DISTRIBUCION Y EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPRA

ESTUDIO PARTICULAR DE LA ENDEMIA ESPAÑOLA

POR EL DOCTOR

ANTONIO CORDERO SOROA

Jefe de la Sección de Lucha contra la Lepra, Dermatosis y Enfermedades Venéreas de la Dirección General de Sanidad

GRAFICAS GONZALEZ

MIGUEL SERVET, 15.-TELÉFONO 27 07 10

M A D R I D

1 9 5 5

(L)
R
S

fontilles
salud desarrollo
BIBLIOTECA MÉDICA
Fontilles, 03791 La Vall de Laguar
Alicante, España
R. 329

Distribución y epidemiología de la lepra

ESTUDIO PARTICULAR DE LA ENDEMIA ESPAÑOLA (1)

POR EL DOCTOR

ANTONIO CORDERO SOROA

La lepra, enfermedad infectocontagiosa propia de la especie humana, transmisible de persona a persona, de evolución crónica e incubación prolongada, sintomatología proteiforme, con localización preferente en el revestimiento cutáneomucoso y sistema nervioso periférico, es conocida desde la más remota antigüedad y de ella se hace refecia 4.600 años antes de Jesucristo. Hizo su aparición en Egipto, extendiéndose rápidamente a China, India y Persia, alcanzando bien pronto a los cinco Continentes, difusión favorecida por la dispersión del pueblo hebreo contagiado al entrar en Egipto.

El número de enfermos existentes en la actualidad, según los datos facilitados por la O. M. S., es el de siete millones, que repartidos entre los habitantes del Planeta, que son 2.528.300.000, darían un índice de prevalencia de 2,7 por 1.000 habitantes.

La distribución en los distintos países es diferente, y si bien los datos recogidos son incompletos por falta de censos bien hechos, se puede, no obstante, afirmar que los focos endémicos más importantes son:

El de *Asia*, donde hay de un millón a millón y medio de enfermos, en la *India*, con 350 millones de habitantes, y en *China*, un millón y medio a dos millones de casos para una población de 500 millones, si bien estos datos solamente son aproximados, porque estos focos están

(1) Conferencia pronunciada en el V Curso de Perfeccionamiento Leprológico dado en la Colonia de San Francisco de Borja en Fontilles, en septiembre de 1955.

muy mal estudiados. En *Filipinas* se calculan en 32.000 los enfermos existentes, en una población de 19 millones de habitantes, con un índice de prevalencia de 1,68 por 1.000; en *Japón*, con 88 millones de habitantes, se cifran en 30 a 50.000 los enfermos existentes y, en cambio, en Siria y Siberia son escasos los enfermos registrados.

El foco de *Africa*, con unos dos millones de enfermos, tiene un índice de morbilidad que oscila entre el 10 y el 20 por 1.000, calculándose que unos 200.000 casos pertenecen al Africa Occidental Francesa y 30.000 a Egipto.

En nuestras posesiones de Guinea, VÍCTOR MARTÍNEZ da censados en 1953 a 3.425 enfermos para una población autóctona de 145.170, lo que supone un índice de prevalencia del 23 por 1.000. En la población blanca sólo registra tres casos entre 3.900 habitantes y de un origen más que dudoso, pues dos casos proceden de focos endémicos de la metrópoli y el otro había recorrido varios países americanos.

En la Guinea Portuguesa, SALAZAR LEITE y colaboradores dan 2.429 enfermos censados con un total de población indígena de 499.770, si bien de los cuales sólo fueron explorados 94.389 que dan un índice de prevalencia del 25,5 por 1.000.

El foco de América es el mejor estudiado por organizaciones antileprosas perfectamente dispuestas y eficazmente dirigidas.

Hay que hacer una separación entre América del Norte y la Central y del Sur; en la primera, salvo México y zonas limítrofes con el Golfo de México, está prácticamente libre.

En los Estados Unidos, con una población de 162.414.000 habitantes, se estiman en 2.000 el número de enfermos existentes, y en los Estados Unidos de México, para una población de 29 millones de habitantes, hay 11.378 enfermos controlados, calculándose en 50.000 el número de casos probables, según datos publicados por NÚÑEZ ANDRADE.

En la América Central la mayor densidad de la endemia la da El Salvador, con una prevalencia del 2 por 1.000 de enfermos (MUIR).

En la América del Sur se pueden dar cifras exactas por existir censos perfectamente hechos; el Brasil, con 55 millones de habitantes, tienen censados 61.191 enfermos, o sea el 1,1 por 1.000.

En la Argentina, con 18.742.000 habitantes, hay controlados 5.714 casos, pero se calculan 12.000 el número de enfermos que existen.

En Colombia, con 10 millones de población, se calculan entre 20.000 y 30.000 los enfermos que hay.

La mayor densidad de la endemia americana la dan las tres Guaya-

nas francesa, inglesa y holandesa, dando FLOCH, para la primera, la extraordinaria cifra de 51 enfermos por cada 1.000 habitantes, que se explica por su bajo nivel de vida y el origen asiático y africano de sus moradores.

En Venezuela, con cuatro millones de población, se calcula en 3.000 el número de enfermos que hay. Igual número se atribuye a Perú, con siete millones de habitantes. En Chile, con 5.500.000 habitantes, se calcula en 500 el número de enfermos existente.

El foco de Oceanía tiene un especial interés epidemiológico por la disposición peculiar de su multitud de pequeñas islas en las que por término medio el índice de prevalencia por lepra alcanza alrededor de 10 por 1.000. En Nauru, donde no había lepra hasta el año 1912, bastó la llegada de tres enfermos para que ocho años más tarde aparecieran cuatro casos autóctonos, y a los cuatro años después de la epidemia de gripe sufrida en 1920 estaba infectada el 30 por 100 de la población, que da el índice de morbilidad más alto conocido, es decir, del 300 por 1.000.

Europa es el continente de menor morbilidad por lepra, siendo la situación distinta en los países del Mediterráneo y el resto del continente.

La Península Ibérica constituye el foco principal con los 2.000 enfermos censadas en Portugal y 3.000 probables para una población de 9.500.000 habitantes, y España que, con 29 millones de habitantes, tiene hasta el momento presente (junio de 1955) 3.100 enfermos censados, calculándose su endemia alrededor de los 5.000 casos.

Sigue Grecia con 887 enfermos controlados y 2.500 probables para una población de 7.500.000 habitantes ; Italia tiene 397 enfermos declarados y unos 1.000 probables, con 48 millones de habitantes, y Francia, con 45 millones, solo tiene 300 enfermos controlados, casi todos procedentes de Ultramar, y unos 1.500 probables (GATÉ).

El centro de Europa está prácticamente libre de la endemia, siendo curioso citar el caso de Noruega, nación de tres millones de habitantes, que hace un siglo, en 1856, tenía 2.900 enfermos, uno por cada 1.000 habitantes, y que con las medidas sanitarias adoptadas a base de internamientos y separación de los enfermos, en menos de un siglo consiguió su total desaparición, pues en 1940 quedaban sólo 16 casos.

Las noticias que se tienen de la endemia leprosa en la U. R. S. S. son contradictorias, pues mientras se dice que ha disminuído considerablemente e incluso llegado a desaparecer en los grandes núclos de población, otros afirman que ha aumentado, sobre todo en las zonas alejadas de las grandes urbes ; en lo que sí coinciden es en que la endemia reviste,

PROVINCIAS	Total censados	RESID.ª EN LA PROVINCIA: De la misma	RESID.ª EN LA PROVINCIA: De otras provincias	Residiendo fuera de la Provincia	SEXO: Varones	SEXO: Hembras	EDAD: De 0 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 29 años	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	De 50 a 59 años	De 60 y más años	ESTADO: Solteros	Casados	Viudos
Alava	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albacete	21	15	1	6	14	7	—	—	—	2	5	4	3	4	3	10	9	2
Alicante	102	89	15	13	57	45	—	1	3	5	13	16	23	25	16	41	55	6
Almería	105	74	7	31	66	39	1	3	4	6	28	30	15	11	7	47	49	9
Avila	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Badajoz	92	77	2	15	41	51	—	1	4	9	24	21	15	10	8	47	38	7
Baleares	2	1	2	1	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	1	—
Barcelona	24	20	62	4	16	8	—	—	—	3	4	4	6	5	2	11	10	3
Burgos	2	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	—
Cáceres	32	26	1	6	17	15	—	1	1	1	3	13	4	4	5	11	18	3
Cádiz	82	77	13	5	35	47	—	2	8	5	26	16	10	10	5	46	31	5
Castellón	73	65	3	8	35	38	—	—	—	2	15	17	11	15	13	22	41	9
Ciudad Real	29	22	3	7	20	9	—	—	—	2	4	9	7	6	1	10	17	2
Córdoba	173	147	20	26	82	91	—	—	4	10	45	41	28	19	26	76	71	26
Coruña	59	58	3	1	30	29	—	—	2	3	8	9	6	14	17	25	25	9
Cuenca	11	6	1	5	4	7	—	—	—	—	6	2	1	1	1	6	4	1
Gerona	4	3	4	1	1	3	—	—	—	—	2	—	—	—	2	1	1	2
Granada	211	174	13	37	116	95	—	7	13	26	56	48	31	14	16	101	94	16
Guadalajara	6	5	—	1	3	3	—	—	—	—	2	1	—	2	1	2	4	—
Guipúzcoa	1	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Huelva	93	91	3	2	46	47	—	—	3	6	16	16	20	19	13	40	43	10
Huesca	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Jaén	511	453	9	58	255	256	2	15	25	42	125	97	92	54	59	233	229	49
León	3	2	1	1	2	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	1	—
Lérida	4	4	2	—	—	4	—	—	—	—	2	1	—	—	1	2	—	2
Logroño	2	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1
Lugo	41	38	—	3	22	19	—	—	5	2	6	5	13	6	4	17	22	2
Madrid	21	18	59	3	9	12	—	2	—	3	2	8	2	4	—	9	10	2
Málaga	308	287	22	21	148	160	—	6	16	30	64	67	60	40	25	149	131	28
Murcia	37	23	4	14	22	15	—	1	1	6	3	6	9	6	5	19	12	6
Navarra	2	2	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—
Orense	33	29	1	4	20	13	—	—	—	—	6	8	8	6	5	11	18	4
Oviedo	10	9	6	1	5	5	—	—	—	1	3	3	2	1	—	7	3	—
Palencia	2	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—
Palmas (Las)	122	120	4	2	71	51	—	3	4	12	24	33	24	14	8	80	41	1
Pontevedra	108	107	5	1	50	58	—	3	1	4	17	15	22	26	20	60	38	10
Salamanca	7	6	1	1	5	2	—	1	—	—	—	2	2	1	1	3	4	—
Santa C. Tenerife	186	186	4	—	101	85	—	2	1	8	30	46	45	33	21	90	87	9
Santander	2	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2	—
Segovia	2	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—
Sevilla	64	58	16	6	39	25	—	—	—	5	14	11	20	7	7	30	28	6
Soria	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—
Tarragona	120	118	9	2	69	51	—	2	7	6	19	20	24	20	22	42	66	13
Teruel	7	1	1	6	2	5	—	—	—	—	—	—	3	3	1	1	6	—
Toledo	6	4	1	2	3	3	—	—	—	—	1	1	2	2	—	1	5	—
Valencia	230	220	27	10	138	92	—	3	4	9	46	48	47	38	35	107	110	13
Valladolid	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Vizcaya	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zamora	1	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Zaragoza	4	2	1	2	2	2	—	—	—	—	2	1	1	—	—	2	2	—
Ceuta	11	10	2	1	8	3	—	—	1	2	6	1	1	—	—	10	1	—
Melilla	7	6	8	1	4	3	—	1	1	1	4	—	—	—	—	7	—	—
Extranjeros	32	—	2	32	21	11	—	—	—	2	8	8	7	3	4	17	14	1
TOTALES	3.008	2.661	347	347	1.593	1.415	3	54	108	213	643	634	567	428	358	1.402	1.348	258

PROFESIONES: Sin oficio	Del campo	Jornaleros	Empleados	Industriales	Profesionales	SITUACION: Sanatorios	Hospitales	Domicilio	Altas temporales	Sin control	Fallecidos	FORMAS CLINICAS: Lepromatosa	Tuberculoide	Indeterminada	Sin clasificar	Niños en Preventorios y tratamiento	ERRORES DE DIAGNOSTICO
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3	9	3	—	—	6	10	—	5	5	—	1	16	1	1	3	—	
46	33	9	2	2	10	36	1	43	15	3	4	49	20	15	18	—	
33	23	14	1	7	27	54	3	34	13	1	—	68	7	15	15	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
32	27	23	—	3	7	33	1	37	16	4	1	37	16	2	37	—	
2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	
10	1	4	1	2	6	8	—	13	1	2	—	17	3	—	4	—	
—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	
12	8	6	3	—	3	12	1	14	2	2	1	8	6	1	17	1	
40	11	8	4	5	14	31	2	34	12	3	—	31	18	6	27	4	
28	21	8	2	4	10	23	—	24	9	15	2	25	5	8	35	—	
8	6	5	1	—	9	15	—	10	3	1	—	13	—	—	16	—	
69	58	17	5	4	20	49	22	62	24	15	1	77	37	7	52	—	
13	31	5	—	—	10	14	—	28	2	5	10	30	15	2	12	—	
3	4	2	—	—	2	3	—	4	3	—	1	4	2	—	5	—	
3	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	
77	78	12	3	7	34	47	4	129	15	12	4	87	30	53	41	—	
4	1	—	—	—	1	2	—	2	—	1	1	1	2	—	3	—	
—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
41	23	8	2	2	17	27	—	55	1	8	2	45	17	12	19	2	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	
227	154	53	11	8	58	119	30	317	27	12	6	224	154	73	60	5	
1	1	1	—	—	—	2	—	—	1	—	—	2	—	—	1	—	
3	1	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	3	1	—	—	—	
1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
16	15	1	2	1	6	8	—	28	2	1	2	24	2	—	15	—	
10	1	2	2	—	6	7	—	13	1	—	—	8	4	—	9	—	
132	71	19	2	10	64	76	9	195	9	16	3	167	80	38	23	4	
11	5	5	13	6	7	18	1	12	3	3	—	21	6	1	9	2	
—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	
8	13	3	1	1	7	8	—	21	2	2	—	12	1	—	20	—	
4	2	1	1	—	2	3	—	5	1	1	—	2	1	—	7	—	
—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	
48	28	24	7	4	11	47	—	42	17	10	6	82	13	10	17	—	1 caso.
32	52	4	3	1	16	18	2	24	10	54	—	66	8	12	22	—	
2	2	—	—	1	2	4	—	3	—	—	—	4	3	—	—	—	
65	62	31	5	6	17	34	1	79	9	62	1	79	3	17	87	—	
—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	
—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	
17	23	7	5	2	10	19	1	37	2	4	1	26	13	3	22	—	
—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
46	54	3	5	3	9	29	—	78	11	—	2	51	34	34	1	—	
3	1	2	—	—	1	2	—	4	—	1	—	4	2	—	1	—	
2	3	—	—	1	—	—	1	4	1	—	—	2	1	1	2	—	
86	84	14	9	9	28	72	—	111	25	19	3	132	33	37	28	—	
1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	
2	—	—	1	—	1	2	—	2	—	—	—	3	—	—	1	—	
4	—	1	1	2	3	6	—	4	1	—	—	5	—	1	5	—	
4	—	1	—	—	2	3	—	3	1	—	—	2	—	1	4	—	
10	6	7	1	2	6	12	—	9	6	5	—	15	1	1	15	—	
1.160	916	304	97	94	437	866	79	1.497	251	263	52	1.455	542	351	660	18	1 caso.

como en la India, cierta benignidad, y lo cierto es que, aunque el índice de prevalencia sea bajo, el número de enfermos será muy crecido por referirse a una población de 203 millones de habitantes, sin incluir los nómadas siberianos.

Endemia española

Hasta el siglo VIII no hizo la lepra su aparición en la Península Ibérica, importada por vía marítima por los fenicios y los romanos sin lograr en España gran difusión, hasta que la invasión sarracena provocó su diseminación, sobre todo por el litoral mediterráneo, en donde alcanzó gran intensidad. Los médicos árabes españoles la conocieron y dejaron constancia de ello en numerosos escritos; en el siglo X, Races escribió su famoso libro *De la lepra*; en el siglo XII, el judío cordobés Maimónedes dice: «Nadie debe casarse con persona que en su familia haya un leproso, epiléptico o impotente», y Aben Zohar publica su *Tratado de lepra*, siendo Abu-Casis el primero que señaló las atrofias y anestesias como síntoma de lepra.

Pero en contraste con estos testimonios del conocimiento que de la lepra tenían los médicos árabes hay la carencia absoluta de datos que nos hagan conocer los medios de que se valieron para luchar contra esta enfermedad, siendo necesario llegar a la reconquista cristiana para tener noticias del primer hospital dedicado a albergar enfermos lazarinos, que fué en el siglo IX en Barcelona, creado por el obispo Guillermo y que se llamó «Hospital para Leprosos» o «Casa Masell»; después vino el fundado por el Cid en Palencia en el siglo X, y a continuación los instituídos en los siglos XI y XII en Asturias, Galicia, Valencia, Sevilla y Granada; este último fundado por los Reyes Católicos, que en 1477 establecieron sus famosos alcaldes de lepra para vigilar y recluir a los enfermos lazarinos.

Posteriormente la labor que se realiza en España para conocer la endemia y luchar contra su diseminación queda reducida a disposiciones, leyes, órdenes y pragmáticas reiteradas frecuentemente según el concepto que de la lepra se tenía, comúnmente reflejo de lo que se hacía en el exterior.

Hay que llegar al año 1851 para que veamos traducidas en realidades las disposiciones emanadas de las Autoridades, pues se publica el primer censo de enfermos con los datos facilitados por los alcaldes y gober-

nadores civiles y en el que se reúnen 284 casos (1). Posteriormente, en la Ley de Sanidad de 1855, se dispone que sean los médicos titulares con los gobernadores civiles los que recojan los datos para el censo.

En el año 1865 aparece un trabajo científico sobre lepra, muy bien orientado y con un claro concepto de la enfermedad, en el que se precisa la necesidad de hacer un censo de enfermos bien hecho como condición previa para organizar la Lucha.

Este trabajo del doctor FRANCISCO MÉNDEZ ALVARO, sirvió para que trece años años después, en 1878, siendo ministro de la Gobernación Romero Robledo, se publicara una Real orden por la que se organizaba la compaña contra la lepra dentro de los moldes de una ortodoxia científica.

Pese a ello, y a los avances logrados en el concepto diagnóstico y terapéutica de la enfermedad, su estudio epidemiológico quedó sin hacer, a pesar de los reiterados intentos realizados, hasta el año 1948 en que se organiza la lucha tal y como sigue en la actualidad desde un triple punto de vista profiláctico o sanitario, asistencial o médico y de protección social y laboral del enfermo y sus familiares.

No obstante, la escasa contagiosidad de la dolencia, permitió que la endemia permaneciese estacionada en nuestra Península durante mucho tiempo, hasta la segunda mitad del siglo XIX en que con nuestras guerras de Cuba y Filipinas, con el frecuente trasiego de soldados y repatriados y el aumento del tráfico comercial con Asia, Africa y América, se favoreció su diseminación, incrementada últimamente con los nuevos medios de locomoción y transporte, mucho más rápidos y veloces, que acortan las distancias y hacen desaparecer las fronteras.

EPIDEMIOLOGÍA

Ciencia que investiga las causas y naturaleza de las epidemias.—En la epidemiología de la lepra tenemos que estudiar todos los factores y circunstancias que favorecen o dificultan su propagación y difusión, volumen de la endemia, intensidad, origen, evolución y desarrollo, resultados conseguidos con las medidas adoptadas y medicaciones suministradas, y si esto es relativamente fácil en cualquier otra infección en que se da el postulado que Koch exigía para identificar un germen como

(1) El primer censo oficial de la población de España se efectuó seis años después, en 1857, y en él se incluían 15.454.514 habitantes (Bravo Murillo).

productor de una enfermedad infecciosa, es decir, primero, que se encuentre el germen en todas las lesiones ; segundo, que se cultive el cultivo puro ; tercero, que este cultivo inoculado a los animales de experimentación reproduzca la enfermedad ; y cuarto, que el germen de estas lesiones pueda cultivarse nuevamente ; aquí, en esta enfermedad en que no se da ninguna de esas circunstancias y en la que desconocemos casi todos sus problemas biológicos, se hace difícil y tenemos que sustituir la experimentación clínica con la observación minuciosa y prolongada de los hechos y la experiencia lograda de la comprobación de estos hechos y deducciones por analogía a lo que pasa con otras infecciones ; y así sabemos que es contagiosa por su estudio epidemiológico, conociendo los sujetos afectados y controlando los casos expuestos al contagio en que se comprueba su trasmisión, si bien su mecanismo íntimo escapa a nuestro conocimiento ; la aparición de nuevos casos en zonas anteriormente sanas a las que había llegado un sujeto enfermo y la adquisición de la enfermedad por individuos que procedentes de sitios libres de la endemia se trasladaban a zonas infectadas fué prueba concluyente de la contagiosidad de la dolencia y nos orientó en cuanto a la duración de su período de incubación. El hecho de que la separación desde el nacimiento de los hijos de sus padres enfermos les permita quedar libre de la enfermedad comprobó que ésta no es hereditaria y que el contagio se efectuaba después del nacimiento.

Ahora bien, el largo tiempo que media entre el contacto y la aparición de la enfermedad, la imprecisión de los primeros síntomas, el hecho de que tan sólo un reducido número de los expuestos al contagio adquieran la enfermedad, lo infrecuente del contagio entre cónyuges, la presentación de casos autóctonos de origen desconocido, etc., enmascaraban las observaciones y dificultaban su interpretación, obligando a investigar los factores que condicionan los contagios y las posibles diferencias de predisposición o resistencia a contraer la enfermedad.

Hoy día es un hecho admitido por todos que el bacilo descubierto por HANSEN en 1874 en las lesiones leprosas y cuyo nombre llevó, hasta que en el III Congreso Internacional de Lepra, celebrado en Estrasburgo en 1923, se propuso fuese sustituído por el de *Micobacterium leprae*, es el único agente productor de la enfermedad. Ahora bien, si el contagio se realiza siempre por este bacilo adulto o si otras formas corpusculares o granulosas, formas intermedias de su ciclo evolutivo, pueden provocarlo, sin estar probado, los hechos inclinan a admitirlo.

La teoría de la contagiosidad de la lepra no siempre ha sido acep-

tada, pues admitida en los primeros tiempos, en que se atribuía a la enfermedad una gran difusibilidad, después, en el siglo XIX y merced sobre todo a los trabajos de DANIELSEN y BOECK en 1848, se creyó no era contagiosa y sólo transmisible por herencia, y hubo hasta quien afirmó (HUTCHINSON) que la causa de la enfermedad era el consumo de pescados en malas condiciones de conservación, dando lugar a la encuesta inglesa del año 1876 para aclarar el problema de la contagiosidad de la enfermedad. En España, GIL CASARES, en Galicia, sostenía que la lepra no era contagiosa, y don BENITO HERNANDO, en 1881, establecía una diferencia entre la lepra africana y americana, contagiosa y transmisible por medios directos o indirectos, y la española, que no era contagiosa.

Fué preciso que el I Congreso Internacional de Lepra, celebrado en Berlín en 1897, se pronunciara por la contagiosidad de la enfermedad para que este hecho fuera admitido aun con ciertas salvedades, pues WIRCHOW, que presidía, clausuró la reunión diciendo: «Todos estamos conformes en la contagiosidad de la lepra, pero ninguno ha aportado una prueba decisiva.»

Este criterio, ratificado en los Congresos Internacionales sucesivos, ha dado por resultado el llegar a la conclusión de que es enfermedad transmisible por contagio directo lo más frecuente o indirecto excepcionalmente ; pero que *siempre los gérmenes infectantes proceden de un enfermo,* siendo éstos exclusivamente la única fuente de contagio.

La multiplicación de los gérmenes en el ambiente exterior fuera de nuestro organismo, admitidas por algunos, no es aceptada por la inmensa mayoría, pues la imposibilidad de obtener cultivos y de practicar inoculaciones lo hacen inverosímil.

Puede ser que los bacilos expulsados por los enfermos puedan permanecer vivos durante un tiempo suficiente para provocar la infección como la prueban algunos casos de contagio indirecto con objetos inanimados, aunque estos casos sean raros ; pero lo que no hay son datos firmes que nos aseguren la vitalidad y contagiosidad de estos gérmenes.

El contagio se efectúa por regla general por *contacto directo con el enfermo,* siendo tanto más fácil y posible cuanto más íntima y prolongada sea la relación con el sujeto infectante, favorecido siempre por la promiscuidad, miseria, carencia de las más elementales medidas higiénicas y arribo masivo, repetido y continuado de bacilos.

Hoy día se puede asegurar que la lepra es la menos contagiosa de todas las enfermedades infecciosas.

La peligrosidad de los enfermos depende no sólo de su forma clínica, sino del conocimiento que se tenga del caso y medidas que con él se adopten. Indudablemente que el lepromatoso con grandes lesiones y abundante eliminación de bacilos será el más peligroso ; pero no dejará de revestir importancia para la difusión de la enfermedad los casos incipientes e indiagnosticados, cuyos bacilos son sembrados con toda libertad y sin ninguna cortapisa, que permite asegurar que la principal fuente de transmisión de la enfermedad son los casos ignorados. No obstante, la potencia infectante de un foco está en relación con la forma clínica lepromatosa predominante.

En cuanto a los insectos transmisores de la lepra, cuidadosamente estudiados en el II Congreso Internacional, celebrado en Berghen en 1909, se puede llegar a la conclusión de que, aunque no inverosímil este mecanismo de contagio, al menos es muy difícil, pues los bacilos que son encontrados en las patas de las moscas o en el interior de insectos hematófobos no se puede asegurar que estén vivos, aparte de la rareza de su hallazgo, que no pasa de un 4 a un 8 por 100 ; más parece que actúan mecánicamente por el rascamiento que determinan sus picaduras, que producen pequeñas efracciones o soluciones de continuidad del tegumento cutáneo que favorecen la entrada de los bacilos en el organismo.

Productos contagiosos

Son productos contagiosos capaces de transmitir la enfermedad todos los eliminados por los enfermos. La expectoración, la saliva, las gotas de Pflugger expulsadas por la tos arrastran los gérmenes de las lesiones bucales, laríngeas y faríngeas de gran riqueza bacilar ; el moco nasal en que con tanta frecuencia se encuentra el germen, la secreción de los lepromas ulcerados, si bien aquí tenemos que distinguir las lesiones ulcerosas activas infectantes de las úlceras crónicas o atróficas en donde no se encuentran bacilos; las lágrimas, el esperma, la orina etc. etcétera. Hasta en la piel sana del enfermo y sin necesidad de que esté erosionada, se pueden encontrar gérmenes de la infección. En general, podemos decir que son tanto más peligrosos los enfermos, desde el punto de vista de contagio, cuanto más bacilos eliminan y cuanto más tiempo persisten indiagnosticados y sin tratamiento ; por esto, la actuación del médi-

co, que será diferente frente a un enfermo lepromatoso que frente a un tuberculoide o indeterminado, tiene siempre, en ambos casos, que esforzarse en hacer un diagnóstico exacto y precoz de la enfermedad e imponer un terapéutica prematura.

Puertas de entrada de la infección

Toda la superficie cutáneomucosa puede ser puerta de entrada de la infección, pero muy especialmente las mucosas nasal, bucal y faríngea, la piel y los aparatos digestivo y respiratorio. Si produce o no lesión en el punto de inoculación es cuestión todavía sin dilucidar.

El hallazgo de bacilo en la mucosa nasal, en el 83 por 100 de los casos, y la frecuente historia de rinitis en los enfermos hizo suponer que sería la puerta de entrada de elección, favorecida en los países fríos por el catarro nasal tan frecuente, que facilitaría el paso de los bacilos. La precocidad y frecuencia de las lesiones intranasales hizo que por algunos se hablase de un chancro intranasal como puerta de entrada de la infección, pero esto no es aceptado por la inmensa mayoría.

En la piel se encuentran frecuentemente lesiones precoces que permiten asentar un diagnóstico de lepra, lo que hace que a esta enfermedad se le conceda rango dermatológico ; pero estas lesiones no marcan los puntos de inoculación y sólo son síntomas cutáneos de una infección generalizada adquirida anteriormente y, aunque faltan demostraciones experimentales, parece lo más probable que sea una de las más frecuentes puertas de entrada del bacilo con tal de que se halle erosionada, pues la piel intacta es una barrera eficaz que impide el contagio.

Aparato digestivo.—Admitida por analogía a lo que ocurre en la lepra murina en que los animales son infectados dándoles de comer productos que contienen bacilos de Stefanskys. Este hecho y la demostración de que el bacilo tuberculoso puede pasar a nuestro organismo a través de la mucosa intestinal hace posible admitir esta puerta de entrada de la infección.

Aparato respiratorio. — No hay prueba alguna que evidencia que sea ésta una puerta de entrada, y las lesiones pulmonares observadas son comúnmente consecutivas a otras localizaciones de la infección ya generalizada.

Así, pues, piel, mucosa nasal y aparato digestivo son los principales sitios por donde el bacilo puede infectar nuestro organismo, variando su frecuencia, en los diferentes países, según sus costumbres y hábitos de vida.

La transmisión trasplacentaria, una vez desechada la teoría de la herencia, es difícil de resolver a la luz de nuestros conocimientos actuales, y aun cuando hay hechos que comprueban que la infección del cordón y de la placenta por el *Micobacterium leprae* no es infrecuente y han sido hallados bacilos ácidorresistentes en la sangre circulante de niños recién nacidos de madres lepromatosas, es un hecho comprobado que la separación desde el nacimiento de los hijos de padres leprosos les permite quedar libres de la enfermedad ; así, pues, esta transmisión, aunque admisible, sería excepcional.

Infección leprosa

Muy a la ligera, por ser motivo de otra lección, vamos a hacer brevísima incursión en el campo de la patología general de la lepra, con el deseo de concretar algunos extremos necesarios para la mejor interpretación de ciertos problemas epidemiológicos.

En la infección leprosa, como en las restantes infecciones, intervienen dos factores predominantes : germen y terreno ; el primero actúa por su número y por su virulencia.

Que el número masivo de gérmenes asegura el contagio e imprime cierta gravedad en su evolución clínica es un hecho hoy admitido (Souza Lima), y si a la abundancia de gérmenes se une el que las contaminaciones sean insistentemente repetidas, el contagio será favorecido, así como la mayor gravedad de su evolución clínica ; lástima grande es que todas estas aseveraciones no estén respaldadas por la experimentación clínica al no haberse podido conseguir inoculaciones positivas.

En cuanto a la virulencia del germen podría explicar teóricamente la diferente evolución de la endemia en cada foco, con predominio de formas clínicas malignas o benignas e invasión masiva o limitada de la población, y aquí otra vez echamos de menos la comprobación experimental al no haberse podido cultivar el germen y aislar sus diferentes cepas.

Pero más importancia que el número de bacilos y que su virulencia tiene el terreno, la resistencia orgánica del sujeto, en cuanto a la producción del contagio y malignidad de su evolución clínica, como lo demuestra la falta de contagio o evolución benigna en los sujetos con leprominorreación positiva.

La evolución más grave de la endemia en unas zonas como Filipinas y en otras más benignas como en la India y Rusia, ha sido atribuída a una inmunidad racial adquirida, y el que la lepra no se padez-

ca en países aborígenes que viven en plena naturaleza y en cambio sea frecuente en otros países de más elevada civilización, hizo pensar en una inmunidad racial natural; pero en lo que todos están conformes es en que la mayor o menor frecuencia de la enfermedad y su evolución más o menos grave depende principalmente de la mayor o menor resistencia orgánica, influída por factores diversos: unos, específicos; otros, paraespecíficos, y, los más, inespecíficos.

Es un hecho de observación corriente que entre varios que se exponen al contagio sólo unos pocos resultan contagiados, así como que el contagio es infrecuente entre los cónyuges y, en cambio, muy corriente entre los hijos de padres enfermos, lo que habla en favor de factores no bien determinados que condicionan los contagios.

Las posibilidades del organismo, en cuanto a enfermar o resistir a la infección, las resumió WADDE en su clásico esquema, que admite cinco formas: 1.° Resistencia completa. 2.° Infección latente, que puede persistir indefinidamente en este estado o evolucionar en cualquier momento hacia cualquiera de las otras formas. 3.° Infección clínica abortiva. 4.° Infección clínica benigna; y 5.° Infección clínica maligna.

Entre los factores inespecíficos que condicionan el contagio por su influencia sobre el terreno tenemos la *edad*: después del nacimiento y durante el crecimiento los niños son mucho más susceptibles al contagio, habiendo quien sostiene que éste se realiza siempre durante la infancia (CHAUSNAND), hecho desmentido por indudables contagios producidos en edades más avanzadas de la vida; pero lo que sí se admite es que más del 50 por 100 de los contagios se realizan antes de los veinte años, pudiéndose afirmar que aunque la lepra puede contagiarse en cualquier edad, las infecciones son más fáciles en las edades precoces.

Sin embargo, hay un hecho muy interesante observado en el recién nacido, en el que se ha querido encontrar una situación inmunitaria probablemente congénita, que hace que la lepra sea muy rara en los tres primeros años de la vida y a pesar de tener leprominorreacción negativa.

Debemos diferenciar la edad en que se produce la infección de la edad en que aparecen los primeros síntomas, pues dado el largo período de incubación, una enfermedad que se manifiesta en la edad adulta pudo ser adquirida durante la infancia, lo que puede explicar que en nuestro último censo de enfermos, entre 3.008 censados, sólo figuren 378 menores de veinte años.

Enfermos clasificados por la provincia de nacimiento y la provincia de residencia. — Año de 1954

PROVINCIAS DE NACIMIENTO	PROVINCIAS DE RESIDENCIA: Alava	Albacete	Alicante	Almería	Avila	Badajoz	Baleares	Barcelona	Burgos	Cáceres	Cádiz	Castellón	Ciudad Real	Córdoba	Coruña	Cuenca	Gerona	Granada	Guadalajara	Guipúzcoa	Huelva	Huesca	Jaén	León
Alava	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albacete	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	1	—
Alicante	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Almería	—	—	1	—	—	—	—	12	—	—	1	—	—	1	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—
Avila	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Badajoz	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Baleares	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barcelona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burgos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cáceres	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cádiz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Castellón	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ciudad Real	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Córdoba	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Coruña	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuenca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gerona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Granada	—	—	1	4	—	—	—	6	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—
Guadalajara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guipúzcoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Huelva	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Huesca	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaén	—	—	4	1	—	—	—	13	—	—	1	—	—	8	—	1	1	2	—	1	—	—	—	—
León	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Lérida	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Logroño	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lugo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madrid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Málaga	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	4	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Murcia	—	—	6	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Navarra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orense	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oviedo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Palencia	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Palmas (Las)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pontevedra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salamanca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S. C. Tenerife	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santander	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Segovia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sevilla	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Soria	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tarragona	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Teruel	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Toledo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Valencia	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Valladolid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vizcaya	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zamora	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zaragoza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ceuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Melilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Extranjero	—	—	1	1	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1
TOTALES	—	1	15	7	1	2	2	62	1	1	13	3	3	20	3	1	4	13	—	1	3	1	9	1

PROVINCIAS DE NACIMIENTO	Lérida	Logroño	Lugo	Madrid	Málaga	Murcia	Navarra	Orense	Oviedo	Palencia	Palmas (Las)	Pontevedra	Salamanca	S. C. Tenerife	Santander	Segovia	Sevilla	Soria	Tarragona	Teruel	Toledo	Valencia	Valladolid	Vizcaya	Zamora	Zaragoza	Ceuta	Melilla	Extranjero
Alava	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albacete	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Alicante	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—
Almería	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—
Avila	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Badajoz	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Baleares	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barcelona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burgos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cáceres	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cádiz	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Castellón	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Ciudad Real	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Córdoba	—	—	—	11	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—
Coruña	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuenca	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gerona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Granada	—	—	—	1	11	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1
Guadalajara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Guipúzcoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Huelva	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Huesca	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jaén	1	—	—	14	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	3	—	1	1	—	—	—	—
León	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lérida	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Logroño	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Lugo	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madrid	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Málaga	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Murcia	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Navarra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Orense	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oviedo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Palencia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Palmas (Las)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pontevedra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Salamanca	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S. C. Tenerife	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santander	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Segovia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sevilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soria	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tarragona	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Teruel	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Toledo	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Valencia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Valladolid	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Vizcaya	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zamora	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zaragoza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Ceuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Melilla	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Extranjero	—	—	—	2	—	—	—	1	5	1	3	3	1	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
TOTALES	2	—	—	59	22	4	—	1	6	1	4	5	1	4	—	—	16	—	9	1	1	27	—	2	2	1	2	8	2

Censo de familiares y convivientes de enfermos con lepra.—Año 1954

PROVINCIAS	Número total de fichas	Fichas de la provincia	Fichas de otras provincias	Fichas de fallecidos	Total de personas incluídas	Varones	Hembras	De más de 15 años	De menos de 15 años	Sin determinar edad	Fichas revisadas	Personas exploradas	Lepromina positiva	Lepromina negativa	Lepromina sin determinar	Fichas por revisar	Personas por explorar
Alava	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Albacete	22	15	2	5	66	28	38	22	16	28	4	14	4	10	—	18	52
Alicante	173	96	20	57	739	354	385	506	63	170	126	434	155	244	35	47	305
Almería	107	88	1	18	429	206	223	248	55	126	85	324	10	225	89	22	105
Avila	4	—	3	1	8	5	3	1	—	7	—	—	—	—	—	4	8
Badajoz	88	76	3	9	394	180	214	205	34	155	29	128	4	44	80	59	266
Baleares	13	2	6	5	29	17	12	3	—	26	—	—	—	—	—	13	29
Barcelona	127	19	92	16	538	242	296	325	101	112	106	485	176	78	231	21	53
Burgos	4	2	1	1	14	5	9	—	—	14	—	—	—	—	—	4	14
Cáceres	33	26	3	4	135	69	66	44	10	81	8	36	2	—	34	25	99
Cádiz	112	76	23	13	530	250	280	257	79	194	56	266	125	140	1	56	264
Castellón	80	62	4	14	269	139	130	108	22	139	16	49	19	25	5	64	220
Ciudad Real	30	21	7	2	118	56	62	50	14	54	1	2	—	1	1	29	116
Córdoba	201	149	33	19	815	365	450	311	120	384	60	235	120	109	6	141	580
Coruña (La)	69	43	3	23	283	145	138	93	28	162	54	199	122	74	3	15	84
Cuenca	11	6	4	1	53	32	21	23	—	30	—	—	—	—	—	11	53
Gerona	12	3	9	—	31	16	15	21	5	5	1	5	2	3	—	11	26
Granada	232	182	27	23	1.083	522	561	656	212	215	195	830	63	731	36	37	253
Guadalajara	5	3	1	1	14	7	7	7	2	5	—	—	—	—	—	5	14
Guipúzcoa	3	1	2	—	11	6	5	—	—	11	—	—	—	—	—	3	11
Huelva	123	83	4	36	517	255	262	278	98	141	108	412	33	87	292	15	105
Huesca	3	—	3	—	3	2	1	2	—	1	—	—	—	—	—	3	3
Jaén	514	461	11	42	2.384	1.115	1.269	1.537	491	356	364	1.529	761	656	112	150	855
León	4	1	1	2	10	4	3	9	1	—	—	—	—	—	—	4	10
Lérida	14	4	8	2	39	18	21	16	9	14	3	9	1	—	8	11	30
Logroño	3	1	1	1	7	1	6	6	—	1	—	—	—	—	—	3	7
Lugo	43	37	—	6	160	84	76	64	14	82	41	135	76	37	22	2	25
Madrid	114	15	91	8	398	155	243	234	103	61	104	291	162	97	32	10	107
Málaga	346	285	32	29	1.629	799	830	1.053	368	208	267	1.267	421	827	19	79	362
Murcia	45	26	10	9	190	87	103	50	18	122	2	4	—	1	3	43	186
Navarra	3	1	—	2	11	7	11	2	—	9	—	—	—	—	—	3	11
Orense	35	28	1	6	108	57	51	37	15	56	1	4	—	—	4	34	104
Oviedo	15	7	7	1	48	28	20	15	1	32	—	—	—	—	—	15	48
Palencia	2	1	1	—	8	5	3	2	3	3	—	—	—	—	—	2	8
Las Palmas	154	119	6	29	883	424	459	515	95	273	123	593	77	96	420	31	290
Pontevedra	135	106	3	26	492	230	262	352	83	57	110	388	26	198	164	25	104
Salamanca	6	5	1	—	18	8	10	6	2	10	—	—	—	—	—	6	18
S. C. Tenerife.	208	188	3	17	845	403	442	413	99	333	62	209	145	50	14	146	636
Santander	3	1	1	1	12	4	8	6	3	3	—	—	—	—	—	3	12
Segovia	4	2	1	1	15	3	12	5	2	8	—	—	—	—	—	4	15
Sevilla	95	57	32	6	396	181	215	187	49	160	11	79	26	53	—	84	317
Soria	2	—	—	2	9	6	3	2	—	7	—	—	—	—	—	2	9
Tarragona	150	117	18	25	600	287	313	457	108	35	158	578	214	357	7	2	22
Teruel	7	2	4	1	20	11	9	12	2	6	1	4	3	1	—	6	16
Toledo	7	4	3	—	16	8	8	10	6	—	—	—	—	—	—	7	16
Valencia	325	218	31	76	1.353	641	712	1.028	180	145	275	1.052	490	542	20	50	301
Valladolid	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Vizcaya	3	—	3	—	4	4	—	1	2	1	1	3	1	2	—	2	1
Zamora	3	1	2	—	5	2	3	2	2	1	1	1	—	1	—	2	4
Zaragoza	12	2	7	3	26	14	12	11	2	13	—	—	—	—	—	12	26
Ceuta	25	12	7	6	124	76	48	35	15	74	2	3	—	—	3	23	121
Melilla	20	6	13	1	79	42	37	29	—	50	—	—	—	—	—	20	79
TOTALES	3.760	2.660	550	550	15.969	7.609	8.360	9.257	2.532	4.180	2.375	9.568	3.238	4.689	1.641	1.385	6.401

Sexo.—Es indudable que las estadísticas arrojan un mayor número de hombres infectados que de mujeres, diferencia que en nuestras estadísticas ha ido disminuyendo conforme se han mejorado los medios de investigación y exploración, dándose el caso de que en el censo de 1954, para 1.593 varones, figuran 1.415 hembras, es decir, 52,9 de los primeros por 47,1 de las segundas, frente a los datos suministrados por el primer censo del año 1948, en que había el 58,5 de hombres por el 41,5 de mujeres.

Algunos quieren atribuir esta diferencia a una mayor resistencia a la infección debida al sexo, condicionada a la función tiroidea de la mujer; y hoy día se admite que esta diferencia es debida al distinto régimen de vida, que hace que los hombres se expongan con mayor frecuencia al contagio, y sobre todo a que la exploración y reconocimiento de las mujeres se hace más difícilmente, lo que explicaría lo que ocurre con nuestro censo, en el que se van igualando las cifras de hombres y mujeres conforme intensificamos y perfeccionamos la exploración y la investigación.

Herencia.—No hemos de hablar de la lepra como enfermedad hereditaria, hipótesis hoy día desechada por todos, sino de la posibilidad de admitir una resistencia hereditaria a la lepra, transmitida de la madre al hijo. Esta resistencia específica sólo se transmitiría pasivamente por anticuerpos que atravesaran la placenta, hecho comprobado en otras muchas infecciones y que en la lepra no cabe negar, siendo un hecho de observación corriente el que el niño sólo excepcionalmente enferma antes de los dos años.

Constitución.—No se puede hablar de una constitución absolutamente resistente a la lepra; pero se puede admitir una resistencia relativa, que sería la de aquellos casos en que no se contagian a pesar de su prolongada exposición, y la de aquellos otros que cuando adquieren la enfermedad lo hacen bajo una forma clínica benigna.

En cuanto a los factores externos (clima, alimentación, condiciones de vida, enfermedades intercurrentes, etc.), son motivo de otra lección, como igualmente lo son los factores específicos, que entran de lleno dentro de la inmunidad.

Para que la investigación epidemiológica que se viene efectuando en España a partir de 1948 sea útil y eficaz y al mismo tiempo pueda cotejarse con la realizada en otros países, es preciso se haga bajo las mismas normas y pautas, siguiendo criterio análogo, con igual terminología y los mismos procedimientos, y por eso tuvimos que adoptar

los criterios admitidos en los diferentes Congresos internacionales y especialmente en el celebrado en Cuba en el año 1949.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD.—Para organizar la Lucha eficazmente en una zona, localidad o nación, lo primero que se necesita es conocer el número de enfermos y, una vez conocido, relacionarlos con la totalidad de la población, lo que nos valorará la *intensidad y volumen* de la endemia que se refleja en el tanto por mil en relación con la población total, y a esta cifra se llama *índice de prevalencia,* que se obtiene multiplicando por mil el número de enfermos censados y dividiéndola por el total de la población, o sea para el censo del año 1954:

$$\text{I. P.} \quad \frac{3.008 \times 1.000}{28.863.182} = 0{,}107 \text{ por mil.}$$

Para conocer la prevalencia es condición indispensable tener el censo total de la población, que si en un principio puede ser puramente informativo, es decir, sólo con el número de enfermos existentes, paulatinamente se irá transformando en censo intensivo, conforme se vayan recogiendo y anotando cuantos datos sean necesarios para el mejor conocimiento de la endemia y una actuación más eficaz.

INCIDENCIA.—El número de nuevas infecciones que se producen en un período de tiempo determinado, tiene extaordinaria importancia para conocer la *evolución y desarrollo* de la endemia.

El índice de incidencia expresa el número de casos nuevos observados en un tiempo determinado en relación con el total de la población y se expresa siempre en relación a los 1.000 habitantes, y para obtenerlo se multiplica el número de nuevos casos (para nosotros en un año) por 1.000 y se divide por el total de la población, o sea, para el censo de 1954:

$$\text{I. I.} \quad \frac{173 \times 1.000}{28.863.182} = 0{,}006 \text{ por mil}$$

Para que este índice sea exacto es condición indispensable que el censo de enfermos esté terminado y completo, pues si no pueden incluirse como casos nuevos de contagio, enfermos antiguos ignorados o indiagnosticados.

Por este índice de incidencia podemos llegar a conocer la eficacia de las medidas adoptadas en la Lucha, cuya misión es la de disminuir o anular la propagación de la enfermedad.

Estos índices de prevalencia y de incidencia pueden obtenerse en un determinado sector, o sea, en el que esté hecho el censo informativo totalizado, como también puede hacerse en relación a un factor determinado, como edad, sexo, respuesta inmunobiológica, etc.

Con estos índices se puede establecer la intensidad y volumen de la endemia, evolución y desarrollo, origen y declinación de la lepra en función a la edad, sexo, profesión, medios en que viven, etc.

A más de estos índices con mucho los más interesantes, se aconseja obtener el ÍNDICE DE CONTAGIO, que nos enseña el *poder infectivo de la endemia y la resistencia* de los sujetos expuestos a la infección, que se obtiene multiplicando el número de nuevos casos por 100 y dividiéndolo por el número de convivientes explorados y estudiados, o sea, para el censo del año 1954:

$$\text{I. C.} \frac{173 \times 100}{9.568} = 1{,}80\ \%$$

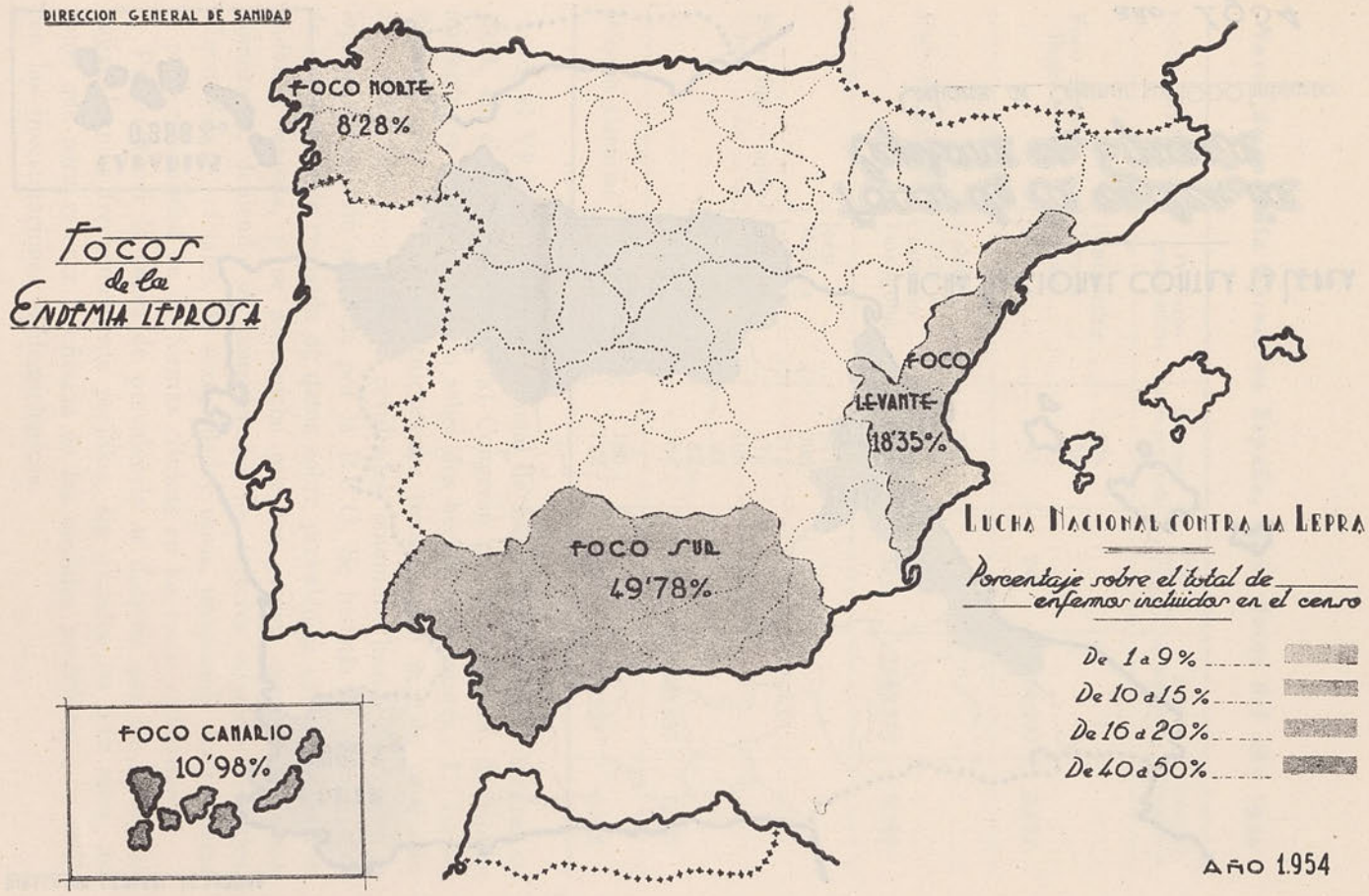
Siendo el obtenido en el censo de 1951 el 5,26 por 100; como se ve, va paulatinamente descendiendo.

La POTENCIALIDAD INFECCIOSA de la endemia está en función del porcentaje de casos lepromatosos, forma clínica la más contagiosa, y se obtiene multiplicando el número de casos lepromatosos por 100, y dividiéndolo por el total de los enfermos estudiados, y clasificados así para el censo de 1954:

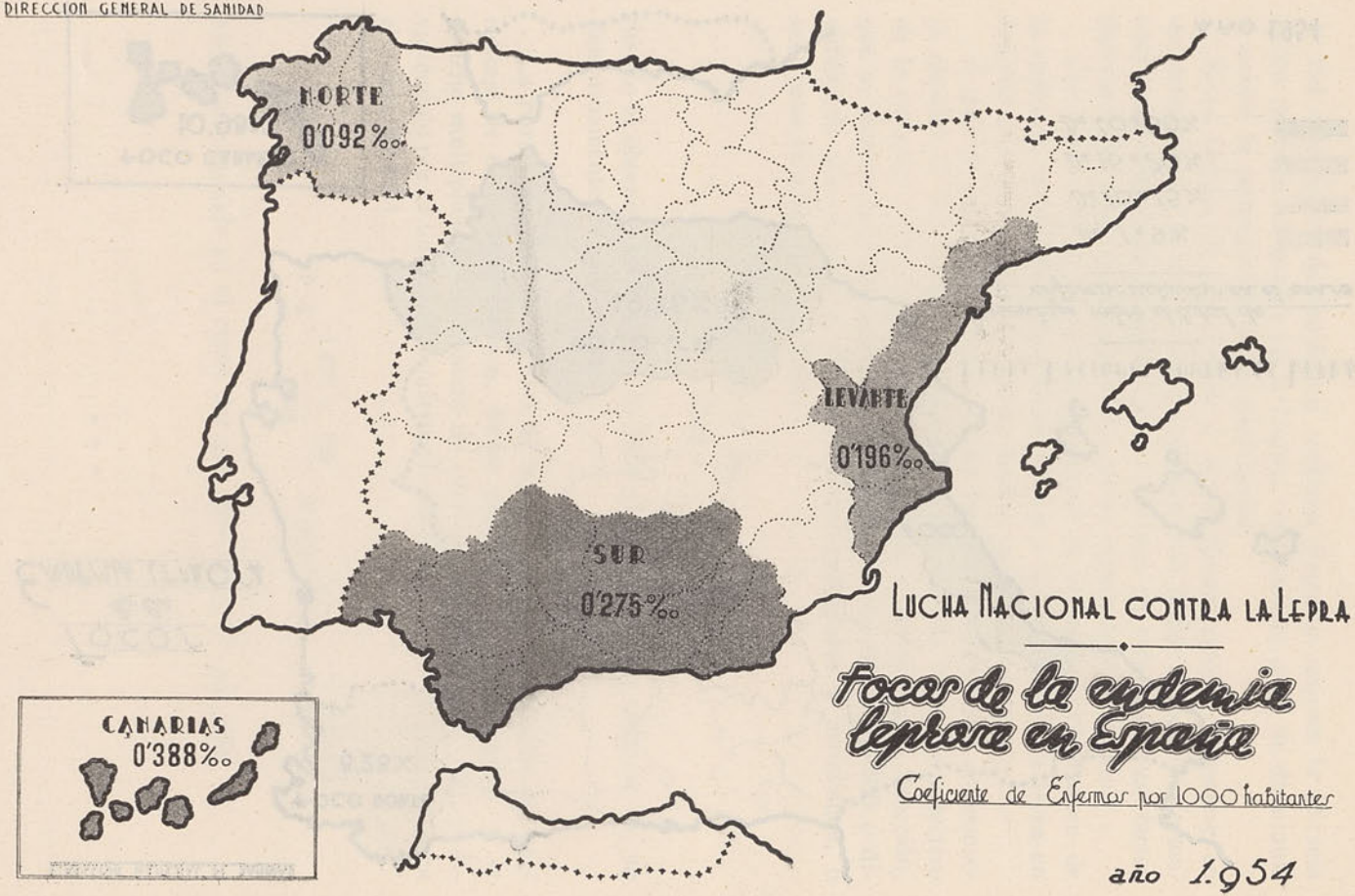
$$\text{P. I.} \frac{1.455 \times 100}{2.348} = 61{,}97\ \%$$

Siendo el obtenido en el censo del año 1951 el de 67 por 100.

* * *


DIRECCION GENERAL DE SANIDAD
Focos de la ENDEMIA LEPROSA
FOCO NORTE
8'28%
FOCO LEVANTE
18'35%
FOCO SUR
49'78%
FOCO CANARIO
10'98%
LUCHA NACIONAL CONTRA LA LEPRA
Porcentaje sobre el total de enfermos incluidos en el censo
De 1 a 9%
De 10 a 15%
De 16 a 20%
De 40 a 50%
AÑO 1.954

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD



LUCHA NACIONAL CONTRA LA LEPRA

Focos de la endemia leprosa en España

Coeficiente de Enfermos por 1000 habitantes

año 1954

Focos de endemia leprosa en España, según datos del año 1954

FOCOS ENDEMIÇOS	Provincias comprendidas	Enfermos de la provincia	Total de enfermos del foco	Total de habitantes	Indice de prevalencia
Foco Norte o gallego	Pontevedra ...	108			
	Coruña	59			
	Orense	33			
	Lugo	41	241	2.604.200	0,092
Foco de Levante.	Valencia	230			
	Alicante	102			
	Castellón	73			
	Tarragona... ...	120	525	2.663.879	0,196
Foco Sur o andaluz	Jaén	511			
	Málaga	308			
	Granada	211			
	Córdoba	173			
	Almería	105			
	Huelva...	93			
	Cádiz	82			
	Sevilla...	64	1.364	5.605.857	0,275
Foco de Canarias.	S. C. Tenerife.	186			
	Las Palmas ...	122	308	793.328	0.388

En el VI Congreso Internacional de Lepra celebrado en Madrid en 1953, en el informe emitido al Congreso por la Comisión de Epidemiología, se llamó la atención sobre dos hechos importantes : 1.° La influencia que las nuevas medicaciones tienen como medida profiláctica ; y 2.° Los prometedores resultados obtenidos hasta ahora con la leprominorreacción inducida por la B.C.G. Se insistía en la necesidad de intensificar la recogida de datos sobre prevalencia en los países con endemia leprosa, y se aconsejaba que los grupos estudiados fueran numerosos, debiendo ser considerados los factores económico-sociales, climatológicos, raciales, de sexo, edad y otros, precisando determinarse la proporcionalidad de las formas clínicas en los casos estudiados.

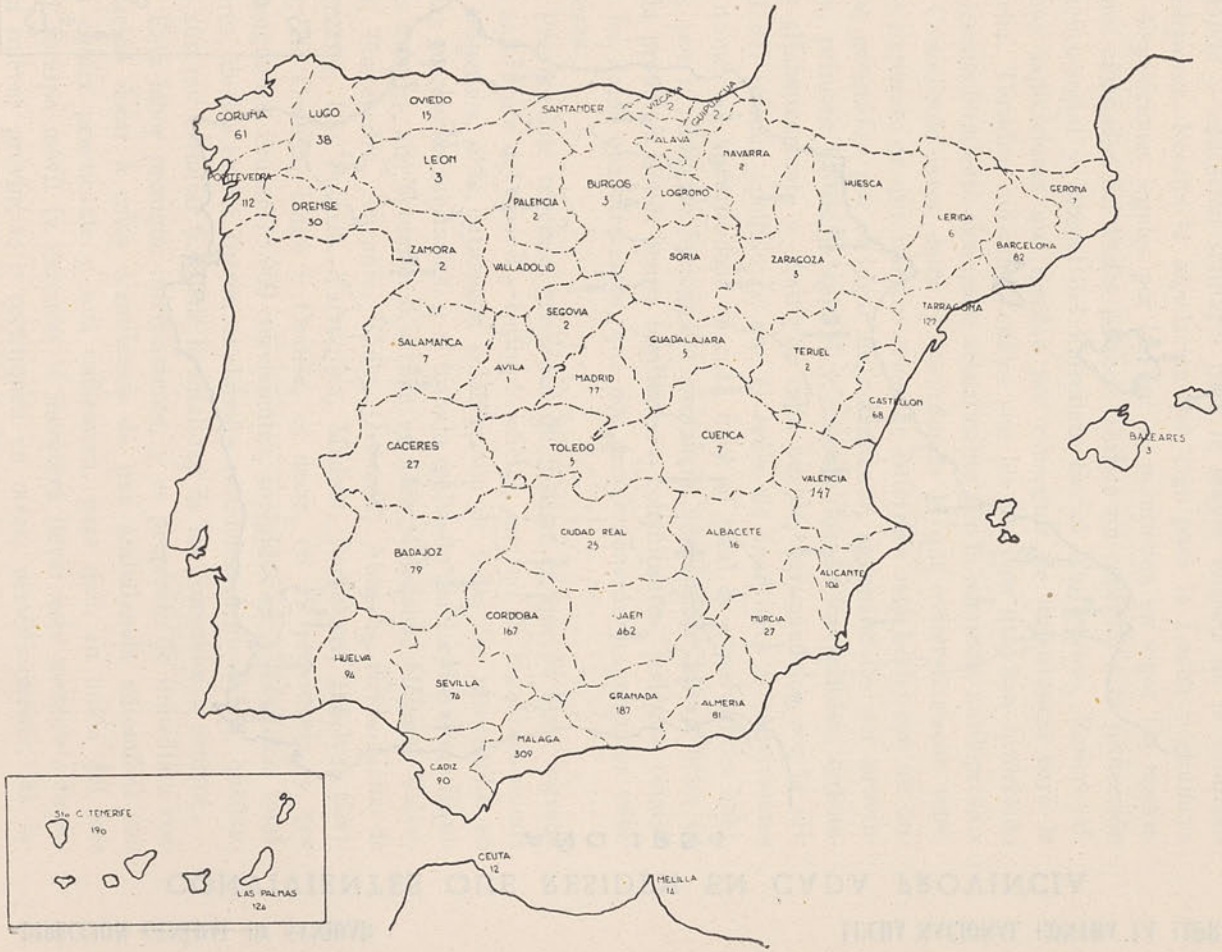
Para obtener la curva de prevalencia se dispone que los censos se hagan lo más frecuentemente posibles, sin exceder los diez años, así como que para valorar la eficacia de las medidas profilácticas se utilicen las investigaciones epidemiológicas.

Se proponen medidas profilácticas a base de educación y propaganda sanitaria, protección y control de convivientes, tratamiento ambulatorio, aislamiento selectivo, investigación científica y asistencia social, y se recomienda hacer extensas encuestas para averiguar los efectos de las nuevas medicaciones en la profilaxis de la enfermedad, sobre todo en los países en que el aislamiento sanatorial es impracticable ; que la vacunación por la B.C.G sea adoptada en la campaña profiláctica, haciéndose estudio de su acción protectora entre los convivientes de focos bacilíferos y aquellos otros que están separados de las fuentes de infección, y que los servicios de salud pública de los diferentes países manden periódicamente a la O.M.S. los datos sobre prevalencia de la lepra, y añaden que la legislación vigente debe adaptarse a las nuevas adquisiciones diagnósticas y terapéuticas, insistiendo en que los hijos de padres enfermos de lepra sean separados inmediatamente después del nacimiento y colocados en instituciones públicas o privadas, o mejor aún, en un medio familiar.

Nos cabe la satisfacción de que cuantos consejos y recomendaciones fueron hechos ya se realizaban en la campaña antileprosa organizada en España, y en el resumen de nuestra comunicación presentada al Congreso con el título «El problema de la lepra en España» decíamos lo siguiente: «... Tras concisas generalidades, el autor hace brevísimo comentario histórico de la aparición de la lepra en la Península Ibérica ; expone algunos datos geográficos y demográficos, y refiere el desenvolvimiento de la Lucha contra la Lepra en España, a partir de mediados del siglo XIX. Señala las normas de la organización actual de la campaña antileprosa, conforme a los acuerdos admitidos en las Reuniones y Congresos de Leprología. Expone la labor realizada en España para figurar en el concierto sanitario mundial. Hace referencia a los Centros asistenciales con que se cuenta para la Lucha, y de los avances logrados en el aislamiento, control y asistencia de los enfermos lazarinos. Ofrece un censo de enfermos de lepra, vivo, mutable, dinámico y continuado, iniciado en 1948, reflejo de la estadística demográfica y nosológica de la enfermería leprosa, con los focos más importantes de la endemia. Comenta el censo de familiares y convivientes, que permite una más perfecta investigación epidemiológica, resaltando el valor y eficacia de los Equipos móviles para la exploración de los focos familiares y descubrimiento de casos incipientes. Pasa revista al material terapéutico de que se dispone, insistiendo en la profilaxis, por el tratamiento de los enfermos y efectos preventivos, por

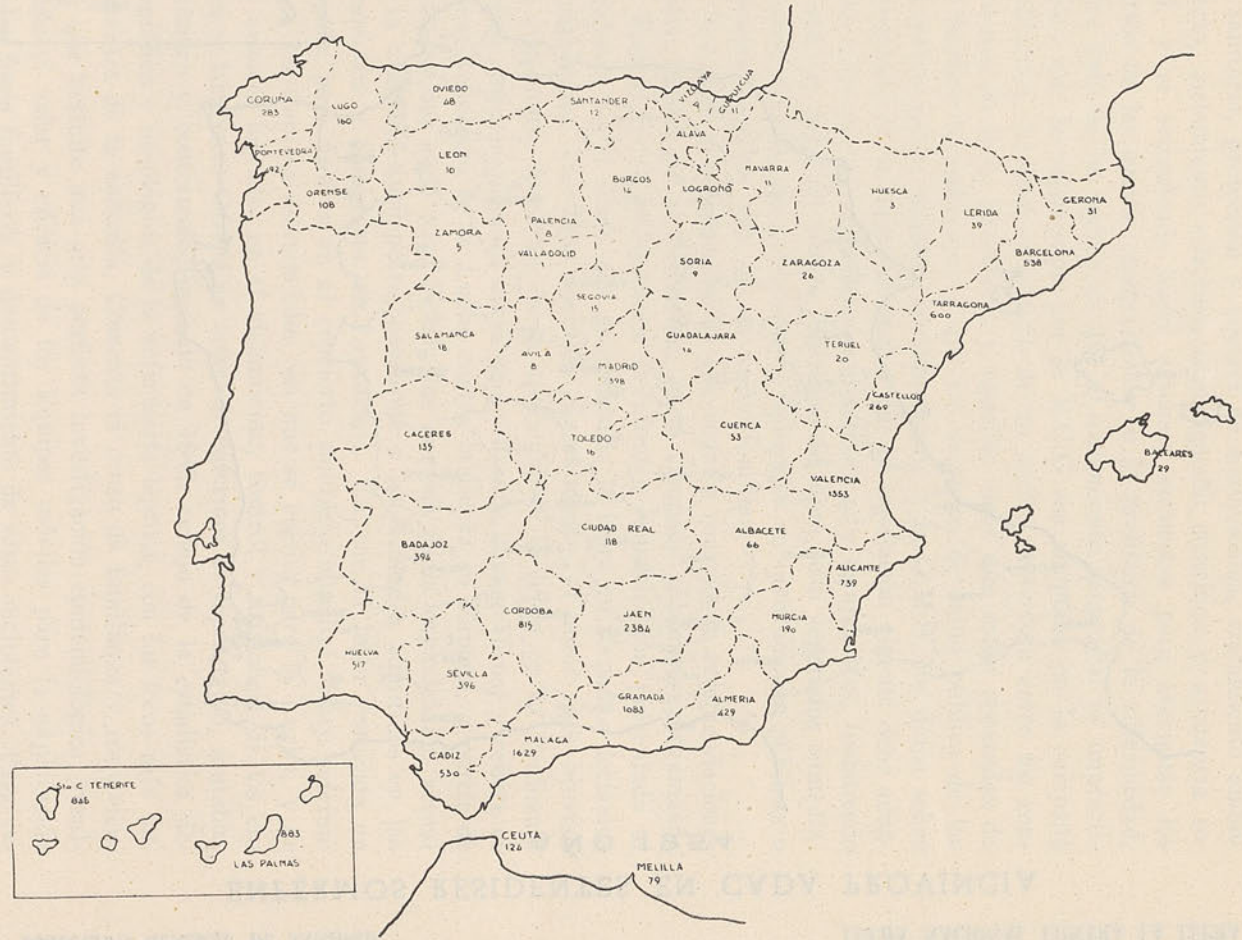
ENFERMOS RESIDENTES EN CADA PROVINCIA

AÑO 1954



CONVIVIENTES QUE RESIDEN EN CADA PROVINCIA

AÑO 1954



la vacunación con la B.C.G. Aborda la necesidad de una extensa propaganda y educación sanitaria para la mayor eficacia de la campaña antileprosa. Reseña la legislación que rige para la Lucha y enumera las disposiciones legales por las que se mantienen en vigor las resoluciones emanadas del Poder público. Dedica un capítulo a la protección benéfico-social y laboral del Patronato Social Antileproso. Refiere algunas aspiraciones que quedan por conseguir de importancia para la Lucha. Termina indicando cuáles son los motivos que han favorecido el desenvolvimiento alcanzado actualmente por la campaña antileprosa.»

Conociendo estos datos y recordando lo que reiteradamente tenemos expuesto de que nuestro censo de enfermos está hecho con un criterio geográfico por el lugar de nacimiento, agrupándolos por provincias, primero los de la capital y después los de los pueblos, ordenados alfabéticamente y dentro de cada pueblo, agrupándolos por la inicial del primer apellido, y que el censo de familiares y convivientes es numérico, agrupándose en cada ficha el total de convivientes habidos por el enfermo en aquella provincia, abriéndose nueva ficha en cada provincia donde tenga familiares o cohabitantes, podemos comentar los datos que ofrecemos, que nos proporcionarán interesantes enseñanzas.

Previamente tenemos necesidad de insistir en que la obra lograda ha sido fruto del apoyo y estímulo oficial, que no ha regateado ayuda ni esfuerzos, a la entusiasta colaboración de todos los interesados en estas cuestiones sanitarias, y al trabajo realizado por los diecisiete Equipos móviles que actuaron o actúan en Jaén, Córdoba, Málaga, Valencia, Pontevedra, Alicante, Cádiz, Granada, Almería, Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas, Tarragona, Madrid, Barcelona, Huelva, Sevilla, La Coruña, Lugo y Orense, es decir, en 19 provincias, y que consiguieron censar 15.969 convivientes, incluídos en 3.760 fichas familiares, de los cuales fueron explorados minuciosamente 9.568, quedando aún por estudiar 6.401 de la totalidad de los sometidos a control.

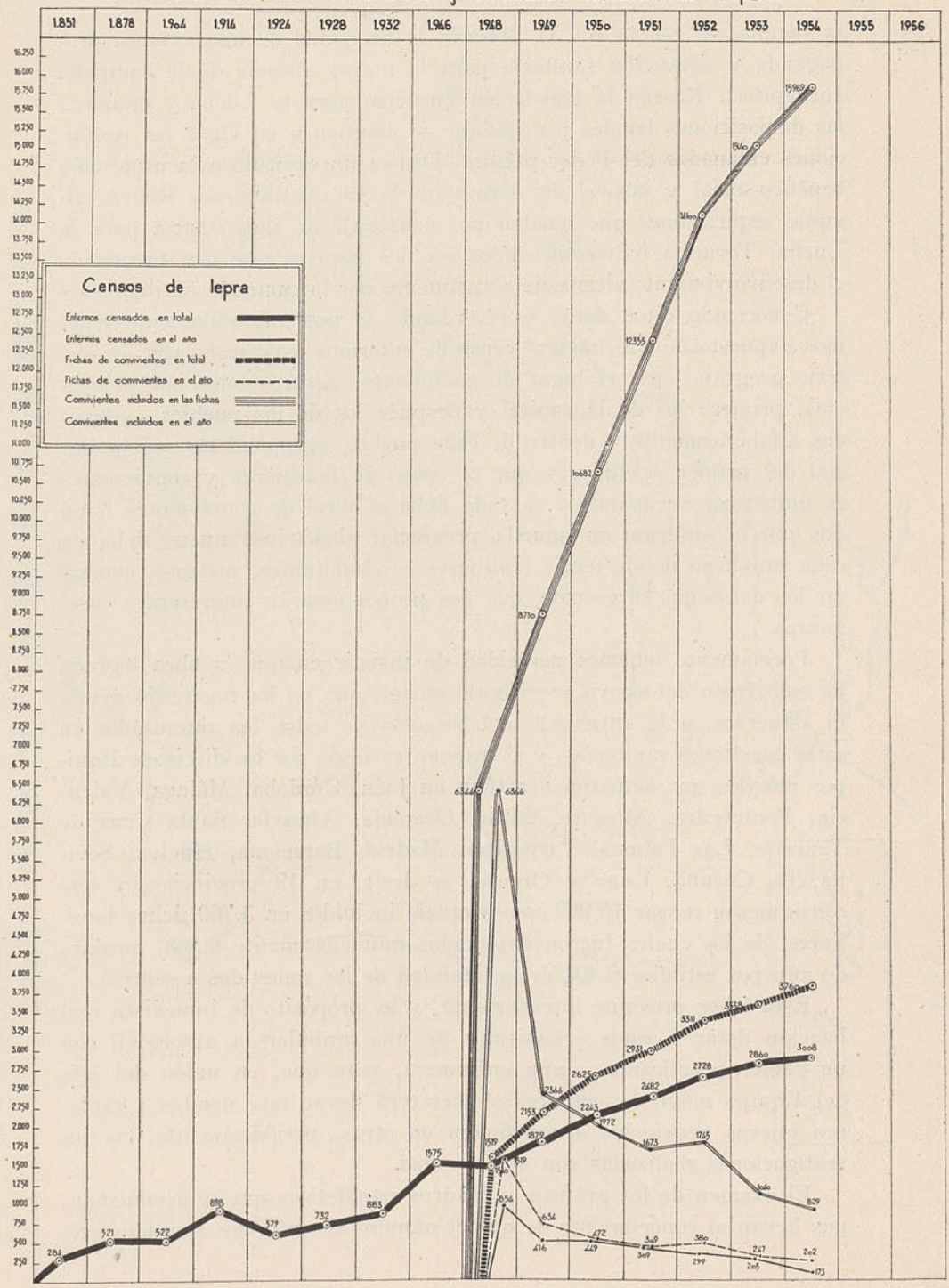
Esta labor prosigue intensamente, y es propósito de inmediata realización dotar a estos organismos de una ambulancia automóvil con un chófer practicante y una enfermera, para que, en unión del jefe del Equipo móvil (y entonces sí merecerá llevar este nombre), exploren nuevas provincias o rectifiquen en otras, periódicamente, las investigaciones realizadas con anterioridad.

El examen de los gráficos y cuadros estadísticos que se acompañan, nos llevan al conocimiento de que el número de enfermos censados cre-

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

LUCHA CONTRA LA LEPRA

Graficos de los censos de enfermos y convivientes realizados en España.

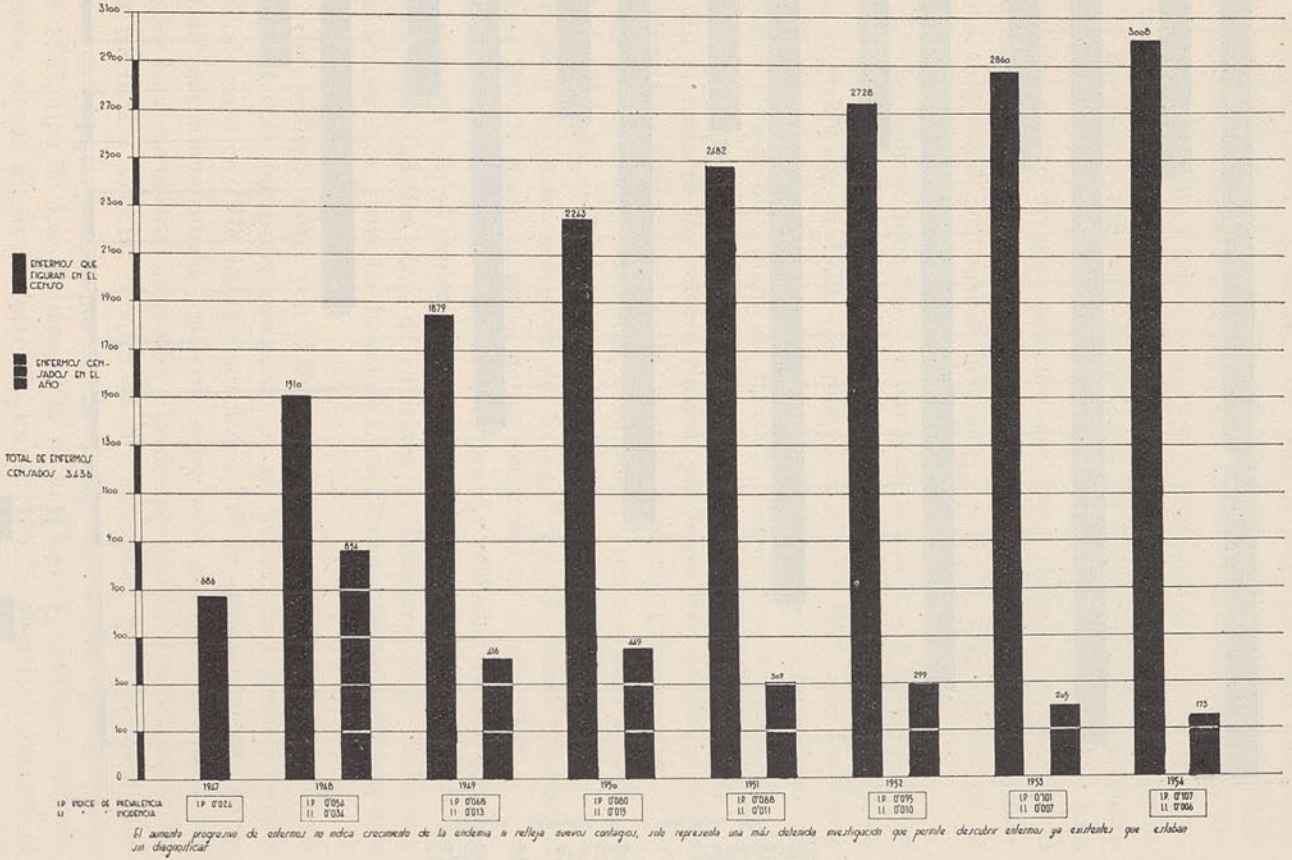


DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

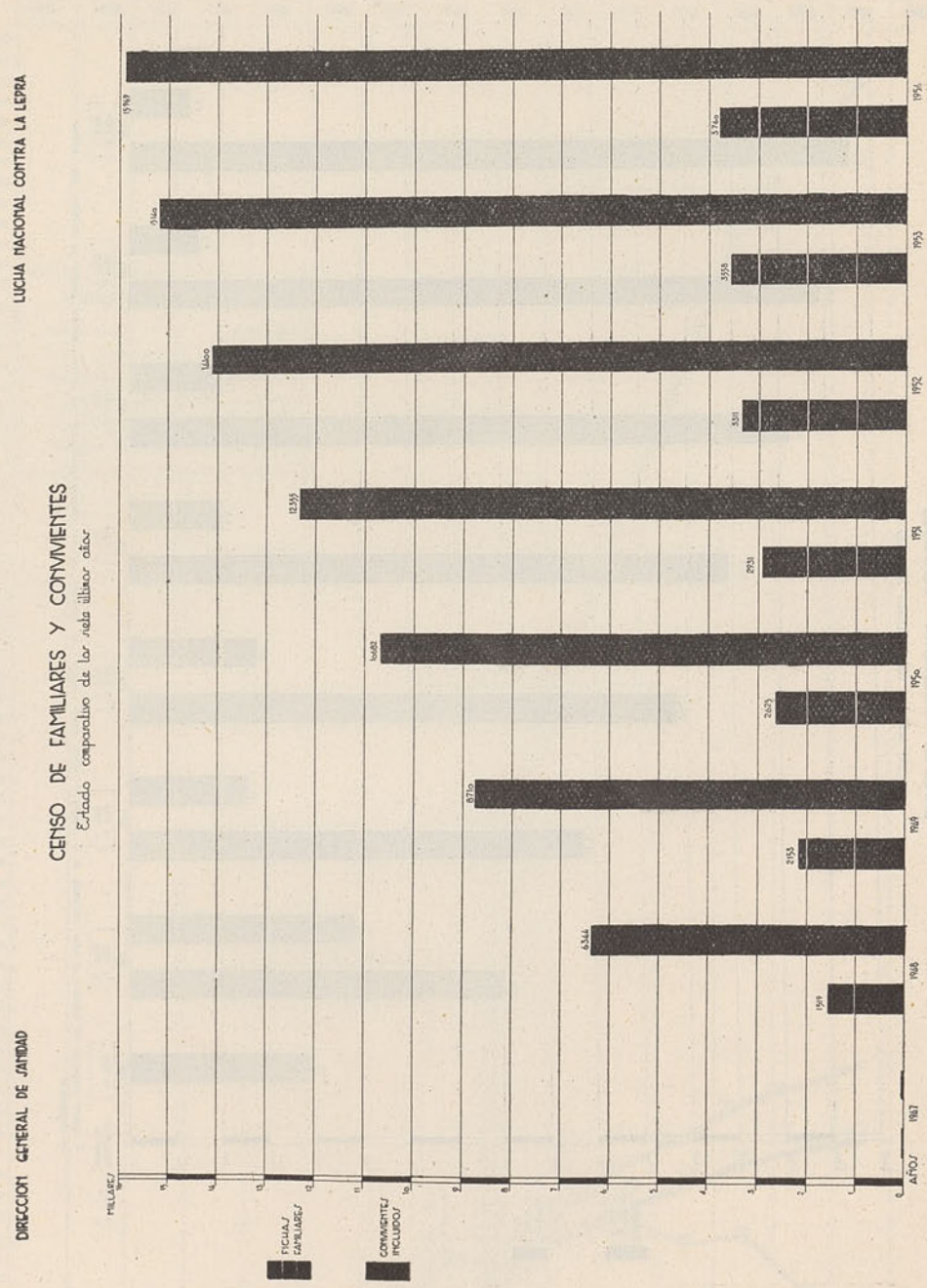
LUCHA NACIONAL CONTRA LA LEPRA

ENFERMOS LAZARINOS CENSADOS

Cuadro comparativo de los últimos siete años



El aumento progresivo de enfermos no indica crecimiento de la endemia si refleja nuevos contagios, sólo representa una más detenida investigación que permite descubrir enfermos ya existentes que estaban sin diagnosticar


DIRECCION GENERAL DE SANIDAD
LUCHA NACIONAL CONTRA LA LEPRA
CENSO DE FAMILIARES Y CONVIVIENTES
Estado comparativo de los siete últimos años
MILLARES
FICHAS FAMILIARES
CONVIVIENTES INCLUIDOS
AÑOS
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1519
6344
2153
8710
2625
10682
2931
12355
3311
14400
3558
5140
3760
15969

ce progresivamente, alcanzando en 1954 la cifra de 3.008 enfermos ; pero si incluímos a los censados ya fallecidos y a los errores de diagnóstico catalogados, dados de baja, esta cifra sube a 3.436 enfermos que llevamos catalogados desde el comienzo de nuestra labor ; se ve que conforme aumenta el número de enfermos incluídos en el censo, disminuye el de nuevos enfermos descubiertos en el año, siendo muchísimo más frecuente entre ellos los casos de reciente infección, que nos hace creer que dentro de poco podamos dar como incluídos en el censo la totalidad de los enfermos existentes, y que los nuevos casos diagnosticados sean todos por nuevas invasiones, es decir, que los índices de incidencia que insertemos sean exactos.

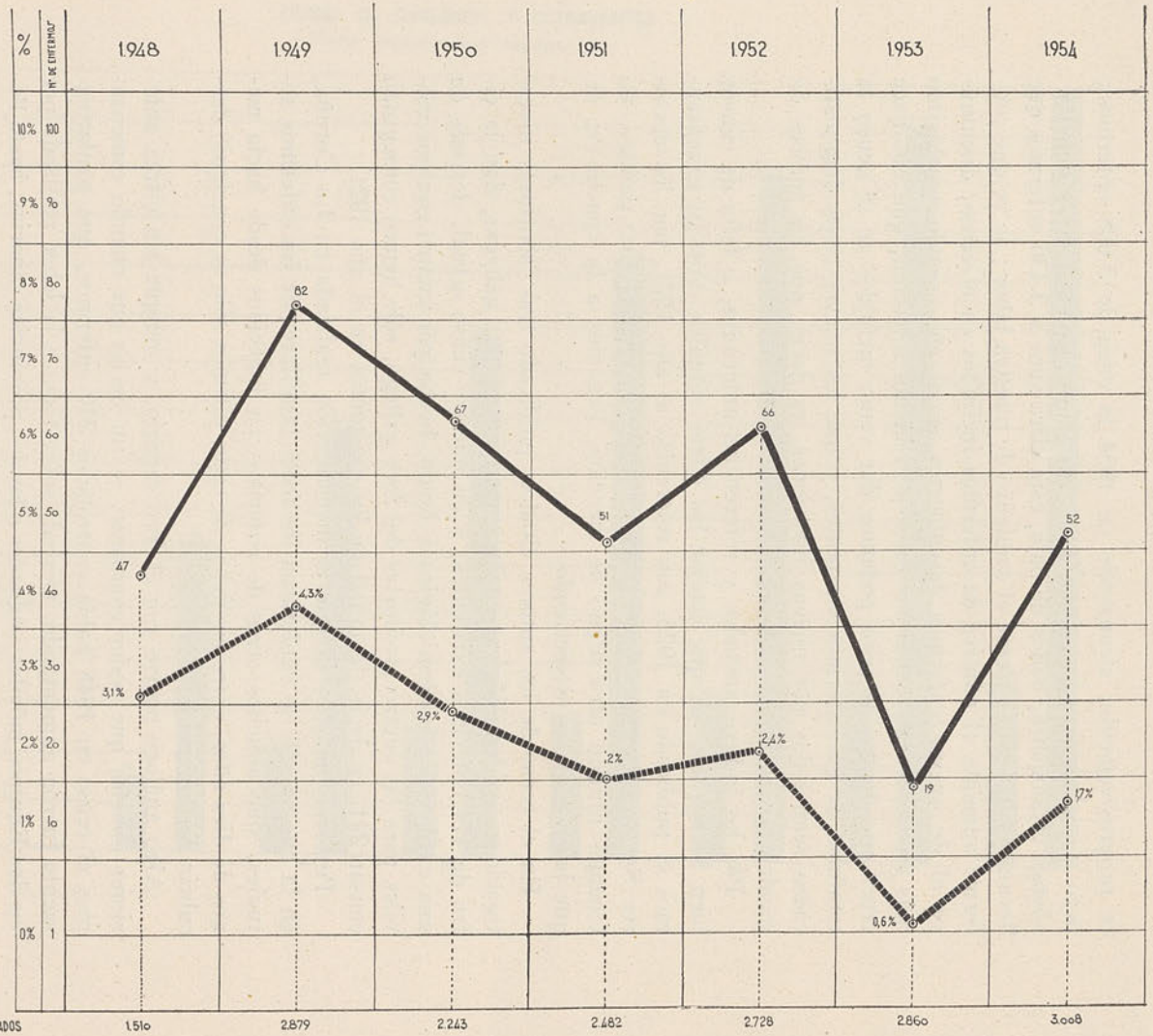
Por los índices anotados y referencias anteriores, a falta de censos bien hechos con los que cotejar las cifras actuales, pues si exceptuamos el publicado en 1923, con referencia al año 1921, por los doctores SADÍ DE BUEN y SAMPELAYO, relacionados con el foco gallego, no tenemos ningún otro digno de mención, llegamos a la conclusión de que la endemia va decreciendo.

En el censo de los autores citados, publicado tras laboriosas investigaciones epidemiológicas en las cuatro provincias gallegas, dan la cifra de 474 enfermos existentes, y en nuestro censo actual, después de una exploración epidemiológica a fondo, hecha por cuatro equipos móviles para las cuatro provincias del foco gallego, sólo hemos conseguido censar 241, es decir, la mitad de los existentes en el año 1921.

Pero hay más, y es que la investigación realizada en La Coruña, en la que no sólo se exploraron los focos familiares de los enfermos actuales, sino aquellos otros de enfermos ya fallecidos desde hacía menos de diez años, entre las fichas de estos últimos sólo se consiguió descubrir dos enfermos.

Algo análogo ocurre con el foco canario, y aunque sin cifras anteriores exactas que poder comparar, es un hecho que cuando comenzamos el censo en 1948 había controlados 210 enfermos, que paulatinamente fueron aumentando, merced, sobre todo, a la labor realizada por los dos Equipos móviles asignados a las dos provincias canarias, hasta llegar en 1952 a alcanzar la cifra de 301 enfermos ; pero que desde entonces y después de dos años de continuada exploración epidemiológica por el Equipo de Las Palmas, sólo se han logrado catalogar 308 enfermos, siendo digno de notar que en la revisión efectuada durante el último año de las fichas de familiares y convivientes, 12 fueron remitidas como anulables por desaparición del foco, bien por fallecimien-

GRAFICA DE MORTALIDAD EN LOS ENFERMOS CON LEPRA.



to del enfermo y de todos sus convivientes, o por emigración en masa de todos los componentes del foco, sin contar aquellas otras fichas ya dadas de baja por pertenecer a casos de errores diagnósticos, más frecuentes en esta provincia que en todas las demás.

Creemos que con estos datos y a la vista de los diferentes índices de incidencia, contagio y potencialidad infecciosa de la endemia, en progresiva disminución, no es aventurado afirmar que la endemia va decreciendo, sin encontrarnos capacitados para juzgar qué parte corresponde a la remisión espontánea de la dolencia y cuál a la organización sanitaria actual, que con el perfeccionamiento en la exploración y control de los enfermos y convivientes, mejor y más completa asistencia médica con medicaciones mucho más activas y eficaces y lugares de internamiento y asistencia acogedores y suficientes, y con el auxilio y protección social y laboral dispensados a los enfermos y familiares, tienen, necesariamente, que influir favorablemente en la evolución y desarrollo de la endemia.

Ahora que vemos próximo el fin de la enfermedad en nuestra patria, se precisa más que nunca intensificar todos los esfuerzos, dar el último empujón con todas las energías de que seamos capaces de desarrollar, poner en juego cuantos elementos sean precisos, aun cuando a primera vista parezcan caros, para lograr la ansiada meta de poder pregonar en un futuro próximo que la lepra ha desaparecido del suelo hispano.