

Informe del relator general

Dr. MIGUEL A. GONZÁLEZ PRENDES

CONTROL DE LEPROSIA

La lepra es una enfermedad conocida en Cuba desde hace cerca de cuatrocientos años.

Geográficamente Cuba se encuentra situada dentro de un intenso foco leproso.

Ninguno de los países que nos rodean se escapan a la endemia hanseniana, tanto insulares como continentales. En las Antillas Mayores existen cerca de seis mil enfermos conocidos y en las Antillas Menores las cifras ascienden a cinco mil pacientes. En Centro América pasan de mil los casos conocidos. En Colombia y Venezuela, los censos registran unos veinte mil enfermos. En los estados sureños, de los Estados Unidos, incluyendo a los hospitalizados en Carville, existen, aproximadamente mil pacientes y en México el número de enfermos fichados es de 11,855. Estas cifras se refieren, como hemos dicho, a los enfermos conocidos de estos lugares. Un total de cerca de

44.0 hansenianos, y, si tenemos en cuenta que los leprologos mexicanos, en el informe que presentaron al Seminario de Bello Horizonte, estiman en

50.0 el número probable de casos para su país, cifra que coincide con el informe presentado por el delegado de la OMS, Dr. Lauro de Souza Lima al gobierno mexicano sobre las características de la endemia hanseniana en México, podemos calcular conservadoramente, en más de cien mil los casos de lepra que existen en el área del Caribe.

El Dr. Souza Lima, en su trabajo: 'La lepra en las Américas', clasifica a las regiones americanas; teniendo en cuenta la intensidad de la endemia, en "áreas de endemia muy extendida", "áreas de endemia poco extensa", "áreas de endemia extendidas", "áreas de endemia medianamente extensa" y "áreas de endemia poco extensa". Pues bien: entre los países con áreas de endemia muy extendida, que son trece en total, nueve se encuentran enclavados en la cuenca del Caribe.

Antes, la base de la profilaxis lo constituía el aislamiento. Hoy preferimos el diagnóstico y tratamiento precoz, llevado hasta los mismos focos leproso-genos para, así, poder tratar a los casos incipientes y tener mejor control de los contactos.

Como dato curioso y que avala en parte lo que venimos tratando, queremos decirles que en Brasil, cuya campaña fue modelo, y el patrón por el cual se guiaron la mayor parte de los países en su lucha anti-hanseniana, se llegaron a crear 36 hospitales que albergaban a 23,000 enfermos; 33 preventorios con capacidad para cerca de 5,0 niños y alrededor de cien dispensarios. Se dieron intensos cursos de leprología a los médicos, se prepararon enfermeros técnicos y visitadores sociales en gran número y el resultado obtenido por ellos ha sido exactamente igual al obtenido por nosotros. La endemia aumentó considerablemente y de 48,718 pacientes que tenían censados en el año 1946, la cifra actual, según Souza Lima

se eleva a 121,314 enfermos y según Dinis el censo se enriquece todos los años con un promedio de 5,000 enfermos.

Hasta ahora se han celebrado siete Congresos Internacionales de Leprología. El primero fue celebrado en Berlín el año 1897, Congreso que reconoció la especificidad del Bacilo de Hansen como agente causal de la lepra y el último fue celebrado en Tokio en el año 1958. En los cuatro primeros Congresos prevalecía la opinión de la grave contagiosidad e incurabilidad del Mal de Hansen y la mayoría de los leprólogos del mundo apoyaron y dispusieron el aislamiento como base principal de la profilaxis anti-hanseniana. En los Congresos celebrados en la Habana en el año 1948 y en Madrid en 1953, ya el aislamiento no es tomado tan drásticamente y se recomienda el aislamiento selectivo, es decir, para los casos contagiantes únicamente, pero todavía se sigue proclamando la incurabilidad del mal, y, por fin llegamos al Congreso celebrado en Tokio en el año 1958 donde se condena el aislamiento como medida profiláctica, se considera una medida anacrónica y se hace especial énfasis en que la medida profiláctica principal ha de basarse en el tratamiento quimioterápico intensivo de todos los enfermos, no solamente en los centros especializados, también en todos los Organismos Generales de Salud Pública. Se hace especial referencia al tratamiento ambulatorio, llevado si fuera necesario a los mismos focos.

Hoy, la lepra es considerada como lo que debe ser, una enfermedad y no un castigo o una maldición y no existe motivo alguno para que se la individualice de tal modo como si fuera algo extraño a la patología médica contra la cual nada podemos hacer, solamente contentarnos con aislar a los hansenianos y esperar tranquilamente a que

la muerte los libere de la tremenda injusticia social y científica a la que han estado sometido durante milenios.

Leñemos que adaptarnos a las nuevas ideas, a los nuevos conceptos que se han adquirido sobre la enfermedad. Leñemos que aprovechar la experiencia adquirida en otros países donde desde hace años ya viene funcionando el nuevo plan profiláctico y con entusiasmo, un poco de espíritu de sacrificio y ardientes deseos de contemplar a nuestra patria libre del flagelo de la lepra ponernos a trabajar llevando hasta los más recónditos e inhóspitas zonas de nuestro país los provechosos beneficios que los conocimientos de la leprología actual ha puesto a nuestra disposición.

Sobre la transmisibilidad de la lepra no es ahora cuando hemos aprendido que es de escasa contagiosidad, tan escasa que a lo largo, de nuestra ya larga práctica leproológica, aún estamos por ver el primer caso que se haya contagiado, no solamente entre el personal sano que trabaja en Dispensarios y Hospitales, sino también entre los vecinos de esos Hospitales y para los que trabajamos en estos Centros no puede ser un secreto la promiscuidad que ha existido entre los pacientes y sus vecinos sanos, no solamente en los días festivos o de visita, también en cualquier día del año.

Los que somos aficionados a la Historia de la Medicina y, a la ley de la lepra en particular, en nuestras intensas búsquedas históricas no hemos podido encontrar un solo caso de este tipo de contagio entre el personal sano hospitalario y, ya, en 1875, Hansen también había hecho estas observaciones y llegó a proclamar que el aseo personal era una de las principales armas contra la lepra y el agua y el jabón sus principales enemigos.

El error sobre la contagiosidad de la lepra parte de la más remota antigüedad cuando se

creía que hasta las casas podían ser contaminadas por un enfermo de lepra y que el individuo que tocara un objeto que anteriormente fuera tocado por un enfermo quedaba enfermo de lepra. Con este bárbaro concepto acerca de su contagiosidad han sido millares los crímenes que se han cometido y que con lujo de detalles nos narra la historia leproológica. Hoy a cientos de años de aquellos hechos nos luce inverosímil que tales cosas hayan sucedido, como a los compañeros de años venideros les ha de resultar inexplicable que nosotros hayamos sometido a rigurosos aislamientos a nuestros pobres enfermos. De todos son conocidas las autoinoculaciones experimentales que se han llevado a cabo por afamados leprólogos entre ellos las de Danielssen considerado como el Maestro de la leprología moderna y la de sus discípulos, las de Lagoudaky y en nuestro medio la del Dr. M. Duque, así como las llevadas a cabo por Profeta, Arning y otros.

En nuestros Hospitales y en las visitas realizadas a los domicilios de los propios pacientes hemos encontrado cientos de casos de lepromatosos intensamente bacilíferos conviviendo con sanos, realizando vida conyugal y en íntima promiscuidad con sus contactos y sin embargo a pesar de todo el terror a la lepra y a la fácil contagiosidad de las enfermedades consideradas como transmisibles el número de contactos enfermos en muchos casos ha sido nulo y en otros la cifra no ha sido tan alarmante como para creer en el terrible poder infectante de la lepra. En los países africanos y asiáticos y hasta hace muy poco tiempo en algunos de nuestra América es y era costumbre que el enfermo de lepra se aislara en ellos con sus familiares sanos y estos, haciendo vida común con los enfermos sin las más elementales medidas higiénicas de protección muestran un índice bastante bajo,

dado el medio, al parecer, infectante en que viven, y es que en la lepra las lesiones cerradas no son contagiosas prácticamente y no ha sido posible probar la existencia de un vector, en la diseminación de la enfermedad. El contagio ha de ser hecho por contacto directo entre el paciente y la persona sana y este contacto ha de ser íntimo y repetido, pues el contacto fortuito o incidental no puede ser aceptado en leprología y para que el íntimo y prolongado sea electivo se necesita cierta predisposición para adquirir la enfermedad la cual es perfectamente explicada en cualquier tratado en el capítulo referente a la inmunidad, inmunidad que puede ser heredada, atávica o adquirida frente al primer contacto. La heredada podemos comprenderla si tenemos en cuenta los pocos casos que narra la bibliografía leproológica de enfermos menores de tres años que han adquirido la enfermedad a pesar de vivir en focos lepromatosos. La atávica es la transmitida de generación en generación, y, así explican algunos autores la extinción del foco europeo y la benignidad que presenta la endemia en la India, y, la adquirida frente al primer contacto si éstos han sido pequeños y repetidos los cuales obrarían como una vacunación. Los estudios realizados por el Prof. José M. Fernández, realizando la prueba lepromínica entre las personas sanas de regiones endémicas le dan una cifra que oscila entre el (0 y 80% de positividades y también realizó estas experiencias entre la población de países no endémicos de lepra y la positividad de la lepromina obtuvo un resultado semejante. Lo cual nos indica que entre el 70 y 80% de la población tienen suficientes defensas orgánicas para resistir a la infección y si enferman desenvolverán formas benignas de fácil curación o que curan espontáneamente. Los experimentados leprólogos Rogers, Muir y el propio fer-

nández a través de largos años de observación dicen que menos del 50% de los individuos sanos viviendo en íntimo y prolongado contacto con casos abiertos adquieren la lepra. Debemos cuidarnos contra el contagio de la lepra, pero sin exageraciones que sólo conducirán aumentar el miedo y mantener el terror que sobre la lepra existe.

CURABILIDAD:

Casi todos los leprólogos están de acuerdo en que la lepra es una enfermedad curable, gracias a las sulfonas, como acertadamente señala el Prof. F. Latapí y ésta curabilidad depende, principalmente, de la etapa en que se encuentre la enfermedad cuando comienza la medicación. De aquí la grandísima importancia que para su curación y para la profilaxis de la misma tiene el diagnóstico y tratamiento precoz.

Desde el punto de vista sanitario, que es el que más ha de interesarnos por el momento, podemos afirmar que las drogas que estamos utilizando, en un elevado porcentaje, interrumpen en un plazo bastante breve la cadena de contagios y por lo tanto detienen la expansión de la endemia al cerrar los casos que antes eran abiertos, bacilíferos o contagiantes. Nuestro principal objetivo debe basarse en transformar de abiertos en cerrados al mayor número de pacientes y poder así controlar la endemia y reducirla a su mínima expresión.

¿Cómo podemos lograr esto? Esto podemos lograrlo variando radicalmente nuestro tipo de campaña. Nuestra campaña era o es estática y de estática debemos convertirla en dinámica. Hasta ahora nosotros nos hemos comentado con atender los casos que espontáneamente han llegado a nuestras consultas, y en algunas ocasiones, a examinar a los convivientes que nos han traído. A nuestras consultas han llegado los

casos, en su mayoría, cuando han estado en grados avanzados de la enfermedad, es decir, cuando ya no les ha sido posible ocultar por más tiempo la dolencia que padecen. Mientras tanto, allá en los focos habrán quedado otros casos con lesiones poco avanzadas o indeterminados que no sabemos que existen y que con el tiempo también serán clientes nuestros, pero vendrán en estado verdaderamente lastimoso. De esta manera es imposible que nuestra endemia descienda, pues, continuamente estará nutriéndose de aquellos casos que por no haber sido atendidos a su debido tiempo han continuado contagiando a todas aquellas personas que tienen contactos con ellos y que tienen susceptibilidad para contraer la infección y así, los Hospitales y Dispensarios creerán que están cumpliendo la función para la cual fueron creados y en realidad 110 estarán cumpliendo la función profiláctica que ha de ser esencial para ellos, y, pasivamente seguiremos contemplando como las gráficas del censo siguen subiendo.

El objetivo principal de una campaña para el control de la lepra es, aunque parezca una perogrullada, el controlar el mal para evitar que continúe extendiéndose hasta invadir zonas indemnes. No la controlaremos desde los Hospitales y Dispensarios.

Un incendio no lo apagaremos atendiendo en los Hospitales a sus quemados. Tenemos que ir hasta el foco donde se originan las llamas para exterminar allí el fuego que existe, si 110 lo hacemos así éste continuará mientras haya material combustible y los heridos continuarán llegando a los centros hospitalarios.

Con la lepra pasa lo mismo. De que nos vale atender, y si se quiere hasta curar, a sus enfermos si dejamos a los focos en plena actividad De nada.

Al recomendar este tipo de campaña también hemos tenido en cuenta el aspecto médico-social de la lepra, el cual debemos tener muy presente antes de fijar normas para su control, pues es, indiscutiblemente, la enfermedad que' más desajuste de orden económico-social y emocional acarrea al enfermo y a sus familiares, según la autorizada opinión del Prof. Aguiar Pupo.

Los pacientes de lepra por regla general proceden de las capas más humildes de la población y en un inmenso porcentaje son campesinos.

Si nosotros echamos una ojeada sobre el planisferio que señala la distribución geográfica de la lepra, nos daremos cuenta inmediatamente que los focos de mayor intensidad se encuentran precisamente en aquellas regiones donde la economía es más precaria, donde están los países más subdesarrollados, aquellos cuyo nivel de vida es sencillamente infra-humano, y aún, en una misma nación los mayores focos existen en aquellas zonas donde las condiciones de vida son más pobres, donde falta la higiene, las familias viven en promiscuidad, hacinadas y con escasos medios económicos, con alimentación insuficiente y padeciendo de enfermedades carenciales, parasitosis, raquitismo, anemia, e innumerables trastornos patológicos que contribuirán a abonar el terreno para que la lepra germine en él y se desarrolle sin dificultades de ningún género.

La campaña activa, dinámica, en los mismos focos nos traerá las siguientes ventajas: descubrir la forma incipiente que pasan desapercibidas, tratarlas y curarlas, impidiendo su evolución hacia las formas lepromatosas o tuberculoides. Tendremos mayor y mejor control de los contactos. Lograremos que los pacientes hagan el tratamiento de manera regular, (pues por medio de las sulfoñas inyectables de acción

retardada podemos tratarlos cada 15 o 30 días). No distraeremos al paciente de sus labores obligándolo a ir hasta los Dispensarios, la mayoría, como hemos dicho, son de economía precaria y tienen, forzosamente, que trabajar para poder subsistir, y, si son jornaleros, el día que disponen para ir hasta el Dispensario o al Hospital, no devengarán salario alguno. No se desajustaría el hogar con el aislamiento a veces del jefe de la familia. No tendrían que preocuparse por el ajustamiento al medio social una vez blanqueados, en contraposición a lo que le sucede a los enfermos que han sido hospitalizados. También este método de tratamiento actuaría sobre el psiquismo de los pacientes y los reconfortaría al ver como no tienen que abandonar sus labores y su hogar para tratarse, aconsejándolos únicamente sobre los trabajos a los cuales le deben dar preferencia y las horas que deben trabajar, de esta manera estaríamos dándole terapia ocupacional, contribuyendo a prevenirles de posibles trastornos amiotróficos o de retracción. La estigmatización del enfermo no sería tan marcada como sucede cuando se hospitalizan.

Este tipo de tratamiento ha dado espléndidos resultados en África, Birmania, Viet Nam, Corea, Brasil, México y en todos los lugares donde hasta ahora se está empleando. Enumerar las mejorías obtenidas con este tipo de tratamiento sería hacer sumamente largo este informe, pero para poder aquilatar los beneficios que el mismo puede reportarnos vamos a señalar como ejemplo un solo caso, el del África Ecuatorial francesa, donde en tiempos del aislamiento habían censados 40,000 enfermos y de éstos solamente recibían tratamiento unos 4,000. En 1953 el Dr. Richet llevó el tratamiento a domicilio, cubrió un extenso circuito y elevó el censo a 150,000 y la cifra de enfermos tratados llega a 130,000. Cuando hace poco el Prof. Gay Prieto en su calidad de leprologista

consultor de la OMS visitó esta región pudo informar a la OMS que el 50% de estos pacientes habían blanqueado.

A los contactos pudiéramos protegerlos por medio del B.C.G. que, aunque' en la hora actual las opiniones sobre su eficacia están divididas, hay eminentes leprólogos como: Souza Campos, Souza Lima, Montestruc, Chaussinand, Convit y otros muchos que son ardientes defensores de este sistema de protección. (Montestruc señala ante el Congreso de Tokio que el antagonismo entre la lepra y la tuberculosis, negado por unos, y admitido por otros, para él está perfectamente claro en vista de los sorprendentes resultados que ha obtenido desde el año 1935 en que comenzó a utilizar la vacunación por el B.C.G. a todos los niños que presentaban negativa una reacción de Mitsuda, Chaussinand defensor convencido de este antagonismo declara que "un primer ataque por el bacilo de Koch determina un cierto grado de inmunidad antileprosa. los organismos infectados o simplemente impregnados por el bacilo tuberculoso estarán en estado de premunición relativa contra un ataque ulterior por el bacilo de Hansen. Una simple impregnación tuberculosa sería suficiente para procurar al organismo una para-inmunidad leprosa, traduciéndose por un Mitsuda positivo. Sigue diciendo Chaussinand que esta reacción positivada artificialmente puede ser considerada como el signo de una para-inmunidad leprosa que es capaz de jugar un rol de suma actividad en la profilaxis contra la lepra".

Souza Campos dice en Bello Horizonte que la "reacción de Mitsuda positiva es signo indiscutible de una para- inmunidad leprosa y que para él también es indiscutible la acción del B.C.G. en la premonición de la lepra".

Entre los 250 niños vacunados por Montestruc, en Martinica en 1935, convivientes de enfermos de lepra, hayan sido, o no, separados del foco familiar han sido examinados por él 23 años después y en ninguno se había desarrollado la enfermedad y recomienda que la campaña de premonición de la lepra por el B.C.G. debe ser el acto profiláctico primordial a cumplir en todos los focos leprógenos. (En los lugares controles donde los niños no fueron vacunados la endemia se desarrolló como acostumbraba hacerlo).

También a los contactos podemos protegerlos con dosis infraterapéuticas de sulfonas.

Este sistema nosotros lo venimos empleando desde hace más de cinco años y hasta ahora no hemos tenido ningún caso de contagio entre contactos sanos, niños o adultos.

Para esta labor podemos utilizar todos los Hospitales, Unidades Sanitarias y Policlínicos, además de los Centros Especializados.

La función del Hospital prácticamente resulta inoperante, pues estará limitada a pocos casos. Debe limitarse exclusivamente y de manera temporal para los casos que necesiten rehabilitación física, para los inválidos y para los casos graves que no tengan domicilio o 110 puedan cumplir pequeñas normas profilácticas en sus domicilios y tengan convivientes menores. Decimos de manera temporal hasta tanto el público y los compañeros médicos se acostumbren a considerar a la lepra como otra enfermedad cualquiera, y entonces no pongan reparos a que estos enfermos se traten en los Hospitales Generales.

Hemos dicho que la función del Hospital actualmente resulta inoperante y queremos explicar esta aseveración. Entre nuestros dos hospitales tendremos un total de 700 camas, es decir que tenemos hospitalizados a un poco más del

15⁴Jo del total de pacientes que tenemos censados. De estas 700 camas cerca del 50% deben de estar ocupadas por pacientes con baciloscopia negativa, así que prácticamente el estado mantiene dos hospitales para albergar en ellos a 350 casos contagiantes. En nuestros hospitales tenemos casos que llegan a él, tratan de curarse, cumplen disciplinadamente las indicaciones que se les hacen, se negativita o antes de negativizarse pide su alta para continuar el tratamiento a domicilio y cumple estrictamente las recomendaciones profilácticas que se le dan y tenemos, desgraciadamente, otro tipo de enfermo que llega al hospital, se acostumbra a la vida cómoda de él, se casa en el hospital, cuando nacen los hijos se les envían a la Casa Cuna, no cumple o cumple irregularmente los tratamientos que se le señalan, pues no desean negativizarse para que no les vayan a dar de alta y si están en condiciones de alta sanitaria y se les da, donde quiera que se paren dicen que son enfermos de lepra, llegando inclusive hasta las autoridades fingiendo cuadros que no padecen o denunciando que se les ha dado de alta arbitrariamente para que se les gestione el ingreso de nuevo.

Debemos fijar como meta profiláctica de la campaña el tratamiento ambulatorio, en los propios domicilios de los enfermos, sobre todo en los casos rurales, que por regla general están lejos de los Centros Sanitarios. Para esto podemos utilizar visitantes sociales o auxiliares de enfermería, entrenados para realizar esta labor tal como se está realizando actualmente en San Luis de Jagua, con magníficos resultados y complacencia de los enfermos.

Nosotros nos tenemos que ir acostumbrando a que el leproso, nuestro querido leproso, está llamado a de, aparecer, pues los enfermos de lepra han de ser integrados en los Hospitales

Generales, pero mientras estas cosas no sucedan, queremos recomendar también lo beneficioso que sería para la campaña anti-hanseniana el suprimir los calificativos de antileproso a los Centros Sanitarios que se dedican al tratamiento de la lepra. Las palabras lepra y leproso causan un impacto desagradable entre todos los habitantes, tanto sanos como enfermos. Entre los sanos causa horror y ven a éstos como lugares en que se van a encontrar con sujetos peligrosos, plagados por las más horribles taras tanto físicas como morales y donde el peligro de enfermarse es inminentísimo. Para los pacientes es sumamente desagradable concurrir también a estos establecimientos, pues, al penetrar en los mismos tácitamente están confesando que padecen de lepra, y quedan expuestos a desagradables desaires por parte de la población sana. Este es uno de los motivos por el cual muchos pacientes, sobre todo si están en fases incipientes se niegan a concurrir a los Dispensario» antileproso, y sin embargo van con gusto a consultas privadas, y, a nosotros infinidad de veces nos han rogado que los veamos en sus propios domicilios, de

lo contrario prefieren no tratarse o tratarse insuficientemente. Yo no sé si ustedes nos habrán comprendido, pero los compañeros que trabajan en estos centros anti-leproso seguramente que tendrán la misma experiencia mía, pues también a los médicos que, afortunadamente, nos hemos dedicado al cuidado de los enfermos del Mal de Hansen también nos llega parte de esta estigmatización y en ocasiones a nuestros propios familiares.

Repetimos que sería altamente beneficiosa el suprimir los nombres de lepra y leproso a los dispensarios u hospitales especializados para esta enfermedad, los podemos designar con nombres tales como hospitales, sanatorios o

centros dermatológicos simplemente y de este modo también estaríamos cumpliendo las resoluciones de los últimos Congresos Internacionales que proscriben estos calificativos y recomiendan que no deben ser utilizados para darle nombre a los Centros asistenciales destinados a tratar enfermos de

lepra y editados en los escritos de cualquier índole, aún en los científicos y mucho menos utilizarla como sinónimo de hechos execrables, tal como corrientemente la leemos últimos: lepra social, lepra del alma, etc.

Conclusiones

a la ponencia sobre la epidemiología y profilaxis de la lepra

-La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible y curable.

-Se consideran los factores que intervienen en la transmisión tales como el germen, la susceptibilidad o resistencia del organismo y la exposición al contagio de una manera intensa y prolongada.

-Debe resaltarse la importancia de los índices y coeficientes entre ellos el índice de prevalencia nacional puesto que el mismo clasifica la endemidad de un país.

-a) Como trabajo de rutina se recomienda en forma obligatoria examen bacteriológico de las lesiones cutáneas, lóbulo auricular y del muco nasal.

b) La lepromina-reacción deberá practicarse obligatoriamente en todas las formas clínicas de lepra.

c) Aconsejamos practicar un estudio minucioso en relación con la vacunación por B.C.G. para llegar a conclusiones definitivas en cuanto a su utilidad para el control de la enfermedad.

d) Recomendamos la abolición del aislamiento obligatorio.

e) Considerando al niño como el contacto más susceptible para contraer la infección, se le deben brindar las mayores garantías para evitar el contagio mediante las medidas especiales antes señaladas.

Conclusiones

sobre la ponencia de terapéutica y

criterio de alta

1. —Se señala como medicamento de elección la Diamino-difenil-sulfona.
2. —Se recomiendan las siguientes dosis: 1ª semana, de 25 a 50 miligramos diarios, ir aumentando la dosis progresivamente hasta llegar a la dosis óptima de 200 miligramos diarios.
3. —Se recomienda también en ciertos casos la administración por vía parenteral de la Diamino-difenil-sulfona.
4. —Se recomienda la medicación selectivamente con el Ciba 1906 en los casos de intolerancia a las sulfonas.
5. —Se reconoce el valor del tártaro emético, Cloroquinas, etc., en el tratamiento del brote leprótico. El uso de los córticoesteroides se recomienda en casos excepcionales y por corto tiempo.
6. —Criterio de altas: Después del blanqueamiento de las lesiones se recomienda el tratamiento ulterior durante dos años en los casos cerrados y tres años para casos abiertos y entonces se les dará el alta a los enfermos con observaciones periódicas no menos de cinco años.

Conclusiones

sobre la ponencia a la Comisión de Aislamiento.

Función de hospital especializado y rehabilitación

1. —Reorganización de las Unidades Hospitalarias especializadas existentes con vista a una adecuada asistencia al enfermo de lepra.
2. —Reorganización de los servicios especializados para la atención de enfermos ambulatorios en Hospitales, Policlínicos y Clínicas señalándosele funciones específicas.
3. —Se recomienda la búsqueda y control de los focos. (Censo de enfermos.)
4. —Se insiste en la Rehabilitación Médica y Socio-Económica de los enfermos.

Conclusiones

sobre la ponencia del Control de la Lepra.

Organización de servicio de control

1. —Se recomienda la intensificación del estudio de la leprología en los centros especializados y preparación del personal en general.
2. —En las directrices generales se señala la importancia del diagnóstico precoz, descubrimiento de casos y el examen bacteriológico.
3. —Se resalta la clasificación en formas abiertas y cerradas de la lepra de gran importancia sanitaria.
4. —En los fundamentos técnicos la necesidad del conocimiento de:
 1. Características de la endemia.
 2. Principios que orientan la campaña.
 3. Organización de los Servicios Médicos.
 4. Evaluación de los resultados de la campaña.
5. —En el programa de control se considera esencial: la integración de los servicios en los Organismos Generales de Salud Pública, coordinación con otros departamentos, y direcciones y conexión con los Organismos de Masa.
6. —Se reconoce unánimemente la importancia de la educación sanitaria a todos los niveles.
7. —Se hace énfasis en la acción dinámica asistencial y epidemiológica de los servicios especializados.
8. —Por tratarse de una enfermedad poco contagiosa y curable se espera obtener como meta final el tratamiento ambulatorio de todos los enfermos sin necesidad de hospitalización.
9. —Se recomienda la abolición de los términos “lepra” y “leproso” en los nombres dados a los hospitales y demás centros asistenciales destinados al tratamiento de los pacientes del Mal de Hansen.

. M.

Conferencia Nacional sobre Normas de Control de Lepra

Programa de la Conferencia

- 9.00 a.m. Constitución de la Conferencia.
Designación de la Mesa Ejecutiva.
- 9.30 a.m. PALABRAS DE APERTURA, por el Dr. José López Sánchez. Constitución de las mesas de las Comisiones de Trabajo. Sesiones de las Comisiones de Trabajo.
- 10.00 a.m. Comisiones de Trabajo.
- 1.00 p.m. ALMUERZO.
- 2.00 p.m. Continúan las sesiones de las Comisiones de Trabajo. Entrega por los Presidentes de las Comisiones de Trabajo de las ponencias aprobadas y conclusiones.
- 4.00 p.m. Reunión del Comité de Redacción.
- 5.00 p.m. Reunión del Comité de Redacción.
- 9.00 p.m. SESIÓN PLENARIA.
Informe del Relator General.
- 10.30 p.m. Discusión y Votación de las conclusiones.
PALABRAS DE CLAUSURA de la Conferencia, por el Ministro de Salud Pública.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE Y SECRETARIO DE LA MESA

PRESIDENTE:

1. —Presidir las sesiones plenarias.
2. —Dirigir la elección de los Presidentes y Secretarios de las Comisiones de Trabajo.
3. —Enfocar la discusión sobre los puntos principales del tema, evitando que se disperse en otros detalles.
4. —Recordar, cuando sea necesario, que cada intervención debe ser breve y concisa.
5. —Pedir al relator que haga un resumen cuando un punto haya sido discutido con amplitud.
6. —Participar en el Comité de Redacción.

SECRETARIO:

- 1— Declarar abierta las sesiones plenarias.
- 2— Expedir las credenciales a los delegados.

3. —Asesorar al Presidente y al Relator con el fin de obtener la máxima participación y el mejor enfoque de la discusión.

4. —Participar en el Comité de Redacción.

RELATOR GENERAL:

1. —Participar en el Comité de Redacción.
2. —Presentar en las sesiones plenarias el informe de conjunto sobre cada uno de los temas discutidos.
3. —Presentar el informe final de la Conferencia.

COORDINADOR GENERAL:

- 1— Coordinar todas las actividades de las Comisiones de Trabajo y participar en deliberaciones en la forma que estime conveniente, en especial para aclarar determinadas cuestiones y ayudar al desarrollo del trabajo.

2. —Colaborar con el Relator en la preparación de los informes.
3. —Participar en el Comité de Redacción.

PRESIDENTE DE DEBATE:

1. —Presidir las sesiones de sus comisiones respectivas.
2. —Enfocar la discusión sobre los puntos principales del tema, evitando que se disperse en otros detalles.
3. —Hacer que todos participen en las discusiones, tratando que sean lo más amplias posible con la participación activa de todos, sin predominio individual.
4. —Recordar cuando sea necesario, que cada intervención debe ser breve y concisa.
5. —Pedir al Secretario que haga un resumen cuando un punto haya sido discutido con amplitud.

SECRETARIOS DE DEBATES:

1. —Declarar abierta la Sesión de la

Comisión de Trabajo.

2. —Pedir a los delegados que se den a conocer, pronunciando su nombre y el de la organización a que pertenecen.
3. —Promover la participación de los miembros de la Comisión de Trabajo y explicar que, para facilitar la labor, ésta será orientada por el Presidente.
4. —Pedir que se formulen preguntas respecto a los métodos de trabajo que se adopten.

SESIÓN PLENARIA:

La Sesión plenaria de la Conferencia se integrará con todos los miembros oficiales y podrán asistir e intervenir en los debates los miembros no oficiales. Los puntos en controversia se discutirán con turnos a favor y en contra y agotados éstos se someterán a votación pública y quedarán aprobados por simple mayoría de votos.

Relación de Médicos

*que asistieron a la Conferencia Nacional sobre Normas de Control, de Lepra,
celebrada el día 22 de Junio de 1962*

1. Dr. Alemán Vázquez, Emilio.
2. Dr. Barquín López, Pedro.
3. Dr. Bernal Beinal, Pedro.
4. Dr. Bulle Mary, Adolfo.
5. Dr. Cartaya Rodríguez, Rogelio.
6. Dr. Castellanos Sarmiento, René M.
7. Dr. Cot Lesme, Vicente.
8. Dr. Castañedo Pardo, Carlos.
9. Dr. Díaz Fernández, René C.
10. Dr. Díaz de la Rocha, José.
11. Dr. Estévez del Cristo, Gonzalo.
12. Dr. Fojo Echevarría, Félix.
13. Dr. Fernández Hernández,
Fernando.!
14. Dr. Fernández Baquero, Guillermo.
15. Dr. González Prendes, Miguel
Angel.
16. Dr. González Martínez, Paúl Julio.
17. Dr. Grillo Martínez, Rafael.
18. Dr. García Rodríguez, Arnaldo.
19. Dr. Herrera Aquino, Marcos
Antonio.
20. Dr. Jaime González, Alberto A.
21. Dr. León Valdés, Alberto A.
22. Dr. Lavín Domínguez, Francisco.
23. Dr. Llanos Clavería, Enrique.
24. Dr. Martínez Rodríguez, Ramón.
25. Dr. Manzur Katur, Julián.
26. Dr. Mella Santapau, Francisco.
27. Dr. Masmitja González, Miguel.
28. Dr. Menéndez, Fernando.
29. Dr. Marrero Hernández, Joaquín.
30. Dr. Minsal Marroquí, Arsenio.
31. Dr. Pedrera, José Joaquín.
32. Dr. Pons Sánchez, Santos.
33. Dr. Piñeyro Rodríguez, Raúl.
34. Dra. Rodríguez Gómez, Teresa.
35. Dra. Reaud Lescay, Bertha.
36. Dr. Río León, Enrique.
37. Dr. Regalado Ortiz González,
Pedro.
38. Dr. Romeu Rodríguez, Alfredo
39. Dr. Rojas Vargas, Oscar J. de
40. Dr. Rodríguez Argimiro.
41. Dr. Ruiz de Zarate, Seraffín.
42. Dr. Salazar Cruz, Severino.
43. Dr. Serret Tejera, Víctor.
44. Dr. Sagaró Delgado, Bartolomé.
45. Dr. Torra Cabarroca, Luis Antonio.
46. Dr. Taboas González, Manuel, riño,
47. Dr. Valdés *Alvariño*

Un destacado éxito más de investigación fue logrado recientemente en el campo de la ciencia médica de nuestro país que está rápidamente floreciendo y desarrollando gracias a la política correcta científica y de

primera parte del siglo XX solamente, y ocasionó cientos de millones de casos, arrebatando de 20 a 25 millones de vidas humanas en aquella influenza mundial entre los años del 1918 al 1921.

Destacadas proezas científicas en el desarrollo de la microbiología moderna

El Instituto de Investigación del Virus, encabezado por Ahn Hyung Keun, Maestro en Ciencias Médicas, del Colegio Médico de Pyongyang, D. P. R. K., logra decisivamente la prevención de influenza mediante el

uso del Simbión.

salubridad pública del Partido de los Trabajadores Coreanos.

El Instituto de Investigación del Virus, encabezado por el maestro de Ciencias Médicas, Ahn Hyung Keun, de la Cátedra Microbiológica del Colegio Médico de Pyongyang ha abierto amplios prospectos para proteger al hombre de la influenza mediante el éxito en la investigación de los métodos decisivos para evitar esta enfermedad a base del uso del simbión.

La influenza es una epidemia contra la cual, una medida preventiva completa aún no ha sido lograda por la medicina moderna.

La influenza, que es altamente infecciosa y se comunica rápidamente, afectó a cientos de millones de personas en el mundo y amenazó sus vidas. Hizo gran daño a la salud, causando pandemia periódica, esporádica, local y en escala mundial a una velocidad asombrosa.

Esta enfermedad que causó gran prevalencia cíclica en escala mundial a intervalos de dos a tres años promovió 19 grandes pandemias a través del mundo en la

La pandemia del 1957 afectó a más de 140 millones de personas en la India e infectó todo el Japón y casi todas las áreas de Europa, ocasionando grandes pérdidas de vidas humanas.

Esta enfermedad, con un poder infeccioso tan formidable y con tal prevaencia, no solamente causa pérdida temporal de poder de trabajo masivo, sino que constituye el mayor factor de incidencia de muchas enfermedades por la deterioración de la salud de las personas.

El problema de la prevención de la influenza no había sido completamente resuelto hasta ahora, aunque la medicina mundial por espacio de mucho tiempo había dedicado mucha atención a la solución de ésta y un gran número de científicos de la medicina de todas las edades y todos los países gastaban sus energías en ese propósito.

Este problema ha sido resuelto con éxito recientemente por la colectividad de la investigación del virus del Colegio Médico de Pyongyang guiado por fil científico médico rojo Ahn Hyung

Keun que ha sido educado y elevado por el Partido Coreano de Trabajadores.

Como es ya bien conocido, siguiendo a la invención del microscopio, la microbiología ha sido enriquecida en contenido por las proezas de muchos científicos logradas a base de los éxitos en

resolver en el estudio del virus debido a un número de peculiaridades de los órganos patogénicos, y ningunas medidas efectivas para prevenir ni curar un número de enfermedades virulentas influyendo la influenza, han sido encontradas. Esto ha dado lugar a efectuar el



En primer término el Maestro de Ciencias Médicas, Ahn Hyung Keun, de la Cátedra Microbiológica del Colegio Médico de Pyongyang.

la ciencia natural moderna. Y ha logrado un progreso rápido desde que fue dividida en bacteriología, inmunología y virología.

Y así la humanidad ha anotado un gran éxito en la lucha contra las epidemias, clarificando con teoría científica las sustancias de muchos órganos patogénicos y la patogénesis de las epidemias y descubriendo los métodos de combatirlas.

Sin embargo, muchos asuntos complicados y dificultosos quedan todavía por estudio sobre el virus desde un ángulo distinto.

Uno de los asuntos importantes en la investigación de los microbios es el de la relación mutua entre órganos patogénicos específicos y otros microbios.

La relación mutua entre microbios está basada en antibiosis y simbiosis; en los recientes veinte años un éxito definitivo ha sido logrado en la lucha contra un número de enfermedades, gracias a la manufactura de muchos antibióticos a través de la investigación del antagonismo entre los microbios.

Pero la investigación de la simbiosis no ha hecho apenas algún progreso y solamente el estudio rudimentario ha sido efectuado sobre el cambio de la distribución de los microbios durante la infección y sobre la influencia del microflora en la infección.

Tomando gran interés en la instrucción del Partido de establecer Jooche en la investigación científica y adherirse firmemente a los principios del método de la dialéctica materialista, el único método correcto en la investigación científica, el Maestro de Ciencias, Hyung Keun dirigió su atención al hecho de que el órgano patogénico por sí solo no causa enfermedad sino en relación cercana con otros microbios, y consideró correcto el observar, no tan sólo la infección sino también la inmunidad y otros fenómenos desde este punto de vista.

Partiendo de tal punto de vista, el colectivo de investigación comenzó por observar en diversas formas el microflora en los casos de influenza, sarampión, difteria, pulmonía, escarlatina y otras enfermedades epidémicas. Para esto, ellos usaron varias clases de medios de cultura, particularmente, medios de cultura original de su propia formación para las averiguaciones.

En el curso de pruebas de la distribución de microbios en la garganta de los pacientes de influenza A2, notaron que el 73% de los casos de influenza tenían, además del virus de la influenza, proactionomices albus (lo nombraron proactionomices albus Pyongyang A). Pero sólo lograban obtener proactionomices albus de los pacientes de influenza y no de los de sarampión, pulmonía, difteria, escarlatina y otros casos epidémicos ni de personas saludables. Se averiguó que la frecuencia de descubrir proactionomices albus en la garganta de los pacientes de influenza es más alto al inicio

de la enfermedad y gradualmente disminuye de acuerdo con la recuperación del enfermo. Esto sirve para mostrar que el proactionomices albus tiene relación cercana con el virus de la influenza. Sin embargo, la sola infección de proactionomices no causó enfermedad alguna. A base de tales datos experimentales el colectivo investigador probó científicamente que simbióticos con el virus de la influenza, proactionomices albus juega papel sinérgico en causar la influenza. Basados en esto, profundizaron más en su trabajo de investigación y comenzaron el estudio sobre las relaciones simbióticas entre estos dos microbios in vitro. El problema mayor en sus estudios fue el cultivo del virus de la influenza mediante el uso de gérmenes simbióticos.

En el cultivo del virus al presente, los métodos de cultivar en tejidos vivos, en embriones de aves y en cuerpos animales son empleados generalmente. Además, varios propósitos fueron efectuados con objeto de cultivar variación de virus in vitro mediante el uso de microbios como substrato.

Ahn Hyung Keun cultivó el virus in vitro mediante el uso del simbión ligado estrechamente uno con otro con respecto a la simbiosis. Resultaba un problema intrigado y dificultoso poder probar la multiplicación del virus invisible.

Mediante tales diversos métodos como la titración hemaglutinante por algunas horas, inoculación en ratones y embriones de aves, y el examen por elección microscópica, probaron que el virus se multiplicaba diez millones de veces en un corto espacio de tiempo. Lograron un paso más. Encaminaron sus esfuerzos a esclarecer la significancia inmunológica del simbión y el problema de evitar la influenza. Para poder establecer la existencia del antígeno común entre el virus de la influenza y el proactionomices albus, aplicaron toda clase de métodos serológicos

tales como titración aglutinal, reacción inhibitoria de hemaglutinación y prueba de difusión-precipitación.

Mediante este procedimiento probaron que el antígeno común existe, no tan sólo entre el proactionomices albus Pyongyang A y el virus de influenza A, Al y A2, sino también parcialmente antígeno común entre proactionomices y virus B, y que el proactionomices no tiene relación con el virus D. A base de tales resultados ellos examinaron el efecto inmunogénico sobre la influenza de proactionomices albus. Para ello, examinaron la inmunogenicidad del proactionomices albus y el efecto neutralizante del suero inmunizado con proactionomices albus contra el virus de la influenza y el efecto de inmunidad pasiva del suero inmunizado con proactionomices albus. En este curso, su alto efecto fue probado y se llegó a la conclusión que el suero inmunizado con proactionomices albus puede ser usado en la cura y prevención de la influenza.

Efectuaron varios experimentos sobre animales para poder estudiar la fuerza antiviral de los animales inmunizados con proactionomices albus. Los ratones inmunizados se defendieron duramente en contra del virus de influenza A, Al, y A2, resistieron más débilmente el virus B que contra el grupo A y se encontraban completamente indefensos contra el virus D. El poder anti infeccioso estaba presente aún dos meses después de la inmunización. Sin embargo, los ratones, inmunizados contra la influenza, con vacunas del virus de influenza murieron todos catorce días después como resultado de la infección con el mismo virus.

Los resultados aquí expuestos de los experimentos demuestran que los animales inmunizados con proactionomices albus están altamente inmunes al virus de la influenza del grupo A, y están

inmunes hasta cierto grado al virus B.

Los médicos confirmaron, a través de los experimentos con animales, que la vacuna proactionomices albus es enteramente inofensiva. Ellos la aplicaron a personas y no notaron efecto dañino alguno en el cuerpo humano.

Después de establecer, a través de experimentos sobre animales, que el efecto inmunogénico del proactionomices albus es alto y no es dañino al cuerpo viviente, ellos vacunaron el mismo directamente a las personas y examinaron el efecto inmunogénico. El examen efectuado sobre 55 adultos en perfecto estado de salud, demostraban que la reacción inhibitoria de hemaglutinación era negativa antes de la vacuna, pero dos meses después de la vacuna el titre (graduación 1 de la reacción inhibitoria de hemaglutinación al A2 se elevó de 20 a 320 veces, y el titre (graduación) 320 respondía a un 62%. Pero el titre de la hemaglutinación respecto del virus B era 0.160 veces, más bajo que respecto del A2. Este concordaba con los resultados de los experimentos sobre animales»

Entonces la vacuna proactionomices albus fue inoculada a trabajadores, estudiantes, empleados de oficinas y a los habitantes, 2,932 por todo, el efecto inmunogénico fue examinado. Sólo diez de éstos se enfermaron, todos por los efectos del virus B pero ninguno de ellos por el virus A, Al ni A2. Sin embargo 117 de los 927 que no fueron vacunados (12.6%) se enfermaron. Esto prueba que la vacuna proactionomices albus tiene un fuerte efecto inmunogénico sobre el virus A, Al, A2 y B y crea, muy en particular, firme inmunidad contra el grupo A.

Para confirmar aún más el efecto inmunogénico de la vacuna los miembros del cuerpo de investigadores efectuaron experimentos sobre sí mismos. 17 miembros del cuerpo se infectaron a sí mismos con el virulento virus de influenza

A2 después de vacunarse. Pero ninguno de ellos cayó enfermo de influenza.

Estos resultados de los experimentos demostraron que la vacuna proactionomices albus tiene alto efecto inmunogénico contra el virus A, A1 y A2 y tiene el mismo efecto contra el virus B.

En el curso de esta investigación el Maestro de Ciencias Ahn Hyung Keun y el colectivo investigador también han logrado éxito en aislar del caso de influenza B el proactionomices albus Pyongyang B, que difiere del proactionomices Pyongyang A en la naturaleza morfológica y bioquímica.

Ha sido confirmado que el proactionomices albus Pyongyang B, puede inmunizar grandemente el virus B.

Se ha hecho posible, decisivamente, prevenir o evitar el grupo A y el grupo B — blancos principales en la lucha contra la influenza— mediante el descubrimiento del proactionomices albus Pyongyang A y Pyongyang B.

Durante el curso de esta investigación el Maestro de Ciencias, Ahn Hyung Keun y su colectivo investigador han llegado a la firme conclusión que la comensalidad de proactionomices albus Pyongyang A y Pyongyang B con el virus de la influenza es la causa de los casos de influenza, y que el proactionomices albus tiene naturaleza antigénica común con el virus de la influenza e inmuniza la influenza.

Al mismo tiempo, cultivaron virus de influenza de los tejidos exteriores mediante el uso de proactionomices albus, un simbión. Todo esto abrió amplios caminos hacia la resolución de innumerables problemas que surgen en el estudio del virus desde el punto de vista de la simbiosis.

En particular, la vacuna proactionomices albus producida por ellos *no* es dañina al cuerpo humano y puede ser producida en grandes cantidades por un método simple, y su efecto profiláctico es mucho mayor que la vacuna del virus.

De ello, resulta de gran significancia para los trabajos de salubridad pública.

El éxito más sobresaliente en la investigación hecha por el Maestro de Ciencias Ahn Hyung Keun y su colectivo de investigación virológica, ha trazado amplias oportunidades para el desarrollo de la medicina moderna, especialmente la microbiología, y para la protección de la salubridad pública.

En realidad, gracias a los nobles esfuerzos de nuestros ufanos científicos, ha sido posible aliviar a la humanidad de esa influenza... la única pandemia existente de escala mundial.

Esta es otra brillante victoria de la política de nuestro Partido sobre la ciencia y una gran satisfacción para nuestro pueblo en esta era de Chullima.

Tales éxitos de investigación científica *no* han sido muy fáciles de anotar. El colectivo investigador ha tropezado con múltiples dificultades e indecibles obstáculos.

Sin embargo, el Maestro de Ciencias, Ahn Hyung Keun y su colectivo investigador... que han sido educados bajo la tutela del Partido de los Trabajadores Coreanos y han heredado el intrépido espíritu revolucionario de los guerrilleros antijaponeses... inspirados inmensamente por la profunda solicitud del respetado y querido jefe y la guía directa para científicos del Comité Central del Partido, han realizado indefatigables esfuerzos, valientemente venciendo todas las dificultades y obstáculos.

La ferviente fidelidad al Partido y su jefe y el inflexible espíritu de implementar la política del Partido —esta era la garantía principal para ese gran milagro de los científicos.

La tesis investigadora del Maestro de Ciencias, Ahn Hyung Keun, fue oficialmente reconocida el 30 de marzo en una reunión científica efectuada en el Colegio Médico de Pyongyang en presencia de los microbiólogos venidos de todas partes del país.