

Modernos aspectos de la Lepra

DR. FERNANDO TRESPALACIOS GÓMEZ DR.

MIGUEL A. GONZÁLEZ PRENDES

Antes del descubrimiento de las Américas, todos los historiadores de la Medicina están de acuerdo en afirmar que la Lepra no existía en el Nuevo Mundo.

Minuciosas investigaciones históricas fueron realizadas por los doctores A. Gordon y Saturnino Picaza, en sus respectivos estudios sobre Medicina Indígena de Cuba y Estudio Médico del Indio cubano, citando las enfermedades más frecuentes padecidas por nuestros primeros habitantes sin hacer mención de la Lepra.

Durante algún tiempo se creyó que, en Perú y México, antes de la llegada de Cristóbal Colón a nuestras costas, existía la Lepra, pero, desde hace muchos años se ha demostrado que los que tales cosas afirmaban incurrieron en errores al identificar otras dolencias como la Leishmania y el Mal del Pinto, así como mutilaciones traumáticas como si se tratara de Lepra.

Guiándonos el afán de poder determinar la época en que la Lepra hace su aparición en Cuba, iniciamos una larga e intensa búsqueda durante varios meses por bibliotecas y archivos y el documento más antiguo que pudimos encontrar lo localizamos en la biblioteca de las oficinas del Historiador de la Ciudad de La Habana estando fechado el 17 de enero de 1613 y en él leemos literalmente:

Los Sres. Regidores e Procurador General en nombre de esta Ciudad y vecinos de ellas dijeron que a su noticia ha venido que en esta Ciudad hay cuatro a seis personas dotadas del

Mal de San Lázaro, que han venido de fuera las cuales se andan paseando por las calles en gran perjuicio e daño de esta Ciudad e ve cinos de ellas por ser enfermedad contagiosa, que su señoría se sirva atento a que en esta ciudad no hay hospital de la dicha enfermedad provea y

mande que las personas que parecieren estar tocadas de la dicha enfermedad SALGAN FUERA DE ESTA CIUDAD E ISLA y se envíen a la parte que más cercana tuviesen hospital de dicho mal.

Según nuestro criterio estos fueron los primeros enfermos de Lepra que existieron en Cuba.

Los primeros hospitales para enfermos de Lepra que existieron en el continente americano se fundaron en México en el año 1525, en Santo Domingo a fines del siglo XVI, en Perú por la misma época, en Colombia en el año 1615 y en La Habana en el año 1681 al hacer, el madrileño Dn. Pedro Alegre y Díaz donación de su estancia "Los Pontones" para que en ella se recluyera a su hijo Pedro Alegre Fletes y a los que como él padecieren el Mal de San Lázaro.

R. C. M.
Mar. - Abr. 1962

Esta donación duró poco tiempo y años más tarde, en el año 1708, el Ayuntamiento de la Habana cedió a los enfermos de Lepra tres caballerías de tierra, ubicadas en el actual barrio del Vedado, para que en ellas construyeran sus habitaciones y fomentaran diversos huertos, y, el día 19 de junio de 1714, el Rey de España, Felipe V, ordenó la construcción del Hospital San Lázaro de la Habana, bajo la misma planta del que se había construido en Colombia cien años antes.

Durante la época colonial, en Cuba, existieron otros dos hospitales para enfermos de Lepra: el Hospital "San Lázaro" de Camagüey fundado en el año 1735 y clausurado en el año 1900 y el Hospital "San Lázaro" de Santa Clara, construido en la ciudad de Santa Clara en el año 1843 y clausurado en el año 1915. Ambos hospitales al ser clausurados trasladaron a sus enfermos para el Hospital "San Lázaro" de la Habana.

Desde aquella remota época del año 1613 hasta nuestros días la Lepra no nos ha abandonado y lenta, pero ininterrumpidamente, ha ido extendiéndose hasta adquirir las proporciones que presenta actualmente.

Al principio del siglo actual los leprólosos cubanos estimaban un total de 1.000 hansenianos para todo la nación y, en el año de 1926, en un censo que intentó realizar el Dr. López Roviroso encontró 147 enfermos en los pocos municipios censados. A esto y a sostener el Hospital "San Lázaro" de la Habana con capacidad para 200 enfermos se reducían los esfuerzos que Hacían los gobiernos de Cuba para liberar a nuestro pueblo de la Lepra.

Con mejor criterio científico, y en un plan encaminado a combatir a la Lepra con mayor efectividad, en el año 1938 se creó el Patronato de la Lepra e inició la formación de un censo de enfermos que arrojó un total de 1,900 pacientes en el año 1942.

En el año 1943 ya habían sido inscritos 2,010 hansenianos y el índice de prevalencia, según la población de entonces, era de 4.9 enfermos por cada 10,000 habitantes.

En el año 1953 el total de pacientes registrados en nuestro censo era de 3,800 y el índice de prevalencia ascendió a 6.5 enfermos por cada 10,000 habitantes.

En el año actual, 1961, tenemos censados un total de 4,522 pacientes y el índice de prevalencia se eleva a 7.5 enfermos por cada 10,000 habitantes, calculándole a nuestro país una población de 6.000.000 de habitantes.

Como vemos, la Lepra, a pesar de los poderosos recursos terapéuticos que hoy están a nuestro alcance y a pesar de la efectividad de nuestro medicamento básico, las SULFONAS, va en aumento y, si analizamos concienzudamente las causas de este aumento, estudiando el motivo del mismo, llegamos a la conclusión de que este obedece al plan estático que hasta ahora hemos llevado, es decir, nos hemos concretado a tratar a los pacientes que acuden a nuestros hospitales y dispensarios espontáneamente sin que se hayan tratado los focos que dan origen a la infección. Este error no ha sido nuestro solamente, ha sido del plan que mundialmente se aceptó como eficaz para combatir a la enfermedad en una época en la cual no existían medicamentos apropiados para tratarla y el aislamiento era considerado como la base de la profilaxis.

Las teorías actuales consideran al aislamiento como secundario y la base de la profilaxis debe ser el diagnóstico y tratamiento precoz de la Lepra, en los mismos focos donde se produce para poder descubrir y tratar «n ellos a los casos

incipientes que son de fácil curación y, que, dejándolos abandonados, imitarán, en cerca de un cincuenta por ciento, hacia las formas graves, malignas o lepromatosa de la enfermedad. Nuestra campaña ha de convertirse en dinámica, debemos salir a buscar y tratar a todos los enfermos de Lepra y no esperar a que solamente unos pocos vengan a nosotros a tratarse. Así únicamente tendrá éxito nuestra campaña anti-hanseniana y podremos vivir esperanzados de poder erradicarla de nuestro suelo.

Hasta la hora presente se han celebrado siete Congresos Internacionales de la Lepra y en los cuatro primeros, celebrados en: Berlín en 1897, Bergen en 1909, Estrasburgo en 1923 y en el Cairo en 1938 el criterio fundamental de ellos era que la Lepra debía de tratarse con aceite de Chaulmogra aislando a los enfermos en leprosorios u otros sitios apropiados. En el año 1941 nuestro arsenal terapéutico se enriquece con el advenimiento de las Sulfonas y debido al éxito de las mismas desde los primeros momentos, el V Congreso Internacional de la Lepra celebrado en La Habana, recomienda el aislamiento solamente para los casos contagiantes, esto sucede en el año 1948; el VI Congreso celebrado en Madrid en 1953 con mayor experiencia sobre la efectividad de la diamino-difenil-sulfona y sus derivados recomienda el AISLAMIENTO SELECTIVO entre los casos contagiantes y el VII y último Congreso celebrado en Tokio en el año 1958 considera el aislamiento como una medida anacrónica y propugna como fundamental V de mayor efectividad el tratamiento a domicilio sobre todo en las zonas rurales, basado sin duda en la poca contagiosidad de la Lepra y en sus grandes posibilidades de curación “gracias a las sulfonas”.

Mucho se ha especulado sobre la contagiosidad de la Lepra. Este tema ha suscitado acalorados debates desde tiempos muy remotos, se llegó a tenerla y considerarla como hereditaria y no contagiosa, debido principalmente a su escasa contagiosidad. Hoy todos estamos de acuerdo en que es contagiosa, los leprólogos así lo aceptamos, para los no especializados su poder de contagio es extremadamente elevado, nosotros opinamos que es la menos contagiosa de todas las enfermedades transmisibles. Sobre la contagiosidad de la Lepra se han elaborado infinidad de leyendas e historietas que datan desde tiempos medievales y a sus enfermos se les consideraba poco menos que engendros infernales. Contagiaban el aire que los rodeaba, eran capaces de infectar con la mirada, sus sentimientos eran crueles y perversos y se organizaron cacerías para exterminar a estos desdichados enfermos en distintas ciudades de Europa, Asia y América. Nosotros, e infinidad de colegas nuestros repartidos por todo el mundo, después de largos años de práctica leproológica, tomando únicamente las precauciones higiénicas más elementales, aún estamos por ver el primer caso de Lepra que se haya contagiado en el trabajo hospitalario entre médicos, enfermeros, personal de mantenimiento o administrativo. Tampoco hemos podido ver a enfermos de Lepra, contagiados por enfermos hospitalizados, entre los vecinos cercanos a nuestros hospitales.

Las inoculaciones experimentales llevadas a cabo por Danielssen y sus colaboradores, por Aming, Profeta y otros, autoinoculándose material procedente de lesiones activas y bacilíferas hansenianas o inoculándose a seres humanos han fracasado.

En nuestros hospitales hemos visto muy escasos casos de Lepra entre cónyuges y en los que hemos visto ambos

eran enfermos antes de contraer matrimonio.

La contagiosidad de la Lepra varía según las diferentes formas de la enfermedad y estas formas podemos dividirlas en “abiertas” y “cerradas”, según puedan, o no, ser encontrados bacilos de Hansen en sus lesiones por los métodos rutinarios de investigación, considerándose como formas “abiertas” las lepromatosas y “cerradas” las tuberculoides por regla general.

No todas las personas en contacto íntimo con casos “abiertos” son infectadas, pues, gran número de observaciones demuestran la extraordinaria resistencia de algunas personas a la infección leprosa. Estas son palabras del Comité de Expertos en Lepra de la OMS y añaden: La existencia de una resistencia natural está probada 1-) Por los casos frecuentes de criaturas que eran Mitsuda-positivo con lesiones incipientes y quedaron curadas espontáneamente después de separarlas de las personas infectadas con quienes convivían. 2-) Por los casos de transformación de formas lepromatosas en formas residuales neurales y 3-) Por los casos de evolución abortiva o monosintomática. Según los leprólogos ingleses, Roger y Muir, apenas la mitad de los individuos sanos viviendo en íntimo contacto con casos “abiertos”, y en los cuales fueron encontrados los bacilos, adquieren la Lepra, en los demás la enfermedad no se desenvuelve o los bacilos desaparecen espontáneamente.

La Lepra es una enfermedad curable, debido al buen empleo de las sulfonas, como señala el ilustre leprólogo mexicano Fernando Latapí. La curabilidad de la Lepra depende, principalmente, de la etapa en la cual se encuentre al enfrentarnos con ella. De aquí la gran importancia que tiene en esta enfermedad el diagnóstico precoz. Es obvio que las formas incipientes han de curarse más

rápidamente que los casos antiguos y que en estos últimos el paciente ha de colaborar más estrechamente con el médico en la pauta que le dicte a seguir hasta obtener el total “blanqueamiento” de las lesiones.

El criterio de “blanqueamiento” que sustentan el Comité de Expertos en Lepra de la OMS y las conclusiones sobre este aspecto a que llegaron los leprólogos en el último Congreso Internacional, celebrado en Tokyo, es el siguiente:

1. —Cuando por los métodos rutinarios de examen ningún bacilo es encontrado en los frotis con material del raspado de lesiones, del exudado nasal y de la linfa auricular, por lo menos durante doce meses después de la negativización de sus primeros exámenes y en los que se hagan periódicamente durante este tiempo.
2. —Cuando han desaparecido las infiltraciones, es decir, que todas las lesiones permanecen lisas y no hay elevación central o marginal de las mismas, por lo menos durante doce meses.
3. —Cuando no ha habido alteración en los tejidos o en la coloración de las lesiones durante doce meses.
4. —Cuando no ha habido aparición de nuevas lesiones o extensión de las existentes, durante el mismo tiempo.
5. —Cuando las zonas anestésicas han permanecido estacionarias.
6. —Cuando no ha existido comprometimiento de los nervios.

Después del “blanqueamiento” el tratamiento ha de seguirse por un espacio de tiempo que fluctúa entre 1 año para las formas INDETERMINADAS y TUBERCULOIDES y dos años para

las formas LEPROMATOSAS. Si no han existido recaídas y los pacientes se mantienen en condiciones óptimas, los organismos internacionales anteriormente señalados, recomiendan que: SE

CONSIDERE COMO CURADOS A LOS PACIENTES QUE HAYAN SEGUIDO EL TRATAMIENTO POR LOS TIEMPOS INDICADOS.

Tenemos que luchar para hacerle comprender al público, y, especialmente, a muchos médicos, que el enfermo de Lepra una vez curado deja de ser *leproso*, lo mismo que el tuberculoso o el sífilítico dejan de serlo una vez que han curado la Sífilis o Tuberculosis que padecían. La Lepra es evitable y es curable y debemos hacer todo lo posible por curar a todos sus pacientes, atrayéndolos a nuestros dispensarios o inspirándoles confianza en que han de ser tratados como cualquier otro paciente de cualquiera otra dolencia, tratándolos sin temores ridículos o precauciones tontas llevadas al límite en que hieren la dignidad del hombre, tampoco debemos tratarlos con falso sentimentalismo que sólo servirán para agravar sus conflictos emocionales.

Es de capital importancia, fundamental, que tengamos muy presente, antes de iniciar una campaña anti-hanseniana, el aspecto médico-social de esta enfermedad. Desconocerlo o querer restarle importancia, es equivalente a desconocer a la enfermedad en sí misma, o a querer asegurar el fracaso de la campaña antes de comenzarla.

La Lepra, como atinadamente indica el Prof. Aguiar Pupo, es la enfermedad que más desajuste de orden económico-social y emocional acarrea al individuo y a sus familiares. Para el Prof. Latapí la Lepra es un problema integral: médico y sanitario, humano y social, que debe ser siempre considerado de manera completa y para el Prof. Jagadisan la Lepra es indivisible y su terapéutica, profilaxis y aspectos psicológicos y sociológicos están tan íntimamente relacionados que cualquier estudio

que hagamos por separado de cada uno de ellos, puede falsear notablemente el cuadro en general.

Si nosotros echamos una ojeada sobre el planisferio que señala la distribución geográfica de la Lepra en el mundo, enseguida veremos que los focos de mayor intensidad se encuentran precisamente en aquellas regiones donde la economía es más precaria, donde están ubicados los países más sub-desarrollados, donde no existen condiciones sanitarias ni siquiera malas, aquellos cuyo nivel de vida es sencillamente infrahumano, y, aun, en un mismo país, los mayores focos de Lepra solemos encontrarlos en las zonas más abandonadas, en aquellas donde hay déficit sanitario, donde falta la higiene, donde las familias viven en promiscuidad, hacinadas y con escasos medios de vida, con alimentación insuficiente y padeciendo de enfermedades carenciales, parasitismo intestinal, raquitismo, anemia e innumerables trastornos patológicos que contribuyen extraordinariamente a abonar el terreno para que la Lepra germine en él y se desarrolle sin dificultades de ningún género.

La Lepra disminuye, casi espontáneamente, en aquellos países que mejoran su standard de vida y buen ejemplo tenemos de esto con la declinación de la Lepra en Noruega a fines del siglo pasado y con la de Europa en general al comienzo de la Edad Moderna.

Cuando al enfermo de Lepra se le aísla en algún Hospital se le aparta bruscamente, por tiempo indefinido, a veces muy largo, de su medio ambiente, de su trabajo y de su familia, sufriendo todas las nefastas consecuencias de esta situación como son las producidas por el trauma psíquico de su enfermedad, la ruina del hogar y la supresión de la fuente normal de ingresos con las cuales subsistían él y sus

familiares, el tener que retirarse de sus actividades productivas y sin embargo gran número de estos enfermos podrían dedicarse a trabajos adecuados de acuerdo con el estado de su enfermedad y sus aptitudes físicas y condiciones sanitarias y otros podrían continuar en sus labores bajo tratamiento domiciliario y cumpliendo elementales reglas profilácticas sin tener necesidad de aislarse en algún leproso, aislamiento que lo estigmatiza lo mismo que a sus familiares, que ya desde que se aislé perderán el nombre para ser conocidos como la *esposa del leproso* o *los hijos del leproso*. Este es el terrible problema del aislamiento.

Por ser profilácticamente nula la labor del leproso, por la poca contagiosidad de la Lepra, por sus posibilidades de prevención y curación debido al material terapéutico que poseemos en la hora actual, somos partidarios de generalizar el tratamiento ambulatorio, dejando a los hospitales solamente para los casos de invalidez, para los quirúrgicos rehabilitadores y para aquellos que necesiten algún tratamiento especializado y que no pueda hacerse a domicilio, o para aquellos casos abiertos que por su total indigencia puedan hacer peligrar la salud pública.

Juzgamos nula la labor profiláctica del leproso porque no podemos hospitalizar en ellos a todos los enfermos de Lepra, ni creemos que exista país que pueda hacerlo, a parte que resultaría inhumana esta medida y hoy está totalmente desechada. Nada adelantaremos en acción profiláctica hospitalizan-

R. C. M.

Mar. - Abr. 1982 do, como, por ejemplo en Cuba a seiscientos enfermos, menos del 10% de nuestra endemia, mientras deambulan libremente por nuestros campos o ciudades más de cinco mil pacientes sin tener un efectivo control sobre los mismos.

Hemos recomendado, y recomendamos el tratamiento domiciliario, sobre todo en las zonas rurales por sus innumerables ventajas: No desajustamos socialmente a la familia, tenemos mayor y mejor control de los enfermos y sus contactos, los pacientes harán el tratamiento con mayor regularidad, no tendrán que abandonar sus labores productivas, podremos descubrir en los mismos focos los casos incipientes y tratarlos rápidamente y no los estigmatizaríamos con la hospitalización.

Sería importantísimo que en la lucha que desde hace años están librando todos los leprólogos por colocar a la Lepra en su justo sitio, en el que le corresponde, entre las enfermedades contagiosas que todo el personal, médicos, enfermeros, técnicos y cualquier otro que trabaje en colaboración con nosotros conozca exactamente las características sociales de esta enfermedad, pues, es tremendo el daño que ocasiona a esta campaña el que un médico desconociendo la verdad sobre el Mal de Hansen y haciéndose eco de las leyendas o falsos conceptos populares que existen sobre el Mal de San Lázaro emita su opinión basada en creencias erróneas, pues, seguramente muchos sectores ajenos a nuestra profesión han de creer en lo que él dice ya que su profesión médica lo acredita como un individuo de conocimientos más amplios que los míos puedan tener los que no han estudiado esta rama del saber humano.