

TRABAJOS ORIGINALES

Relaciones entre lepra y tuberculosis

Prof. B. Viel*

Dr. H. Dellien**

La existencia de lepra en países limítrofes con Chile (Argentina, Bolivia, Perú) y la existencia de corrientes migratorias, de trabajadores especialmente en las zonas mineras de Chile, más un movimiento continuo que representa el tener una marina mercante, que viaja por zonas en las cuales la lepra es prevalente, ha hecho sospechar a muchos que debe existir lepra en nuestro territorio, y por ello los dermatólogos chilenos han buscado largamente esta enfermedad sin haber obtenido resultados positivos. La existencia de laboratorios de anatomía patológica en los hospitales de prácticamente todo el territorio, la actitud de búsqueda activa ya señalada entre los dermatólogos, y la negativa de los resultados, en cuanto a hallazgo de lepra se refiere, son a nuestro juicio, garantía suficiente que dicha enfermedad no existe entre nosotros.

El Dr. Ismael Drapkin, después de largos estudios en los leprosarios de la Isla de Java, regresó a Chile y trabajó en los Servicios de Dermatología proponiéndose descubrir casos de lepra no diagnosticada. El autor mencionado hizo un diagnóstico de lepra en un residente de la ciudad de Santiago, ciudadano ecuatoriano víctima de una lepra de naturaleza tuberculoide, que había llegado al país ya víctima de la enfermedad. Este caso junto a otro de iguales características diagnosticado posteriormente, constituyen los únicos hallazgos positivos de la intensa búsqueda efectuada en los últimos 30 años.

Aunque no podemos afirmar que la lepra no haya existido nunca en Chile, podemos afirmar que no existe en el momento actual, lo cual evidentemente constituye una rareza por cuanto se trata de un país que tiene toda clase de densidades de población y variedades de clima, además de existir un elevado porcentaje de su población viviendo en la miseria, como lo demuestran sus altas tasas de tuberculosis y de mortalidad infantil.

Al misterio del por qué no existe lepra en nuestro país se agrega el misterio de por qué dicha enfermedad prácticamente ha desaparecido del con-

* Servicio Nacional de Salud, Chile.

** Servicio Nacional de Salud, Chile.

tinente europeo y existe en la actualidad sólo en el Asia, el Africa, las islas del Pacífico Sur y algunos países del continente Americano.

La historia de la enfermedad, exhaustivamente investigada por Bindford, parece tener un origen desconocido; pero es más que probable que fuera común entre los Israelitas y existe evidencia que en el año 500 antes de Cristo era conocida por los Griegos, igual cosa puede decirse de los Romanos en la época del Imperio, desde cuya caída, hasta los alrededores del siglo XV la enfermedad tuvo una inusitada prevalencia en todo el continente Europeo. A partir del siglo XV comienza a declinar y en la época de la colonización americana ya era rarísima, a pesar de lo cual, fue con los colonos europeos que la enfermedad parece haber llegado a este continente.

Las manifestaciones cutáneas de la enfermedad provocaron siempre horror y por ello desde tiempos remotos se aplicó a los leprosos un cruel y severo aislamiento, para ellos se abrieron los Lazaretos (casa de Lázaro) y en muchas regiones se les obligó a llevar una campana que anunciando su presencia hiciera huir a los sanos del contacto de tales pacientes. La muy vieja observación de que la enfermedad es contagiosa aún en su período incubatorio hizo que en muchas regiones el leproso fuera segregado junto a sus familiares sanos, partiendo de la base de que en ellos la enfermedad se desarrollaría fatalmente en fechas posteriores. Prácticas de este orden se encuentran todavía en uso en algunos países latinoamericanos.

La severidad del aislamiento impuesto ha sido clásicamente la razón invocada para explicarse la desaparición de la enfermedad en el continente Europeo, sin embargo no son pocos los que dudan de esta explicación. En primer lugar nunca se ha visto desaparecer una enfermedad aplicando solamente medidas de aislamiento, en segundo lugar todo parece indicar que existe un período asintomático y contagiante que anularía los efectos del aislamiento del sintomático, por riguroso que éste fuera.

Años atrás visitando el magnífico servicio de control de lepra que existe en Guadalajara, México, fuimos informados que allí no se recluía a los enfermos sino en los períodos en que éstos requieran tratamiento hospitalario, y que el resto del tiempo eran tratados a domicilio, reemplazando el aislamiento por la educación sanitaria. Esta política permite conocer el total de los casos existentes en la comunidad, los cuales pasaban de mil, en circunstancia que antes de iniciar esta práctica el Lazareto asilaba escasamente a 50 enfermos que no habían logrado ser ocultados por el cariño de los suyos. Dudamos que el ser humano haya cambiado tanto que antes pudiera aplicar sin fallas un aislamiento severo y que en el momento actual ese mismo tipo de aislamiento fracase por motivos sentimentales.

Si aceptamos que el aislamiento estricto, que hoy fracasa, haya sido riguroso en el pasado, queda todavía la interrogante que plantea la existencia de un período asintomático y contagiante, que acerca un tanto la epidemiología de la lepra a la de la tuberculosis, y que invalida, a nuestro juicio, la aseveración de que sólo el aislamiento pueda ser responsable de la desaparición de la lepra de Europa.

Argumentos como los debatidos han hecho pensar a muchos epidemiólogos que las epidemias de Bubónica que asolaron a Europa en el siglo XV puedan ser las responsables de la desaparición de la lepra y que la Peste, al diezmar la población Europea, hubiera hecho desaparecer a los más susceptibles dejando vivos solamente a los resistentes y capaces de sobrevivir a la infección. Al aceptar una hipótesis como ésta tendríamos que aceptar un hecho probablemente erróneo, cual es el de suponer que la resistencia a la enfermedad infecciosa sea inespecífica, cuando sabemos de sobra que un individuo que puede demostrar un alto grado de resistencia a la tifoidea puede perfectamente sucumbir a una tuberculosis.

La curiosidad que ha despertado en nosotros la inexistencia de lepra en nuestro país y la desaparición de la enfermedad en el Continente Europeo, desaparición que no se aviene con las explicaciones que se han dado para ello, nos movió a interesarnos por conocer algo de la epidemiología y de la clínica de la lepra, reconociendo que cuanto hayamos podido aprender al respecto es lo que puede lograrse con lecturas y con cortas visitas a países extranjeros en donde existe el problema.

Los bacteriólogos nos han enseñado que el bacilo de Hansen es extraordinariamente similar al bacilo de la tuberculosis y que prácticamente no existe entre ambos gérmenes más diferencia fácilmente reconocible que la que el bacilo de la lepra no es cultivable en medios de laboratorio.

Los estudios epidemiológicos efectuados en los países donde la enfermedad es prevalente nos dicen que en general la lepra es más abundante en las zonas rurales o semirurales de bajo standard de vida, en donde existe un alto índice de personas por pieza y nos aseveran además que la lepra tiende a desaparecer de las zonas urbanas.

No se sabe hasta el momento cuál es el mecanismo de contagio; pero hay buenas razones para aceptar que cualquiera que sea requiere una larga convivencia con casos contagiantes sean estos sintomáticos o no. Quienes han investigado el problema aseguran además la existencia de una susceptibilidad familiar.

La contagiosidad de la enfermedad, con excepción de los conviventes íntimos y prolongados, parece ser muy baja, como lo demuestra el hecho que entre más o menos un millón de ciudadanos norteamericanos que hicieron la guerra en países en los cuales existía lepra, no más de cien casos volvieron a los Estados Unidos con síntomas de la enfermedad.

La clínica nos enseña que hay tres formas de lepra: la llamada lepromatosa, que corresponde a la descripción bíblica de la enfermedad y en la cual se observan lesiones ulcerosas y mutilantes; la tuberculoide que da manifestaciones de carácter más benigno y de naturaleza más crónica y la indeterminada en la cual existen ambos tipos de manifestaciones en el mismo paciente.

La anatomía patológica nos indica que las lesiones propias de la forma lepromatosa hacen posible concebir la eliminación del germen al exterior ya que se trata de lesiones ulceradas de las cuales es posible aislar el bacilo. Nos indica también que en la forma tuberculoide dicha eliminación bacilar es prácticamente imposible ya que los gérmenes se encuentran encerrados en un grueso tejido

fibroso con que el tejido sano se aísla y se defiende de la agresión microbiana.

Los estudios efectuados sobre contagio confirman este punto de vista ya que los contagiados derivan sólo de formas lepromatosas o indeterminadas y nunca de formas tuberculoides. Los dos casos que tenemos conocimiento que han sido diagnosticados en nuestro país corresponden a formas tuberculoides y por ello no se han tomado medidas de aislamiento.

Desde los estudios de los investigadores japoneses Mitsuda y Hayashi efectuados entre 1917 y 1933, el diagnóstico de la forma clínica de lepra se efectúa con la ayuda de la llamada hoy reacción de Mitsuda aceptándose que los afectados de lepra lepromatosa, además de sus características clínicas, dan reacción de Mitsuda negativa en tanto que las víctimas de lepra tuberculoides exhiben reacciones de Mitsuda positivas y las de lepra indeterminada positiva o negativa según el predominio de las lesiones que el paciente exhiba. Al practicar reacción de Mitsuda en individuos normales se ha podido ver que muchos de ellos exhiben reacción positiva y al seguir en el tiempo a estos individuos se ha podido observar que si contraen la enfermedad ella es de naturaleza tuberculoides. En igual forma al seguir en el tiempo a sujetos normales con reacción de Mitsuda negativa se ha podido demostrar que al contraer la enfermedad hacen lesiones de tipo lepromatoso o indeterminado. La reacción de Mitsuda sería entonces no sólo un método que permite la clasificación de la enfermedad sino que además, tendría un valor pronóstico en los normales ya que al ser positiva, aseguraría que ese individuo en caso de enfermar, haría una lepra tuberculoides de tipo más benigno y no contagiante que contrasta con las características de la lepra lepromatosa de evolución más aguda y de característica ulcerosa y deformante y por cierto contagiosa.

La técnica de la reacción es sencilla y consiste en la inyección intradérmica de 0,1 cc. de una suspensión de material lepromatoso, por tanto rico en bacilos que han sido destruidos por el calor y adicionados de ácido fénico. La lectura de la reacción se efectúa entre 20 y 30 días después de inoculado el material antigénico y se interpreta como negativa (—) la ausencia de todo elemento visible o palpable en el sitio de inoculación y como positiva (+) la presencia de un infiltrado saliente, de color rosado y de un diámetro de 3 a 5 milímetros en el sitio de inyección. Cuando la infiltración es mayor de 5 mm. se marcan ++ y cuando se ulcera se marcan +++.

Quienes han estudiado esta reacción en un número alto de individuos normales están de acuerdo en que el porcentaje de positivos aumenta con la edad tal como corresponde a un estado inmunitario adquirido a través de un contacto repetido con el antígeno que lo provoca.

Fueron los autores brasileños los primeros en llamar la atención sobre las relaciones de la reacción de Mitsuda y de las reacciones tuberculínicas y en medios en los cuales la lepra era prevalente, demostraron que la posibilidad de ambas reacciones coincidía en la mayoría de los casos y demostraron también que inoculación de BCG, además de inducir positividad a la tuberculina inducía el viraje de negativo a positivo en la reacción de Mitsuda. Este último hecho fue el que hizo pensar en el uso terapéutico del BCG en lepra, ya que en casos de

lepra lepromatosa con Mitsuda negativo, la inducción del BCG podía determinar la positividad de la reacción de Mitsuda y con ello el cambio de la forma clínica de la enfermedad, que de lepra lepromatosa pasaba a transformarse en lepra tuberculoide, de naturaleza más benigna que la anterior y de carácter no contagiante. Los ensayos de este orden fueron suspendidos por el éxito alcanzado por las sulfonas que cumplen más rápidamente el objetivo buscado con la vacunación BCG; pero subsiste el interés que despierta el hecho biológico comentado.

La circunstancia de que estos trabajos se llevaron a cabo en países que tienen contagio ambiental de lepra, nos sugirió la posibilidad de repetirlos en nuestro país, en el cual el contagio ambiental de lepra no existe y por tanto la positividad de la reacción de Mitsuda que se encuentre sólo puede ser debida a la influencia del bacilo de Koch.

Para efectuar el trabajo se practicaron reacciones de Mantoux con tuberculina diluída al uno por mil en la cara anterior del antebrazo derecho y reacción de Mitsuda en la cara anterior del antebrazo izquierdo del mismo niño. La lepromina para la reacción de Mitsuda fue adquirida en el Instituto Jenner de Asunción, Paraguay y los niños sometidos a la experiencia alcanzaron al número de 499 pertenecientes a Escuelas primarias de la comuna San Miguel (Escuelas N^o 86, 216 y 170). Las edades de los niños fluctuaron entre 8 y 15 años.

CUADRO 1

Resultados de la Reacción de Mantoux (O. T. al 1^o/100) y de la Reacción de Mitsuda en 499 escolares primarios de Santiago

Edad	N ^o de Niños	Tuberculina Positiva	Porcentaje	Lepromina Positiva	Porcentaje
- 10 años	152	92	60,5	104	68,1
+ 10 años	347	249	71,7	259	74,6
TOTAL	499	341	68,3	363	72,8

La observación del cuadro permite concebir que la reacción de Mitsuda exhibe una positividad alta entre los escolares de Santiago, que esta positividad es muy similar aunque discretamente superior a la encontrada para la reacción de Mantoux al uno por mil, que ambas aumentan la frecuencia de la positividad a medida que aumenta la edad. Sin duda este hecho hubiera sido más notorio si el grupo mayor de 10 años no hubiera estado constituido en su mayor parte por niños de 11 y 12 años, los de 15 constituyeron minoría.

Al estudiar la concordancia de resultados entre ambas reacciones se puede formar el cuadro N° 2.

CUADRO 2

Relaciones entre la Reacción de Mantoux (O. T. 1°/00) y la Reacción de Mitsuda en 499 escolares primarios de Santiago

	N°	Porcentaje
Mantoux + Mitsuda +	311	62,6
Mantoux - Mitsuda -	105	20,7
Mantoux - Mitsuda +	53	10,7 (*)
Mantoux + Mitsuda -	30	6,0
TOTAL	499	100.0

(*) En los 53 se repitió la reacción de Tuberculina empleando dilución al 1% (O. T. al 1%) y en 45 de ellos fue positiva. De esta manera la concordancia de ambas reacciones positivas alcanza a 356 niños (71,3%).

Los 356 concordantes en lo positivo más los 105 concordantes en lo negativo suman 461, vale decir el 92,2% del total. En 30 fue positivo el Mantoux y negativo el Mitsuda (6,0%) y en 8 (1,6%) fue negativo el Mantoux al uno por ciento y positivo el Mitsuda.

El paralelismo de ambas reacciones en un país en que no existe contagio ambiental de lepra creemos que es prueba suficiente que la infección tuberculosa no sólo produce el viraje de la reacción tuberculínica sino además el viraje de la reacción de Mitsuda, o sea un estado alérgico e inmunitario especial que se refiere no sólo a la tuberculosis sino además a la lepra.

Para demostrar en forma más clara aún de que el fenómeno descrito se debe únicamente a la infección tuberculosa se tomaron los que evidenciaron ambas reacciones negativas y se les vacunó con BCG proporcionado por el Instituto Bacteriológico de Chile e inoculado por vía intradérmica. Desgraciadamente de los 105 reactores negativos sólo 68 aceptaron la vacunación y ello disminuyó grandemente el número bajo experiencia.

El cuadro N° 3 muestra los resultados de lo obtenido en 68 niños previamente negativos a ambas reacciones a los cuales se les vacunó con BCG por vía intradérmica y se les volvió a practicar Mantoux al uno por mil y Mitsuda, 60 días después de haber recibido el BCG.

CUADRO 3

Resultados de la reacción de Mantoux (O. T. 1°/100) y Mitsuda en 68 niños inmunizados con BCG 60 días antes

	Nº	Porcentaje
Mantoux + Mitsuda +	41	60,3
Mantoux - Mitsuda -	6	8,8
Mantoux + Mitsuda -	13	19,1
Mantoux - Mitsuda +	8	11,8
TOTAL	68	100,0

El BCG produjo viraje de la reacción de Mantoux al uno por mil en 54 casos (79%) y el viraje de la reacción de Mitsuda en 49 (75%). Evidentemente si hubiéramos investigado el viraje tuberculínico con Tuberculina al uno por ciento éste hubiera sido mayor que el evidenciado en esta experiencia.

Los números son aquí demasiado escasos para concluir; pero sugieren muy fuertemente que el BCG, junto con inducir la positividad a la Tuberculina, induce positividad a la reacción de Mitsuda en un alto porcentaje de casos, aunque discretamente menor que el porcentaje de viraje tuberculínico.

A la luz de esta modesta experiencia creemos estar autorizados a concluir que en un país en el cual no existe contagio ambiental de lepra, tanto la infección tuberculosa espontánea, como la inducida por el BCG son capaces de determinar en un alto porcentaje de individuos un estado alérgico inmunitario especial que determina un cierto grado de resistencia a la lepra y que se evidencia por la positividad a la reacción de Mitsuda.

Frente a los resultados comentados sugerimos la posibilidad de explicarse la desaparición de la lepra en el continente Europeo como el resultado de la invasión tuberculosa. Sería este un buen ejemplo de cómo una enfermedad puede desplazar a otra al existir una reacción inmunitaria común a ambas.

La lepra, afección común de las comunidades rurales o semirurales, que se propaga por alguna forma de contacto directo y que requiere para su propagación las condiciones de hacinamiento en el interior de las habitaciones, que siempre acompaña a la miseria, tiene que haber sido frecuente en la Europa anterior al siglo XV, en la cual la inmensa mayoría de la población vivía la vida mal y las más grandes ciudades no pasaban de 10 a 15 mil habitantes. El Renacimiento y los grandes viajes impulsaron el comercio y con ello la ciudad comenzó a aumentar de tamaño y en la vida hacinada de ciudad la probabilidad de contagio de una enfermedad de transmisión por vía aérea aumentó grandemente y comenzó la gran epidemia de tuberculosis, que tuvo una prevalencia creciente hasta los comienzos del siglo XIX en el cual comenzamos a observar su declinación.

En sus comienzos la tuberculosis y la lepra coexistieron porque es lógico suponer que en una epidemia de tuberculosis creciente, predominen las formas agudas y exudativas de la enfermedad, en la cual los sobrevivientes son escasos. Ya Rappaport y Mayer han llamado grandemente la atención sobre las características de esta afección tuberculosa epidémica, en la cual las víctimas del germen hacen predominantemente formas agudas y mortales y en la cual la reacción tuberculínica positiva, más que infección significa enfermedad y termina casi siempre con la muerte en plazos relativamente breves.

Cuando la enfermedad tuberculosa se envejece en la comunidad, proceso largo especialmente si esa comunidad está sometida a la continua adición de susceptibles que significa la migración del campesinado a la ciudad, el proceso mórbido comienza a hacerse más benigno y más crónico, comienzan a aparecer las formas mixtas y aún las formas fibrosas que llegan a predominar sobre las formas exudativas y mortales que las precedieron y la gran mayoría de las poblaciones urbanas, si no están enfermas de tuberculosis están al menos infectadas con el bacilo de Koch, como lo demuestra su reacción tuberculínica positiva en la casi totalidad de los adultos.

La reacción de tuberculina positiva, significa casi siempre reacción de Mitsuda positiva y la infección leprosa en un individuo Mitsuda positivo significa la producción de una lepra tuberculoide de naturaleza no contagiante. Podemos figurarnos entonces que el aumento del número de individuos tuberculino positivos significó primero un cambio de la mayoría de las formas clínicas de lepra, que de lepromatosa pasó a tuberculoide y como esta última no es contagiante, el reservorio de germen fue paulatinamente desapareciendo hasta su completa extinción.

El bacilo de Koch más adaptado a convivir con el hombre de ciudad, fue desplazando a su pariente el bacilo de Hansen y fue expulsándolo de generación en generación de las comunidades de forma de vida occidental.

Se podrá argumentar contra nuestra hipótesis que en el mundo actual ambas enfermedades coinciden y que en Asia, Africa y las islas del Pacífico Sur así como en algunos países Sud-Americanos existe lepra y también tuberculosis; pero debe reconocerse que en los sitios donde ambas enfermedades existen, la tuberculosis tiene las características de una enfermedad relativamente nueva en la cual predomina la forma exudativa diseminada y la escasa proporción de sobrevivientes con reacciones tuberculínicas positivas.

Concordante con esta manera de pensar está lo observado en San Pablo, Brasil, sitio en el cual la lepra es un fenómeno que se aleja cada día más de la ciudad, donde la tuberculosis predomina, y donde hoy día es difícil obtener lepromina dado el escaso número de lesiones lepromatosas existentes en el estado. Concordante es también la situación de Paraguay, país en el cual hay abundante lepra en las zonas rurales y sub-urbanas y en donde la tuberculosis, como lo ha demostrado el profesor Gines (8), tiene todas las características de la enfermedad de tipo epidémico con predominio abundante de las lesiones exudativas.

Si nuestra manera de pensar es correcta, la lepra desapareció de Europa desplazada por la tuberculosis que resultó una enfermedad más adaptada al ser

humano en las condiciones de vida que fueron imperando en Europa a partir del siglo XVI. También sería correcto concluir que la frecuencia de la infección tuberculosa en Chile ha actuado de protección contra el contagio de lepra que pudo llegarnos de países cercanos. Por último sería también correcto pensar que en los países en que la lepra aún existe sería posible acelerar su desaparición impulsando la vacunación masiva con BCG, que tendría el doble propósito de acelerar el proceso de envejecimiento de la enfermedad tuberculosa y de prestar una forma de inmunidad a la lepra, lo suficiente para producir enfermedad no contagiante.

RESUMEN

Este trabajo comenta sobre la desaparición de la Lepra en Europa y la ausencia de esta enfermedad en Chile.

Hacen ver los autores que el bacilo de Hansen es muy similar al de Koch, y que la reacción de Mitsuda, una intradermoreacción usando material lepromatoso, es positiva en casos de lepra tuberculoide, benigna o no contagiante, y es negativa en casos de lepra lepromatosa, contagiante o maligna; mencionan también que la inoculación BCG hace virar la reacción de Mitsuda de negativo a positivo.

Los autores practicaron reacción de Mitsuda y Mantoux en niños chilenos y encontraron que aquélla fue positiva en un porcentaje muy similar a ésta. Consideran que el paralelismo de ambas reacciones en un país en que no existe contagio ambiental de lepra es prueba suficiente que la infección tuberculosa no sólo produce el viraje de la reacción tuberculínica sino además el viraje de la reacción de Mitsuda, o sea un estado alérgico e inmunitario especial que se refiere no sólo a la tuberculosis sino además a la lepra.

Frente a los resultados comentados los autores sugieren la posibilidad de explicar la desaparición de la lepra del continente europeo como el resultado de la invasión tuberculosa. Sería éste un buen ejemplo de cómo una enfermedad puede desplazar a otra al existir una reacción inmunitaria común a ambas. El bacilo de Koch, más adaptado a convivir con el hombre de ciudad, fue desplazando al de Hansen, el cual fue expulsado de las comunidades de forma de vida occidental.

En Chile, la alta frecuencia de la infección tuberculosa habría actuado como protección contra el contagio de lepra. Donde la lepra aún existe sería posible acelerar su desaparición impulsando la vacunación con BCG.

SUMMARY

This paper comments about the disappearance of leprosy from Europe and the absence of such disease in Chili. The authors underline the similarity between the bacillus of leprosy and that of Tuberculosis; they mention lepromin or Mitsuda reaction, an intracutaneous test that employs lepromatous macerates

and that is positive in cases of benign non infective, Neural leprosy, and negative in the lepromatous infective or malignant form.

Employing Chilean school-boys the authors carried out Mitsuda and Mantoux reactions and observed that both reactions were positive in a grossly similar percentage of children. They consider that the similar positivity of both tests, in a country where Leprosy is non existent is strong evidence that tuberculosis not only produces Mantoux positive individuals, but also Mitsuda positive ones; this last change conferring a certain degree of immunity against leprosy. Based on these facts the authors consider the eradication of leprosy from Europe as a by result of the Spreading of tuberculosis. This might have been a good example of the dislodgement of one morbid entity by another, when there is a common immunitary reaction. The Koch bacillus, better equipped to thrive in cities took the place of Hansen bacillus, that disappeared from European communities.

In Chili, the high prevalence and incidence of tuberculosis acted as protection against leprosy. Where leprosy is still a problem, its eradication may be hastened with B. C. G. vaccine.

BIBLIOGRAFIA

1. BINDFORD S. H.
Epidemiología de las enfermedades transmisibles.
2. MITSUDA K.
Les lépreux maculo nerveux d'une part, les tuberculeux D' autre part se comportent differement a la suite d' une inoculation d'emulsion de Tubercle Lepreux. III Conferencia Internacional de la Lepra. Strasbourg, 1923.
3. HAYASHI F., MITSUDA K.
Skin reaction in leprosy. Internal Journal of Leprosy. 1:31, 1933.
4. BEACHELLI L. M. y ROTBERG A.
Compendio de Leprología.
5. FERNÁNDEZ J. M.
The early reaction induced by lepromin. Internal Journal of Leprosy. 8:1, 1940.
6. Departamento Nacional de Saude, Servicio Nacional de Lepra. II Conferencia Panamericana de Lepra. (Río de Janeiro) 3:185. 1946.
7. SCHUJMAN
Intentos de positivar la lepromino reacción en los casos lepromatosos. Semana Médica. Buenos Aires. 105:406, 1955.
8. GINES
IV Congreso Uruguayo de la Tuberculosis. Montevideo. 1951.

AMIBIASIS

Tema Oficial del XXVII Congreso Médico Nacional Noviembre 1957.

En el XXVII Congreso Médico Nacional de Costa Rica celebrado del 27 al 30 de Noviembre de 1957, el Colegio de Médicos y Cirujanos señaló como tema oficial Amibiasis.

Una de las razones fundamentales que el Colegio de Médicos tuvo al escoger el tema fue el hecho de que aparentemente todos los médicos del país conocen el problema pero en el trabajo anatomo-clínico se ha demostrado que no hay concordancia entre los hallazgos de la clínica y de la anatomía patológica; así mismo en el campo de la terapéutica ha existido anarquía en los procedimientos. Finalmente pese a ser el de la amibiasis un problema que por muchos años ha preocupado a los médicos y profesionales que trabajan para la salud, muy poco se había escrito en Costa Rica al respecto.

El tema fue presentado por los doctores Rodrigo Cordero quien se ocupó de los aspectos generales, Enrique Urbina quien presentó los métodos de la exploración para el diagnóstico; Rodolfo Céspedes que presentó la Anatomía Patológica; Fernando Trejos que revisó los aspectos terapéuticos; Joaquín Núñez que se ocupó de la epidemiología, y Guido Miranda que actuó como coordinador.

En el presente número *Acta Médica* publica: I Aspectos Generales del Problema, II Anatomía Patológica, III Terapéutica de la Amibiasis; próximamente publicaremos otros aspectos del problema.