

Informe de la Comisión de Organización Asistencial y Rehabilitación

P R O G R A M A :

A.—Introducción general.

R.—Organización asistencial.

- 1) Introducción 2) Hospital General. 3) Asilo o Leprosorio. 4) Dispensarlo.
- 5) Unidades móviles.

Dr. Arsenio Minsal Marroquí.

Dr. Miguel Masmújá González.

Dr. Oscar Rojas Vargas.

Dr. Julio Sarduy Sarduy.

Dr. Paúl Nilio González Martínez.

C.—Rehabilitación.

1) Informe del Estudio Reconstructivo.

a) Afecciones de las manos, b) Reparación de las deformidades más frecuentes, c) Afecciones del pie. d) Algunas consideraciones radiológicas.

2) Informe del estudio psiquiátrico.

a) Trastornos síquicos en pacientes hansenianos. b) Perfil psicológico de estos enfermos, c) Tratamiento de reajustes y su valor en la rehabilitación, d) El problema social de la lepra: Su valoración desde el punto de vista de la rehabilitación.

Dr. José A. Fernández Menéndez.

Dr. Félix Fojo Echevarría.

Dr. Sergio Rodríguez Huertemendía.

No desconocemos que esta materia del control asistencial de la lepra ha sido exhaustivamente estudiada y se han llegado a conclusiones ideales en distintos Congresos Internacionales, así como por la Comisión de Expertos en Leprología de la O.M.S. por lo tanto, nuestro trabajo se limitará a lo que a nuestro juicio podemos hacer en Cuba, con los medios que contamos y dadas las características de la endemia en nuestro país. ORGANIZACION ASISTENCIAL Con vista a la organización asistencial de una campaña nacional para el control de la lepra en

nuestro país, esta Comisión considera que los actuales medios y servicios con que contamos, no son del todo eficaces ni están organizados para cumplir a cabalidad su función. En efecto, contamos en Cuba con 2 Hospitales Antileprosos, situados, uno en Rincón, provincia de la Habana y otro en Songo, provincia de Oriente; cierto número de Dispensarios situados en las capitales de provincia, contando la Habana con tres de ellos y en cada una de las regiones de mayor densidad endémica. Entendemos por Dispensarios a los servicios especializados de

dermatología adscritos a las Direcciones de Epidemiología de las Direcciones Zonales respectivas. Pudiéramos contar además como unidades coadyuvantes a cerca de 200 Hospitales, grandes y pequeños distribuidos a todo lo largo y ancho de la Isla.

Más, a pesar de todo eso, consideramos que dichas unidades carecen de eficacia en el esfuerzo conducente al verdadero control de la lepra en nuestro medio, por las fallas en la organización, por la falta de coordinación y ausencia de metas específicas a cumplir.

Así tenemos que los dos Hospitales con que contamos, realizan una función dual, esto es, como Hospitales y como asilos o leprosorios, prevaleciendo en realidad la segunda, puesto que más del 70% de los enfermos ingresados resultan casos inválidos, bien sea por senilidad, bien por causas socio-económicas o por cualquiera otra de las varias secuelas incapacitantes propias de esta enfermedad. En consecuencia, se encuentra disminuida y desnaturalizada la verdadera función dinámica del Hospital no recibiendo todos los beneficios que de él pudiera obtener este desdichado sector de nuestra población.

Del mismo modo consideramos que, los Dispensarios, verdaderas células matrices en una campaña nacional antileprosa, cumplen en forma incompleta su función, ya sea por no haberseles señalado un programa de acción específico, ya sea por falta de educación y conciencia sanitaria en la población; dependiendo exclusivamente para cumplir su elevada función, de la concurrencia espontánea de los enfermos, sujetos tarados como todos sabemos por un marchamo milenario de incurabilidad, que los hace indiferentes y hostiles al tratamiento.

En cuanto a los Hospitales Generales distribuidos en el territorio nacional, es conocida su inoperancia en cuanto a lepra se

refiere, por carecer su personal de preparación especializada suficiente además de los prejuicios que gravitan sobre la mente de los mismos, derivados del falso concepto que aún se tiene sobre esta enfermedad.

En estas condiciones, entendemos que haciendo buen uso de las instituciones existentes, variando solamente su organización y dotándolas de un buen programa de acción, pudiéramos centrar en ellas el control asistencial de la lepra en Cuba, contando para ello con:

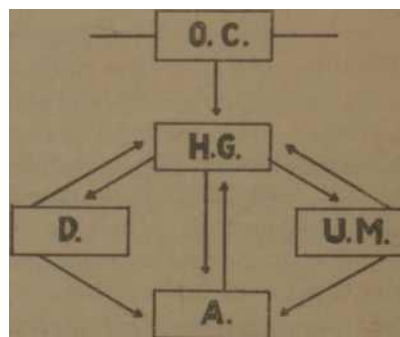
Un Hospital General para enfermos de lepra.

Un Leprosorio, albergue o asilo para enfermos inválidos.

Los Dispensarios.

Cierto número de unidades móviles.

Estos cuatro tipos de unidades funcionarían en una estrecha interdependencia, realizando sus labores en una íntima cooperación científica y organizativa, para lograr un grado óptimo en los resultados. Por supuesto, esta organización básica estaría bajo la orientación de un organismo especializado a nivel ministerial, responsable máximo del control de la lepra en Cuba.



Queremos destacar que encendernos que nuestra proposición no pugna con los acuerdos de los últimos Congresos Internacionales, en cuanto a la proposición del aislamiento de los enfermos de lepra y su recomendación de que sean tratados como enfermos de cualquier otra enfermedad, puesto que, lo que estamos proponiendo no es un Hos

pital de aislamiento, sino un Hospital de tratamiento especializado, con características propias, como existen Hospitales de Oncología, Ortopédicos o de cualquier otra especialidad.

Además, con la organización de un Hospital General para enfermos de lepra, estamos respondiendo a una necesidad hondamente sentida en nuestro medio, pues no se puede desconocer que estos enfermos confrontan grandes dificultades, humillaciones y vejámenes al ser atendidos en los servicios hospitalarios no especializados, por el único delito de padecer una enfermedad, ante la cual nuestra ignorancia nos situaba hasta hace pocos años en un estado de total impotencia.

HOSPITAL

Las modificaciones al sistema de asistencia hospitalaria que aconsejamos, tienen en cuenta las condiciones y los medios con que contamos actualmente y la posibilidad de su aplicación inmediata.

El Hospital General de Lepra debe contar con los siguientes servicios:

Servicio de dermatología, que es imprescindible y esencial para la clasificación y tratamiento de las distintas formas clínicas, así como también para el diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades dermatológicas intercurrentes o asociadas.

Servicio de medicina interna, necesaria para la manipulación de las intercurrentes y para la preparación pre-operatoria de las enfermedades quirúrgicas.

Servicio de cirugía general.

Servicio de cirugía reconstructiva, que comprende ortopedia y cirugía plástica, para la rehabilitación física y estética del enfermo.

Servicio de oftalmología, uno de los más importantes debido a la frecuencia y gravedad de las complicaciones oculares en lepra,

Servicio de garganta, nariz y oídos por las mismas razones anteriores.

Servicio de odontología, para el tratamiento de las infecciones bucales de origen dentario cuya influencia en la aparición y evolución de los brotes agudos es evidente y también para el tratamiento protésico.

Servicio de fisioterapia, indispensable para la rehabilitación física del enfermo.

Servicio de psiquiatría, para el tratamiento de las enfermedades de la especialidad cuya frecuencia es sorprendente en la lepra y sobre todo para el reajuste de la personalidad neurótica del enfermo.

Servicio social, para el seguimiento de los casos egresados y para la investigación de las condiciones socio-económicas de la familia del enfermo; creemos que este departamento debe funcionar en estrecha colaboración con el servicio de psiquiatría.

Servicio de investigaciones complementarias.

Servicio de anatomía patológica y necropsias.

Servicio de obstetricia y ginecología.

Este Hospital General de Lepra debe ser un Hospital de tratamiento de casos ya diagnosticados y los enfermos ingresarían preferiblemente a través de los distintos organismos para la lucha anti-leprosa, tal como sucede actualmente con los Hospitales de Tuberculosis. Sería un Hospital dinámico, donde ingresarían solamente los enfermos recuperables, es decir, aquellos que son susceptibles de

recuperación física y social, como son, los lepromatosos infectantes, los tuberculoideos en fase reaccional, las formas agudas de la lepra, las complicaciones de la lepra y los enfermos de lepra con enfermedades generales médicas o quirúrgicas. Se tratará de que la permanencia en el Hospital sea lo más corta posible para evitar el hospitalismo y la estigmatización; probablemente nunca sería menos de un año en cuyo espacio de tiempo creemos que podemos devolver a la sociedad un individuo social, física y mentalmente rehabilitado, que puede ser útil a su familia y al conglomerado social a condición de que continúe formalmente su tratamiento en el Dispensario correspondiente.

Posiblemente unos pocos casos pasarían al Asilo debido a su incapacidad de recuperación por lesiones y mutilaciones irreversibles.

Los enfermos egresados serían seguidos y vigilados por el Departamento de Servicio Social para resolver las emergencias de readaptación y para convencer a los remisos de las ventajas del tratamiento continuado y de la conveniencia de la asistencia periódica al Dispensario.

Otra función importante del Hospital sería la docente. Esta complementaría las enseñanzas de la cátedra correspondiente y tendría por objeto la formación de técnicos especializados (médicos, enfermeros, laboratoristas, etc.), que ocuparían los cargos correspondientes en los distintos organismos de la lucha anti-leprosa después de una preparación intensa y extensa en los distintos servicios del hospital.

Corno dijimos al principio que no intentamos proponer soluciones perfectas, ideales, sino soluciones inmediatas adaptables a nuestras condiciones actuales, consideramos que el Hospital antileproso de Santiago de las Vegas, por razones de ubicación, de fácil acceso para el intercambio

cultural y técnico con otros centros científicos, de servicios profesionales ya existentes, sería el Hospital de elección para el tratamiento dinámico de los enfermos de lepra.

Hacemos constar que este Hospital cuenta ya con la mayoría de los Departamentos relacionados anteriormente y solo habría que perfeccionar algunos, como el Dpto. de Anatomía Patológica y Necropsias y crear otros como el Departamento de Fisioterapia, el de Afecciones Vasculares Periféricas y el de Investigación.

El Hospital San Luis de Jagua, debido a su constitución en monoblock y cabañas aisladas, a su ubicación en una zona eminentemente agrícola, a la disponibilidad de varias caballerías de tierra, sería ideal para destinarlo a Asilo para albergar a los inválidos incapacitados que no tuvieran esperanza de recuperación.

Sin perjuicio de lo expresado en el párrafo anterior este tipo de Unidad debe ser creada con carácter regional a fin de que los enfermos que vayan a ser recluidos puedan ser visitados por sus familiares con relativa facilidad es decir, que no sean separados de su núcleo familiar a gran distancia con los perjuicios que en el orden psicológico esto pudiera crear.

ASILO O LEPROSORIO

No se nos escapa la realidad de que un crecido número de estos enfermos necesitan y tendrán que ser recluidos por tiempo indeterminado o por vida por causas diversas, bien conocidas de nosotros y que hacen resaltar la necesidad de la construcción o creación de leprosorios, asilos o albergues, para los mismos.

Una institución de este tipo debe de garantizar a la población enferma tributaria del mismo, la« condiciones de mayor confort y bienestar a que son merecedores.

Estimamos que ella debe de ser de tipo de Colonia agropecuaria por ofrecer de esta manera un tipo de ocupación fácil a aquellos enfermos con posibilidades y deseos de realizar una labor útil, lo que a la vez ayudaría al auto abastecimiento de la institución en algunos renglones de consumo.

Asimismo, debe disponer de pequeños talleres de distintas artesanías (mecánica, carpintería, zapatería, reparaciones de radios y televisores, etc.) para dar empleo a los propios asilados de acuerdo con sus aptitudes y capacidad física y mental.

Este asilo con la organización sugerida contribuirá eficazmente a la recuperación de la personalidad del enfermo.

La reclusión o ingreso de estos enfermos sería siempre a través de los Dispensarios, Hospitales Generales para enfermos de lepra u otra autoridad sanitaria, teniendo siempre en cuenta motivos o razones de edad, incapacidad física o mental, mutilaciones y secuelas de la enfermedad y otras causas de índole social o económico.

Estos enfermos serán clasificados y distribuidos en salas, habitaciones o casas teniendo en cuenta para ello: edad, sexo, estado civil, grupo de familiares, tipo y grado de incapacidad.

La atención facultativa estaría a cargo de personal adecuado y de acuerdo con el número de asilados y este tipo de institución.

DISPENSARIOS

En la organización de la asistencia que proponemos para los enfermos leproso, cabe a los Dispensarios, junto con las Unidades Móviles el papel de unidades principales, verdaderas "piedras angulares" o "células matrices en el sistema organizativo asistencial antileproso.

Hemos concedido tal importancia a los Dispensarios y Unidades Móviles basados en que los modernos conceptos respecto a la profilaxis de la lepra consideran ni aislamiento como secundario y propugnan como fundamental y de mayor efectividad el tratamiento ambulatorio, por la poca contagiosidad de la lepra y sus posibilidades de curación.

En cuanto a la organización que tendrían los Dispensarios, diremos que los mismos, estarían dotados de un personal técnico-facultativo adecuado, con médicos-leprólogos, técnicos-laboratoristas y un buen equipado laboratorio, a más de disponer de trabajadores del servicio social.

Los pacientes que a ellos acudan serán sometidos a un minucioso examen clínico-dermatológico y se le practicarán los exámenes baciloscópicos correspondientes, pudiendo también tomar las correspondientes, muestras para biopsias que de no disponer de anatómo-patólogo, serían enviadas al laboratorio de esta especialidad más cercano; pues no debe olvidarse la enorme importancia que en el diagnóstico de la lepra y en la clasificación de sus formas clínicas tiene la rama anatómohisto-patológica.

La función primordial de los Dispensarios sería una función diagnóstica de los casos que a ellos acudan, haciendo luego con los pacientes ya diagnosticados una selección clínica y social para señalar los que necesitan aislamiento en el Hospital o el Asilo y los que necesitan tratamiento dispensarial o domiciliario.

Respecto a los casos susceptibles de tratamiento dispensarial, estos serían.

A) Los casos incipientes que se descubran. En estos casos debieran tomar los Dispensarios su mayor empeño, pues los mismos son de fácil y rápida curación y

asimismo, si se dejan abandonados, podrían evolucionar hacia las formas graves o malignas de la enfermedad. El tratamiento de estos casos, dirigido y supervisado por los Dispensarios, sería seguido por los pacientes en su domicilio sobre todo en las zonas rurales. Esto tiene gran número de ventajas: No se desajusta socialmente a la familia, se tiene un mayor y mejor control de los enfermos y sus contactos, los pacientes no tendrán que abandonar sus labores productivas, y se podrán descubrir en los mismos focos otros casos incipientes que también serían tratados.

B) Los casos antiguos de las formas indeterminadas y tuberculoides que no estén inválidos, que no tendrán ninguna intercurencia aguda clínica o quirúrgica, o que no presenten complicaciones de la enfermedad (como ulceraciones, mal perforante, etc.) que requieran hospitalización. Este tratamiento también sería llevado por los pacientes en su domicilio, y desde luego su duración sería mucho más larga que la de los casos incipientes. Además, 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 que fundamentalmente está dado por la negativización de los exámenes baciloscópicos practicados periódicamente durante doce meses seguidos, por la no infiltración de sus lesiones y por su atenuación desde el punto de vista histo-patológico.

C) Los casos antiguos de las formas lepromatosas que no presentan ninguna de las condiciones ya señaladas en el epígrafe anterior y que requieren hospitalización (invalidez, intercurencias agudas, complicaciones de la enfermedad). Asimismo, debemos señalar en cuanto a los casos lepromatosos "abiertos" (casos en que son

encontrados bacilos en sus lesiones por los métodos rutinarios de investigación), que si estas presentan un estado general deprimente, con infiltraciones y lesiones numerosas y extensas, deberán ser hospitalizados, pero si no presentan estas peculiaridades, entonces podrán seguir el tratamiento dispensarial, viviendo en su propio domicilio y continuando en sus labores habituales o en otras más apropiadas de acuerdo con el estado de su enfermedad, sus aptitudes físicas y condiciones sanitarias; todo esto desde luego, cumpliendo ciertas reglas profilácticas elementales para evitar el contagio pero sin olvidar que la lepra puede considerarse como la menos contagiosa de las enfermedades transmisibles.

Después del "blanqueamiento" el tratamiento ha de seguirse por un espacio de tiempo que fluctúa entre un año aproximadamente para las formas indeterminadas y tuberculoides y dos años para las lepromatosas. Si no han existido recaídas y los pacientes se mantienen en condiciones óptimas, se pueden considerar como curados.

Aparte de estas funciones de tratamiento de los enfermos hansenianos tendrían los dispensarios otras funciones de idéntica importancia, como son:

- 1) Examen bianual de todos los contactos de los casos de lepra, tomando mayor atención a los niños, toda vez que esta es la edad en que el contagio suele producirse.
- 2) Examen bianual de los escolares en los alrededores de cualquier foco de lepra.
- 3) Examen bianual de los trabajadores de industrias, granjas y cooperativas, servicios públicos, etc.
- 4) Dar su aporte de primer orden en colaboración con las unidades móviles, para la realización del censo de los casos de lepra.
- 5) Organizar charlas a médicos, enfermeros, técnicos y trabajadores sociales que traten sobre la profilaxis de la lepra.

UNIDADES MOVILES

Junto con los Dispensarios, corresponde a las unidades móviles el papel de unidades principales de la organización asistencial anti-ileprosa, y ello es debido como ya dijimos, a que teniendo en cuenta la poca contagiosidad de la lepra y sus posibilidades de curación el tratamiento ambulatorio se considera más efectivo que el aislamiento.

Al realizar una campaña antileprosa no podemos seguir un plan estático, es decir, tratar a los pacientes que espontáneamente acuden a nuestros Hospitales y Dispensarios, sin que se hayan tratado los focos que dan origen a la infección. En su lugar, y teniendo en cuenta que la base de la profilaxis debe ser el diagnóstico y tratamiento precoz de la lepra en los mismos focos donde se produce, nuestra campaña ha de convertirse en dinámica, es decir, salir a buscar a los enfermos leproso en sus propios focos, para así poder descubrir y tratar en ellos a los casos incipientes que ya sabemos son de fácil curación. Así pensamos que únicamente tendrá éxito nuestra campaña antihanseniana y podríamos esperar que algún día quede erradicada de nuestro suelo tan problemática enfermedad.

Con una campaña sanitaria bien orientada puede hacerse comprender a los enfermos leproso y al público en general que la lepra es una enfermedad evitable y curable, que no es obligatoria la hospitalización y que si ésta fuera necesaria, sólo lo sería por poco tiempo. Dicha campaña sería orientada fundamentalmente hacia los principales focos endémicos de la enfermedad, inspirando confianza a los presuntos enfermos que han de ser tratados como cualquier otro paciente de cualquiera otra dolencia. Así atraeríamos a nuestros Dispensarios gran número de

casos que de otro modo permanecerían ignorados, sin tratarse, y convertidos quizás en diseminadores del mal.

Alorando todos estos conceptos es que hemos pensado recomendar la creación de unidades móviles, que no vendría sino a ser en última instancia pequeñas unidades asistenciales que en vehículos motorizados se trasladarían a las zonas rurales más apartadas o alejadas de los dispensarios fijos establecidos, especialmente en las zonas de alta endemicidad y reducidos recursos médicos. Dichas unidades móviles deben estar por supuesto, bajo la supervisión del dispensario más próximo de su área de acción, y estarían dotadas de un reducido personal de médicos le- prólogos y técnicos laboratoristas y basta un pequeño laboratorio portátil, donde podrían practicarse los exámenes baciloscópicos, aunque desde luego podrían las muestras obtenidas ser llevadas para su examen al dispensario correspondiente.

En cuanto a la función de tratamiento de las unidades móviles creemos que las mismas podrían instituir el tratamiento inicial a los casos ya diagnosticados, y sugerir a los mismos que continúen su tratamiento acudiendo a los dispensarios periódicamente.

Otra función que cabe señalar a las unidades móviles, es la referente a los valiosos datos que pueden aportar para la realización del censo de los casos leproso, cuyos datos serían comunicados por la unidad móvil al dispensario correspondiente de la región.

Asimismo, podrán estas unidades organizar charlas en los focos donde efectúen su labor, a fin de exponer y aclarar conceptos sobre la profilaxis de la lepra y su posible curación, y también realizarían estudios socio-económicos entre la población de dichos focos.

INFORME SOBRE REHABILITACION DEL HANSENIANO DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTETICO, REPARADOR Y SIQUICO.

Enfrentados a la árdua y compleja labor de devolver nuevamente al enfermo hanseniano a la sociedad, abordemos el tema de la rehabilitación distinguiendo en primer término los dos pilares que lo cimentan: de un lado la sociedad que lo recibe; del otro, con toda la variada gama de manifestaciones sicosomáticas que la enfermedad ha lanzado contra él, al enfermo propiamente dicho.

Con respecto al primero no vamos a ocuparnos de él en el presente trabajo; su complejidad, la multiplicidad de sus factores, el crecido número a analizar de resortes necesarios que deben ponerse en juego en el seno de la misma para la rehabilitación integral del hanseniano, etc., desbordan ampliamente los límites que nos hemos trazado y le hacen tributario por derecho propio a ser cuidadosamente analizada y estudiada en forma independiente y aislada.

En relación al segundo factor, el enfermo propiamente dicho, vamos a analizarlo en sus dos aspectos; el físico y el síquico, sin que por ello olvidemos al desglosarlos, las sólidas imbricaciones existentes entre ambos.

DEFORMACIONES: SU REPARACION

Haciendo un esquema de las deformidades que se presentan en la lepra podemos dividirla de acuerdo con las regiones del cuerpo. Vamos a hablar de aquellas más frecuentes, así como de nuestra experiencia en estos casos.

Es la cara el lugar donde encontramos la mayor cantidad de deformidades, sobre todo desde el punto de vista estético, y las que por su sitio de exposición resultan las más chocantes. Este conjunto de alteraciones de la cara ha hecho posible la clasificación de fascias, anitonina y leonina.

La nariz es un punto en gran proporción de casos, dañados, presentando frecuentemente la forma en silla de montar, en donde existe destrucción del cartílago, mucosa y hueso, y una curvatura en su dorso que le da el nombre. Asimismo, en los leprosos son afectados no solo estos tres elementos, sino también el tejido celular subcutáneo y la piel que recubre la zona nasal, de modo tal que se presentan dificultades por esta razón en el método operatorio a emplear. En algunos casos la falta de distensión de la piel, hace que no podamos colocar un injerto óseo, es decir un autograft óseo, pues por mucho decolamiento que realicemos no tenemos suficiente espacio para colocar el hueso.

De todos los materiales a utilizar como son los sintéticos y los orgánicos, preferimos estos últimos óseos procedentes del mismo paciente y no de otra persona, es decir, el Homograft del banco de tejidos del género humano o animal; estos dos últimos presentan al cabo del tiempo de ser injertados, períodos de reabsorción parcial o total, creando deformidades. El injerto óseo lo tomamos bien de la clavícula, bien de la cresta ilíaca, y en mayor proporción de esta última por ser frecuente la osteoporosis en los hansenianos.

Queremos hacer referencia al segundo tiempo de la operación en el cual tenemos que tener en cuenta las infecciones que se presentan en las secreciones nasales, más frecuentes en los positivos baciloscópicamente hablando, y en la forma lepromatosa; así como también el retardo en la cicatrización del positivo.

En las perforaciones del tabique nasal que hacen la comunicación de ambas fosas, podemos informar que estamos en estudio del método de Pick consistente en llevar a la perforación un tubo pediculado a contactar por ambas fosas.

Las deformidades de la punta de la nariz, cartílagos alares y columela, van en gran cantidad de casos unidas a nariz en silla de montar, de modo tal que la reparación se realiza extendiendo el colgajo hasta la parte distal de la nariz. Hemos con esto pasado revista a las más frecuentes lesiones nasales.

Hablemos ahora de otra deformidad: las arrugas de la cara, cuya presencia es tan común en hombres y mujeres, y cuya aparición suele ser a veces tan precoz que alguno de los casos tratados por nosotros las comenzaron a presentar a la edad de 12 años.

Son tan pronunciadas que los leprosos jóvenes lucen ancianos. La elasticidad de la piel se pierde presentándose una ptosis general acompañada de gran flacidez de los músculos faciales. En muchas ocasiones las arrugas se extienden a las orejas presentándose en Helix y Antihelix, acompañadas de ptosis de lóbulos auriculares.

En el tratamiento quirúrgico de estos casos, hay que tener en cuenta que la extensión en que se separa la piel de los planos subyacentes es enorme y el sangramiento post-operatorio con infección puede ocasionar la necrosis de toda la cara; si realizamos una disección corta obtendremos una Ritidectomía falsa y no verdadera, haciéndose evidente nuestro fracaso lo que podría poner en peligro la buena marcha del servicio ya que los cirujanos plásticos en los leprocomios somos extraordinariamente observados por los pacientes en nuestros resultados.

Hablando sobre arrugas de párpados diremos que no es solo una operación estética sino también funcional, es decir, la gran cantidad de arrugas de párpados superiores crean una bolsa péndula sobre el ojo con pérdida mecánica de la visión, por lo cual al hacer la escisión amplia de la piel en párpados superiores reparamos un cuadro funcional ocular.

En casos de ptosis palpebral por parálisis de la rama superior que inerva el elevador del párpado, realizamos la suspensión de este por medio de la inserción de fascia-lata.

En los pacientes con lagofthalmos por parálisis del VII par en los que encontramos secreción lagrimal abundante, exposición de la conjuntiva con la formación de un ectropión por parálisis, hemos obtenidos resultados satisfactorios por el método de tarsorrafia interna con cierre por decolamiento de mucosa y cierre sobre ella de piel.

En algunos casos hemos empleado el método de Brown con tiras de fascia- lata llevándola a la aponeurosis del temporal, pero los mejores resultados se han obtenido haciendo primero una tarsorrafia interna.

En las orejas se observan frecuentemente las arrugas y la ptosis de los lóbulos auriculares que con el alargamiento producido hacen a veces orejas gigantes. En estos casos de resección de los lóbulos realizamos la incisión en la parte posterior de los mismos, buscando que la herida y su cicatriz queden ocultas.

Estas son a grandes rasgos las deformidades más frecuentes y los métodos que nosotros empleamos para corregirlas. Una deformidad que también se presenta con frecuencia es la ginecomastia un o bilateral. En estos casos de hansenianos debemos poner un vendaje compresivo, utilizando Elasto- Plast, de modo tal que podamos hacer la inmovilización del vendaje, evitando así las hemorragias postoperatorias, acompañando esto por supuesto del tratamiento profiláctico de los trastornos de la coagulación en estos enfermos.

Antes de terminar nuestra exposición queremos hacer mención también de los nódulos, los cuales reparamos por la escisión de estos con el cierre en ocasiones siguiendo la reparación geométrica.

Existen otros tipos de deformidades en una región que es considerada como la prolongación del cerebro: la mano. Esta observación hay que tenerla en cuenta en todo caso que presente la más mínima afección de mano, desde el simple traumatismo hasta el más destructivo, pues llega a ser su estudio de tanto interés, que los leprosos podrían clasificarse en afectados de mano o no, pues a partir del cuadro que presenten serán susceptibles de rehabilitación y en ocasiones casos de complicado estudio de rehabilitación.

Cuando vemos cualquier caso de traumatismo, de lepra o de cualquier enfermedad que afecte esta importante región del cuerpo lo primero que realizamos es un minucioso examen físico de la mano. Para ello hemos confeccionado un cuadro, en el cual se han tenido en cuenta los estudios presentados en diversos congresos de cirugía de la mano, y nuestra experiencia personal.

El principal valor que le damos a este cuadro es que podemos valorar la capacidad funcional de la mano y podemos realizar varios estudios en comparación con diversos cuadros tomados en diferentes períodos al paciente, veamos un ejemplo:

El ángulo interdigital entre dedo pequeño y anular del paciente X, es de 20 grados en el momento actual. Cuando el enfermo presenta brotes, es de 5 grados el ángulo existente durante dicho brote. Nosotros hemos realizado en este paciente fisioterapia intensa con ejercicios constantes, aunque presentaba dolores, pero hemos logrado que al cesar el brote el enfermo logre nuevamente el ángulo de 20 grados. En cada uno de los brotes realizamos el examen físico, el cual inscribimos en el cuadro y es de esta forma que podemos llevar la evolución funcional de la mano.

En la mano es preciso realizar un estudio minucioso de las deformidades, a nivel de cada una de las articulaciones de los dedos. También resulta de utilidad el estudio radiológico que nos permite apreciar las alteraciones óseas y articulares que aparecen con frecuencia en nuestros enfermos.

Como sabemos en las manos se observan retracciones tendinosas que dan lugar a la mano en garra y mano de predicador, según los dedos afectados; a veces también se presenta una retracción del pulgar y en todos estos casos podemos realizar trasplantes tendinosos a condición desde luego que los músculos correspondientes se encuentran indemnes.

Con frecuencia se producen atrofas musculares de los interóseos, lumbricales y músculos de las eminencias tenar e hipotenar. En estos casos de amiotrofia de la mano hemos empleado la inyección local intramuscular de vitamina E oleosa, obteniendo magníficos resultados.

Las retracciones de piel interdigitales son reparadas con Z plásticas acompañadas en algunos casos con injertos de piel.

Hemos podido observar ligera mejoría en la aducción del pulgar, realizando la epineurectomía cubital al nivel del codo notando asimismo aumento de la presión en dicha mano.

Hemos realizado estudios en diversos brotes y pudimos observar que:

1. —Los casos que presentan intenso dolor profundo, pérdida de la función total de la mano, o su pérdida en grado alto; deben someterse a la inmovilización total y continua con hiperextensión de los dedos, despliegue total de los mismos, incluso abducción completa del pulgar y dorsiflexión discreta de la muñeca, pues los resultados obtenidos han sido altamente satisfactorios ob-

servándose una buena capacidad funcional al desaparecer el brote.

2. —En los casos en que la pérdida de función se refiere a ciertos músculos, hemos utilizados cuando existe acompañamiento de fuerte dolor la inmovilización antagónica; es decir, sin estar afectados los extensores y el paciente puede realizar la flexión, pero no la extensión o si acaso esta última muy limitada y provocando intensos dolores, realizamos la inmovilización en flexión. En otros casos en los que se encuentran afectados los flexores, realizamos la inmovilización en hiperextensión. Hemos obtenido resultados muy satisfactorios al desaparecer el brote.

3. —Cuando durante el brote el paciente nos refiere que le comienza un dolor profundo en la mano, que le falta algo la presión, que el agarramiento es defectuoso y con dolor, inmediatamente comenzamos fisioterapia a base de fuertes ejercicios con gran actividad muscular de la mano, masajes y calor; todo esto por supuesto, combinado con el tratamiento farmacológico usual en estos casos. Además, estimulación eléctrica muscular, obteniéndose magníficos resultados.

Hemos querido resaltar no tanto nuestros resultados en los tratamientos de estos casos sino el valor del estudio de la mano leprosa y sobre todo del examen físico por medio del cuadro original nuestro, que nos permite estudiar la evolución de la mano como una apéndice asilado del cuerpo. En este cuadro tomamos en consideración la extensión y flexión voluntaria y pasiva, el % de actividad, la amplitud del movimiento de cada uno de los dedos y falanges, la flexión a "distal crease", la extensión en línea recta, los ángulos interdigitales, el estudio del pulgar en todos sus movimientos y todos los tests de movimientos. Además, el estudio funcional de arco palmar y un compendio de estudios de muñeca, codo y hombro.

AFECCIONES DEL PIE

En los pies observamos principalmente pie plano y pie varo equino. Como tratamiento para el primero, preconizamos el uso de soportes empleando siempre el material más suave posible por la tendencia de los enfermos a las ulceraciones lepróticas. En relación al segundo, cuyo componente equino es debido a la retracción del tendón de Aquiles y el componente varo a la parálisis de los músculos invervados por el ciático poplíteo externo, recomendamos alargamiento del tendón de Aquiles, trasplantes tendinosos y osteotomías cuneiformes con resección de las superficies articulares, corrigiendo la deformidad e inmovilizando en vendaje enyesado, hasta su consolidación como si fuera una fractura. El inconveniente del acortamiento del pie es contrarrestado por su posición derecha y buena estabilidad para la marcha. En relación a los perforantes y secuestros óseos a este nivel hemos llegado a la conclusión que tras la intervención quirúrgica es imprescindible el reposo absoluto. A veces hemos empleado un vendaje enyesado ambulatorio que permite al paciente salir de la cama y deambular sin apoyar la lesión, lo cual mejora la circulación de la extremidad al contraerse los músculos. Después que la lesión cicatriza, el problema es evitar que se produzca un nuevo perforante, para lo cual recomendamos el empleo de calzado cómodo y la aplicación de algodón, fieltro o guata.

OBSERVACIONES RADIOLOGICAS Y CONSIDERACIONES FINALES

Cuando un fragmento óseo queda desconectado de la circulación sanguínea, su densidad radiológica aumenta, porque a su nivel no se realizan los cambios de osteoclasia y osteoplastia, que caracterizan el metabolismo normal del tejido óseo. Por otra parte, el

periostio vecino tiene tendencia a cubrir ese fragmento óseo y se produce el involucro. Cuando estos fragmentos óseos necrosados son de pequeño tamaño, pueden ser eliminados hacia el exterior de manera espontánea, pero la mayoría de las veces hay que proceder a su extirpación quirúrgica.

En la lepra se observa una lesión ósea que es característica, se trata de la reabsorción ósea. Porciones de huesos y hasta huesos enteros son afectados y desaparecen, sin que exista proceso ulcerativo ni lesión de las partes blandas y vecinas. Son afectados con mayor frecuencia las falanges de manos y pies, los metacarpianos y metatarsianos, pero hemos visto estas lesiones en los huesos del carpo, del tarso y aún en la extremidad inferior de la tibia y el peroné. Las sustancias químicas que constituyen el tejido óseo: Calcio y Fosforo, así como las materias orgánicas van pasando paulatinamente al torrente circulatorio, sin que el paciente acuse el menor trastorno clínico. La reabsorción ósea empieza en las porciones distales y se extiende centripétamente de un modo gradual, llegando en algunos casos a afectar a gran cantidad de huesos. En la radiografía, se observan los huesos adelgazados, afilados, como puntas de lápices.

En muchos casos hemos encontrado deformidades de las articulaciones principalmente de las manos y pies. A veces se trata de aumento o disminución del espacio articular; otras veces ocurren subluxaciones y aun luxaciones más a menudo en las articulaciones interdigitales. Tenemos varios casos de subluxaciones de los huesos del tarso, que dan lugar a una prominencia en el borde interno del pie; en estos casos se produce pie plano y la deambulacion se mejora como ya dijimos con el uso de soportes de material plástico preferiblemente. Las luxaciones y subluxaciones son de tipo patológico, sin que en la historia clínica

podamos encontrar traumatismo alguno que las explique.

También se observan anquilosis que a veces ocurren en posición viciosa, quedando algún dedo desviado de modo tal que resulta un estorbo, en cuyo caso es necesario practicar una amputación o desarticulación.

Hemos observado casos de fracturas patológicas provocadas por traumatismos mínimos las cuales se producen en huesos afectados por la osteoporosis. Con el tratamiento ortopédico adecuado, estas fracturas se consolidan de modo normal.

Empleamos la fisioterapia para tratar las retracciones tendinosas y las rigideces articulares. La fisioterapia hay que utilizarla con gran precaución puer, en estos enfermos, frecuentemente se observan trastornos de las sensibilidades y podrían producirse quemaduras

a) emplear las distintas formas de calor; diatermia, infrarrojo, baños calientes, etc. En ciertos casos es de utilidad la electroterapia; corrientes galvánica y farádica, que estimulan las contracciones de músculos debilitados.

Los ejercicios activos son muy beneficiosos, cuando es posible su empleo, y deben recomendarse e insistir en ellos con paciencia y constancia.

La movilización pasiva y el masaje también tienen sus indicaciones precisas y bien empleadas deben permitirnos recoger resultados lisonjeros.

La terapia ocupacional es muy recomendable desde el punto de vista de la rehabilitación pues, además de mejorar al paciente físicamente hablando, tiene un efecto síquico altamente beneficioso. Los oficios manuales tales como carpintería, zapatería, radiomecánica, etc., cooperan a esta finalidad. Sin embargo, hay que evitar que el trabajo en condiciones desventajosas o realizado con excesos, perjudique a estos pacientes, que deben estar bajo control facultativo.

Los deportes deben ser practicado» con moderación, por los riesgos de lesiones en enfermos que tienen su capacidad física disminuida en mayor o menor grado.

TRASTORNOS SIQUIATRICOS EN LOS
ENFERMOS HANSENIANOS. PERFIL
SICOLOGICO.

No basta en la rehabilitación del enfermo hanseniano la labor eficaz y valiosa de los cirujanos especializados como el plástico y el ortopédico. Su siquis también necesita ser revisada y ajustada antes de devolverlo a la comunidad; el haber sido bruscamente separado de familiares y amigos, el prolongado encierro hospitalario, el comprender toda la pavorosa realidad que significa ser un hanseniano, tel saber como piensa y juzga la Sociedad a un enfermo de este tipo, son algunas de las cargas emotivas y tensionales que van minando el equilibrio síquico, desajustándolo emocionalmente y separándolo lenta pero inexorablemente de los rectilíneos caminos de la normalidad para conducirlos por los sinuosos y lóbregos de la neurosis.

No se ha podido demostrar hasta el presente la existencia de una relación causal entre sicosis y lepra. En la poca bibliografía existente hasta el presente al respecto, no hemos hallado indicio alguno de esa relación y el mismo Esser que nos luce el investigador que ha realizado los estudios más serios y consistentes en ese sentido, tampoco la señala. En lo que a nosotros respecta no hemos encontrado ni creemos que exista nexo causal alguno entre ambas entidades nosológicas, los casos de sicosis que hemos tratado en nuestro servicio (esquizofrenia paranoide, sicosis maníaco depresiva, depresión reactiva, etc.) mantienen con la lepra solamente una relación de mera contigüidad.

Lo que si estamos en condiciones de asegurar es que el enfermo hanseniano

presenta un patrón de conducta, un modo específico y característico de reaccionar ante las situaciones conflictivas e inesperadas que la vida cotidiana le presenta. Patrón de conducta este que rebasando los límites de la normalidad penetra en el capítulo de las neurosis en las que va adentrándose en razón directa al tiempo de confinamiento hospitalario.

Podemos, pues, hablar de la existencia de la personalidad neurótica del leproso que viste ropajes propios que lo distinguen de los demás y que si bien pueden mostrarnos en ocasiones varias, tonalidades psicológicas que desdibujen

o tornen su perfil, borroso; bastará que observemos con detenimiento su comportamiento para descubrir un fondo igual, común denominador siempre idéntico, que corresponde a una constitución francamente paranoide en la que las ideas persecutorias ostentarán su prevalencia, como resultantes sin duda de los vejámenes, el desprecio, el asco, el terror, la repugnancia que injusta e inhumanamente saben nuestros enfermos se han hecho acreedores por el solo delito de haber sido contagiados por el bacilo de la lepra.

He aquí demostrado en pocas palabras, la necesidad de existir el servicio de siquiatria en cuanto hospital, asilo, colonia, etc., sea creado para albergar y atender a este tipo de enfermo.

El material que nos suministra el perfil psicológico de estos enfermos haría interminable esta exposición y nos apartaría de nuestro objetivo y meta; su rehabilitación social.

Señalaremos por ello solamente que como síntoma cardinal de su enfermedad en el plano síquico encontraremos la ansiedad y que ante ella nuestros enfermos ponen en juego diversos mecanismos de ajuste, neuróticos desde luego, siendo el más apreciable y con el que tropezamos a diario el de la agresividad. De todos nosotros es co

nocido que la conducta agresiva, hostil 110 es muchas veces más que la capa bajo la cual el sujeto esconde el miedo que le domina.

TRATAMIENTOS DE AJUSTES Y ORIENTACION SIQUIATRICA

Los tratamientos de reajuste deben comenzar en realidad desde el momento mismo en que el enfermo queda hospitalizado. Pasada la etapa inicial de adaptación al nuevo medio, etapa que le contemplamos cruzar las más de las veces bajo un síndrome depresivo; comienza la rebelión que el confinamiento prolongado le crea y la personalidad del paciente comienza a trastocarse dándole paso a esa personalidad característica de que antes habláramos.

No hay duda alguna en que nuestro cuidado y tacto más exquisito debe sin embargo dirigirse hacia ese tanto por ciento de enfermos rehabilitables merced a los desvelos de leprólogos y cirujanos tanto especializados como generales que con su cuidado y guía hacen posible el retorno a la sociedad de los mismos.

Con ellos y para ellos la sicoterapia individual y de grupo sobre todo de tipo didáctico, unida a charlas y conferencias extensivas a los familiares sobre normas de higiene mental, serán las armas de elección que debemos emplear. Junto a ellas y dentro del mismo hospital el funcionamiento de un gabinete de sicometría y orientación vocacional que mida inteligencia, actitudes y capacidades que nos permita indicarles aquel sitio dentro de la comunidad que puede serle más útil y en el que tendrá más posibilidades de triunfo.

No podemos dejar de mencionar las bondades de la laborterapia que el hospital puede proporcionarle al enfermo creándole y entregándole modestos talleres de mecánica, carpintería, costura, etc., en los cuales la práctica diaria mejore y aumente su capacidad operaría a la par que le separa del

ocio, su peor enemigo, aunque no sepan comprenderlo así.

Todo este arsenal terapéutico puesto a la contribución de una mejor rehabilitación del hanseniano debe ser complementado por la valiosa cooperación del trabajador social que nos brindara en su informe producto de su investigación el panorama real del medio familiar al que regresa el enfermo a fin de que podamos justipreciarlo y valorarlo en forma correcta permitiéndonos a tiempo introducir las correcciones necesarias en el mismo a fin de evitar que vayan a actuar como vectores negativos que obstaculicen y dificulten la adaptación del paciente.

EL PROBLEMA SOCIAL DEL ENFERMO HANSENIANO

El problema social, porque efectivamente es todo un señor problema, ha sido objeto de estudio por otra comisión de compañeros y por tanto solo queremos señalarlo para expresar una vez más como antes lo hiciéramos en el prólogo nuestra preocupación por el mismo, ya que consideramos que su solución es el primer paso que debe darse para rehabilitar al paciente. Inútil será la labor del cirujano plástico, inútil será la labor del ortopédico, y del siquiátra y la de los trabajadores sociales alrededor del enfermo, si este ha de enfrentarse a una sociedad recelosa, desconfiada, atemorizada ante su regreso y que asumiendo una posición y actitud hostil tratará por todos los medios de cerrarle el paso y rechazarlo, impidiendo su reintegración.

La mayoría de los enfermos hoy rehabilitados mantienen su sintonía medio ambiental porque ocultan por todos los medios posibles su procedencia y su mal, y esto es una verdad que no puede negarse.

No podemos hablar de rehabilitación social del hanseniano cuando esta se

edifica sobre cimientos de mentira, simulación y ocultación del pasado, porque entonces el edificio así construido es tan falso como las bases que lo sustentan, su equilibrio es inestable y en cualquier momento podrá venirse estrepitosamente al suelo.

Tenemos que cambiar la mentalidad de la sociedad en ese sentido para que nuestros enfermos no tengan que mentir ni sentir el temor que se sepa en un momento dado que han sido pacientes del hospital antileproso.

Cuando nuestros pacientes puedan verse liberados de esa carga emocional, porque la sociedad ya los ha comprendido y les ha dado la oportunidad que merecen de ocupar un puesto en el seno de la misma, entonces y solo entonces podremos decir satisfechos que la rehabilitación del enfermo hanseniano es una hermosa realidad.

CONCLUSIONES

1. —Necesidad de la reorganización de las Unidades Hospitalarias y Dispensariales existentes con vista a una adecuada asistencia al enfermo de lepra.
2. —Necesidad de la creación de un Hospital General para enfermos de lepra, recomendándose como tal el Hospital anti-leproso de Santiago de las Vegas por las adaptaciones y adiciones sugeridas, orientadas hacia la más completa recuperación del enfermo.
3. —Necesidad de la creación de asilos o albergues para enfermos incapacitados, recomendándose el Hospital San Luis de Jagua como el primero de esta clase de tipo regional.
4. —Reorganización de los Dispensarios existentes señalándosele funciones y metas específicas.
5. —Creación de unidades móviles con funciones específicas complementarias de los Dispensarios.
6. —Necesidad de complementar la rehabilitación física y psicológica del enfermo con la modificación del medio social en que va a convivir.