

LA INFECCIÓN HANSENIANA EN LA INFANCIA

Dr. FÉLIX CONTRERAS

Médico Director de la Colonia-Sanatorio "San Francisco de Borja"
(Fontilles - Alicante)

C. de la Real Academia de Medicina de Barcelona

HASTA hace pocos años teníamos casi todos un concepto completamente erróneo de esta infección. No sólo los profanos, los médicos, e incluso competentes especialistas, necesitaban, para hacer el diagnóstico, que los enfermos estuviesen cerca de alguna de las dos formas finales de la enfermedad, en las que los seres humanos llegan, en una de ellas a recordar el aspecto de una fiera (recordemos la facies leonina); y en la otra, la forma neural mutilante, un aspecto aún más desdichado, que más que ninguna otra enfermedad inspira la mayor compasión. Estas dos formas terminales deberían considerarse ya como del pasado, no tienen justificación a la luz de los conocimientos actuales y si aún podemos ver algunos casos —cada vez con menor frecuencia— en los sanatorios especializados, es sólo por excepción; pronto desaparecerán por completo, y cuando nos sorprenda la aparición de alguno, forzosamente tendremos que considerarle como un gran fracaso de los médicos y sanitarios de la región de que proceda.

Este considerable progreso, al que más concretamente vamos a referirnos, ha podido alcanzarse gracias al estudio de la lepra en la infancia, no porque la infección sea distinta en los niños de la que vemos en los adultos, sino porque es donde comienzan en la mayoría de los casos, y al faltarnos en esta enfermedad, exclusivamente humana, los métodos de investigación corrientemente empleados en otras enfermedades, sólo en los niños ha sido posible estudiar la forma de comienzo de la enfermedad, con la ventaja, además, para los enfermos estudiados, de lograr fácilmente en aquel período la curación, que más tarde se lograría con dificultad. No debemos olvidar que estas endemias, como todos los grandes males que afligen a la humanidad, sólo pueden atajarse en su iniciación.

Los niños tienen menor resistencia que los adultos. Mejor dicho, en ellos *es mucho más alta la receptividad*, pero paradójicamente, siendo en ellos mucho más fácil el contagio, una vez que éste tuvo lugar, se defienden mejor que los adultos, como lo demuestra el que predominen en ellos las formas de resistencia (incarcéricas y tuberculoides), en las que es bastante más fácil lograr la curación, que se consigue muchas veces con la ayuda de las nuevas medicaciones, y también en bastantes ocasiones espontáneamente, con sólo separar a los enfermitos de los focos en que se infectaron, trasladándoles a un ambiente favorable, en el que la higiene, junto con una alimentación suficiente y bien dirigida bastan para alejar el peligro de la enfermedad.

La infección se adquiere en la infancia en casi la totalidad de los casos. Si tenemos en cuenta las grandes estadísticas de aquellos que mejor estudiaron este problema, veremos que aproximadamente en el 80 % de los casos, que fueron bien estudiados, se puede demostrar que la infección tuvo lugar *antes de los 20 años*. La predisposición infantil es más manifiesta en las regiones endémicas, guardando relación con la antigüedad de la endemia. Sólo en aquellas regiones vírgenes de la infección se infectan en proporción análoga los niños y los adultos, como lo demuestran los datos de Memel y de la Isla de Nauru y

también los primeros datos recogidos al comenzar nuestro focos endémicos en que fueron bastantes los adultos afectados por la enfermedad. Por el contrario, al estudiar un foco cualquiera en la actualidad, al hacer cuidadosamente la investigación de convivientes, veremos la coincidencia en todos ellos en la aparición de manifestaciones iniciales, incaracterísticas y tuberculoides, con preferencia en los niños y en los jóvenes y al mismo tiempo que las condiciones defensivas suelen ser más acusadas en los adultos, como lo evidencia el que sean en ellos más marcadas las positivities de las reacciones de FERNÁNDEZ y de MITSUDA.

Actualmente se puede afirmar categóricamente que no existen infecciones hereditarias producidas por el bacilo de Hansen, como tampoco por ningún otro germen análogo. No podemos negar tan rotundamente la existencia de infecciones congénitas, que indudablemente existen en otras enfermedades parecidas, y que podrían presumirse al haberse comprobado por diferentes leprólogos la existencia del *mycobacterium* en la placenta, en el cordón umbilical y en la sangre periférica del recién nacido. Pero en contra de lo que pudiera deducirse de estos hallazgos, las experiencias más numerosas y documentadas de Culión, de la India, del Brasil y de la Argentina, coinciden plenamente en no haber encontrado casos de lepra congénita; es por tanto *el contagio la única forma de adquirir la enfermedad* y este depende de las siguientes circunstancias:

- 1.º Del poder infectante del foco; o sea de la forma clínica del enfermo infectante.

- 2.º De la receptibilidad, que guarda gran relación con todo aquello que pueda contribuir a restar defensas orgánicas.

- 3.º Del grado de intimidad de la convivencia.

- 4.º De la falta de higiene.

- 5.º Del tiempo que se mantenga la convivencia.

Al analizar todas estas circunstancias se ve claramente que todas ellas se acumulan en perjuicio de los niños, seres más débiles que los adultos, que naturalmente han de tener menores defensas y cuando conviven con familiares enfermos el contacto suele ser más íntimo, prolongado y persistente que el de los adultos entre sí.

Además de todas estas razones, algunos leprólogos hablan de la existencia de predisposición o susceptibilidad hereditaria al contagio, que tampoco suele aceptarse por los que parecen más documentados.

Cuando se comprueban y observan meticolosamente los focos familiares, preferentemente al hacer la inspección de convivientes, se demuestra que en la mayoría de los casos la infección ha sido transmitida:

De los adultos a los niños (padres, tíos, abuelos, etc.; transmiten la infección a sus hijos, sobrinos, nietos, etc.)

Es extraordinario que este fenómeno se produzca a la inversa. Es excepcional que los hijos, sobrinos o nietos sean los que transmitan la infección a sus ascendientes.

Algunas veces se observan casos de contagio entre menores, hermanos y primos por ejemplo. Son muchísimo más raros los casos de contagio entre adultos, lo que tiene su prueba más evidente en los matrimonios, que como es sabido rara vez originan contagios entre los cónyuges.

Causas predisponentes

Como digimos anteriormente, los niños son más susceptibles que las personas mayores, pero en la mayoría de los casos se defienden mejor, ofreciendo mayor resistencia al progreso de la infección que puede ser facilitada por la acción de las causas llamadas *predisponentes*, que principalmente son:

La promiscuidad de los niños con enfermos bacilíferos, sobre todo cuando se trata de lepromatosos.

Las deficiencias en la alimentación, por falta de una ración adecuada, carencia de algunas vitaminas o por ingestión predominante de algunos alimentos con sustancias perjudiciales.

La fatiga, ocasionada por un trabajo excesivo o inadecuado para la edad.

Otras enfermedades, principalmente las de carácter crónico, entre las que es preciso destacar todas las parasitosis intestinales, el paludismo, la tuberculosis y la sífilis.

Ya digimos que nosotros no aceptamos la predisposición familiar o hereditaria.

Inmunidad y alergia

Independientemente de los factores predisponentes que acabamos de enumerar, puede conocerse en los niños la capacidad alérgica-inmunitaria que nos dará a conocer el estado receptivo en que se encuentran con relación a esta infección. Se practica para ello la reacción cutánea empleando como antígeno las leprominas, que en estos últimos años merecen particular atención de todos los interesados en estos problemas, que coinciden en reconocer el gran valor de esta reacción, para conocimiento del pronóstico de la enfermedad y, sobre todo, el estudio de la incidencia entre los comunicantes.

Consiste esta prueba en la inyección intradérmica de una a tres décimas de lepromina, procurando formar una pápula de 3 a 5 mm., preferentemente en la región escápulo-humeral; puede ponerse también en cara anterior del antebrazo y en la posteroexterna del brazo. La lectura debe hacerse a las 24 y 48 horas, en las que leeremos la Reacción precoz o de FERNÁNDEZ; continuaremos haciendo lecturas cada siete días, siendo las últimas, sobre todo cuando se aproximan a los 30 días, la prueba de MITSUDA, o reacción tardía.

En relación con la campaña profiláctica consideramos de gran valor la reacción precoz o de FERNÁNDEZ, que conviene practicar a todos los niños que convivieron con enfermos lazarinis, y de acuerdo con su autor debe interpretarse en la siguiente forma:

La reacción *positiva* permite afirmar:

A) Que el organismo ha estado en contacto con el *mycobacterium leprae* y ha sido sensibilizado por él.

B) Que el organismo ofrece resistencia a la infección y, por consiguiente, el pronóstico es *favorable*.

La reacción *negativa* puede ser debida:

A) A que el organismo no ha estado nunca en contacto con el *mycobacterium* y, por consiguiente, no se ha sensibilizado.

B) La sensibilización no se ha producido por carecer el organismo de capacidad para reaccionar alérgicamente, encontrándose en este caso indefenso ante la infección.

Esta segunda interpretación no debe aceptarse en aquellos casos en los que el niño explorado tuvo prolongada convivencia con focos bacilíferos, salvo en los casos en que el niño no tuviese aún el año de edad, ya que en el primer año de la vida sólo por excepción resulta positiva la leproreacción.

Es norma general y corriente que las reacciones positivas a la lepromina se mantengan indefinidamente, con mayor frecuencia cuanto más marcada sea la positividad. Son escasos los que teniendo reacción positiva disminuye su intensidad y tampoco es frecuente que se mantengan persistentemente negativos. Puede considerarse como lo más normal que la leprominoreacción se modifique incrementando su positividad, pasando de negativos a positivos (— : +); de débilmente positivos a positivos (+ : ++) y de positivos a intensamente positivos (++ : +++).

En San Pablo, el doctor SOUZA CAMPOS investigó la leprominoreacción a 985 niños, desde 1936 hasta 1945, encontrando en 535 resultados concordantes, de ellos 128 negativos, 45 dudosos, 123 positivos y 239 fuertemente positivos. El aumento de positividad le observó en 219 niños, distribuidos en la siguiente forma:

Aumento de positividad,	de — — a + . . .	45
	de — — a ++ . . .	40
	de — — a + . . .	37
	de + a + . . .	14
	de + a ++ . . .	18
	de + a ++ . . .	65
Total . . .		219

El incremento en la positividad puede iniciarse desde la segunda aplicación de la lepromina, pero es más corriente que sea en la tercera, cuarta o quinta. Creemos que sólo puede dársele una interpretación al aumento de la inmunidad y de la capacidad reaccional del organismo, que podría exclusivamente ser debido a la edad, pero que también es influida en modo indudable por la leprominoreacción repetida, así como también, en concepto de algunos, por el empleo de la vacuna «B. C. G.». Es fácil de comprender la importancia práctica de estos conocimientos que ponen a nuestro alcance medios para aumentar las defensas de algunos niños que carecen de ellas y aun más fácilmente para exaltar las de aquellos otros que se defendían pobremente.

Manifestaciones clínicas

Hemos dicho anteriormente que las manifestaciones clínicas de la infancia son exactamente las mismas que padecen los adultos. Desgraciadamente vemos en los niños manifestaciones de los dos tipos polares de la enfermedad y también del grupo intermedio o indeterminado, pero al estudiar las manifestaciones clínicas de la infancia lo que verdaderamente tiene interés es el estudio de las manifestaciones iniciales, que pueden verse alguna vez en el adulto, pero con mucha mayor frecuencia se encuentran en la niñez y que durante años pasaron inadvertidas en casi la totalidad de los casos y actualmente se conocen bien gracias a la importancia que actualmente se concede al estudio de los convivientes y en especial de los niños.

Manifestaciones iniciales

Para conocer cuales son las manifestaciones iniciales de esta enfermedad es preciso repetir numerosas veces la investigación de los convivientes y especialmente vigilar a los niños que convivieron con enfermos, y la primera diferencia que encontramos en relación con los adultos es la ausencia de reacciones generales. Los niños no suelen acusar ningún síntoma subjetivo, cuando aparecen ya las primeras manifestaciones que afectan siempre a la piel y al sistema nervioso periférico y pueden clasificarse en la siguiente forma:

Lesiones cutáneas:

- a) Máculas acrómicas o hipocrómicas (Incaracterísticas).
- b) Máculas eritematosas. (Incaracterísticas):
- c) Máculas eritemato-hipocrómicas. (Incaracterísticas).
- d) Lesiones papilares o papuloides (tuberculoides).

- e) Lesiones liquenoides (tuberculoides).
- f) Lesiones anulares tricoftoides (tuberculoides).
- g) Lesiones sarcóidicas (tuberculoides).

Lesiones neurales:

- a) Alteraciones de la sensibilidad (hiperestesia, parestesia, anestesia).
- b) Engrosamiento de algunos nervios.

Estas lesiones neurales casi siempre acompañan a las cutáneas, que son de mayor importancia porque en la mayoría de los casos son las que primero podemos observar. Probablemente el comienzo es por una de las tres primeras clasificadas, que corresponden a la lepra indeterminada o incaracterística, llamada también inflamatoria simple porque esta es su textura morfológica en la mayoría de los casos, aun cuando en algunos se aprecia una textura pretuberculoide. Dentro de estas tres primeras formas la que predomina es la primera, con disminución o falta de pigmento, que se conoce con el nombre de «macula alba» o «whitish patch» de los ingleses y en las estadísticas numerosas suele figurar con el 70 a 75 % de la lepra infantil. Las lesiones eritematosas en la infancia son mucho menos frecuentes y de peor pronóstico, pues algunas veces se encuentran en ellas bacilos y la textura puede ser prelepromatosa. Las eritemato-hipocrómicas pueden considerarse como intermedias. En estas tres formas es característica la ausencia macroscópica de infiltración, y el estudio histológico suele mostrar un infiltrado linfocitario, dispuesto preferentemente alrededor de los vasos, de las glándulas, nervios y folículos pilosos.

Estas formas incaracterísticas alguna rara vez son quiescentes, es más frecuente que después de permanecer un período, más o menos largo, en este estado evolucionen hacia alguno de los dos tipos polares de la enfermedad. También algunas veces esta forma incaracterística es transitoria por la mutación de una a otra forma, más fácilmente de la tuberculoide a la lepromatosa, o también regresiva al alcanzar la curación.

Las lesiones tuberculoides se ven con bastante frecuencia en la infancia, entre ellas las papuloides y liquenoides casi pueden considerarse como características de la lepra infantil; las anulares tricoftoides y las de tipo sarcóidico podemos considerarlas como comunes a los adultos y a los niños. Todas estas lesiones acusan una infiltración, más o menos acusada y con diferentes características en relación con la variedad; son quiescentes y es excepcional la transformación a lepromatosa que requiere el paso previo por la forma indeterminada, que suele ser la forma también de regresar hacia la curación que en la infancia se observa en bastantes ocasiones, aplanándose en el centro y rodeándose de un halo despigmentado, terminando por desaparecer, dejando una cicatriz bastante característica que ha sido descrita por SOUZA CAMPOS y por FERNÁNDEZ. La estructura histológica es idéntica a la del adulto, corresponde al granuloma epitelioides con sus células de Langhans, y en casos dudosos tiene un gran valor la infiltración neural paraarterial descrita por CASTAÑÉ y DECOUD.

Casi todas estas lesiones iniciales son muy poco manifestas, pasan inadvertidas con gran facilidad; para encontrarlas es absolutamente preciso explorar minuciosamente a los posibles enfermos con el mayor detenimiento, completamente desnudos, buena luz y con diferentes grados de incidencia, por lo que se insiste en la conveniencia de sentar al enfermo en una silla giratoria, ya que es frecuente que algunas manchas no se ven al observarlas a la luz directa y si con iluminación que llamaremos incidente o refleja. Pero estas manchas tan poco acusadas que sólo descubre el dermatólogo especializado, son bastante más que una simple alteración superficial de la piel, van siempre acompañadas de alteraciones en la sensibilidad, que al principio se limitan a una ligera hiperes-

tesia y con bastante mayor frecuencia a la anestesia térmica, seguida después de anestesia al dolor y por último al tacto. Estas mismas son la más frecuentes alteraciones neurales (hiperestesias, parestesias y anestias) que algunas veces se limitan a las extensiones afectadas por las alteraciones pigmentarias, pero en otras ocasiones afectan a los territorios de algunos nervios, cuyo trayecto conviene explorar. Es por tanto de alguna utilidad conocer los nervios más frecuentemente afectados, y corrientemente lo son con arreglo al siguiente orden: Cubital, ciático popliteo externo, auricular, radial, braquial cutáneo interno, supra orbitario, fémur-cutáneo, intercostales, etc.

Las alteraciones cutáneas y nerviosas que hemos referido son las que pueden considerarse típicas de la lepra en la infancia; pueden además verse en los niños todas las manifestaciones de los adultos, pero el interés radica, desde muy distintos puntos de vista, en el estudio de las manifestaciones iniciales, que además de ser las más características de la lepra infantil son las que ponen a nuestro alcance curar a gran parte de enfermos y evitar que la endemia progrese y se extienda. En cada niño en el que hacemos un diagnóstico precoz evitamos la más grande de todas las desdichas a un semejante, al propio tiempo evitamos que este niño propague su enfermedad a otros muchos y ahorrarnos al tesoro grandes cantidades, todas las que ocasionarían las atenciones del enfermo adulto en el día de mañana y también todas las que habría que emplear en atender a los posibles contagiados. Para facilitar el diagnóstico precoz de estos casos es conveniente conocer las manifestaciones iniciales de las que anteriormente nos ocupábamos, pero también conviene conocer los métodos complementarios que pueden facilitarnos el diagnóstico, que en líneas generales son las siguientes:

Métodos complementarios para el diagnóstico

Disponemos de bastantes procedimientos auxiliares que nos facilitan el diagnóstico, y para su mejor exposición les clasificaremos en: Clínicos, bacteriológicos, inmunológicos e histológicos.

Métodos complementarios de la observación clínica.

Hay que considerar como excelentes auxiliares todos los métodos de exploración de la sensibilidad, superficial y profunda, en los que no nos detendremos por ser conocidos de todos, pero particularmente son del mayor interés las pruebas de la histamina y de la pilocarpina.

La prueba de la histamina, descrita casi simultáneamente por PIERINI, RODRÍGUEZ y PLANTILLA y SOUSA CAMPOS, consiste en pinchar a través de una gota de histamina, previamente depositada sobre la piel, que ocasiona en circunstancias normales tres fenómenos distintos que se conocen con el nombre de «triple reacción de LEWIS» y son:

a) Halo eritematoso, de medio a un centímetro, que aparece rodeando al punto de la picadura a los pocos segundos de realizar la misma.

b) Eritema reflejo, consistente en un halo mayor, que suele alcanzar hasta cuatro y ocho centímetros, de contorno irregular y aparición más tardía, de medio a un minuto.

c) Papula urticariana, que se forma en el mismo punto de la inyección o picadura, aún más tardíamente, a los 3 ó 4 minutos y que tarda en desaparecer.

Quando están afectados los nervios periféricos el eritema reflejo, no se produce, probablemente por deber su mecanismo a un pseudo reflejo axónico que provoca la dilatación de las arteriolas vecinas. Cuando existe una neuritis de las pequeñas ramas nerviosas la reacción es incompleta, falta el segundo fenómeno en orden cronológico, que es el más extenso de los tres y la diferencia es bien ostensible, sobre todo si simultáneamente hacemos la prueba en una

zona de piel sana y en otra inmediata afectada por la enfermedad. Esta prueba que hace resaltar tanto la importancia de las alteraciones que existían en algunas discretas manchas que aparentaban gran banalidad, es en los niños aun más demostrativa que en los adultos.

La prueba de la pilocarpina sirve para demostrar la existencia de alteraciones sudorales que suelen consistir en la anhidrosis motivada por degeneración de filetes nerviosos periféricos. Cuando inyectamos intradérmicamente una o dos décimas de una solución, del medio al uno por ciento, de nitrato o clorhidrato de pilocarpina, en la piel normal se produce, antes de los cinco minutos, una sudoración en gotas microscópicas que se ven perfectamente con la ayuda de una lupa y que podemos hacer resaltar con el procedimiento de Dubois y Degote, que consiste en el empleo previo de la tintura de yodo, en sustitución del alcohol, y en espolvorear después un poco de polvo de almidón. En los casos en que no hay alteraciones nerviosas, aparecerá la mancha de yoduro de almidón, que no se produce cuando existen alteraciones de los nervios. Esta prueba suele ser incluso más sensible que la de la histamina, aparece más precoz y persiste más tiempo en los casos de curación de las lesiones. Además, en aquellos casos en que están afectadas grandes zonas cutáneas y anulada la función de la mayoría de las glándulas ecrrinas, suele determinarse una *hipersecreción compensadora de las glándulas apocrinas*, que se pone de manifiesto al realizar infructuosamente dos o tres pruebas, en distintas zonas cutáneas, originamos una sudoración abundante, preferentemente en las axilas y demás regiones con glándulas apocrinas, con su olor característico. Algunas veces las gotas de sudor caen al suelo en considerable cantidad.

Se han empleado también otras sustancias dilatadoras, como el prisco, *la simple picadura* y también *el electrodiagnóstico* o estudio de la excitabilidad eléctrica de los nervios y de los músculos, pero no hemos de extendernos sino en los procedimientos que consideramos fundamentales.

Prueba de la inyección subcutánea o intramuscular de lepromina. — Esta prueba, descrita por FERNÁNDEZ, podría denominarse de la provocación o reactivación. Cuando se inyectan uno o dos c. c. de lepromina bacilar o integral a un enfermo de lepra tuberculoide, comprobamos que la inyección determina reacción general, que aparece a las pocas horas, manifestándose con algias y artralgias y fiebre que suele desaparecer alrededor de las veinticuatro horas; reacción focal, que agranda y resalta todas las lesiones cutáneas y mucosas preexistentes, y reacción local, manifiesta en el punto de la inyección. También esta prueba es de gran valor, tanto en los adultos como en la infancia.

Como anteriormente decíamos, además de todos estos métodos complementarios de la observación clínica, recurriremos también a la bacteriología, haciendo la investigación de bacilos en piel, en moco, en diferentes secreciones, en punción ganglionar, en sangre periférica; nos auxiliaremos también de las pruebas inmunoalérgicas, a las que anteriormente nos hemos referido, aunque ya hemos dicho que su valor principal es para el pronóstico de la enfermedad y de la endemia; recurriremos también a la histopatología, cuyo valor diagnóstico en casos dudosos es nada más que relativo, sirviéndonos principalmente para el diagnóstico de variedad clínica y pudiendo ayudar a sentar diagnóstico de enfermedad, en algún caso difícil, cuando podamos ver la infiltración neural paraarterial, a la que también hicimos anteriormente mención, diciendo que fué descrita por CASTAÑÉ y DECOUD.

Tratamiento

No vamos a extendernos en el tratamiento, por dos razones fundamentales: el tratamiento de la lepra en la infancia no difiere del tratamiento en el adul-

to. La experiencia que actualmente tenemos del tratamiento con las sulfamidas, va siendo ya considerable en el adulto, pero es muy limitada en el tratamiento de los niños. Por estas razones nos limitaremos a exponer nuestro criterio sobre esta cuestión, empezando por decir que el tratamiento higiénico dietético, que le estimamos fundamental en el adulto, tiene aun mayor importancia en el niño. La experiencia recogida en diferentes países, demostrativa de lo fácilmente que se logra la curación de las formas iniciales (indeterminadas y tuberculoides) de la infancia, sobre todo cuando son positivas las reacciones que acreditan la existencia de un buen terreno defensivo, han sido comprobadas por nosotros en más de una docena de casos. Aun recordamos nuestra primera visita a Javea, con el doctor GUILLÉN, para ver a los familiares de un enfermo y la escasa sintomatología de dos hermanitos de tres y cinco años; al pequeño le libramos totalmente de la enfermedad; al mayor, que llegó a ser lepromatoso, le hemos podido conceder el «alta condicional» al cabo de siete años. Continuamos vigilando en la actualidad a otros cinco niños, que están completamente sanos y tuvieron máculas iniciales características. El doctor GUILLÉN y el doctor MIRÓ, nuestros primeros colaboradores, que residen en zona endémica, pueden aportar una labor bastante mayor que la nuestra.

Tiene una gran importancia, en el tratamiento de la lepra infantil, el ejercicio físico moderado, bien reglamentado y vigilado y seguido a diario de baño o ducha. Deben enseñarse también a estos niños todas las demás medidas higiénicas complementarias. El régimen alimenticio, rico en proteínas y vitaminas, guardando con meticulosidad las horas de las comidas, sin hacer ningún exceso alimenticio, ni siquiera como extraordinario, es de la mayor importancia. Todo debe ser bien ordenado: distracciones, enseñanza, formación espiritual y moral, convenientemente distribuido en el día, sin ningún momento de inactividad. Descanso suficiente, pero tampoco excesivo, adaptado a las condiciones climatológicas de la localidad.

El tratamiento específico debe ser realizado sin duda con las sulfonas; aun cuando nosotros continuamos viendo a un caso de lepra infantil curado con grandes cantidades de chaulmogra, creemos que es muy superior el resultado que puede conseguirse con las sulfonas.

Como normas generales de tratamiento, sólo diremos que empezaremos con alguna prudencia, vigilarémos tolerancia e iremos progresivamente, vigilando sobre todo el cuadro hemático, y cuando la medicación sea bien tolerada, que será en casi todos los casos, puesto que los niños suelen tolerar la medicación mejor que los adultos, llegaremos incluso a mantener dosis muy cercanas a las habituales de los adultos.

No somos partidarios de los descansos frecuentes, con los que se inició el empleo de estas medicaciones. Los enfermos que toleran bien la medicación no deben interrumpir su tratamiento, sobre todo en los casos en que se encontraron bacilos; deben tratarse ininterrumpidamente, con sólo un descanso anual, durante el verano, y, de no haber ninguna intolerancia, mantener el tratamiento durante cinco o seis años. A enfermedad crónica, tratamiento crónico.

Complemento de estas medicaciones deben ser el hierro, cobre, hígado y aminoácidos, pero no de una manera caprichosa, sino de acuerdo con lo que la clínica y las investigaciones auxiliares nos aconsejen en cada caso.

Profilaxis

En otros tiempos, decía DARIER que en la lepra la profilaxis era más importante que el tratamiento. En términos generales, ya no podríamos decir ac-

tualmente lo mismo, porque las nuevas medicaciones nos proporcionan buenos resultados; conseguimos, con su ayuda, detener el progreso de la enfermedad en muchos casos, haciendo regresar manifestaciones cutáneas y mucosas, logrando incluso curaciones que se mantienen bastantes años y que esperamos que en bastantes han de ser definitivas. No obstante, nosotros, después de asegurar que la medicación es de valor considerable en el tratamiento de los niños, nos atrevemos a mantener: *en la lepra infantil, la profilaxis es aun más importante que el tratamiento*. Si ordenamos como se debe la profilaxis infantil, que es mucho menos costosa que la del adulto, atajamos el mal en su raíz, suprimimos la mayoría de los enfermos del mañana, ahorramos cantidades considerables que serían necesarias en el futuro, y aun de mayor consideración es el beneficio si pensamos ¡a cuántos seres les evitamos la infelicidad!

Es preciso, ante todo, disponer de un censo de enfermos y otro de todos cuantos convivieron con ellos.

Hay que hacer la inspección de todos los convivientes, que sólo pueden realizar dermatólogos que conozcan la situación actual de la leprología y que estudien a los convivientes desde el punto de vista clínico, bacteriológico, inmunológico y cuando sea preciso recurran al estudio histopatológico, que deberá ser realizado por histopatólogos especializados.

Especial atención se prestará a todos los niños que convivieron con enfermos, sobre todo si éstos fueron lepromatosos; a todos estos niños es preciso vigilarles periódicamente y a bastantes de ellos es absolutamente necesario separarles de sus familiares, lo que puede llevarse a cabo por el método llamado de Grancher, en la tuberculosis, que consiste en entregarles a matrimonios sanos que vivan en el campo y que también en la lepra se ha realizado en México, con buen resultado, según nos refiere BARBA RUBIO. Aun de mejores resultados, imprescindible en muchos casos, es el atender a los niños en los preventorios infantiles.

Existe ya considerable experiencia de la utilidad de los preventorios infantiles que tuvieron su iniciación a finales del siglo pasado:

El primer preventorio, fundado por el P. DAMIÁN en 1880, en Molokay.

La reina Kapiolani fundó el segundo en el año de 1885, en Hawai.

El tercero se debe a la «Mision todepers», en 1886, en la India.

El insigne leprólogo HEISER fundó el cuarto, en 1906, en Filipinas.

El «Asilo de Guadalupe», para niñas sanas, se fundó en 1914, en Colombia.

En el Estado de Sao Paulo, en Carapicuiaba, se fundó en 1927, el primero del Brasil.

En Puerto de España, en el año 1937, en Trinidad.

En la República Argentina se fundó el primero en 1940.

En estos últimos años se han fundado también preventorios infantiles en México, en Portugal, incluido en la misma Colonia-Asilo de «Rovisco Paes», y probablemente en algunos otros países.

En España, fué en el año 1941 cuando tuvimos ocasión de hablar con el señor Boneli, que acababa de ser nombrado gobernador de nuestro territorio de Guinea, informándole de la forma más eficaz de organizar la profilaxis antileprosa; muy poco tiempo después funcionaba nuestro primer preventorio, al que se dió el nombre de Orfelinato de Ncue, que ya dió considerables beneficios a nuestra Colonia. El 2 de julio de 1949, la Asociación de Señoras del «Niño Jesús del Remedio», que preside el Excmo. y Rvdmo. Sr. Patriarca de las Indias, inauguró en la provincia de Madrid el «Hogar-Preventorio de Chapinería», que muy pronto ha tenido que rebasar su capacidad y rinde actualmente considerable utilidad a la profilaxis antileprosa, sirviendo también para que en España se conozcan todas las particularidades relacionadas con la

infección hanseniana en la infancia. Esperamos que muy pronto contaremos con otros preventorios infantiles en Valencia, Málaga y quizá alguna otra región endémica.

Cuando dispongamos de cuatro o cinco preventorios infantiles, aunando su labor a la de los dispensarios y la de las colonias y sanatorios, tendremos la base precisa para una de las labores más genuinamente sanitarias, que permitirá ver, a algunos de los que actualmente vivimos, el fin de una de las calamidades que a todos sus considerables perjuicios añade uno más: el de desprestigiarnos.

Cuando se trata de evitar grandes males, no debíamos servirnos de las estadísticas, que pueden conducirnos a conclusiones equívocas. Casi todos preferiríamos cien veces otra infección a la de la lepra, en atención a los grandes perjuicios de toda índole que suele ocasionar; pues, que se tenga esto en cuenta y se multiplique por 100 la cifra de morbilidad, al considerar sus efectos, y una vez decididos a acabar con este baldón que tanto nos perjudica, continuemos obrando con el corazón y atendamos a los enfermos, pero pensemos con el cerebro y tratemos de cercenar el mal en su raíz. Recordemos que este mal se adquiere casi siempre en la infancia y que el adulto suele ser inmune al contagio.

¡Novedad terapéutica!

ATRIFOS

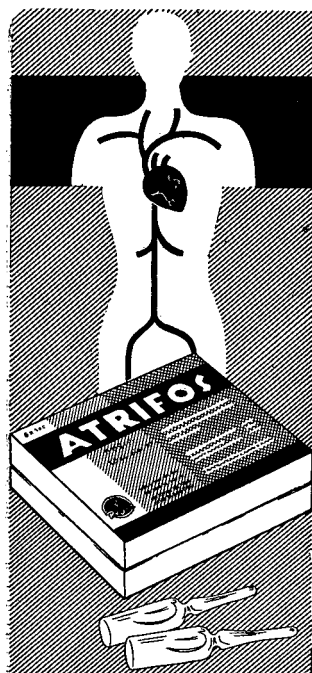
Redex

TRIFOSFATO DE ADENOSINA

Para la regulación fisiológica
de la circulación con efecto
simultáneo sobre las corona-
rias y los vasos periféricos.

Inyección intramuscular

Caja de 6 amp. de 1 c. c.



LABORATORIOS GUSTAVO REDER, S. A. - MADRID