estudiada y se han publicado numerosas estadísticas de su resultado. Las de los autores favorables al método dan hasta un 86 % de reacciones positivas en leprosos y consideran la reacción de fijación como susceptible de revelar las formas atípicas de la enfermedad cuando la clínica es insuficiente para establecer un diagnóstico preciso.

Hay también quienes discuten la especificidad y el valor de la reacción y no la consideran como específica de la lepra.

Las primeras investigaciones fueron hechas por Gaucher y Abrami quienes tomaron como antígeno el extracto en solución clorurada, de lepromas. En un caso de lepra Trofoneurótica, encontró Joltrain que la reacción era francamente positiva y según este autor, es en las formas tuberculosas donde ha obtenido resultados más constantemente positivos. Con sueros normales y en sujetos sifilíticos, la reacción se mostró negativa.

Aherberg, Almkvist y Jundell han encontrado 18 reacciones negativas en 26 casos en una oportunidad; y en otra 14 negativas sobre 28 leprosos y no consideran a la reacción como específica de la lepra.

Oluf, Thomsen y S. Bjarnhjedinson la encontraron negativa en 18 leprosos anestésicos y una vez positiva en tres de forma tuberculosa.

Para efectuar la reacción se toma como antígeno un extracto de lepromas desecado que se trituran con solución fisiológica y se dejan en contacto durante 24 horas en la nevera y luego se filtra. Este extracto se conserva mal por lo cual la mayoría de los autores emplean un extracto étero-alcohólico que se prepara macerando lepromas desecados durante 4 a 5 días en alcohol-éter. Se establece luego su actividad para diluirlo convenientemente con solución fisiológica, de acuerdo al título obtenido, al efectuar la reacción. Este extracto se conserva durante mucho tiempo en tubos cerrados a la lámpara.

Se ha estudiado el comportamiento de la reacción de Wassermann en la lepra y todos los autores han encontrado que esta reacción da con mucha frecuencia, resultados positivos y se han publicado estadísticas en las cuales el 90 % de los leprosos dan reacción de Wassermann positiva. La reacción de Sachs y Georgi tiene un comportamiento semejante.

El médico práctico debe tener presente estos hechos y recordar que una reacción de Wassermann positiva no puede invalidar un diagnóstico de lepra y que en presencia de un caso tal, se deben agotar todos los medios de diagnóstico para despistar la lepra, antes de considerar al enfermo como luético.

En un trabajo muy documentado del Dr. José J. Puente "Le serología en la lepra" establece que "No hay ninguna reacción específica de la lepra, ni las reacciones con antígenos muy ricos en bacilos, ni los pretendidos cultivos de *Micobacterium leprae*, han dado resultados aceptables. Ciertos procedimientos especiales que se han considerado como capaces de indicar una posible especificidad — tal como la reacción de Rubino que es una reacción de fijación de complemento, tipo Bordet Gengou con glóbulos formolados — no han hecho sus pruebas definitivas".

Puente aconseja la técnica de Kolmer que de acuerdo a las estadísticas, es el procedimiento mejor para la reacción de Wassermann por las seguridades que da en el diagnóstico de la infección luética.

Puente termina su trabajo con las siguientes conclusiones: 1°.) Se ve el aumento progresivo del porcentaje de resultados positivos en cualquiera de las tres reacciones estudiadas (Kahn, Wassermann y Besredka) a medida que el proceso de la lepra se hace más grave. 2°.) En los casos iniciales de lepra, hay un cierto paralelismo de la Wassermann con los antecedentes de una infección luética. La Kahn muestra una reacción más precisa. En numerosos casos el tratamiento por el Neo Salvarsán y Bismuto, negativizó la reacción de Wassermann en tres cuartas partes de los casos. 3°.) La investigación de la sífilis en la lepra es muy difícil por falta de antecedentes y de manifestaciones objetivas que la denuncien. 4°.) En las formas más graves la lepra puede dar reacciones positivas en un alto porcentaje sin antecedentes ni datos de infección luética; no se modifican por el tratamiento específico en un gran número de casos. 5°.) En las formas iniciales la Besredka puede negativizarse con el tratamiento a base del Aceite de Chaulmoogra. 6°.) Los enfermos que tienen reacciones negativas o la negativizan son aquellos estacionados o que presentan una evidente desaparición de sus lesiones, constituyen un elemento de pronóstico útil.

Los doctores Fernández y Schuzmann y Raúl Campos, han estudiado 106 casos de lepra con las reacciones de Wassermann y Kahn llegando a las siguientes conclusiones: la reacción de Wassermann y Kahn mayor índice de positividad en las formas avanzadas de lepra. 2°.) El factor sífilis juega un rol importante y debe ser estudiado cuidadosamente en los casos positivos. 3°.) El tratamiento anti-leproso no modifica las reacciones positivas.

Nosotros no tenemos experiencia sobre los resultados de las reacciones de Kahn en los enfermos de lepra, pero la ausencia de reacciones falsas positivas inducen a pensar la importancia de esta reacción para el diagnóstico diferencial en los casos de sífilis y lepra.

En el cuadro adjunto Joltrain ha hecho conocer los resultados obtenidos en sueros examinados por él y en los cuales ha practicado conjuntamente las reacciones de Wassermann y la de fijación de complemento para la lepra.

Nombre — Diagnóst. clínico y accid. ocurridos	R. Wasserm.	R. Leprosa
X Estancia en el Congo — Placas eritematosas sin anestesia	Positiva	Positiva
S Lepra trofoneurótica	"	"
H Isla de Creta — Lepra tuberculosa y ulcerosa	"	"
B Antillas — Lepra anestésica	"	"
D Brasil — Lepra anestésica	"	"
L Australia — Lepra huberculosa	"	"
A Enfermedad de Morvan (Breñaña)	"	"
M Cantal — Lepra autóctona	"	"
D Indias — Lepras tuberculosas	"	"
J. 1 Lepra nerviosa — Neuritis hipertrófica, M. eritema	"	"
J. 2 Lepra máculo tuberculosa (Exám. practicado 15 días después de terminado el brote)	"	"
J. 3 Lepra máculo tuberculosa (b. en evolución)	"	"
J. 4 Lepra mixta — Placas eritematosas — Mano en garra, males perforantes — Estado crónico, sin b. actual	Negativa	Débil
J. 5 Lepra mixta, tubérculos, neuritis y amiotrofias iritis	Positiva	Positiva
J. 6 Alteraciones tróficas y anestesia	Negativa	"
J. 7 Lepra mutilante — Reabsorción y eliminación de falanges	"	"
J. 8 Lepra máculo pigmentaria — Anestesia sirin-gomiélica — Sin retención general	"	"
J. 9 Máculas eritematosas y pigmentarias — Lepra?	"	Negativa
K Lepra tuberculosa — Arabia, perturbaciones tróficas	Positiva	Positiva
Luc Lepra maculosa, sin alteraciones nerviosas, Indias	Débil	Negativa
Isn Brasil — Lepra máculo pigmentaria anestesia	Positiva	Positiva
Hu Uruguay — Lepra? Placas eritematosas — Anestesia	Débil	Débil

LABORATORIO: Estudio anátomo patológico de la lepra.

**Dr. Ramón R. Miranda — Consultorio Dermatológico — 7 de Julio de 9 ½ a 10 horas.**

El estudio de las formas clínicas de la lepra sistematizada tegumentaria, ofrece a nuestra consideración tres variedades que se denuncian por modificaciones estructurales importantes.

Con Lewandowsky distinguiremos:

- 1°.) Granuloma leproso (leproma)
- 2°.) Forma maculosa (leprides)
- 3°.) Forma tuberculoide (Wade)

El examen anátomo histológico de las lesiones producidas por el bacilo de Hansen, constituye un medio de gran valor para la confirmación de un diagnóstico o para dilucidar una sospecha orientada hacia una lesión de dicha naturaleza.

Dos factores fundamentales valorizan dicho medio de investigación:

- 1°.) La presencia del bacilo de Hansen en los cortes de los tejidos biopsiados que se ponen de manifiesto por las coloraciones especiales constituyendo su presencia casi constante en las lesiones leprosas, el principal certificado de su naturaleza.
- 2°.) Las alteraciones histológicas que determinan en los tejidos, tienen características casi propias en algunas formas y absolutas e inconfundibles en otras.

Las investigaciones deben practicarse de acuerdo a la distinta forma que el caso presenta, debiendo realizarse la biopsia de una pequeña cuña del tejido proveniente de una mancha o placa sospechosa de la piel, la extracción de un nódulo de una afección indeterminada que recuerda la forma nodular de la lepra, la extirpación de un ganglio en un lugar de fácil acceso, o la biopsia de una pequeña porción del nervio cubital, arriba del canal epitrocleo olecraneano, cuando este nervio se encuentra afectado por un engrosamiento o cuando se presente un fenóme-



no de neuritis de dicho nervio u otro de fácil exploración periférica.

La investigación del bacilo de Hansen en sus puntos comunes de localización, mucosa nasal y lesiones de piel en especial, puede ser insistentemente negativas en aquellas formas de lepra cerrada siendo necesario entonces la biopsia para aclarar una sospecha diagnóstica; las modificaciones tisurales suelen ser lo suficientemente demostrativas para aclarar el diagnóstico.

Generalmente la biopsia puede ser realizada sin ocasionar ninguna molestia y sin tener la menor consecuencia para el paciente, de modo que puede practicarse corrientemente por un médico general, venciendo las resistencias posibles en el enfermo.

El bacilo de Hansen se encuentra en todas las formas de la enfermedad y en todas las lesiones que él determina en cantidad siempre abundante, principalmente en la forma nodular; se lo encuentra también en las formas maculosas, en los ganglios, en los nervios, en los folículos pilosos, produciendo infiltración perifolicular y produciendo la caída del pelo por falta de nutrición de los mismos; en la mucosa nasal y en todos los órganos internos cuando ellos están afectados, lo cual explica la presencia de los bacilos en las secreciones y excreciones de los mismos, habiéndose demostrado en la saliva, en las materias fecales, en el esperma y en la secreción láctea.

## FORMAS ANATOMO HISTOLOGICAS

1°.) Granuloma leproso. (Leproma). El granuloma leproso asienta especialmente en el dermis, donde el proceso de defensa que constituye el infiltrado, rodea los vasos y los nervios comprendiéndolos en una forma particular e intensa. Igual evolución sufren las glándulas sudoríparas y sebáceas que experimentan un proceso de atrofia por la compresión del infiltrado, determinando una inhibición de las glándulas o destrucción de las mismas. El leproma está constituido por un acúmulo de células epitelioides que ocupan el centro del granuloma; repartidas entre estas se encuentran las células gigantes tipo "Langhans" y fibroblastos. Dispuestas en el interior del leproma y algunas esparcidas por el resto del dermis, se encuentran las células que descubriera Virchow, carac-

terizadas como células grandes con un protoplasma vacuolizado por lo cual se les ha llamado célula en espumadera. Estas vacuolas son consideradas como una degeneración vacuolar o grasa del protoplasma celular, determinado por las toxinas microbianas (Fidanza). Estas células continen abundantes bacilos y han sido caracterizadas como células leprosas típicas. Su origen no ha sido aún bien determinado, pero parece que se trata de células provenientes del sistema retículo endotelial. Rodeando el infiltrado celular bosquejado, se disponen los linfocitos en abundante cantidad y algunos pocos elementos polinucleados y matzellen. El leproma se distribuye en el dermis propiamente dicho dejando una bandeleta superficial que se conserva durante mucho tiempo y que es apreciable a un corte sagital de una leproma. La zona papilar del dermis y la epidermis al principio, se encuentran más o menos conservadas, pero secundariamente sufren la consecuencia de la destrucción de los vasos y nervios, atrofiándose las papilas y experimentando la piel en el punto que cubren los lepromas, un proceso de atrofia. Como los folículos pilosos son comprendidos en el infiltrado, el pelo se desprende por mala nutrición del bulbo. La secreción sudoral y sebácea, quedan también suprimidas por compresión de los tejidos vecinos que determinan la atrofia de las glándulas, dando lugar a que la epidermis presente un aspecto seco, fácil de plegar y desprovista de pelos, piel arrugada, piel senil.

Como lo hace notar Fidanza y Silvio P. Laugero (Anatomía Patológica de la Lepra). Actualidades Médicas N° 22, muchas veces el centro de un leproma lo constituye un filete nervioso y proceso de peri-neuritis.

El leproma de la piel y lo mismo el leproma de las mucosas evolucionan hacia un proceso ulcerativo llegando a destruir la capa epitelial que recubre el granuloma, quedando entonces abierto al exterior, dando lugar a la salida de abundante cantidad de bacilos, los cuales se ponen de manifiesto en los atendidos del mucus nasal o en la excreción de las úlceras leprosas.

Recordaremos que se han descrito tres períodos en la evolución de los lepromas, una faz de reposo, una faz inflamatoria y otra de resolución, que corresponden a tres aspectos histológicos distintos como lo hace notar Fidanza en el trabajo anteriormente citado.

En la forma maculosa (leprides) se comprueba las alteraciones patológicas que experimenta el dermis por la afección leprosa. En primer lugar se constata la desaparición absoluta de las papilas (no siempre), secundaria a la destrucción de los vasos y nervios del dermis comprendidos en el infiltrado y a la reacción de defensa de las células del sistema retículo endotelial.

Las capas epidérmicas sufren también modificaciones importantes, asentando las capas inferiores, capa generatriz, directamente en plano liso, sobre el dermis subyacente, no existiendo elevación papilar. Las distintas capas sufren una variación apreciable caracterizadas en la forma siguiente: las células de la capa basal o generatriz que normalmente son cilíndricas o prismáticas y que tienen una dirección perpendicular a la superficie de la piel, se presentan en formas exagonales, casi análogas a las células del cuerpo mucoso de Malpighi, diferenciándose de éstas solamente por las características de su núcleo bien marcado y de franca reacción basófila. Las células de la capa de Malpighi, células espinosas, que normalmente son exagonales, se transforman apreciablemente tendiendo a adquirir las formas de células fusiformes del tipo de la capa granulosa, siendo esta transformación más manifiesta en las capas superiores, aplanándose en el sentido de la superficie, diferenciándose de la capa granulosa, solamente por la falta de granulaciones. Las células de la capa granulosa, no parecen experimentar variaciones de importancia, por lo que son células menos factibles de sufrir transformaciones pero se observa una disminución en el número de las hileras que normalmente constituyen la capa, que es de dos a tres reduciéndose a una o dos, a causa de que el proceso de queratinización es más acelerado que normalmente. Por el mismo mecanismo de dicha queratinización más activa se produce una disqueratosis que se manifiesta en la presencia de células córneas nucleadas (paraqueratosis).

3°.) **Forma Tuberculoide:** La variedad de lepra tuberculoide constituye la modalidad menos frecuente y ha sido particularmente estudiada por Wade, Yadassohn, Klingmuller, Levandowsky, Darier y otros; caracterizándose por su aspecto clínico y su estructura anátomo histológica que se confunden con las determinadas por el bacilo de Koch y especialmente con el lupus tuberculoso.

Los tubérculos radican especialmente en la piel, incrustándose en el dermis, pero existen a la vez lesiones en la epidermis y en las glándulas anexas aunque en menor grado que las alteraciones que acompaña a las lesiones nodulares en el granuloma leproso. El folículo está constituido por células epitelioides y células gigantes del tipo Langhans, con predominio de las primeras y fibroblastos en poca cantidad. La infiltración linfofocitaria que ocupa todo el dermis se dispone alrededor de estos elementos limitando un círculo de contornos no muy marcados e irregulares. Las células leprosas que caracterizan al leproma no se encuentran en esta variedad sino en forma excepcional. El bacilo de Hansen tampoco se encuentra en la cantidad común de observar en el leproma, faltando muchas veces o siendo muy escaso su número.

La evolución de los folículos leprosos tiene como característica que se caseifican con poca frecuencia, prolongándose por tiempo indefinido en su estado folicular.

La analogía que presentan estas formas tuberculoides con las formas tuberosas de la tuberculosis de la piel (lupus tuberculosos), originan a veces dificultades diagnósticas que solo pueden ser resueltas por la comprobación experimental, inoculando el material al cobayo cuya receptibilidad para el bacilo de Koch es absoluta, resultando negativa para el bacilo de Hansen.

**Lepra nerviosa:** La forma de granuloma de infección leprosa que adopta en la piel, es también una de las modalidades con que se afectan los nervios, calificándose dichas lesiones con el nombre de neuromas. Los lepromas se forman a lo largo de los nervios produciendo engrosamientos irregulares escalonados en todo su trayecto.

Las formas de neuritis simple descrita por "Virchow está constituida por una neuritis parenquimatosa y esclerosa, dando un nervio engrosado irregularmente de consistencia dura, con caracteres inflamatorio en su comienzo. La infección se realiza por vía sanguínea o linfática iniciándose la afección en el primero y tomando luego una invasión centripeta. Todo el cuerpo del nervio es invadido por el proceso inflamatorio que dislacera los axones nerviosos, encontrándose el tejido interfascicular lleno de elementos linfofocitarios, mastzellen, y algunos pocos polinucleares; los elementos polinucleares de tamaño mayor se encuentran con bacilos,

los que también se observan en forma libre, especialmente en las variedades mixtas avanzadas de la lepra. Las fibras nerviosas son así comprimidas y seccionadas transversalmente. El tejido interfascicular llega así a reemplazar al tejido noble del nervio ocupando toda su masa y produciendo la esclerosis del mismo.

“Las fibras nerviosas pueden conservar su cilindro-eje rodeado de su mielina y de su vaina por largo tiempo a pesar de la presencia de los bacilos lo que no traería ninguna alteración en la conducción del influjo nervioso; pero frecuentemente en las neuritis avanzadas hay una verdadera decapitación de los cilindros-ejes por el infiltrado que ya se ha hecho escleroso lo que trae como consecuencia la falta de conducción de las sensaciones táctiles con sus disestecias o bien la falta del influjo trófico que determinan las atrofas”. (Fidanza y Laugero).

**Lesiones ganglionares:** Han oído Vds. la frecuencia con que el bacilo de Hansen ataca los ganglios, a veces tan precozmente que sirve para hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad que nos ocupa.

Conocen la investigación del bacilo de Hansen por el método de la punción ganglionar que han visto realizar al Dr. Tey. Sólo hemos de ocuparnos brevemente de las modificaciones tisurales bien estudiadas, entre otros, por el Dr. Guillermo A. Basomzrio. (Estudio de las adenopatías en la lepra).

Vean Vds. estas microfotografías de su trabajo. La descripción del examen histológico de la observación N° 10 dice textualmente. “Con pequeño aumento, se vé la cápsula muy engrosada, enviando al interior del órgano gruesas prolongaciones que lo dividen en segmentos irregulares. Los folículos han desaparecido en su totalidad; sólo se ven restos de algunos. En los espacios que deja el conjuntivo y los restos de folículos ganglionares, aparece un tejido formado por células claras que dan al conjunto el aspecto de un órgano parenquimatoso con degeneración grasa. En un punto se ve una formación irregularmente oval, formada por tejido compacto y células gigantes de tipo Langhans. A mayor aumento, las partes claras aparecen formadas por la agrupación de células con protoplasma reiculado o vacuolar con núcleos periféricos| Estas células tienen a veces va-

rios núcleos. Son células leprosas análogas a las que se observan en lesiones de piel. La formación señalada a pequeño aumento como masa compacta, está constituida por células epiteloides y células gigantes que se agrupan alrededor de un centro donde existe un comienzo de necrosis, siendo esta última formación de carácter tuberculoso. Se observan escasos bacilos ácidosresistentes, en su mayoría granulosos”.

**Diagnóstico:** Ganglio con granuloma leproso y tuberculosis asociada.

No siempre las modificaciones histológicas son tan manifiestas, pero podemos decir con Basombrío, que existe para la lepra una adenopatía con los caracteres lo suficientemente propios para constituir un valioso síntoma de la enfermedad.

“De todo esto se deduce: que el examen histológico de los ganglios, si bien no es capaz en muchas oportunidades de establecer por sí solo el diagnóstico de lepra, puede, por la precocidad con que se hallan alterados, contribuir grandemente a establecer un diagnóstico cuyo valor e importancia está en relación directa con su precocidad.

No se duda que el examen histológico de los ganglios linfáticos, es de un valor muy superior al de la simple punción, ya que existe muchas veces alteraciones tisurales sin que el bacilo de Hansen pueda ponerse de manifiesto. Pero aquel método tiene sobre ésta las ventajas de su fácil y sencilla realización sin implicar una biopeia”. Basombrío.

**Coloraciones de los cortes:** El material extraído debe ser fijado y conservado de primera intención en las siguiente soluciones:

Alcohol absoluto o bien en la simple solución de formol al 10 %, que no ejerce ningún cambio en la constitución y contenido de los tejidos.

En estas condiciones se incrusta el material en cera y se realizan los cortes microscópicos someténdolos a las siguientes coloraciones:

Si se desea realizar el examen de las alteraciones experimentales por los tejidos, basta con someter los preparados a la acción de los colorantes comunes (hematoxilina-eosina) que se

emplean para las coloraciones anátomas histológicas en general; la técnica es la siguiente:

1°.) Desparafinar el corte; 2°.) coloración con hematoxilina "Delafiel" dejando actuar el colorante durante 3'; 3°.) decoloración con ácido clorhídrico disuélido al 1 %; 4°.) lavado con agua; 5°.) coloración con eosina (solución hidro-alcohólica) durante 4 ó 5'; 6°.) decoloración con alcohol, deshidratación, xilol y montaje en bálsamo.

Para investigar la presencia del bacilo de Hansen en los cortes, se practica la coloración con el método de Gram como también con las simples soluciones colorantes acuosas o alcohólicas, coloraciones que sirven para diferenciar a la vez al bacilo de Hansen del bacilo de Koch que difícilmente se tiñe con estos colorantes. Se emplea también como métodos especiales el procedimiento de Baumgarten y la coloración de Ziehl. El primer procedimiento consiste en los siguientes tiempos: 1°.) coloración durante 5 a 7' en una solución alcohólica diluída (5 gotas de solución alcohólica de fueshina concentrada en 5 cc. de agua). 2°.) decolorar durante un  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  en una mezcla de 10 cc. de alcohol y 1 c. c. de ácido nítrico; 3°.) lavar con agua; 4°.) coloración durante 10' en una solución acuosa de azul de metileno; 5°.) lavar con agua; 6°.) deshidratación en alcohol absoluto, xilol y bálsamo.

## APENDICE

Las fichas para el censo de enfermos, las de convivientes, así también como las instrucciones dadas a los enfermos en tratamiento son iguales a las utilizadas por el Departamento Nacional de Higiene y se incluyen a continuación.

También agregamos la Ley de Profilaxis y tratamiento de la Lepra Ley 11.359 llamada con justicia Ley Aberastury en homenaje al autor de la más sabia y más humana de las Leyes de Profilaxis y tratamiento de la Lepra.

---

### LEY 11.359

## PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA LEPRÁ

Buenos Aires, Septiembre 21 de 1926.

Por cuanto:

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de:

LEY:

### Denuncia obligatoria de los enfermos de lepra

Artículo 1°. — Desde la promulgación de la presente ley, declárase obligatoria la denuncia de los enfermos de lepra en el territorio de la República.

Art. 2°. — La denuncia tendrá carácter reservado y será dirigida a las autoridades sanitarias nacionales, y donde éstas no existan, a las autoridades sanitarias provinciales o municipa-



les de la localidad, en la forma determinada por la reglamentación de la presente ley.

Art. 3°. — La denuncia es obligatoria para el médico que asista, haya asistido o conozca al enfermo, o fuere llamado para reconocerlo.

Art. 4°. — Es igualmente obligatoria la denuncia para: los jefes y administradores inmediatos del personal ocupado en servicios públicos y privados de toda índole; directores y maestros de escuelas públicas y privadas; directores y médicos de hospitales y sanatorios públicos y privados; gerentes de hoteles y pensiones; comandantes o patronos de buques que entren en nuestros puertos y de los que hacen el tráfico de pasajeros y carga en los ríos.

### **Tratamiento sanitario obligatorio**

Art. 5°. — Queda autorizada la presencia de un médico particular en el momento de todo examen practicado por la autoridad sanitaria para efectuar el diagnóstico de la enfermedad, que puede ser declarado dudoso a los fines de comprobaciones ulteriores.

Art. 6°. — El Departamento Nacional de Higiene aplicará a los enfermos de lepra, según los casos, una u otra de las medidas sanitarias siguientes:

- a) Inspección preventiva de sospechosos;
- b) Asistencia sanitaria de enfermos actualmente no peligrosos;
- c) Aislamiento y tratamiento obligatorios a domicilio;
- d) Aislamiento y tratamiento obligatorios en asilos, o colonias destinadas a ese fin.

### **Inspección preventiva**

Art. 7°. — Serán sometidas a inspección sanitaria preventiva las personas sospechosas de estar contaminadas, por vivir o haber vivido en contacto prolongado con enfermos de lepra, o por tener síntomas sospechosos de esta enfermedad; la inspección se hará durante un plazo mínimo de cinco años.

Se llevará un registro especial en que se anotarán los datos necesarios para individualizar la persona sospechosa, consignándose en él la fecha y el resultado de los exámenes verificados sucesivamente. Esta inspección permitirá al cabo de cinco años certificar la indemnidad de la persona, dejándola libre de la inspección preventiva, o la conveniencia de continuar esta inspección, o la necesidad de someterla a otro de los regímenes sanitarios a que se refiere el artículo anterior.

### **Asistencia sanitaria**

Art. 8°. — El régimen de asistencia sanitaria de enfermos actualmente no peligrosos corresponderá a aquellos enfermos de lepra que hayan sido declarados no peligrosos actualmente, por no tener en el momento del examen lesiones capaces de originar contagio, ni bacilos leprosos en sus secreciones naso-buco-faríngeas; de este punto de vista se harán comprobaciones insistentes en los laboratorios de las oficinas sanitarias.

Los enfermos están obligados a tratarse por sus médicos particulares o por médicos de la administración sanitaria. Se someterán a los exámenes periódicos que la reglamentación determine, y cumplirán las indicaciones profilácticas especiales que serán hechas en formularios impresos. Comunicarán a la oficina sanitaria regional todo cambio de domicilio. Se presentarán a esa oficina en los plazos que les sean señalados para que se proceda a las comprobaciones clínicas y de laboratorio que harán mantener o cambiar su régimen sanitario. La falta de cumplimiento a sus obligaciones profilácticas o las alteraciones de salud que puedan convertirlos en peligrosos, hará que estos enfermos sean colocados en una de las dos categorías siguientes que establecen el aislamiento obligatorio.

### **Aislamiento y tratamiento obligatorio a domicilio**

Art. 9°. — El aislamiento y tratamiento obligatorio a domicilio se concederá a aquellos enfermos cuyo estado no comparte un peligro grave de contaminación y que puedan tratarse y aislarse

en su propio domicilio, cumpliendo las medidas profilácticas que les sean prescriptas. Estarán bajo la vigilancia directa de la autoridad sanitaria, que podrán cambiar este régimen por el de aislamiento y tratamiento obligatorios en establecimientos oficiales, cuando los pacientes no cumplan o no puedan cumplir sus obligaciones sanitarias o cuando se hayan hecho gravemente peligrosos. Evitará el contacto directo con personas de fuera de su casa. No podrán ejercer profesión o industria alguna que los ponga en contacto directo o indirecto con personas sanas y que pueda ser causa de contagio.

Practicarán dentro del domicilio y por su cuenta las medidas de desinfección y de profilaxis familiar que se les prescriba por la autoridad sanitaria, el médico inspector o visitador, en formularios especiales que serán entregados a los enfermos y a la familia.

#### **Aislamiento y tratamiento obligatorios en establecimientos oficiales**

Art. 10. — Bajo el régimen de aislamiento y tratamiento obligatorios en establecimientos oficiales serán cuidados los enfermos de lepra cuyo estado implique un peligro grave de contagio y que no tengan recursos suficientes para aislarse y tratarse, y aquellos que no cumplan o no puedan cumplir las medidas profilácticas ordenadas. En tanto que no haya asilos, sanatorios o colonias de leprosos especialmente organizados, la Administración Sanitaria Nacional habilitará provisoriamente los locales o servicios indispensables, para que inmediatamente se inicie la aplicación del tratamiento sanitario de los enfermos de esta clase. Se aceptarán las contribuciones directas o indirectas que ofrezcan para estos fines los gobiernos de provincia, los municipios, las asociaciones, empresas o personas particulares.

Art. 11. — Cuando se compruebe suficientemente que un enfermo aislado no es actualmente peligroso y puede costear su tratamiento a domicilio o bajo el régimen de la asistencia sanitaria, de acuerdo con las reglamentaciones vigentes, le será cambiado el régimen sanitario por uno de los otros que establece esta

ley. Cuando el enfermo sea declarado sano, se le someterá al régimen de la inspección preventiva durante el plazo mínimo de cinco años.

### **Registro general y regional**

Art. 12. — Se hará un registro general secreto y regional, permanente de todas las personas sometidas a tratamiento sanitario obligatorio, en cada una de las categorías que determina el artículo 6°. En fichas individuales se consignarán todos los datos relacionados con el estado actual de la persona, el domicilio, los cambios de residencia y de localidad, los antecedentes familiares y el régimen sanitario que se le ha prescrito. Se anotarán la fecha y el resultado de los exámenes médicos realizados, consignando las modificaciones favorables o desfavorables comprobadas por la observación clínica y de laboratorio.

Art. 13. — Se entregarán formularios impresos en que se consignen las medidas profilácticas generales y las especiales para cada caso, recordando que la ley faculta a las autoridades sanitarias para requerir de la policía local el auxilio necesario para el mejor cumplimiento de sus disposiciones, y establece penalidades para la represión de las faltas que se cometen contra ellas.

### **Colonias regionales**

Art. 14. — Serán alojados en colonias y tratados de preferencia todos los enfermos capaces aun de dedicarse a ciertas artes o industrias, o a trabajos agrícolas o ganaderos, y cuyo estado actual permita esperar su posible restitución integral a la vida común. Serán aislados también en ellas aquellos enfermos que quieran beneficiar mayormente de las ventajas de todo orden que les ofrecerán estos establecimientos, aunque pudieran acogerse al régimen del aislamiento a domicilio. Los leprosos en grave estado, y los que sean considerados inválidos o incurables serán tratados en pabellones ubicados convenientemente y aislados dentro de la misma colonia.

Art. 15. — Los enfermos con recursos suficientes, acogidos voutariamente a las ventajas que les ofrezcan las colonias, podrán construir en ellas sus propias viviendas, en parajes inmediatos al

núcleo principal de la población sanitaria, solos o en pequeños grupos familiares, creándose comodidades mayores de su propio peculio y con asistencia médica gratuita.

En esta forma de aislamiento será fomentada y favorecida por la administración sanitaria para los leprosos pudientes que se apartan espontáneamente de la sociedad. Los enfermos así aislados podrán dedicarse a las mismas pequeñas industrias o trabajos de los otros enfermos de la colonia, conjunta o seyaradamente, gozando de una vida libre dentro de las restricciones de orden indispensables.

### Cónyuges leprosos e hijos leprosos

Art. 16. — Los cónyuges leprosos y sus hijos leprosos serán alojados en forma que puedan continuar en los sanatorios o colonias su vida familiar. Todo hijo no leproso deberá ser aislado de sus padres leprosos cuando la enfermedad de éstos comporte amenaza de contagio. El aislamiento se cumplirá con la separación de la madre leprosa o del padre leproso o de ambos, que se sujetarán al régimen sanitario correspondiente.

Art. 17. — Queda prohibido el matrimonio entre leprosos y el de una persona sana con una leprosa.

Art. 18. — Los hijos recién nacidos de leprosos podrán ser colocados en cunas o asilos comunes bajo observación insistente y prolongada, siempre que el examen médico minucioso compruebe que están absolutamente libres de toda manifestación de enfermedad y que no son portadores de bacilos leprosos.

Art. 19. — Los niños hijos de leprosos sometidos a tratamiento sanitario podrán concurrir a escuelas o talleres comunes, siempre que la administración sanitaria compruebe que no tienen ningún síntoma sospechoso de la enfermedad y que no son portadores de gérmenes leprosos. Serán objeto de inspecciones médicas frecuentes, para lo cual se establecerá la obligación de que concurren a las oficinas sanitarias en fechas prefijadas para su examen, el cual podrá ser hecho periódicamente a domicilio por médicos inspectores o visitadores.

### Medidas disciplinarias

Art. 20. — El Departamento Nacional de Higiene y sus agentes calificados están autorizados a proceder al examen de toda persona sospechosa o enferma de lepra. Cuando no baste para la presentación del sospechoso o enfermo una invitación única o reiterada, a requerimiento de las autoridades sanitarias, cualquier agente municipal, provincial o nacional que tenga funciones de policía podrá detenerlo y conducirlo en el tiempo y al sitio indicados, a fin de proceder al examen médico.

Art. 21. — Cuando se fugue un asilado podrá detenerlo y llevarlo al sanatorio o colonia cualquier empleado o enfermero al servicio del establecimiento, cualquier agente de Policía u oficial de Justicia, o cualquier otra persona, a requerimiento de la autoridad sanitaria.

Art. 22. — En lo concerniente a personas que pertenecen al Ejército, a personas alojadas en establecimientos militares o a bordo de buques de guerra, la ejecución de las medidas profilácticas incumben directamente a las autoridades del Ejército de mar y tierra.

Art. 23. — Los jefes de Registro Civil en toda la República comunicarán al Departamento Nacional de Higiene todo caso de defunción por lepra, en un memorándum en que se dirá el nombre del muerto, su domicilio, su edad y el nombre del médico que suscribe el certificado de defunción. Las autoridades sanitarias comprobarán si se han tomado las medidas de profilaxis establecidas por esta ley.

Art. 24. — Toda empresa de transporte que haya transportado un leproso está obligada a proceder a la desinfección especial de acuerdo con los preceptos que dite el Departamento Nacional de Higiene.

Art. 25. — Queda prohibida la entrada al país de leprosos extranjeros. Cuando llegasen por vía marítima, los comandantes o patrones de los buques en que vengan los reconducirán a sus expensas a los puertos de que proceden, haciéndose pasibles de multas cuando las averiguaciones realizadas demuestren que han burlado la vigilancia sanitaria, siempre que se compruebe de modo inquestionable que ha importado su enfermedad. La denuncia de ca-

sos de esta clase es una obligación legal para todos los habitantes del país, y muy particularmente para los médicos que ejercen en todo el territorio de la República. El cumplimiento de estas disposiciones se ajustará a la reglamentación especial que debe ser formulada de acuerdo con las prácticas internacionales. Será también repatriado el extranjero procedente de un país donde la lepra sea endémica, y en quien se declare la lepra durante los cinco primeros años de su residencia en el país.

Art. 26. — Será repatriado todo leproso extranjero que haya procedido a sabiendas. Cuando los enfermos de lepra lleguen por vía terrestre, las autoridades policiales, a requerimiento de los médicos u oficinas sanitarias, impedirán su entrada de acuerdo con las disposiciones vigentes contra la importación de enfermedades epidémicas o infecto contagiosas.

Art. 27. — Se admitirá a todos los hijos del país que regresen exigiéndose únicamente la comprobación de la ciudadanía nativa argentina. Les será impuesto desde su llegada el régimen sanitario que corresponda.

#### Penalidades

Será castigado con multa de 100 a 1.000 pesos:

Art. 28. — Será castigado con multas de 50 a 500 pesos:

- a) El que dé asilo o alojamiento a un enfermo de lepra sin hacer la denuncia correspondiente a la autoridad sanitaria;
- b) El que omita hacer la declaración obligatoria ordenada por esta ley, o tarde más de 24 horas en hacer dicha declaración después de haber tenido conocimiento del caso, no siendo aplicable la multa si la declaración ha sido hecha por otra persona en aquel plazo;
- c) El que niegue al médico sanitario el acceso cerca del enfermo, o se oponga a las comprobaciones necesarias o dé a sabiendas falsos informes, o contravenga voluntariamente las órdenes impartidas por la administración sanitaria nacional o sus representantes.
- d) El que a sabiendas alquile una casa o habitación en que haya vivido o muerto un leproso, sin tener el certificado de haberse cumplido las medidas de desinfección.

ción obligatorias en todo caso de enfermedad infecto contagiosa.

- e) El que a sabiendas entregue o venda pública o privadamente muebles, ropas u objetos de cualquier clase usados por un leproso, antes de que se haya realizado la desinfección;
- f) Los que infrinjan lo dispuesto en el artículo 9°.; los reincidentes serán aislados en los establecimientos oficiales;
- g) El que a sabiendas haga uso o permita hacer uso de vehículos que hayan servido a un leproso, sin haberse realizado la desinfección ordenada;
- h) Las empresas de transporte que no cumplan con las obligaciones establecidas en el artículo 24;
- i) Los padres, tutores o encargados que a sabiendas envíen a las escuelas o talleres públicos o privados, niños afectados de lepra.

Art. 29. — Las autoridades determinadas en el artículo 2°. de la presente ley, serán las encargadas de la aplicación de estas penalidades, con recurso ante la Justicia Federal.

#### Censo de lepra

Art. 30. — Se levantará el censo de la lepra en registros regionales llevados por las autoridades sanitarias locales, y en un registro general a cargo del Departamento Nacional de Higiene. En las fichas de enfermos registrados serán hechas anotaciones expresando si los pacientes están o no en condiciones de proveer a su propia subsistencia y a sus cuidados sanitarios; si tienen lesiones que exigen un aislamiento riguroso, o si sus lesiones no comportan actualmente peligro inmediato de contagio.

Art. 31. — En las investigaciones relativas al censo se procederá con el mayor rigor científico y en forma tal que el examen médico no pueda ser considerado como una violencia o un agravio. La Administración Sanitaria Nacional organizará comisiones consultivas para los casos dudosos o los reclamos hechos con motivo de diagnósticos contradictorios, debiendo admitir en el momento del examen la presencia de médicos particulares designados por los pacientes, cuando éstos lo soliciten. En todo caso la reso-



lución final del Departamento Nacional de Higiene deberá fundarse en informaciones amplias y precisas.

Art. 32. — Los leprosos indigentes serán alojados lo más pronto posible en edificios provisoriamente habilitados por los gobiernos locales. Se les rodeará de las mejores condiciones higiénicas con buena alimentación y buena asistencia médica. Esos alojamientos y todos los gastos que comporte el cuidado de los enfermos correrán por cuenta del Gobierno de la Nación, que se apresurará a hacerse cargo de ellos de acuerdo con las indicaciones de esta ley.

Art. 33 (\*). — El P. Ejecutivo, previo dictamen del Departamento Nacional de Higiene, procederá a establecer una colonia para leprosos en el territorio nacional del Chaco y otro en el de Río Negro. Estas colonias se establecerán en tierras fiscales o en campo expropiado especialmente al efecto. En uno y otro caso las colonias se establecerán próximas a una vía férrea o fluvial, y a una distancia no menor de cincuenta kilómetros de pueblo o ciudad más próxima.

Estos establecimientos estarán bajo la dependencia técnica y administrativa del Departamento Nacional de Higiene y los gastos de su construcción e instalación serán cubiertos con la suma de un millón de pesos moneda nacional provenientes de la parte del impuesto a Perfumes y Específicos destinado a subsidios.

Art. 34. — Para ser admitidos en estos establecimientos, es condición suficiente el sufrir la enfermedad.

Art. 35. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino en Buenos Aires, a diez y siete días del mes de Septiembre de mil novecientos veintiseis.

**Elpidio González**

*Gustavo Figueroa.*

Registrada bajo el N°. 11.359.

Por tanto:

Téngase por Ley de la Nación, cúmplase, comuníquese, publíquese, dése al Registro Nacional y archívese.

**ALVEAR**

**José P. Tamborini.**

(\*) Modificado por el mismo artículo de la Ley 11410.

**CONSEJO PROVINCIAL DE HIGIENE**

Ley 11359 — Censo

N°.

Provincia o Territorio .....

Departamento .....

Ciudad o Pueblo .....

(Si no hay calles ni números, indicar señas de orientación)

Fecha .....

Apellido y Nombre (o iniciales) .....

Sexo ..... Edad ..... Estado .....

Nacionalidad .....

Profesión actual ..... Lugar de nacimiento .....

„ anterior .....

Fecha de aparición de las primeras lesiones .....

¿Dónde cree haber contagiado? .....

*Lugares donde ha residido desde entonces*

..... en ..... desde ..... a .....

..... ” ..... ” ..... ” .....

..... ” ..... ” ..... ” .....

..... ” ..... ” ..... ” .....

*Enfermos en la familia*

Padre ..... ¿Vive? ..... ¿Dónde? .....

Madre .....

Hermanos .....

Cónyuge .....

Hijos .....

Ascendientes, descendientes, colaterales y allegados .....

Otras observaciones .....

**Forma de Lepra** {  
 Maculosa .....  
 Nerviosa .....  
 Tubera .....  
 Mixta .....

Descripción breve de las lesiones .....

.....

.....

Investigaciones de bacilos .....

.....

¿Ha estado bajo observación médica? .....

¿Ha hecho tratamiento? ..... ¿Cuál? ..... ¿Cuánto? .....

Mejorado, empeorado, estacionario: .....

**Género de vida y habitación**

Posición económica {  
 Buena .....  
 Regular .....  
 Mala .....

Grado de instrucción de enfermo .....

¿Entrada mensual aproximada? .....

¿Trabajan otros en la familia? .....

¿Vive de la caridad? .....

Internado en establec. de beneficencia ..... ¿Cuál? .....

**Alimentación**

.....

**Habitación**

Casa de material, madera, rancho: .....

Pieza {  
 Ubicación .....  
 Limpieza .....

**Personas que viven en la misma casa** {  
 Niños .....  
 Adultos .....

**¿Cuántas personas en la misma pieza?** {  
 Niños .....  
 Adultos .....

¿El enfermo duerme solo? .....

¿Dónde come el enfermo? .....

¿Dónde lavan su ropa? .....

¿Tiene medios para desinfectar su ropa, utensilios, etc.? .....



O B S E R V A C I O N E S

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTA — Indicar en Observaciones las lesiones sospechosas cutáneas; los síntomas nerviosos, como parestesias, hormigueos, etc.; los engrosamientos nerviosos, especificando el nervio; los grupos ganglionares infartados.

TRATAMIENTO

19.....	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Enero																															
Febrero																															
Marzo																															
Abril																															
Mayo																															
Junio																															
Julio																															
Agosto																															
Setiemb.																															
Octubre																															
Noviemb.																															
Diciemb:																															

**Investigación de bacilos de Hansen**

**Análisis de orina**

„ „ **sangre**

**Reacción de albumino precipitación mucus nasal**

**Medicamentos usados**

.....

DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE HIGIENE

Ley 11.359

N° ..... Fecha .....

Provincia o Territorio .....

Departamento .....

Distrito, Ciudad o Pueblo .....

Domicilio o señas .....

Nombre .....

Sexo ..... Edad ..... Estado .....

Nacionalidad .....

Forma de la Enfermedad (1) {  
Tuberosa .....  
Nerviosa .....  
Mixta .....

Fecha aproximada de iniciación .....

¿Cree importada la enfermedad y de dónde? .....

¿O autóctona? .....

Observaciones (se agradecerá otros datos de familia, medio, posición, etc., etc.) .....

Firma del médico .....

Domicilio .....

(1). Borrar las designaciones que no correspondan.

## LEY 11.359

La lepra es una enfermedad contagiosa y de duración muy larga, pero tratada a tiempo es susceptible de curarse y observando ciertas medidas de higiene, se evita su propagación.

No es una enfermedad hereditaria; se propaga por contacto con los enfermos y se desarrolla principalmente en las personas que no observan cuidados de higiene, que se hallan mal nutridas y en un estado de decaimiento orgánico por la existencia de otras enfermedades no bien tratadas.

La Ley obliga la denuncia de los enfermos al Departamento Nacional de Higiene. Esta medida es imprescindible, porque la autoridad sanitaria necesita conocer a todos los enfermos para poder llegar a la disminución del mal en la República, por el tratamiento obligatorio, por la vigilancia y mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes y por la internación en establecimientos especiales de los casos graves y muy contagiosos. **LA DENUNCIA ES DE CARACTER RESERVADO.** Se garantiza el secreto al denunciante, y al paciente siempre que éste cumpla con las disposiciones de los funcionarios. Como medida de transición y apoyado en los mandatos de la ley, el Departamento Nacional de Higiene permite que **ciertos enfermos permanezcan en sus domicilios**, siempre que pueda asegurarse el cumplimiento de las siguientes precauciones:

- 1°. Vivir en una casa como único locatario, dormir solo en una habitación, evitando la entrada a ella de otras personas que las imprescindiblemente indispensables. Lavar y desinfectar la habitación por los menos 3 veces a la semana; hacer hervir las ropas de uso personal, antes de hacerlas lavar; utilizar mosquiteros para evitar moscas y mosquitos, o en su defecto telas de alambre en las aberturas.
- 2°. Los utensilios (platos, cubiertos, vasos, etc.), son de uso estrictamente personal; el enfermo debe cuidar escrupulosamente su limpieza.
- 3°. No debe haber criaturas en la casa y les está prohibido tocarlas, porque en la edad temprana es cuando se observa el máximo de susceptibilidad para el contagio.

- 4°. Por lo tanto, la madre enferma no debe amamantar, ni cuidar sus hijitos sanos y aceptará en caso necesario la separación de éstos para evitarles la propagación del mal.
- 5°. Los enfermos no pueden ejercer profesión ni oficio que los ponga en relación directa e indirecta con el público.
- 6°. Cada enfermo debe dar cuenta de los cambios de domicilio a la Sección respectiva del DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE. De no hacerlo, se le suprimarán las franquicias referidas. Los parientes de los enfermos deben permitir y facilitar el contralor de estas disposiciones a los agentes autorizados por el Departamento Nacional de Higiene, y seguir las indicaciones y tratamientos por ellos establecidos.

El Departamento Nacional de Higiene posee los medios para llevar a cabo el mejoramiento de los enfermos, velando, pues, por esa finalidad, recomienda a los mismos que huyan de las falsas promesas de los charlatanes y de los avisos comerciales.

#### LEY 11.359

##### Consejo a las personas que se hallan bajo tratamiento

**La cooperación del paciente en el tratamiento de la lepra, es imprescindible**

El tratamiento de esta enfermedad es largo y debe completarse con algunas indicaciones, que colocan al organismo en situación de tolerar perfectamente los medicamentos y que, además, refuerzan su acción eficaz.

*Dieta.* — La comida debe ser ingerida en cantidad moderada, y los alimentos han de masticarse bien. Se puede utilizar la carne y el pescado, a condición de que sean frescos y en proporción escasa; por lo tanto, los productos salados o conservados se rechazarán. Ningún alimento se ingerirá muy crudo, muy cosido ni muy condimentado.

*La alimentación deberá ser sobre todo, vegetal:* hortalizas de preferencia verdes, legumbres y frutas frescas en abundancia. El arroz, maíz, avena, etc., son muy recomendables, lo mismo que la



leche, la manteca, los huevos — apenas cocidos o más bien crudos — porque éstos y los productos vegetales tienen sustancias muy activas y conveniente, que se destruyen con un excesivo calor.

Los enfermos deben abstenerse en absoluto de ingerir alcohol; el té, chocolate, mate y café, pueden usarlos moderadamente.

Deben evitar la constipación. Se ha notado que la intensidad de los dolores nerviosos, tiene una relación estrecha con ese estado. El régimen vegetariano favorece los movimientos del intestino, pero de no ser suficiente, se utilizarán los laxantes comunes. Un factor importante de agravación de la enfermedad, es la presencia de parásitos intestinales, que deben combatirse.

*Ejercicio.* — una larga experiencia ha demostrado que un bien regulado ejercicio favorece el bienestar de los enfermos, y evitan el desarrollo de muchas manifestaciones de la dolencia. Caminar, es una buena forma de realizarlo; puede este ejercicio ser sustituido o completado con la gimnasia sueca moderada. Los trabajos de jardinería o de campo, al aire libre, son muy apropiados; se ha visto que impiden la aparición de las deformidades, frecuentes entre los que permanecen inactivas.

*Cuidado de la piel y mucosas.* — Los enfermos deben bañarse diariamente, si ello es posible, con ducha, primero caliente y luego fría; cuidar escrupulosamente la limpieza de sus ropas. Harán — de modo circunstancial — fricciones con aceite de Chaulmoogra en toda la piel, insistiendo sobre las zonas enfermas, antes de los baños. Quien tenga otra enfermedad cutánea pruriginosa, lo hará notar al médico, para que la atienda de inmediato; reseándose; puede provocarse la aparición de nuevos elementos y se ponen en libertad bacilos, capaces de infectar a otras personas sanas. La dentadura merecerá el cuidado que es elemental en personas limpias; es decir, se cepillará cuatro veces al día: al levantarse, después de cada comida y al acostarse. El cuidado de las fosas nasales es también muy importante; se harán irrigaciones con agua oxigenada diluida o agua salada, pulverizaciones con preparados especiales o se utilizarán pomadas con gomenol u otros desinfectantes que impiden la dispersión de los bacilos. *El enfermo debe utilizar únicamente su propio pañuelo.*

*Otras enfermedades.* — La sífilis, el paludismo, la tuberculosis y otros procesos, disminuyendo la capacidad de defensa del or-

ganismo favorecen, en consecuencia, la extensión de la lepra. Los enfermos deben referir al médico todos los antecedentes respectivos para ilustrar su criterio.

En todas partes del mundo se está trabajando activamente en busca de tratamientos más eficaces y más rápidos, y todo hace pensar que este problema será pronto resuelto, como lo han sido otros muchos. El enfermo por su propia conveniencia y por razones elementales de humanidad, debe ser el primer aliado del médico y de las autoridades encargadas de su cuidado, facilitando su tarea y obedeciendo a sus indicaciones.

## DEPARTAMENTO PROVINCIAL DE HIGIENE

### PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA LEPRA LEYES 11359 y 11410

**La lepra es una enfermedad contagiosa** que se propaga por contacto con los enfermos o sus elementos usuales.

#### ES EVITABLE Y CURABLE

Las Leyes 11359 y 11410 disponen que el DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE evite la difusión de esta enfermedad en todo el territorio del país.

Para ello, como primera providencia, se necesita conocer todos los enfermos que existen, **con el propósito de proporcionarles los medios, cuidados y consejos que permitan detener el avance de su mal y propendan a mejorar su estado acercándolos a la curación completa.**

Esta se alcanza cuando se trata la enfermedad desde los primeros síntomas. Por lo tanto, toda persona que note en su piel una mancha roja o amarillenta persistente, debe por su propio beneficio, consultar a su médico. El Departamento Nacional de Higiene pretende **disminuir los casos de contagio, que se efectúan sobre todo en la niñez y en la juventud.**

**Todos deben concurrir, sanos y enfermos, por razones de elemental patriotismo y de conveniencia personal, en ayuda de los encargados de ejercer las funciones de defensa contra este mal lamentable que es una vergüenza para un país civilizado.**