

SUMARIO

I.—Editorial	229
II.—Sumario	230
III.—Introducción	231
IV.—Organización de la Campaña contra la Lepra en Costa Rica.	232
Cuadro sintético de los progresos de la Campaña. Arsenal Terapéutico	233

CLINICA

V.—Contribución a la clasificación de los subtipos de Lepra	234
VI.—Complicaciones renales en los enfermos de Lepra	244
VII.—Anemia Leprosa	250
VIII.—Síntomas de principio de la Lepra en enfermos menores de 15 años	253

NOTAS TERAPEUTICAS

IX.—Informe preliminar sobre el tratamiento de la Lepra Tuberculoide con Vitamina D	256
X.—Uso de la Vitamina E en las atrofas musculares que presentan los enfermos de Lepra	260
XI.—Tratamiento de la iridociclitis en enfermos de Lepra	264
XII.—Dermatosis en los enfermos de Lepra en tratamiento	266
XIII.—Los anteojos como ayuda terapéutica en Lepra	269

EPIDEMIOLOGIA

XIV.—1º) Contagio familiar y extra familiar en Lepra	271
2º) Estudio de los convivientes que se encontraron enfermos de Lepra en el periodo de 1946 a 1950	274
XV.—Mortalidad entre los enfermos de Lepra controlados de 1946 a 1949	278

INTRODUCCION

Desde 1948 se ha venido publicando cada año un número especial de la *Revista Médica de Costa Rica*, dedicado a la lepra gracias a la gentileza y al espíritu de servicio en la divulgación de nuestros problemas médico-sociales, que animan a su Director el Dr. Joaquín Zeledón A.

En los números de 1948 y 1949 tuvimos la excelente colaboración del Dr. Abelardo Brenes Ibarra y gracias a él, se logró no sólo un valioso aporte científico a la medicina nacional, sino también una adecuada presentación de la Revista.

Los artículos que aparecen en este número no tienen la pretensión de ser científicos en el sentido estricto de la palabra, pues adolecen de la falta de exámenes de laboratorio indispensables para considerarse como tales, pero si nos hemos atrevido a publicarlos, es porque este número refleja en parte la labor realizada en la Campaña Contra la Lepra en Costa Rica y es el conjunto de observaciones personales acumuladas en estos últimos años y que hemos considerado de alguna utilidad hacer del conocimiento del Cuerpo Médico Nacional y de las Instituciones Extranjeras que también están empeñadas en terminar con la lepra en sus respectivos países.

Tal vez no hemos logrado hacer ciencia pero hemos tratado de hacer conciencia y sobre todo, hemos querido que éxitos o fracasos observados por nosotros sean de alguna utilidad, sacándolos de la negativa oscuridad del silencio.

Si bien es cierto que los artículos que figuran en este número llevan la firma del Director del Sanatorio de Las Mercedes, debe hacerse notar que estos trabajos sólo fueron posibles, gracias a la valiosa colaboración de todos los que trabajamos en la Campaña Antileprosa especialmente de los Bacteriólogos Lic. Arnoldo Castro y Rulamán Alvarado, quienes se encargaron de la parte de Laboratorio y de la Reverenda Hermana Angela Gutiérrez, (Hermana de Caridad de Santa Ana), de la Señorita Secretaria Rosa Emilia Videche, del Sr. Inspector Sanitario don José Alvarez, a quienes se debe la recopilación de muchos datos incluidos en los distintos artículos.

La traducción de los resúmenes al inglés se debe y se le agradece al Doctor Alfonso Salazar Baldioceda.

CLINICA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA CLASIFICACION
DE LOS SUBTIPOS DE LEPROA(*)*Dr. Arturo Romero L.*

Presentamos a consideración de los Honorables Miembros de la III Conferencia Panamericana de Lepra, este trabajo basado en el estudio de 164 enfermos de Lepra hospitalizados en el Sanatorio Nacional de Las Mercedes y en el de 47 enfermos vigilados en el Dispensario Dermatológico (San José, Costa Rica) con el objeto de aportar nuestra contribución a la Clasificación de subtipos de Lepra.

En los enfermos hospitalizados estudiamos en cada uno síntomas que agrupamos como sigue:

- 1º Lesiones de la piel, de las mucosas y anexos. (Cuadro N° 1).
- 2º Lesiones tróficas (Cuadro N° 2).
- 3º Lesiones nerviosas y trastornos de sensibilidad. (Cuadro N° 3).
- 4º Lesiones viscerales. (Cuadro N° 4).

En los 47 enfermos vigilados en el Dispensario (Indiferenciados y Tuberculoides) no pudimos recoger los datos sobre lesiones viscerales y por ese motivo figuran unas columnas de Indiferenciados con 12 casos y unas de Tuberculoides con 16 porque en ellas no aparecen los casos estudiados en el Dispensario.

Nuestro trabajo adolece de un gravísimo defecto y es el de que nuestros enfermos fueron clasificados en los tres tipos de Lepra (Lepromatosa, L., Indiferenciada, Ind., y Tuberculoide, Tde.) únicamente basados en el triple criterio: Clínico, Bacteriológico e Inmunológico, sin recurrir al Anatomo-patológico (que nosotros consideramos fundamental para el diagnóstico del tipo) porque no disponemos del material, ni del personal necesario para hacerlo.

Sin embargo nos atrevimos a presentarlo así, porque consideramos que puede tener alguna utilidad ya que no serán pocas las regiones con endemia leprosa que estén en las mismas condiciones que nosotros.

(*) Trabajo enviado a la Tercera Conferencia Panamericana de la Lepra Buenos Aires.

LEPROMATOSA: 136 CASOS						INDEFERENCIADA	TUBERCULOIDE
LESIONES PIEL, MU- COSAS Y ANEXOS	L. DIFUSA Piel aparentemente normal o ligeramen- te Atrófica 67 casos	L. INFILTRATIVA Manchas Placas o Zonas infiltradas 47 casos	L. NODULAR Nódulos o Tubércu- los 15 casos	L. NODULAR E IN- FILTRATIVA Nódulos, Tubércu- los y Placas Infil- tradas 2 casos	L. INCIPIENTE Apariencia normal Baciloscopia positiva 5 casos	39 casos: 12 casos del Sanatorio 27 ca- sos del Dispensario Con manchas acró- micas anestésicas o sólo zonas de anestesia	36 casos: 16 casos del Sanatorio 20 ca- sos del Dispensario Lesiones Eritema- tosas con Bordes le- vantados anestési- cos o no.
Cejas: Normales	3 — 4 %	16 — 34 %	6 — 40 %	0	5	39 — 100 %	36 — 100 %
Alopecia parcial	11 — 16 %	12 — 26 %	3 — 20 %	0	0	0 —	0 —
Alopecia total	53 — 79 %	19 — 40 %	6 — 40 %	0	0	0 —	0 —
Pestañas:							
Normales:	5 — 7 %	16 — 34 %	9 — 60 %	0	5	39	36
Alopecia parcial	8 — 12 %	6 — 13 %	3 — 20 %	0	0	0	0
Alopecia total	54 — 80 %	25 — 53 %	3 — 20 %	2	0	0	0
Rinitis:							
Obstruccion	41 — 61 %	28 — 58 %	8 — 53 %	1	1	0	0
Con Deformación	19 — 28 %	5 — 10 %	5 — 33 %	1	0	0	0
Telangiectasias	30	2	0	0	0	0	0
Pelada nuca	12	0	0	0	0	0	0
REACCION LEPROSA							
Eritema Purpúrico Necrótico:							
Antes tratamiento ...	24	0	0	0	0	Ausencia de Reac- ción	Un caso ingresó con forma tubercu- loide reaccional y en 2 casos con Reacción Tubercu- loide después de iniciado el trata- miento
Antes y al inicio tra- tamiento	25	0	0	0	0		
Al iniciar tratamiento	14	0	0	0	0		
Ausente	4	0	0	0	0		
Eritema Erisipelatoso: ..							
Antes tratamiento ..	0	0	0	0	0		
Después tratamiento ..	19	4	0	0	0		
Eritema Polimorfo o Nudoso:							
Antes tratamiento ...	0	1	1	0	0		
Antes y después trat.	0	8	1	0	0		
Después tratamiento ..	58	28	13	2	0		
Ausente	9	10	0	0	0		

CUADRO Nº 4

LESIONES VISCERALES	LEPROMATOSA 136 CASOS					INDIFERENCIADA	TUBERCULOIDE
	L. Difusa 67 casos	L. Infiltrativa 47 casos	L. Nodular 15 casos	L. Nodular Inf. 2 casos	L. Incipiente 5 casos	12 (Sanatorio)	16 (Sanatorio)
Ojos:							
Iridociclitis izquierda	0	0	1	0	0	0	0
Iridociclitis derecha	1	1	2	0	0	0	0
Iridociclitis derecha e izquierda ..	0	0	0	1	0	0	0
Laringitis	0	1	1	0	0	0	0
Genitales masculinos:	H. (39)	H. (31)	H. (5)	H. (1)	H. (2)	H. (7)	H. (9)
Atrofia	3	2	0	0	0	0	5
Orquitis y atrofia doble	14	4	1	0	0	0	0
Orquitis y atrofia izquierda	5	2	1	0	0	0	0
Genitales femeninos:	M. (28)	M. (16)	M. (10)	M. (1)	M. (3)	M. (5)	M. (7)
Regla: Irregular	1	0	3	0	0	0	0
Dolorosa	1	4	0	0	0	0	1
Irregular y dolorosa	7	5	0	0	0	3	2
Irregular, dolorosa, abundante ..	2	0	0	0	0	0	0
Amenorrea Secundaria	5	2	3	1	0	0	1
Abundante	0	0	1	0	0	0	0
Hígado:							
Palpable	20 } 39 %	16 } 68 %	4 } 66 %	1	1	2 } 33 %	2 } 37 %
Palpable a más de 3 cms.	46 }	16 }	6 }	0	1	2 }	4 }
Bazo:							
Palpable	14 } 89 %	9 } 57 %	1 } 27 %	1	0	1 } 8 %	2 } 31 %
Palpable a más de 3 cms.	46 }	18 }	3 }	0	0	0 }	3 }
Antecedentes							
Paludismo	17-25 %	14-29 %	5-35 %	1	1	4-33 %	7-43 %
Chancro	2	1	1	0	0	0	0

El conjunto de síntomas observados en 211 enfermos de Lepra, nos hace pensar que lo más conveniente desde el punto de vista práctico, para agrupar las distintas manifestaciones de la Lepra en subtipos, es atender a las manifestaciones cutáneas por las siguientes razones:

- 1º) Son síntomas manifiestos.
- 2º) Son las lesiones que nos dan una idea del pronóstico de la enfermedad.
- 3º) Son las que dan idea de la evolución de la enfermedad.
- 4º) Casi todas ellas mejoran por el tratamiento y
- 5º) Presentan una clara uniformidad en cada uno de los subtipos.

Por ese motivo reconocemos los siguientes subtipos:

Tipo Lepromatoso:

- 1) Lepromatoso Difuso
- 2) Lepromatoso Infiltrativo.
- 3) Lepromatoso Nodular.
- 4) Lepromatoso Incipiente.

Tipo Tuberculoide:

- 1) Tuberculoide Cutáneo.
- 2) Tuberculoide Neuro-trófico.
- 3) Tuberculoide Reaccional.

Tipo Indiferenciado:

- 1) Indiferenciado Máculo-anestésico.
- 2) Indiferenciado simplemente anestésico.

-
- a) En el Tipo Lepromatoso existen casos que deberían formar un subtipo nodular infiltrativo, pero parece más adecuado para mayor simplicidad, catalogar en el subtipo nodular a todo caso que presente nódulos o tubérculos, aunque a la vez presente zonas de piel infiltrada. Hemos observado dos casos de forma ampollosa, pero como en ellos predominaba la infiltración de otras zonas de piel creemos que deben englobarse en el subtipo infiltrativo.
 - b) Debido a que hemos observado casos Tuberculoides únicamente con manifestaciones de troncos nerviosos periféricos
-

y con trastornos tróficos (atrofias, garras o reabsorciones óseas) sin ninguna manifestación cutánea aparente, hemos creído necesario subdividir este tipo en tres subtipos: Tuberculoide cutáneo y Tuberculoide neurotrófico, además del Tuberculoide Reaccional.

- c) En el grupo Indiferenciado no hemos creído de importancia formar un 3er. subtipo, con lesiones neuro-tróficas porque no hemos encontrado ningún interés práctico en ello.

ESTUDIO CLINICO

Subtipo Lepromatoso Difuso

- 1º) Se inicia: por cansancio, anemia, edemas de los pies.
- 2º) Caída de cejas, pestañas y vellos de brazos y piernas.
- 3º) Rinitis obstructiva en el 89% de los casos.
- 4º) Reacción leprosa purpúrico-necrótica (lesiones petequiales pequeñas o extensas, bien delimitadas de forma irregular, ya superficiales o profundas, algunas veces equimóticas, rodeadas de piel aparentemente sana, acompañada de sensación de ardor o de quemadura dolorosa.—Algunas veces febril. Localizada a brazos, piernas y cara).
- 5º) Anestesia generalizada respetando a veces sólo el cuello, espalda y pecho.
- 6º) La piel no presenta infiltración clínica; tiene apariencia de atrofia senil y en la cara, brazos y muslos se notan numerosas telangectasias.
- 7º) Desde el punto de vista visceral se encuentra una hepatomegalia y esplenomegalia casi constante (en nuestros cuadros aparece la incidencia palúdica en nuestros enfermos para hacer ver lo que pueda deberse al paludismo y lo que pueda corresponder a la Lepra).
- 8º) La orquitis y atrofia testicular se presenta en el 56% de los casos.
- 9º) La anemia es constante.
- 10º) Pelada de la nuca en algunos casos.

Signos negativos:

- 1º) Pocas lesiones de los troncos nerviosos periféricos.
 - 2º) No hay lesiones oculares, salvo después de meses de tratamiento.
 - 3º) No hay lesiones faríngeas.
 - 4º) No hay reacción leprosa tipo de eritema polimorfo o nudo-so (salvo después de unos seis meses de tratamiento).
-

Subtipo infiltrativo

- 1º) Se inicia con infiltración de antebrazos, manos, cara y algunas veces de los muslos, con cambio de coloración de la piel desde el color hoja seca hasta el amoratado (en dos casos observamos una coloración roja intensa en las manos, dolorosa, con el tipo de eritromelalgia).
- 2º) Caída de las cejas, pestañas y vellos. En 1/3 de casos la alopecia es total, en 1/3 se conservan normales.
- 3º) La hepatomegalia y esplenomegalia se encuentra en 2/3 de los casos.
- 4º) La rinitis es frecuente.
- 5º) En 47 casos observamos un caso de laringitis y uno de iridociclitis.
- 6º) La orquitis se presenta en el 25% de los casos.
- 7º) La sensibilidad ha desaparecido o solamente disminuido en las zonas de infiltración y en el resto de la piel conservada.

El Subtipo Nodular

- 1º) Se inicia por nódulos o tubérculos separados por piel sana o piel infiltrada, pudiendo ser numerosos o escasos.
- 2º) La sensibilidad conservada al principio aún sobre los nódulos, disminuye y desaparece después.
- 3º) La rinitis es frecuente como en los anteriores.
- 4º) En 17 casos nodulares observados, encontramos dos casos de laringitis y cuatro de iridociclitis.
- 5º) La hepatomegalia tan frecuente como en la Infiltrativa pero mucho menos que en el Subtipo Difuso.
- 6º) La alopecia total de cejas y pestañas es rara, pero la caída parcial es frecuente.

Se podría hablar de un subtipo nodular infiltrativo en el que se encuentran nódulos, tubérculos y placas o manchas infiltradas, pero como presentan las mismas características que las nodulares (con frecuentes lesiones oculares y laringeas) hemos creído que deben agruparse en el mismo subtipo nodular.

El Subtipo Incipiente

No es un subtipo basado en la morfología cutánea, sino que más bien constituye una fase evolutiva de la enfermedad, que no sabemos hacia qué subtipo tiende, pero creemos que debemos conservarlo como subtipo, (en el cual sólo el laboratorio puede hacer el diagnóstico por la baciloscopia positiva) porque como los anteriores nos da una idea del buen pronóstico si el enfermo se trata conveniente y rápidamente.

COMENTARIO

La parálisis facial y la parálisis del orbicular de los párpados la hemos observado con frecuencia en la forma Tuberculoide y en algunos casos del subtipo Lepromatoso Difuso. Atendiendo a la historia de estos enfermos lepromatosos difusos que presentan dichas parálisis, tenemos la impresión que hayan sido en un principio tuberculoides, indicando un probable viraje de tuberculoide a lepromatoso.

Creemos que la forma lepromatosa difusa abandonada sin tratamiento, es la que representa mayor gravedad a corto plazo para el enfermo; que la infiltrativa es menos grave y que la nodular mucho menos, porque es compatible con muchos años de vida del enfermo aunque los nódulos o tubérculos respondan más lentamente al tratamiento.

Resumen

Por el estudio clínico realizado en 211 enfermos de lepra creemos que desde el punto de vista práctico debieran considerarse los siguientes subtipos clínicos:

Tipo Lepromatoso

- 1) Lepromatoso Difuso
- 2) Lepromatoso Infiltrativo
- 3) Lepromatoso Nodular
- 4) Lepromatoso Incipiente

Tipo Tuberculoide

- 1) Tuberculoide Reaccional
- 2) Tuberculoide Cutáneo
- 3) Tuberculoide Neurotrófico

Tipo Indiferenciado

- | | | |
|--|---|----------|
| 1) Indiferenciado máculo-anestésico | { | Positivo |
| | } | Negativo |
| 2) Indiferenciado simplemente anestésico | { | Negativo |
| | } | Positivo |

Summary

The clinical study of 211 cases of leprosy make us think that under a practical point of view the following sub-types of leprosy should be considered:

Lepromatous type

Diffused lepromatous
Infiltrative lepromatous
Nodular lepromatous
Incipient lepromatous

Tuberculoid type

Reactional tuberculoid
Cutaneous tuberculoid
Neurotrophic tuberculoid

Undifferentiated type

Maculo-anesthetic undifferentiated	} positive negative
------------------------------------	------------------------

Plain anesthetic undifferentiated	} positive negative
-----------------------------------	------------------------

Résumé

D'après l'étude faite sur 211 cas (164 du Sanatorio De Las Mercedes et 47 du Dispensaire) on considère que du point de vue pratique on devrait établir les subtypes suivants:

Type lépromateux

Subtype lépromateux diffus
Subtype lépromateux infiltratif
Subtype lépromateux nodulaire
Subtype lépromateux incipient

Type Tuberculoïde

Subtype Tuberculoïde réactionnel
Subtype Tuberculoïde cutané
Subtype Tuberculoïde neurotrophique

Type Indifférencié

Subtype indifférencié Maculo-anesthésique	} Positif Négatif
---	----------------------

Subtype indifférencié simplement anestésique	} Positif Négatif
--	----------------------

COMPLICACIONES RENALES EN LOS ENFERMOS DE LEPROA

*Dr. Arturo Romero L.
Lic. Arnoldo Castro Jenkins
y Rulamán Alvarado*

Todos los autores están de acuerdo en que la Lepra produce lesiones renales con mucha frecuencia, ya sea durante la reacción leprosa o como una complicación en los casos crónicos avanzados.

La nefritis es considerada como causa de muerte en el 16% de los enfermos de lepra que fallecen (Pineda) (1) y Rake (2) en las autopsias encuentra un 29% de lesiones renales; Barrera y Peña Chavarría (3) consideran que la albuminuria que por lo general se encuentra en los enfermos crónicos de lepra, se aumenta durante la reacción leprosa debido a la acción vulnerante de las toxinas del bacilo de Hansen que sin duda se eliminan por el riñón.

Cerqueira Rodríguez y colaboradores (4), practicando estudio de riñones de 9 casos autopsiados, cuya muerte clínicamente no se consideró de origen renal y practicando pruebas renales, (eliminación del agua y de sustancias colorantes) en enfermos de lepra, llegan a la conclusión de que las lesiones renales producidas por las toxinas del bacilo de Hansen son frecuentes.

En este estudio aportamos el fruto de nuestras observaciones a lo largo de cinco años de trabajo en el Sanatorio Nacional de Las Mercedes.

Desde 1945, año en que se iniciaron los tratamientos sulfónicos en Costa Rica se practica mensualmente examen de orina a todos los enfermos, que hasta el 31 de Diciembre de 1949 sumaban 214 casos.

De estos 214 casos fallecieron 16 en el curso de los últimos 4 años y sólo en uno de ellos consideramos que la muerte podía atribuirse a una glomerulonefritis.

Revisando los exámenes de orina practicados en los enfermos en estos cinco años, encontramos:

- 1) Numerosos enfermos que durante la reacción leprosa presentan un síndrome urinario pasajero caracterizado por cilindros granulosos, algunos hematíes y trazas de albúmina y que desaparece a los pocos días después que pasa la reacción.
- 2) 9 enfermos que presentaron en el curso de 4 ó 5 años en forma constante, albuminuria, por momentos masiva, que al-

canzó hasta 8 gramos en un caso y en ciertas épocas acompañada de cilindros granulosos y de glóbulos rojos.

- 3) Enfermos que presentaron en el curso de 1 a 5 años períodos largos con trazas de albúmina, con cilindros granulosos y con hematíes, pero con intervalos en que el examen de orina era completamente normal.

Casuística (véase el cuadro)

En nuestras consideraciones nos referiremos a los 12 casos que han presentado un síndrome urinario constante en 9 casos y por períodos prolongados en 3 casos.

La edad de los 12 enfermos oscila actualmente entre 26 y 63 años.

La duración de la enfermedad oscila entre 20 años y 4 años.

La lesión renal se inició en 3 casos en el año 1946; en 7 casos en 1947; en un caso en 1948 y en un caso en 1949, en una época en que 11 de ellos presentaban gran cantidad de bacilos (+++).

De los 12 casos, 9 presentaban una forma lepromatosa difusa (Ld.) y 3 una forma lepromatosa infiltrativa (Li.).

Es de hacer notar que los 9 casos de forma lepromatosa difusa presentaron una lesión renal con síndrome urinario constante, algunas veces con mucha albúmina, mientras que los otros 3 casos de lepromatosa infiltrativa, sólo presentaron dicho síndrome por períodos largos, únicamente con trazas de albúmina y no permanentemente.

Los 9 casos (Ld) presentaban albúmina en 1950: en dos casos se anota (M) mucha porque no se dosificó y sólo un caso presentaba trazas indosificables de albúmina pero con hematíes.

El caso N° 1 y el N° 9, nunca presentaron hematíes en la orina y uno de ellos (el N° 9) presentó una cantidad de proteínas sanguíneas bajas, tal como se ve en los síndromes nefróticos.

Las proteínas presentaron una taza normal, salvo en el N° 9 (en un caso no se practicó la dosificación).

Las reacciones serológicas para sífilis muy positivas, en algunos casos en que se practicó en el momento en que se inició la lesión renal, se tornaron negativas en todos los casos en 1950.

La presión arterial se mostró normal en relación con la edad en todos los casos.

La urea total, la urea nitrógeno y el colesterol en los casos en que se practicó, se encontró en los límites de la normalidad.

1950											
	Edad	Forma Clínica	Fecha Principio de nefritis	Baciloscopia	Albumina	Cilindros granulosos	Hemates	Máximo Albumina en el intervalo	Baciloscopia	Albumina	Cil. Granul.
1. M. C.	37	Ld.	1946	xxx	2 g.	x	0	8 g.	N.	1.6	0 7.3
2. N. S.	41	Ld.	1946	xxx	0.5	x	0	6 g.	N.	Traz.	0 8.8
3. C. A.	26	Ld.	1946	xxx	1.50	0	x	1.50	x	M.	0
4. A. F.	53	Ld.	1947	x	tra.	x	0	0.40	N.	0.2	x 7.9
5. O. B.	55	Ld.	1947	xxx	tra.	x	x	4.50	N.	1.7	0 8.2
6. L. V.	34	Ld.	1947	xxx	tra.	x	x	2.20	N.	0.65	0 6.8
7. A. M.	63	Ld.	1947	xxx	tra.	0	x	Trazas	N.	M.	0 5.1
8. H. V.	40	Ld.	1947	xxx	2.60	x	0	2.6	x	2.2	0 5.1
9. R. Ch.	43	Ld.	1948	xxx	4	x	0	8.5	x	4.8	x 4.
10. A. V.	46	Li.	1947	xxx	tra.	0	0	Trazas	x	0	0
11. M. A.	48	Li.	1947	xxx	tra.	x	x	Trazas	xx	0	3 un
12. R. B.	48	Li.	1949	xxx	tra.	x	x	Trazas	xxx	0	0 un

Estudio clínico:

El síndrome urinario de los enfermos estudiados que refleja sin duda una lesión renal, se inició en los 12 enfermos a raíz de una Reacción Leprosa intensa y prolongada, acompañada de alta temperatura intermitente, alcanzando 40° a 41° y que se mantuvo durante un período que osciló entre 40 días y 4 meses.

Durante este prolongado cuadro febril, los enfermos presentaban anorexia y fatiga intensa, se quejaban de dolores óseos y la anemia se mostró muy acentuada desde los primeros días de fiebre.

Sólo en tres casos observamos edemas de los miembros inferiores, de los cuales dos casos presentaron edemas de los párpados y cara. La presión arterial se mantuvo normal en todos los casos.

Evolución:

Una vez que la reacción leprosa desaparece, el enfermo recobra el apetito, poco a poco recupera sus fuerzas y sólo en 3 casos observamos que los edemas aumentaban con la sal de la comida corriente, pero después de unos meses había ya una perfecta tolerancia a la sal.

La radiografía del tórax, mostró en todos los enfermos un corazón de tamaño normal, salvo en un caso que presenta insuficien-

Reacciones Serológicas		Presión Arterial	Urea total	Urea Nitrógeno	Colesterol
Al Principio de enfermedad	1950				
7.5	xxxx	N.	125-75		
6.8	xxxx	N.	110-65	40.0 mgrms. %	18.65 mgrms. %
	xxxx	N.	100-70	32.0 mgrms. %	14.92 mgrms. %
7.9	N.	N.	120-80		
8.2	N.	N.			
6.8	xxxx	N.	115-70	38.0 mgrms. %	17.72 mgrms. %
5.1	N.	N.	155-90	30.0 mgrms. %	13.99 mgrms. %
5.8		N.	120-75		
4.4		N.	140-80	30.0 mgrms. %	13.99 mgrms. %
Examen de orina					
un negativo en 1948 y 1949					
un negativo en 1947 y 1949					
un negativo en 1949			44.0 mgrms. %	20.52 mgrms. %	

cia cardíaca con dilatación sin que nunca haya presentado hipertensión arterial.

El tratamiento sulfónico se suspendió durante el cuadro febril agudo, pero después se continuó en todos los casos sin que se notara ninguna influencia, ni benéfica ni nociva, en el síndrome urinario.

Diagnóstico:

En el curso de este estudio hemos hablado de síndrome urinario porque sólo en 3 casos los síntomas clínicos nos hicieron pensar en una posible lesión renal por la presencia de edemas y en los casos restantes, puede decirse que fué un hallazgo de laboratorio.

El diagnóstico diferencial con los edemas carenciales en los cuales se puede pensar por el grado de palidez en que se encuentran los enfermos, se descarta fácilmente por el examen de orina, por la prueba de retención clorurada y por el cuadro febril.

Comentarios:

El hecho de que en algunos casos se encuentren bacilos ácido resistentes en la orina (3) (nosotros encontramos en 4 casos) no

nos permite asegurar el origen hanseniano de la lesión renal por la dificultad del diagnóstico diferencial de los bacilos ácido-resistentes pero nuestras observaciones nos permiten corroborar lo que otros autores han afirmado ya: que las toxinas del bacilo de Hansen son las causantes de la lesión renal.

La toxina del bacilo de Hansen provocaría especialmente una lesión del parénquima renal, como lo probaría la poca repercusión de la lesión renal sobre el aparato cardiovascular, la cantidad de albúmina, que a veces alcanza altos niveles en la orina, la ausencia de hemáties en algunos casos, la urea sanguínea que se mantiene a niveles casi normales.

Hemos notado que estos enfermos han experimentado una notable mejoría, tanto clínica como bacteriológica, después que han pasado dicho brote. Esto nos hace pensar que durante ese período febril ha habido enorme destrucción de bacilos con su consecuente eliminación de toxinas tal como piensan Barrera y Peña Chavarria (3).

Conclusiones:

I) Los casos de lesiones renales que clínicamente se observaron entre los enfermos de lepra en Costa Rica representan el 5.6% de los 214 pacientes estudiados.

II) Es muy posible que el estudio de las autopsias y de la función renal de todos los enfermos encuentre una incidencia mucho más alta de esta clase de lesiones.

III) Por las observaciones clínicas nos parece que la lesión renal presentada por los 9 casos de forma lepromatosa difusa es del tipo degenerativo nefrótico.

IV) Estas lesiones no empeoran con los tratamientos sulfónicos salvo en el caso que estos tratamientos desencadenen una reacción leprosa.

Resumen

1º) Las lesiones renales se observan clínicamente en el 5.6% de enfermos de lepra.

2º) Estudiando las autopsias y la función renal en todos los casos de lepra, el porcentaje de la incidencia de lesiones renales debe ser mucho más elevado.

3º) El estudio clínico nos permite afirmar que la lesión renal es del tipo degenerativo nefrótico.

4º) Las lesiones observadas no se modifican por los tratamientos sulfónicos.

Summary

1st) Renal lesions are observed clinically in 5.6% of leprosy patients.

- 2nd) In studying both the autopsies and the renal function in all leprosy cases, the percentage of incidence of renal lesions must be higher.
- 3rd) Clinical study allow us to affirm that the renal lesion is of the degenerative nephrotic type.
- 4th) The observed lesions are not modified by the sulfones treatment.

Résumé

- 1º) Les lésions rénales s'observent cliniquement dans le 5,6% des malades lépreux.
- 2º) Par l'étude des autopsies et de la fonction rénale de tous les malades lépreux, le pourcentage de l'incidence des lésions rénales doit être beaucoup plus élevé.
- 3º) Par l'étude clinique on peut affirmer que la lésion rénale est du type dégénératif néphrotique.
- 4º) Les lésions observées ne sont pas modifiées par les traitements sulfonés.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pineda: cit. in Jeansejme: Nouvelle Pratique Dermatologique. Tomo III 1027 pp. Masson Ed., París 1936.
 - 2) Rake: cit. in Flandín, Ch., H. Rabeau y A. Basset. Traité de Médecine. Tomo II 955 pp. Masson, Ed., París 1948.
 - 3) Barrera, F. de P. y A. Peña Chavarría 1947. Manifestaciones agudas de lepra. Revista Médica Latino Americana. Año XII, Nº 138.
 - 4) Pereira, P.C.R., A. Neves y H. A. Neto, 1949. Funcao renal na lepra. Memoria del V Congreso Internacional de la Lepra. p. 334-359. Editorial Cenit. Habana, Cuba.
-

ANEMIA LEPROSA

Dr. Arturo Romero L.

El advenimiento de los derivados sulfónicos abrió una nueva era en la terapéutica de la lepra.

Todos los observadores son unánimes en confirmar los buenos resultados terapéuticos obtenidos con la Promanida, la Diasona, Sulfetrone y demás derivados sulfónicos, pero hay unanimidad también en reconocer que dichos tratamientos son anemizantes, que se requiere la práctica frecuente de Hemogramas a los enfermos para controlar el tratamiento y que dicho tratamiento no debe instituirse cuando el enfermo presenta una anemia con menos de 3.000.000 de G. R. y con menos del 60% de Hemoglobina.

Presentamos 3 casos de enfermos de lepra (véase el cuadro) que ingresaron en febrero al Sanatorio con una anemia acentuada, los 3 con parasitismo intestinal y uno de ellos con antecedentes palúdicos.

Se les administró un tratamiento antiparasitario a los 3 enfermos —y antipalúdico con Aralen al enfermo que presentaba antecedentes febriles— y al mismo tiempo desde su ingreso se inició un tratamiento antianémico consistente en buena alimentación, en un gramo de sulfato ferroso diario, en 2 U. antianémicos de hígado crudo diarias, en inyecciones de Complejo B y Vitamina C diarias durante dos meses y el 14 de abril se practicaron Hemogramas. En vista de que la anemia y el estado general habían mejorado muy poco como figura en el cuadro adjunto, se inició el tratamiento diasónico con un gramo diario, concomitante al mismo tratamiento antianémico y los Hemogramas practicados cada 15 días, demostraron una mejoría rápida a pesar de que el 12 de Junio los tres enfermos presentaban todavía anquilostomiasis después de dos tratamientos antihelmínticos.

Deducción:

Estas pocas observaciones son demostrativas: 1º) de la existencia de una anemia producida por la toxina del bacilo de Hansen y 2º) que después de una observación minuciosa del enfermo se pueden administrar las sulfonas, aun en casos en que la anemia sea bastante acentuada.

Siempre consideramos que los exámenes de laboratorio y el tratamiento antianémico concomitante son de imprescindible necesidad en los tratamientos sulfónicos en lepra.

	Ingreso	Heces 24 Febrero 50	1er. Recuento		2º Recuento			3er. Recuento		4º Recuento		5º Recuento	
			22 Febrero 50		14 Abril 50			28 Abril 50		23 Mayo 50		21 Junio 50	
			G. R.	Hg.	G. R.	Hg.		G. R.	Hg.	G. R.	Hg.	G. R.	Hg.
M. J. B.	8 - 2º - 50	ank.	1.8	36 %	2.0	58 %	Diazona F	3.0	60 %	3.3	76 %	3.7	78 %
J. A. A.	17 - 2º - 50	ank.	2.3	46 %	3.2	58 %		3.2	78 %	3.9	74 %	3.6	80 %
J. B. J.	18 - 2º - 50	ank. asc.	1.9	36 %	2.0	60 %		2.9	60 %	3.3	76 %	3.8	88 %

Desde el ingreso los 3 enfermos han tomado diariamente un gramo de sulfato ferroso (3 píldoras de plástulas hematógenas simples diarias;) han recibido 3 U. de Hígado crudo diario, 500 milig. de Vit. C. diarios y 2 c. c.

de Complejo B fuerte diario. Han tomado dos tratamientos antihelmínticos y un último examen practicado el 12 de Junio mostró anquilostomas en los 3 enfermos.

El enfermo J. A. A. recibió antes del

14 de Abril 2 transfusiones de 150 gr. La mejoría del estado general ha sido franca en los 3 casos después de la administración de la Diazona. (G. R. = Glóbulos Rojos en millones) (H.G. = Hemoglobina en %.)

Resumen

Se presentan 3 casos de lepra que acusaban una anemia pronunciada.

Durante 2 meses se les indicó un tratamiento antianémico intenso sin ningún resultado y después se le sometió a tratamiento con Diasone y se notó una franca mejoría de la anemia.

Esto indica que a pesar de que las sulfonas son anemizantes se puede y se debe usarlas después de haber estudiado e investigado la causa de la anemia.

Summary

3 cases of leprosy are presented showing a marked anemia. During two months they were given intensive antianemic treatment without any result. Latter they were given Diasone, and a frank improvement of the anemia was noticed.

This indicates that although sulfones are anemia producing drugs they can and must be used after studying and investigating the cause of the anemia.

Résumé

On présente 3 cas de la lépre qui accusaient une anémie prononcée.

On leur a fait un traitement antianémique intense pendant 2 mois sans aucun résultat et après, on les soumit au traitement avec la Diasone et on nota franche amélioration de la anémie.

Cela indique que malgré que les sulfones sont anémisantes on peut et on doit les employer après avoir bien étudié la cause de l'anémie.

SINTOMAS DE PRINCIPIO DE LA LEPROA EN ENFERMOS MENORES DE 15 AÑOS (1)

Dr. Arturo Romero L.

De 1920 a 1950 se han observado en el Sanatorio Nacional de Las Mercedes y en el Dispensario Dermatológico, 45 enfermos de Lepra menores de 15 años (21 mujeres y 24 varones).

En estos 45 enfermos hemos podido estudiar los síntomas de principio sólo en 37 casos.

Los 37 casos se clasifican así:

	Mas.	Fem.	Total
Lepromatosos	12	15	27
Indiferenciados	4	3	7
Tuberculoides	1	2	3

En algunos casos la sintomatología inicial fué única, pero en otros, especialmente en los lepromatosos se presentaron 2, 3 ó 4 síntomas a la vez.

Los síntomas se observaron en la proporción siguiente:

1º) Caída de cejas	19	51.3%
2º) Caída de pestañas	17	45.9%
3º) Rinitis	15	40.6%
4º) Erupción purpúrico necrótica	10	29 %
5º) Adormecimiento y anestesia manos	6	16 %
6º) Manchas acrómicas	7	
Manchas amoratadas	5	
Manchas eritematosas de relieve	1	13 %
7º) Nódulos	2	5.4%

El tipo lepromatoso que en total se observó en 27 casos, se subdivide así:

Subtipo lepromatoso difuso	16
Subtipo lepromatoso infiltrativo	5
Subtipo lepromatoso nodular	2
Subtipo lepromatoso incipiente	4

El subtipo incipiente lo observamos en 3 niñas que lo único

(1) Ya en la Revista Médica de C. R., Año XIV N° 161, pág. 215, se publicó "Sintomatología de comienzo de la lepra en Costa Rica" por el Doctor Abelardo Brenes Ibarra.

que presentaban eran rinitis obstructiva y en un niño que presentaba caída parcial de cejas únicamente.

El subtipo nodular sólo se manifestó en dos casos.

El subtipo infiltrativo se presentó en cinco casos por manchas amoratadas de la cara en todos los casos y tres de ellos las presentaban también en antebrazos y piernas.

El subtipo lepromatoso difuso se inicia por caída de cejas, de pestañas, rinitis y eritema purpúrico necrótico, presentándose la caída de cejas, de pestañas y la rinitis casi siempre simultáneamente.

El tipo indiferenciado se presenta por manchas acrómicas o eritemato-acrómicas anestésicas que por orden de frecuencia aparecen en la región glútea, en el muslo, en la espalda, en la cara y en las piernas.

El tipo tuberculoide se presentó en forma de manchas eritematosas levantadas sobre el nivel de la piel en un caso, y por manchas eritemato acrómicas, con anestesia y mano en garra, en dos casos, con baciloscopia negativa y lepromino-reacción positiva.

Nuestras observaciones

Es interesante hacer notar que la alopecia de cejas y de pestañas al lado de la rinitis obstructiva crónica son los síntomas iniciales más precoces y más frecuentes en la forma lepromatosa. Los nódulos son escasos como manifestación inicial de lepra.

Asimismo, observamos que la lepra tuberculoide en las personas jóvenes se manifiesta siempre por lesiones eritematosas de bordes bien delimitados y levantados sobre el nivel de la piel, anestésicas o por lesiones neurotróficas precoces de las manos.

Las manchas acrómicas y la anestesia de las manos son los síntomas más precoces y frecuentes de la forma indiferenciada.

Las manchas deberán buscarse en la región glútea, muslo y espalda por ser allí más frecuentes que en el resto del cuerpo.

Resumen

Los síntomas de principio de la lepra observados en enfermos menores de 15 años, fueron:

Tipo Lepromatoso:

- 1º) caída de cejas y pestañas.
- 2º) rinitis obstructiva.
- 3º) eritema purpúrico-necrótico.

Los nódulos son rarísimos como signo de principio; las manchas o placas infiltradas color sepia también son raras.

Tipo Tuberculoide:

- 1º) placas eritematosas de bordes bien marcados.
- 2º) Lesiones tróficas precoces de las manos.

Tipo Indiferenciado:

- 1º) manchas acrómicas anestésicas localizadas por orden de frecuencia en las regiones glúteas, lumbar, muslos y espalda.

Summary

The early symptoms of leprosy observed in patients under 15 years were:

I—Lepromatous type

- 1st) Loss of eyebrows and eyelashes.
- 2nd) Obstructive rhinitis
- 3rd) Purpuro-necrotic erythema

Nodules are very rare as an early sign; sepia color infiltrated plaques are also infrequent.

II—Tuberculoid type

- 1st) Erythematous plaques of well defined borders
- 2nd) Precocious trophic lesions of the hands

III—Undifferentiated type:

- 1st) Achromic and anesthetic spots localized according to their frequency in the gluteal regions, lumbar region, thighs and back.

Résumé

Les premiers symptômes de la lépre qu'on observe le plus souvent parmi les malades au-dessous de l'âge de 15 ans, sont les suivants:

Dans le type lepromateux:

- 1º) chute des cils et des sourcils.
- 2º) Rhinite chronique obstructive.
- 3º) Erythème purpurique et nécrotique.

On ne voit pas de nodules au début de la maladie, et très rarement on observe des macules ou des plaques infiltrées couleur chamois comme on décrit chez l'adulte.

Dans le type indifférencié:

- 1º) Des achromies anesthésiques.
Localisées de préférence aux régions fessières et lombaires, aux cuisses et à l'épaule.

Dans le type tuberculoide:

- 1) Des plaques erythemateuses bien définies, quelques fois anesthésiques.
- 2º) Des amyotrophies précoces.

NOTAS TERAPEUTICAS

INFORME PRELIMINAR SOBRE TRATAMIENTO DE LA
LEPRA TUBERCULOIDE CON VITAMINA "D"*Dr. Arturo Romero L.*

En 1945, cuando el Dr. Arturo M. Mom inició en Costa Rica los tratamientos antileprosos con derivados sulfónicos, colocó entre los primeros, 5 casos de Lepra Tuberculoide —bajo tratamiento con Promín— y no logró observar una influencia definida en esta forma de lepra (1).

En ese mismo año comenzamos nosotros tratamientos con diasona y entre los primeros 25 casos tratados, pusimos un caso tuberculoide en el cual no observamos ningún resultado que consideráramos satisfactorio, al grado que pensamos que los derivados sulfónicos no debían emplearse en casos de Lepra Tuberculoide.

Si consideramos la Lepra Tuberculoide, como una forma de resistencia de la enfermedad, es lógico suponer que el tratamiento debe llevar por objeto mantener y mejorar el estado general y mantener las defensas orgánicas contra la infección.

Razonando así, y en vista a los resultados obtenidos en unos pocos casos con el Promín y la Disona, pensamos que ya que la estructura histológica de la Lepra Tuberculoide, recuerda mucho la de la Tuberculosis Cutánea, era lógico suponer que los tratamientos que tan efectivos se muestran en la tuberculosis, podrían serlo también en esta forma de lepra.

Así iniciamos en Noviembre de 1948 los primeros tratamientos con Vitamina "D" siguiendo un esquema muy parecido al usado por Charpy, en Tuberculosis Cutánea, con modificaciones que se asemejan muchísimo al esquema usado por Capurro y Guíllot, en Brasil (2).

Hemos tratado 12 casos, pero para este informe escogimos los 7 casos más típicos que nos permitieran apreciar los resultados clínicamente, ya que no disponemos de un Laboratorio Anatómo-patológico bien equipado que nos permita seguir la evolución del caso en forma más científica. Estos 7 casos, que eran todos de tratamiento ambulatorio se presentaron con periodicidad al Dispensario y pudimos seguir muy bien la evolución clínica en cada uno de ellos.

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	Fecha de inicio Tratamiento con Vitamina "D"	Duración de Lesiones Cutáneas anterior al Tratamiento	Resultado Observado Junio 1950
L. R. V.	18	Femenino	Julio de 1948	3 meses	Bueno
A. H.	48	"	Novbre. de 1948	2 "	Bueno
M. B.	17	"	Novbre. de 1948	2 "	RECAIDA
V. C.	22	"	Agosto de 1948	2 "	Bueno
D. C.	30	Masculino	Julio de 1948	3 meses	Bueno
B. T.	40	"	Agosto de 1949	2 "	Bueno
E. S.	47	"	Setbre. de 1949	3 "	Bueno

NOTA:

Todos los casos presentaron bacilos: copia negativa y leprominorreacción positiva al iniciar el tratamiento y en Junio de 1950.

Los enfermos eran 4 mujeres y 3 hombres.

Escogimos estos casos porque los 7 presentaban lesiones cutáneas típicas: placas eritematosas bien pronunciadas, de bordes levantados, anestésicas algunas de ellas en cada enfermo.

Las 4 mujeres presentaban lesiones del tipo descrito en las mejillas, en los antebrazos y en los muslos. Los nervios cubitales eran normales y no había lesiones tróficas.

Los 3 hombres presentaban las placas eritematosas en los antebrazos, dos de ellos también en la palma de las manos y además lesiones hipocrómicas anestésicas en el hombro.

Los 3 presentaban neuritis del cubital y garra cubital. En dos de los casos, el cubital presentaba un engrosamiento como un dedo índice de mediano volumen y los dolores neurálgicos a lo largo del cubital, eran intensos.

En un caso se practicó una biopsia del cubital en donde se observó una franca estructura tuberculoide.

Tratamiento:

Se indicó la Vitamina "D" a razón de 500.000 U. día por medio por 15 días, continuando por otros 15 días a razón de

500.000 U., bisemanales y persistiendo durante 3 meses más con 500.000 U., semanales.

La dosis total fué de 11.000.000 U., salvo en 2 casos que sólo recibieron 7.000.000 U., por escasez del medicamento. A la vez se indicó una dosis de 10 gramos diarios de Lactato de Calcio por vía oral.

Resultados:

Al finalizar el 2º mes de tratamiento pudimos apreciar la palidez de las lesiones, la desaparición de los dolores del cubital y mayor amplitud en los movimientos de los dedos en los enfermos que presentaban garra cubital.

Al finalizar el tercer mes, las lesiones cutáneas sólo dejaban una zona en donde apenas se reconocía el sitio de las antiguas placas eritematosas, por una ligera hipocromía de los tegumentos, o por una mancha hiperocrómica.

Hasta Junio de 1950, hemos vigilado a los enfermos y sólo en un caso hemos observado un nuevo brote. Este caso que presentó recaída un año después, era uno de los que sólo había recibido 7.000.000 U., de Vitamina "D".

Consideraciones:

Por estas pocas observaciones consideramos:

- 1) Que el tratamiento de la lepra tuberculoide con Vitamina "D" y Calcio da resultados muy halagadores, tal como lo han observado Capurro y Guillot (1).
- 2) Que este tratamiento está más de acuerdo con el concepto inmunológico e histológico que se le atribuye a esta forma de lepra.
- 3) Que debe seguir ensayándose y observar los enfermos por un tiempo mucho más prolongado para conclusiones definitivas.

Resumen

Se considera:

1º) que el tratamiento de la lepra tuberculoide con Vitamina D da resultados halagadores.

2º) que es un tratamiento más de acuerdo con el concepto inmunológico e histológico que se atribuye a esta clase de lepra.

3º) que debería usarse y observar su efecto en un mayor número de enfermos para sentar conclusiones definitivas.

Summary

It is considered:

- 1st) Treatment of tuberculoid leprosy with Vitamin D give promising results.
- 2nd) It is a treatment more in accordance with the immunologic and histologic concept that is attributed to this kind of leprosy.
- 3rd) It should be used and its effects observed in a greater number of patients in order to arrive at definitive conclusions.

Résumé

- On considère: 1°—Que le traitement de la lépre Tuberculoïde par la Vitamine "D" donne des résultats très encourageants.
- 2°—Qu c'est un traitement plus d'accord avec le concept immunologique et histologique qu'on attribue à cette forme de lépre.
- 3°—Qu'il faudrait continuer son usage et observer un plus grand nombre de malades pour tirer des conclusions définitives.

Bibliografía:

- 1) Mom, A. M., 1946. Quimioterapia de la lepra con Promín. Prensa Médica Argentina. 33 : 2390-2404.
 - 2) Capurro, E. T. y C. F. Guillot, 1949. Reacción tuberculoïde tratada con vitamina D2 a altas dosis. Memorias V Congreso Internacional de la Lepra. p. 863 864. Ed. Cenit. Habana, Cuba.
-

USO DE LA VITAMINA "E" EN LAS ATROFIAS MUSCULARES QUE PRESENTAN LOS ENFERMOS DE LEPRO

Dr. Arturo Romero L.

Por la relación que los estudios experimentales en animales, muestran entre la Vitamina "E" y el metabolismo muscular, especialmente con el metabolismo de la creatina y por los buenos resultados que con esa Vitamina observaron STONE (1), MILHORAT y BARTELS (2) en atrofiaciones musculares, a pesar de los efectos contrarios reportados por VIETS y colaboradores (3) y por LUBIN, nosotros dispusimos ensayar la Vitamina "E" en las atrofiaciones musculares (interósea, tenar o hipotenar) que presentaban los enfermos de lepra.

En 1948 usamos la Vitamina "E" en un caso en que fuimos testigos del apareamiento de la deformación en garra y precozmente instituímos el tratamiento con excelentes resultados, pues el enfermo recuperó la fuerza muscular y el volumen normal de los músculos.

En los casos que presentamos en esta nota terapéutica, no hicimos ningún estudio, ni antes ni después del tratamiento. No medimos la fuerza muscular, no medimos la cronaxia, ni practicamos ningún examen eléctrico de los músculos atrofiados, pero a pesar de ello, hemos creído de interés reportar los resultados porque tal vez lo encontrado por nosotros pueda incitar a otros observadores con mayores posibilidades, a seguir este estudio en una forma científica.

Entre los 164 enfermos de lepra que había en el Sanatorio de Las Mercedes, en Junio de 1950; 32 presentaban deformación de la mano en garra, con atrofia muscular, ya de la eminencia tenar, ya de la eminencia hipotenar o atrofia interósea.

El 17 de Julio de 1950, pusimos en tratamiento con 200 miligramos diarios de Alfatocoferol a 29 de los 32 enfermos.

Todos estos enfermos estaban sometidos a un tratamiento sulfónico que duraba ya de 6 meses a varios años.

Antes de iniciar el tratamiento, revisamos los enfermos para darnos cuenta por la inspección, del estado de la atrofia y del grado de extensión de los dedos.

Al cabo de un mes revisamos de nuevo los enfermos y encontramos 11 que no habían experimentado ningún cambio. En ellos suspendimos el tratamiento, salvo en un caso por tratarse de un enfermo joven que llevaba dos años de enfermedad.

En los 18 casos restantes se continuó el tratamiento y al finalizar el segundo mes, se revisaron los resultados y se notó en todos ellos una mayor extensión de los dedos y aumento de volumen de las masas musculares, siendo esta mejoría muy notoria en algunos de ellos.

Los 32 enfermos se clasifican por forma clínica así:

	Nº casos	No se trataron	No mejoraron	Mejoraron
Lepromatosa, 23:				
Nodular	6		3	3
Infiltrativa	7		2	5
Difusa	10	3	5	2
Indiferenciado, 7:				
Negativo	1		0	1
Positivo	6		0	6
Tuberculoide, 2:	2		1	1

Los 32 casos se clasifican por duración de la enfermedad así:

	Nº casos	No se trataron	No mejoraron	Mejoraron
0 a 5 años	12	0	1	11
6 a 10 años	8	0	4	4
11 a 15 años	7	1	3	3
16 a 20 años	3	2	1	0
21 a 25 años	2	0	2	0

Estos cuadros nos indican:

- 1º Que las atrofas observadas en la forma difusa son las menos modificables y que los indiferenciados positivos, los más capaces de mejorar. Posiblemente porque las formas difusas son la resultante de una evolución prolongada de las formas indiferenciadas positivas.
- 2º Que la duración de la enfermedad influye mucho en la reversibilidad de la atrofia. El caso tratado por nosotros en 1948 nos permite hacer esta afirmación.

Resumen

1º) Se han tratado 29 casos de atrofia muscular de las manos en enfermos de lepra y se ha observado que 18 casos mejoraron clínicamente por el tratamiento con Vitamina E.

2º) Se observó que las atrofigs presentadas por los casos de lepromatosos difusos son los más difíciles de modificar, al contrario de lo que pasa con los casos de forma indiferenciada.

Se supone que las atrofigs son más rebeldes en la forma lepromatosa difusa porque muchos de estos casos son la resultante de una forma indiferenciada de evolución prolongada.

3º) La duración de la enfermedad influye mucho en la reversibilidad de la atrofia.

La mejoría es tanto mayor cuanto más reciente es la enfermedad.

Summary

1st) 29 cases of muscular atrophy of the hands of leprosy patients have been treated; it was observed that 18 cases improved clinically with vitamin E treatment.

2nd) It was observed that atrophies in diffused lepromatous cases are the hardest to be modified; this is just the opposite of what happens in the undifferentiated form.

It is supposed that atrophies are more resistant in the diffused lepromatous form because many of these cases are the resultant of an undifferentiated form of prolonged evolution.

3rd) The duration of the disease has a great influence in the reversibility of the atrophy.

Improvement is greater as more recent is the disease.

Résumé

1º—On a traité 29 cas d'atrophie musculaire des mains chez des lépreux et on a observé que 18 cas ont amélioré cliniquement par le traitement avec la Vitamine "E".

2º—On a observé que les atrophies présentées par les formes lépromateuses diffuses sont les plus difficiles à modifier, au contraire de ce qui se voit dans les formes indifférenciées. Cela fait soupçonner qu'elles sont plus rebelles, parce que les formes lépromateuses diffuses, dans beaucoup des cas, sont la résultante d'une forme indifférenciée d'évolution prolongée.

3º—La durée de la maladie influe beaucoup dans la reversibilité de l'atrophie; plus elle est récente plus elle s'améliore avec le traitement.

BIBLIOGRAFIA

- 1º—SIMON STONE. Treatment of muscular Dystrophies and Allied Conditions J. A. M. A.—114-2187-2191, Junio 1º, 1940.
 - 2º—ADE T. MILHORAT AND W. E. BARTELS. Defect in utilization of Tocoferol in Progressive Muscular Dystrophy. Science 101: 93-94, Jan 28, 1945.
 - 3º—HENRY R. VIETS, E. H. Trowfridge and T. E. Gunderson. Treatment of Certain Muscular Atrophies With Vitamine "E" Diagnosis and Electromyogram. Am. J. M. Scs. 203: 558-566, April 1942.
 - 4º—ALBERT J. LUBIN. Use of Alpha Tocoferol in Treatment of Neuromuscular Disorders. Arch. Int. Med. 69: 836-855, Mayo 1942.
-

TRATAMIENTO DE LA IRIDOCICLITIS EN ENFERMOS DE LEPROA

Dr. Arturo Romero L.

En el período que va de 1946 a 1949, entre 214 casos estudiados en el Sanatorio Nacional de Las Mercedes, hemos observado y tratado con estreptomycinina 6 casos que han presentado complicaciones oculares. Los 6 casos se clasifican así:

	Hombres	Mujeres
Lepromatoso difuso	1	1
Lepromatoso infiltrativo	0	2
Lepromatoso nodular	2	0

Estudio Clínico:

Durante el cuadro febril de la reacción leprosa, acompañado de eritema polimorfo o nudoso y de dolores óseos, los enfermos presentaron: Dolor del globo ocular, fotofobia y congestión conjuntival periquerática intensa, defectos de la acomodación.

Esta complicación la hemos observado únicamente entre los enfermos lepromatosos de los sub-tipos Infiltrativo y Nodular.

Es de hacer notar que el sub-tipo lepromatoso difuso no presenta nunca esta complicación, salvo cuando el enfermo lleva ya algún tiempo (2 años en un caso y 4 años en el otro) de tratamiento sulfónico, que el enfermo ha mejorado y que ha comenzado a presentar una clásica reacción leprosa.

Las otras formas de lepra nunca presentan esta complicación.

Tratamiento:

Apareciendo esta complicación ocular como manifestación ocular de la reacción leprosa, era lógico suponer que el tratamiento propio de la reacción leprosa, podría mejorar la condición ocular, pero no sucede así.

Cuando comenzamos a ensayar la estreptomycinina, como medio terapéutico de la reacción leprosa, observamos que en un 50% de casos hay mejoría rápida, pero no así en el otro 50%, pero notamos que la iridociclitis que en algunos acompaña la reacción leprosa, mejora rápidamente.

Hemos aplicado la estreptomycinina a razón de un gramo diario disuelto en un litro de suero glucosado, por vía endovenosa, y al cabo de 48 horas, ha disminuido o desaparecido el dolor ocular, la fotofobia y la congestión conjuntival.

Hemos ensayado por aparte el suero glucosado sólo y la estreptomycin intramuscular, sin obtener ningún resultado satisfactorio.

Como 4 de los enfermos tratados con estreptomycin en suero ya en otras ocasiones habían padecido de iridocyclitis y habían sido tratados por otros medios y la complicación había tardado más tiempo en desaparecer, consideramos que ese tratamiento debería ensayarse en mayor número de casos para poder llegar a conclusiones definitivas.

NOTA: Nosotros comenzamos a usar estreptomycin en suero glucosado por vía endovenosa porque nuestros objetivos eran combatir la fiebre y la deshidratación del enfermo, y fué más tarde que observamos el buen efecto que dicho tratamiento produce en la iridocyclitis.

Resumen

La iridocyclitis que aparece con frecuencia durante la reacción leprosa, mejora rápidamente, en 3 días, con un gramo diario de Estreptomycin en un litro de suero glucosado.

La Estreptomycin sola o el suero glucosado no dan ningún resultado satisfactorio.

Summary

The iridocyclitis which frequently appears during the leprous reaction improves rapidly within 3 days by the daily administration of one gram of streptomycin in one liter of glucose solution.

Alone the streptomycin or the glucose solution, do not give a satisfactory result.

Résumé

L'iridocyclite qu'on voit fréquemment pendant la réaction lepreuse s'améliore rapidement en trois jours avec un gramme de Streptomycine dans un litre de serum glucosé.

La Streptomycine et le serum glucosé employé seul ne donnent pas des bons résultats.

DERMATOSIS ENTRE LOS ENFERMOS DE LEPROA EN TRATAMIENTO

Dr. Arturo Romero L.

Las dermatosis que se observan en los enfermos de lepra en tratamiento pueden deberse a:

- 1) Manifestaciones de la enfermedad.
- 2) Manifestaciones alérgicas o tóxicas de los medicamentos.
- 3) A dermatosis no relacionadas ni con la lepra ni con el tratamiento.

En esta pequeña nota nos referimos brevemente a las manifestaciones alérgicas o tóxicas, debidas a los medicamentos.

En los últimos cinco años, entre más de 200 enfermos atendidos en el Sanatorio Nacional de Las Mercedes, sólo hemos observado 16 enfermos con manifestaciones cutáneas relacionadas con los medicamentos empleados.

- 1) En 3 enfermos hemos observado una lesión eritematosa pruriginosa diseminada a la cara, al cuello, a los brazos y a las piernas, (en uno de los casos constituía una verdadera eritrodermia) a raíz del tratamiento con Promín. La afección se inició por los pliegues después de dos inyecciones de Promín de 2 gramos y se diseminaba poco a poco a medida que continuaban las inyecciones, acompañándose de edema pronunciado.

La afección cutánea desaparece a los 8 a 12 días después de suprimir la medicación sulfónica, apareciendo una descamación, manifestando así la naturaleza dermo epidérmica de la lesión.

En estos 3 enfermos, repetimos el tratamiento en dos ocasiones más (una vez con una ampolla de 2 gramos y la 3ª vez con un gramo) y observamos el mismo fenómeno, un poco más acentuado.

- 2) Los 13 casos restantes presentaron una afección de pruriginosa localizada:

a la espalda	2 casos
a las piernas	3 "
a los brazos	3 "
a los brazos y piernas	2 "
a los brazos y cara	2 "
a la cara	1 "

En estos 13 casos la dermatosis se presentó:

En 2 casos: con el aspecto de eczema exsudativo

En 2 casos: con el aspecto tricofitoide (Medallones de bordes escamosos y centro deprimido).

En 9 casos: como un eritema escamoso pruriginoso, de contornos difusos más acentuado en los pliegues y evolucionando hacia la liquenificación.

En un principio atribuimos estas lesiones a la acción tóxica de las sulfonas, pues todos los enfermos llevaban muchos meses o años de tratamiento, pero en vista de que la supresión de las sulfonas no mejoraba los enfermos y las drogas antihistamínicas aliviaban el prurito y la lesión cutánea, seguimos investigando la causa y encontramos que todos los 13 casos de afección cutánea observada en estas condiciones, eran debidas a una reacción alérgica a los extractos de hígado crudo que administramos periódicamente a nuestros enfermos para evitar la anemia sulfónica, y comprobamos esta etiología, por la curación observada en los enfermos con la supresión del extracto hepático.

Resumen

Entre más de 200 enfermos de lepra que se han observado en el "Sanatorio de Las Mercedes" de 1949 a 1950 solamente hemos encontrado 16 enfermos que han presentado dermatosis en el curso del tratamiento como manifestaciones alérgicas:

3 casos, del tipo de eczema exsudativo generalizado, debidos al Promin.

13 casos (del tipo de eczema exsudativo, del tipo tricofitoide y del tipo de eczema seco evolucionando hacia la liquenificación) debido a inyecciones de extracto hepático crudo.

Summary

In more than 200 leprosy patients observed in the Sanatorio de las Mercedes from 1949 to 1950 we found only 16 patients showing dermatosis in the course of treatment due to allergic manifestations:

3 cases of the exudative generalized eczematous type due to Promin.

13 cases (of the exudative eczematous type, of the trichophytoid type and of the dry eczematous type evolving toward lichenification) due to crude hepatic extract.

Résumé

Parmi plus de 200 lépreux qui ont été observés au "Sanatorio de Las Mercedes" de 1946 à 1950, seulement on a trouvé 16 malades qui ont présenté des dermatoses au cours du traitement, comme manifestations allergiques:

- 3 cas, du type de l'eczéma exsudatif généralisé ont été dus au Ppromin.
 - 13 cas, (du type de l'eczéma exsudatif, du type tricophytoïde, et du type de l'eczéma sec évoluant vers la lichenification), ont été dus aux injections d'extrait de foie cru.
-

LOS ANTEOJOS COMO AYUDA TERAPEUTICA EN LEPRO

Dr. Arturo Romero L.

La lepra es una enfermedad que al atacar la piel ataca también sus anexos: los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas.

En Costa Rica y en México existe una forma de lepra que fué descrita hace un siglo por LUCIO con el nombre de LEPRO MANCHADA y que ahora se denomina LEPRO LEPROMATOSA DIFUSA (Latapí).

Esta clase de lepra se manifiesta en su principio por caída de cejas y de pestañas.

La alopecia de cejas y pestañas, no sólo da un aspecto especial al semblante, sino que acarrea molestias oculares ya que el globo ocular carece de la protección de las pestañas.

Con los nuevos tratamientos sulfónicos que se emplean actualmente en lepra hemos visto, con inmensa alegría para los enfermos, que las pestañas y las cejas reaparecen salvo cuando los enfermos llevaban ya largos años sin ellas.

Entre los 164 enfermos que fueron objeto del estudio sobre "CLASIFICACION DE LOS SUB-TIPOS DE LEPRO", que figuran en este mismo número, comprobamos que la caída de cejas y de pestañas, sólo se observa en la forma lepromatosa. Los 136 casos lepromatosos que aparecen en el citado estudio presentaban:

Cejas normales	32
Caída parcial de cejas	26
Alopecia total de cejas	78
Pestañas normales	35
Caída parcial de pestañas	17
Alopecia total de pestañas	84

Después de algún tiempo de tratamiento sulfónico (un año más o menos) comienzan a reaparecer las pestañas y las cejas. En la actualidad después de un tratamiento que ha durado entre 1 y 4 años, sólo hay un enfermo que no tiene pestañas y 15 (9 mujeres y 6 hombres) que no tienen cejas.

Las cejas y pestañas reaparecen pero muy finas de color claro y muy cortitas. Ello significa un gran alivio para los enfermos, pues aunque pequeñas, son suficientes para proteger el ojo y la irritación conjuntival que existe en muchos, desaparece.

Habiendo observado que las personas que usan anteojos poseen pestañas largas, se me ocurrió usar este medio para acelerar el crecimiento de las pestañas de mis enfermos.

Aconsejé a un grupo de enfermos y enfermas que usaran constantemente anteojos oscuros y al cabo de dos meses ya pudimos comprobar el crecimiento de las pestañas.

Observamos un caso que no tenía pestañas visibles a pesar de que llevaba dos años de tratamiento con Promin y con Diasona, y después de dos meses de llevar anteojos, se comenzaron a ver minúsculas pestañas que llenan su papel protector del globo ocular a satisfacción al grado que desapareció su congestión conjuntival crónica.

No he hecho la experiencia con anteojos claros, pero debido a mi inicial observación, de que personas sanas que usan anteojos poseen pestañas largas, me atrevo a pensar que el antejo ejerce un papel mecánico de protección, contra el polvo, contra los pequeños traumatismos físicos o luminicos y que esa protección de los párpados permite el crecimiento de las pestañas.

Resumen

Se ha observado en los enfermos de lepra, que las cejas y las pestañas reaparacen con los tratamientos sulfónicos, pero se ha observado también que el uso constante de anteojos oscuros permite un crecimiento más rápido.

Summary

It has been observed in leprosy patients that the eyebrows and eyelashes reappear under sulfones treatment; it has also been observed that the constant wear of dark glasses allows for a more rapid growth of them.

Résumé

On a observé chez les lépreux, que les cils et les sourcils poussent avec les traitements sulfonés, mais on a observé aussi que l'usage constant des lunettes foncées permet leur accroissement plus rapide.

EPIDEMIOLOGIA

Hemos dividido este pequeño estudio en dos partes: 1º Contagio Familiar y extrafamiliar en lepra, y 2º Estudio de los convivientes que se encontraron enfermos de lepra en el período que va de 1946 a Agosto de 1950.

Dr. Arturo Romero L.

PRIMERA PARTE

CONTAGIO FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR EN LEPRA

Hemos estudiado 282 casos de lepra controlados hasta el 15 de Julio de 1950 en Costa Rica y excluido de ellos 10 casos de origen extranjero en los cuales no tenemos la seguridad de que tengan o no, parientes enfermos.

Los 272 casos se clasifican como sigue:

Lepromatosos:	Casos	Con parientes enfermos	Sin Parientes enfermos
L. Difusa	72	59	13
L. Infiltrativa	55	33	22
L. Nodular Infiltrativa ...	3	1	2
L. Nodular	15	13	2
L. Incipiente	9	9	0
Sub-Total	154	(56.9%) 115	39
Indiferenciados:			
Positivos	21	15	6
Negativos	42	24	18
Sub-Total	63	(23.0%) 39	24
Tuberculoideas	55	24	31
Sub-Total	55	(20.2%) 24	31
TOTALES	272	178	94

De los 272 casos, 178 o sean el 65.5% tenían parientes enfermos y 94 o sean el 34.5% no tenían parientes enfermos.

CONTAGIO EXTRAFAMILAR

Forma clinica	Nº Casos Contagiados	Contagio por Cónyugue	Contagio por Amigos	Contagio por Suegra o Yerno	Contagio por Cuñado	Contagio por Compañero de Trabajo	Contagio por Patrón	Cont. por la- var ropa Enf.	Contagio ve- cinos	Lo se sabe
72 - Lepromatoso Difuso ..	14	1	5			1				7
55 - Lepromatoso Infiltrativo..	22	1	4	1		1	2	1	1	11
18 - Lepromatoso Nodular ..	5	1							1	3
SUB TOTAL:	41	3	9	1		2	2	1	2	21
21 - Indiferenciado positivo..	8	2	3							3
42 - Indiferenciado negativo..	14	2	1							15
SUB-TOTAL:	26	4	4							18
55 - Tuberculoides	31	2	2	1	1					2
TOTAL:	96	9	15	2	1	2	2	1	2	64

De los 178 casos que presentaban fa-
miliares enfermos, 4 se contagiaron
por el cónyugue, de manera que los
contagios extrafamiliares suman 98 en
vez de 94. El cuadro representa la
clasificación de esos 98 casos.

Este porcentaje varía según el tipo de lepra:

Entre los 154 casos lepromatosos, 39 o sea el 25.3% no tenían parientes enfermos. (Véase el cuadro).

Entre los 63 casos indiferenciados, 24 o sea el 38% no tenían parientes enfermos.

Entre los 55 casos tuberculoides, 31 o sea el 56.4% no tenían parientes enfermos.

Estos porcentajes no tienen gran valor epidemiológico, pero sí dan una idea de que los casos tuberculoides provienen en más de la mitad de los casos de contagio extrafamiliar; en cambio los lepromatosos se derivan en sus tres cuartas partes de un contagio familiar.

El análisis del cuadro anterior que representa el posible modo de contagio de los 98 casos que no presentaban enfermos de lepra entre sus familiares, nos hace ver que en 64 casos, es decir, en un 23% del total de casos estudiados, no se pudo averiguar la fuente de contagio —ni familiar ni extrafamiliar— y que por lo tanto, una buena campaña contra la lepra que busque la enfermedad entre familiares y convivientes (parientes políticos, compañeros de trabajo, amigos, etc.), sólo ayudará a descubrir el 77% de los casos de lepra de Costa Rica y que el 23% restante deberá encontrarse con la colaboración del Cuerpo Médico y del Cuerpo de Enfermeras del país y con la cooperación del público entre el cual debe hacerse una divulgación educativa amplia y bien orientada.

Además el hecho de que en 25 de los 55 casos tuberculoides, no hayamos podido descubrir la fuente de contagio, significa que esta forma de lepra se presenta de preferencia en personas pertenecientes a familias indemnes de lepra que se contagiaron por contactos con enfermos contagiosos que pasaron inadvertidos corroborando así la hipótesis emitida por Brenes Ibarra (1) de que los contagios extrafamiliares dan lugar con mayor frecuencia a formas benignas de lepra.

En ese mismo cuadro aparecen 9 casos contagiados por el cónyuge; el análisis de estos 9 casos es el siguiente:

9 casos de cónyuges fueron contagiados por:

7 Cónyuges Lepromatosos

2 Cónyuges Indiferenciados Positivos

Los 2 cónyuges indiferenciados positivos dieron lugar a:

1 caso indiferenciado positivo

1 caso indiferenciado negativo

Los 7 cónyuges lepromatosos dieron lugar:

- 3 casos Lepromatosos
 - 2 casos Indiferenciados Positivos
 - 1 caso Indiferenciado Negativo
 - 2 casos Tuberculoides.
-

Este análisis viene a corroborar más ampliamente la hipótesis de BRENES IBARRA. (1) antes expuesta.

Comentario:

El conjunto de datos expuestos nos da una idea clara acerca de la transmisión de la lepra.

El hecho de que se presenten casos de lepra por fuera de las familias de enfermos, significa que es contagiosa.

El hecho de que entre los familiares de enfermos aparezca mayor número de casos de lepra, significa que el contagio necesita un contacto prolongado y descuidado tal como ocurre en la vida familiar.

Este mismo hecho y el de que entre los contagios familiares se presenta mayor número de formas graves de lepra que en los contagios extrafamiliares, significa que existe una susceptibilidad familiar hereditaria que favorece el contagio, tal como lo expone Aycock (2).

SEGUNDA PARTE**ESTUDIO DE LOS CONVIVIENTES QUE SE ENCONTRARON ENFERMOS DE LEPRO EN EL PERIODO QUE VA DE 1946 A AGOSTO DE 1950**

En 1946 comenzó a funcionar en Costa Rica el Dispensario Dermatológico Central, encargado de la búsqueda de enfermos de lepra entre los enfermos de la piel y entre los familiares de los enfermos de lepra. A los familiares se les examina periódicamente cada seis meses. De 1946 a Agosto de 1950, se han examinado 1084 convivientes y entre ellos se han encontrado 60 enfermos 57 descubiertos al primer examen y 3 en exámenes posteriores de control.

Los 60 familiares que resultaron enfermos se clasificaron así:

	Casos	Hombres	Mujeres
Lepromatosos	21	13	8
Indiferenciados Positivos	9	7	2
Indiferenciados Negativos	23	15	8
Tuberculoides	7	3	4

Los enfermos que muy posiblemente contagiaron a esos 60 familiares, se clasifican así:

Lepromatosos	47
Indiferenciados	13
Tuberculoides	0

El contacto que produjo el contagio, se verificó así:

En la misma cama	15 (en ellos, 4 cónyuges)
En la misma habitación	17
En la misma casa	10
Por visitas en casas distintas	18

En estos pocos datos recogidos de nuestra pequeña estadística, nos demuestran:

- 1º—Que la incidencia de lepra entre los convivientes de los enfermos representa un mínimo de 6%, porcentaje que posiblemente aumentará con los posteriores exámenes de control.
- 2º—Que sólo casos lepromatosos e indiferenciados positivos pudimos comprobar como responsables de contagio, tal como ya lo han probado Boenjamin, en Batavia (3) y Duarte do Pateo, en el Brasil (4).
- 3º—Que la incidencia de lepra tuberculoide es baja entre los familiares de enfermos, pues representa sólo un 11.6% de casos.

La incidencia de la forma tuberculoide en la totalidad de enfermos en Costa Rica es del 20.2%.

- 4º—Que los contagios en la misma casa representan el 70% de los casos encontrados enfermos.
-

Resumen

El estudio hecho en 272 enfermos del Sanatorio de Las Mercedes, muestra que en 178 casos (65.5%) el contagio fué familiar y que en 94 (34.5%) casos el contagio se produjo fuera de la familia.

El hecho de que entre los miembros de la familia de un enfermo aparezca mayor número de enfermos y que entre ellos se encuentran formas más graves de lepra que entre los enfermos que adquirieron la lepra fuera de su familia, hace pensar que el contagio de la lepra necesita un contacto prolongado con el enfermo contagioso y de una predisposición familiar hereditaria que favorezca el contagio.

La incidencia de la lepra (en Costa Rica) entre los parientes del enfermo es del 6%. Este porcentaje puede aumentar con los futuros exámenes de control.

Se encontró que solamente los casos lepromatosos e indiferenciados positivos son responsables del contagio.

El contagio entre parientes se realizó en el 70% cuando vivían en la misma casa y en el 30% cuando habitaban casas distintas.

Summary

The study done in 272 patients of the Sanatorio de las Mercedes shows that in 178 cases (65.5%), the contagion was of the family type. It also shows that in 94 cases (34.5%) contagion was produced outside the family.

It is a fact that among family members of a patient appear a greater number of leprosy patients; also that among them are found more severe forms of leprosy than in those patients acquiring the disease outside their families. These two facts make us think that contagiousness of leprosy needs a prolonged contact with the contagious patient and also a familiar hereditary predisposition that would favor contagiousness.

Incidence of leprosy (in Costa Rica) among the patient's relatives is of 6%. This percentage may increase with future control examinations.

It was found that only the lepromatous and undifferentiated positive cases are responsible for contagiousness.

Contagion among relatives was accomplished in 70% when they lived in the same house and in 30% when they lived in different houses.

Resumé

L'étude faite sur 272 cas internés au "Sanatorio de Las Mercedes", montre que parmi 178 cas (65.5%) la contagion s'est faite dans la famille et que parmi 94 cas (34.5%) la contagion s'est produite en dehors de la famille.

Le fait que entre les membres de la famille d'un malade apparaissent un plus grand nombre de malades et que parmi eux on rencontre des formes plus graves de la lèpre que dans les malades que l'ont eu par une contagion extrafamiliale, fait penser que la contagion de la lèpre a besoin d'un contact prolongé avec le malade contagieux et d'une prédisposition familiale héréditaire qui favorise la contagion.

L'incidence de la lèpre (au Costa Rica) parmi les membres de la famille du malade est du 6%. Ce pourcentage peut augmenter avec les futures examens de control. On a trouvé que seuls les cas lépromateux et les indifférenciés positifs sont responsables de la contagion.

La contagion parmi les membres de la famille du malade se produit dans le 70% quand ils habitent la même maison.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BRENES IBARRA, A. y ROMERO, A.—Arboles Genealógicos de enfermos de lepra.—Revista Médica de Costa Rica, año XV—Nº 173.—Septiembre 1948—P. 299-307.
- (2) W. LLOYD AYCOCK, A. Proposed Study Of. Conyugal Leprosy—With reference to Contagion and Hereditary Susceptibility.—International Journal of Leprosy.—Vol. 16—Nº 1—January 1948.
- (3) BOENJAMIN, R.—Epidemiological Investigation of The Duration and Nature of Contact with Leprosy Patients and their significance. Thesis for Doctorate in Medicine, Batavia 1949.
- (4) JOSE DUARTE DO PATEO—Índice de contagio da lepra nos focos Domiciliares, SAN PAULO BRASIL. Memórias Vº Congresso Internacional de la Lepra. p. 1161-1173. Editorial Cenit. Habana, Cuba.

MORTALIDAD ENTRE LOS ENFERMOS DE LEPROA CONTROLADOS

De 1946 - 1949

Dr. Arturo Romero L.

De 1946 a 1949 fallecieron 19 enfermos distribuidos así:
 1946: 4 entre 130 enfermos controlados
 1947: 11 (3 del Dispensario y 8 del Sanatorio) entre 170 enfermos controlados
 1948: 2 entre 202 enfermos controlados.
 1949: 2 entre 242 enfermos controlados

(Véase el cuadro)

Análisis:

SEXO: 8 mujeres y 11 hombres.

La mortalidad por sexos está en relación a la mayor incidencia de la lepra en hombres (60%) que en las mujeres (40%).

EDAD: Sólo 4 enfermos murieron antes de los 40 años: uno por difteria, uno por tuberculosis, uno por neumonía en asmático y otro por lepra descuidada.

	Casos
Antes de los 40 años	4
40 a 50 años	5
50 a 60 años	4
60 a 70 años	4
70 a 80 años	1
80 a 90 años	1

RAZA: 16 blancos, 1 de raza negra y 2 mulatos.

FORMAS CLÍNICAS: 1º Lepromatosós 14
 2º Indiferenciado 1
 3º Tuberculoide 4

TRATAMIENTO: Sólo 12 estaban en tratamiento: 8 con Promín y 4 con Diasona.

Únicamente 3 casos tenían año y medio de tratamiento y sólo en el caso de atrofia aguda del hígado puede atribuirse la muerte al medicamento.

Causas de muerte:

	Casos
Tuberculosis	4
Insuficiencia cardíaca, Cardioesclerosis	4
Reblandecimiento cerebral	1
Cirrosis hepática	1

NOMBRE	EDAD	SEXO	RAZA	P. CLINICA	Años Enf.	Ult. Bacil.	Tratamiento	Causa muerte
1946								
A. C. T.	33 años	M.	M.	L.	13 años	xxx	Promin (8 meses) 600 gramos	Neumonía
G. A. O.	21 "	F.	B.	L.	12 "	xxx		Tub. Pulm.
A. A. V.	40 "	M.	B.	L.		xxx		Estado carencial.
R. A. G.	40 "	M.	B.	L.	2 "	xxx		Tifoidea perforada
1947								
O. R. M.	58 "	M.	B.	Ind.	19 "	x	Promin (2 meses) 135 gr.	Tub. Pulm.
G. A. J.	47 "	F.	B.	L.	22 "	—	Promin (1 mes) 68 gr.	Tub. Pulm.
A. M. A.	52 "	M.	B.	Tde.	8 "	—	Promin (20 meses) 1320 gr.	Caquexia
M. S. A.	58 "	M.	B.	L.	5 "	xx	Promin (1 año) 352 gr.	Ins. aguda miocardio
S. J. I.	64 "	M.	N.	L.	2 "	xxx	Promin (18 meses) 781 gr.	Glomérulo nefritis
V. Ch. M.	55 "	M.	B.	L.	6 "	xxx	Promin (3 meses) 279 gr.	Atrofia aguda del hígado
G. J. E.	74 "	M.	M.	Tde.				Colapso cardíaco - neumonía
U. S.	48 "	F.	B.	L.	21 "	xxx	Promin (9 meses) 486 gr.	Cirrosis hepática
O. D.	30 "	F.	B.	L.	10 "	xxx		Leptra
M. C. de C.	26 "	F.	B.	L.	1 "	xxx	Diazona (1 mes) 30 gr.	Difteria
L. V. vda. V.	85 "	F.	B.	Tde.		—		Senilidad
1948								
A. S. J.	70 "	F.	B.	L.	5 "	xx	Diazona (8 meses) 250 gr.	Insuficiencia cardíaca
S. R.	61 "	M.	B.	L.	25 "	x	Diazona (26 meses) 601 gr.	Nefritis e insuficiencia cardíaca
1949								
J. de Al. I.	42 "	F.	B.	L.	4 "	x	Diazona (14 meses) 247 gr.	Tuberculosis
D. S. L.	60 "	M.	B.	Tde.	5 "	—		Reblandecimiento cerebral

Atrofia aguda hígado	1
Glomérulo nefritis	1
Neumonía	1
Tifoidea perforada	1
Difteria	1
Estado carencial	1
Caquexia incardia	1
Senil	1
Lepra	1

De los cuatro casos muertos por Tuberculosis, tres murieron por hemoptisis abundante y uno con forma granúlica.

Los casos muertos por cardioesclerosis eran de edad avanzada, uno de ellos padecía además de nefritis crónica.

El caso de difteria revistió suma gravedad, no cedió con 60.000 U. de suero antidiftérico y con 500.000 U. de Penicilina que se inyectaron en 24 horas, muriendo a las 36 horas de iniciado el cuadro doloroso de la garganta.

Sólo en un caso la muerte se debió a la Lepra. Era una enferma joven con forma nodular que por brotes sucesivos los nódulos habían llegado a ulcerarse y a infectarse. La enferma murió sin recurrir a ningún tratamiento porque permanecía escondida.

Los casos de nefritis y de cirrosis hepática fueron condicionados por la Lepra.

Resumen

De 1946 a 1949 fallecieron 19 enfermos de lepra. Solo un caso murió por lepra; 2 casos por complicaciones de lepra (nefritis y cirrosis hepática) y los demás por enfermedades intercurrentes (4 por tuberculosis; 4 por insuficiencia cardíaca, etc.).

Summary

From 1946 to 1949 19 leprous patient died. Only one case died of leprosy; 2 cases died of leprosy complications (nephritis, and cirrhosis of the liver) and the rest from intercurrent diseases (4 of tuberculosis; 4 of cardiac insufficiency, etc.).

Résumé

De 1946 a 1949, 19 malades lépreux sont morts. Un seul cas est mort a cause de la lèpre, deux cas sont morts par des complications dues a la lèpre (Nephrite et cirrhose, hépatique) y tous les autres, par des maladies intercurrentes (Tuberculose 4 cas; insuffisance cardiaque 4 cas, etc.).

Revista Médica de Costa Rica

INDICE DE AUTORES

del

TOMO VIII Años 1948 y 1949 (Del N° 165 al 188)

ADRIANENSEN Dr.	
Accidentes en la aplicación de inyecciones intravenosas	434
ALFARO Iglesias Fernando	
Discurso pronunciado en las funerales del Dr. C. L. Valverde	64
ALVARADO Rulaman (Véase Romero A.)	
ANDERSON H. Hamilton	
Paludrine	81
BENZECRY I Investigaciones médicas en Francia durante la guerra (Crónicas de Actualidad): 317, 378, 380, 399, 407, 458.	
BOLAÑOS Ernesto	
Zumbido de oídos en la práctica médica	2
BRENES Ibarra Abelardo	
—Algunos aspectos de nuestra patología infecto-contagiosa	25
—Contribución al estudio de la tensión arterial en los cuatro miembros en estado normal y en el patológico	85
—Tratamiento de la lepra con Promin	258
—y A. Romero, Falles D. Estudio Clínico de la lepra lepromatosa en Costa Rica	219
—y A. Romero, Terapéutica de la reacción lepromatosa	278
—y A. Romero: Edad, sexo y lepra (Véase Romero)	
—Estudio de algunas características de la reacción lepromatosa en nuestro medio	228
—y A. Romero: Tratamiento de la lepra con Diazone (Ver Romero)	
BUTTS Donald	
La infección filárica en Costa Rica	103
CASTRO Jenkins Arnoldo (Véase Romero A.)	
CESPEDES FONSECA Rodolfo y C. Urcuyo G.	
Encefalitis luética por reactivación de Neuro-Lúes en el curso de un tratamiento antiamibiano con arsenical (Carbarzone)	100
COLLIER H. O. (Véase Lourie B. M.)	
COTO CHACON Fernando	
Algunas observaciones sobre 30 casos de Prostatectomía según la técnica suprapúbica de Freyer	417
COTO Montero Fausto	
Discurso Homenaje Dr. A. Facio C. (Biografía)	503

DONZELOT Henri, Kaufmann, I. Benzecry	
Resultados de la electroforesis en las afecciones cardiovasculars	475
FACIO Castro Antonio	
Análisis de 22 casos de Intususcepciones	509
FACIO Ulloa Antonio	
Discurso en los funerales del Dr. Carlos Luis Valverde	62
FARMER (Véase Tucker H.)	
FREITAS Abelino	
Patogenia y tratamiento de la estrechez del recto en la linfopatía venérea	488
GARCIA Carrillo Eugenio	
—La rareza de la endocarditis infecciosa en el medio hospitalario	116
—El corazón en relación con algunas enfermedades tropicales	193
—Apuntes históricos de cardiología nacional	415
GALLART Moneg Francisco	
Consideraciones clínicas sobre la terapia médico-quirúrgica de la úlcera gastroduodenal	428
GONZALEZ Murillo Gonzalo	
Piretoterapia en Neuro-Sífilis	200
GUERRERO José (Véase Peña Chavarría)	
HERNANDEZ C. R.	
Nueva tratamiento de la amibiasis intestinal	466
HERNANDEZ C. R.	
KELLY O. (Véase Millin)	
KAUFMANN H. (Véase Donzelot)	
LORIA Cortés Rodrigo	
El Centro Médico Antonio Facio Castro	515
LOURIE B. M., Collier H. O. J. Ross A. O. F., Robinson D. T. y Nelson Rachel	
Tratamiento ambulatorio con Penicilina en Sífilis primaria	22
LUROS Pablo	
—Comentando el trabajo del Dr. A. Peña Ch. y Prof. José Guerrero sobre Mortalidad General (Edit.)	442
—Comentario Prostatectomía retropubiana (Trabajos de los Drs. F. Coto Chacón y del Prof. Millin)	463
—Notas bibliográficas	468
MACALISTER (Véase Millin)	
MACREADY Samuel	
Fumigación de Limón por el procedimiento "Tifa de Neblina"	393
MARTI Ibañez Félix	
—I. Séptimo Misterio del Paludismo (Crónica)	97

—II. El velo se descubre. Continuación)	120
—El pensamiento Médico en la Historia	150
MARTINEZ Nusbaumer Oscar	
Discurso pronunciado en los funerales del Dr. C. L. Valverde	62
MATURANA C.	
Etiología y profilaxis del resfriado común	465
MILLIN, Macalister y O. Kelly.	
Prostatectomía retropubiana en 757 casos	463
NELSON R. (Véase Lourie B. M.	
O. M. S.	
Algunos hechos sobre la O. M. S. en el campo de la Sa-	
lubridad	147
—Serología de la sífilis	466
ORTIZ Guier Juan Guillermo	
A la memoria del Dr. Antonio Facio C.	507
ORTIZ Juan Bautista	
Discurso pronunciado en los funerales del Dr. C. L. Val-	
verde	63
PAMPANA E. J.	
La O. M. S. se prepara para una campaña global contra el	
paludismo	123
PEÑA Chavarría Antonio	
—Y C. Sáenz H. E. Cordero C.	
Síndrome corencial en la infancia	147
—y M. Aguilar B. A. Castro Jenkin	
—Apuntes sobre un nuevo caso de Granuloma Paracoc-	
cioides en Costa Rica	369
—y J. Guerrero: Tendencia de la mortalidad general de	
1901 a 1947	443
Discurso en el Homenaje del Colegio de Médicos y Ciruja-	
nos a la memoria del Dr. Antonio Facio Castro	409
PORTUGUEZ Antonio (Véase Urcuyo G.)	
POVEDA Leonidas	
Tratamiento del asma esencial por la novocaína	310
PRENSA LIBRE	
Duelo de la Patria y de la Ciencia (Con motivo de la trágica	
muerte del Dr. C. L. Valverde	66
QUIRCE José Manuel	
Algunas consideraciones sobre la Vagotomía Bilateral en el	
tratamiento de la Úlcera Péptica	333
REICH Walter	
Vaginitis a tricomonas; Diagnóstico, tratamiento	489
ROSS H. O. J. (Véase Lourie B. M.)	
ROBINSON D. T. (Véase Lourie B. M.)	
ROMERO Arturo	

—Consideraciones sobre la glicosuria en Costa Rica .. .	140
—La vitamina A en la lepra .. .	287
—Siete casos de Leishmaniosis cutánea tratados con As- taril .. .	413
—La Esporotricosis en Costa Rica .. .	68
—y A. Brenes I., M. Fallas D.	
Estudio Clínico de la Lepra Lepromatosa en Costa Rica	219
y A. Brenes I. Ao Castro J. R. Alvarado .. .	219
Tratamiento de la lepra con Diazone .. .	248
—y A. Brenes I. Tratamiento de la reacción lepromatosa (Véase Brenes)	
—y A. Brenes I.; Edad, sexo y lepra .. .	239
SABORIO Esquivel Fernando	
Embarazo y tuberculosis .. .	189
TERAN Vallis Máximo	
Reflexiones sobre problemas obstétricos .. .	14
TUCKER Harold. Farmer, Thomas W.	
Penicilina en sífilis cardiovasculares .. .	23
THOMAS W. (Véase Tucker)	
TREJOS Fernando (Véase Urcuyo)	
URCUYO Gallegos Constantino y F. Trejos	
Púrpura trombocitopénica de etiología compleja .. .	92
—y A. Portuquez; Contribución casuística al Diagnóstico de las neoplasias pulmonares .. .	209
VEGA Rodríguez Jorge	
Algunas palabras sobre el Dr. Carlos Luis Valverde .. .	48
ZELEDON Alvarado Joaquín	
—Año XV de Revista Médica (Edit.) .. .	1
—Año XVI de Rev. Médica .. .	309
—INDICES Tomo VIII .. .	
—Carlos Luis Valverde se fué (Edit.) .. .	57
—Raúl Blanco C.: Nuevo Ministro de Salubridad .. .	101
—Dr. Félix Martí Ibañez (Edit.) .. .	149
—Número dedicado a Lepra (Edit.) .. .	214
—Francia Médica durante la Guerra .. .	309
—Carlos Sáenz H.: Ministro de Salubridad .. .	473
—Aniversario fallecimiento Dr. A. Facio C. .. .	497
—Índice Tomo VIII	
ZELEDON Brenes José María	
Soneto en los funerales del Dr. C. L. Valverde .. .	66

Revista Médica de Costa Rica

INDICE POR MATERIAS

del

Tomo VIII.—Años 1948 y 1949.—(Del Nº 165 al 188)

ADISON Enfermedad de Hipertensión del adisoniano	380
ALERGIA digestiva	322
AMIBIASIS Intestinal. Nuevo tratamiento	466
ANO: Afecciones ano-rectales (Nota Bibliógraf.)	495
ANIVERSARIOS	
Año XV de Rev. Médica de Costa Rica	1
Año XVI de Rev. Médica de Costa Rica	309
CANCER	
Diagnóstico en pulmón	209
Estudio sobre el cáncer (N. Bibliógrf.)	470
Cancerología (Nota Bibliógrf.)	494
CONGRESOS: Neurológico de París (IV).	329
CORAZON	
La rareza de la endocarditis infecciosa en el medio hospitalario	116
El corazón en relación con algunas enfermedades tropicales	193
Resultados de la electroforesis en afecciones cardiovasculares	475
CARENCIAS Síndrome carencial en la infancia	125
Osteodis de hambre	325
DEMOGRAFIA	
nacional: Tendencia de la mortalidad general	443
DIABETES —Clínica y terapéutica del coma	452
—Tratamiento del coma diabético	454
—Renal	453
—Bronceada	456
EDEMA Agudo del pulmón. Trat. con Fenegan	376
ELECTROFORESIS (Véase Corazón)	
EMBARAZO y TUBERCULOSIS	189
ENDOCRINAS	
Insuficiencias. Tratamiento con hormonas en implantación	389
ENFISEMA pulmonar (Nota Bibliógraf.)	
ERISPELA (Estadísticas nacionales)	30
ESPASMOSFILIA del adulto	402
ESPOROTRICOSIS en Costa Rica	68
ESTOMAGO	
—Vagotomías bilaterales en Ulcus Pepticus	333
—Terapia médica y quirúrgica de la úlcera gastro duodenal	428
—Estudios médico quirúrgicos de gastro enterología (N.	

Bibliogr.) .. .	469
ESTREPTOMICINA en Lepra .. .	275
FILARIAS	
La Infección filárica en Costa Rica .. .	103
FILOSOFIA (Véase Vida)	
FRANCIA MEDICA durante la Guerra .. .	309
GANGLIECTOMIAS lumbares; 800 casos .. .	326
GLICEMIA	
Consideraciones sobre la glicemia en Costa Rica .. .	140
GRANULOMA etc.	
Granuloma Paracoccioides en Costa Rica.. .	369
HIDROLOGIA Médica (N. Bibliogr.) .. .	468
HIPERTENSION arterial del adisoniano .. .	380
HISTAMINA	
Sobre un nuevo antihistamínico en el edema agudo del pulmón .. .	377
HISTORIA	
—El Pensamiento Médico en la Historia .. .	150
—De la Lepra en Costa Rica .. .	214
—De la Cardiología en Costa Rica .. .	415
HODGKIN	
Enfermedad de... Tratamiento con la Yperita .. .	403
INFECTO . CONTAGIOSA	
Aspectos de nuestra patología Inf-Contag. en 600 Obser- vaciones .. .	25
La infección focal (N. Bibliogr.) .. .	331
INFORMACIONES	
Médicas en Francia (Oficina de ...) .. .	329
Crónica Festiva .. .	492
INSULINA Técnica de la Insulinoterapia .. .	447
INTESTINO Estudio de 22 casos de Intususcepción .. .	509
INYECCIONES Intravenosas; accidentes .. .	434
LEISMANIOSIS Cutánea; 7 casos tratados con ASTARIL .. .	413
LINFOGRANULOMA	
Venereo: Patología y tratamiento de la estenosis rectal .. .	488
LEPRA —Forma Lepromatosa en Costa Rica .. .	219
—Reacción Lepromatosa y algunas características en Costa Rica .. .	228
—Tratamiento con Diazone .. .	248
—Tratamiento con Prolin .. .	258
—Estreptomina en lepra .. .	278
—Terapéutica de la reacción lepromatosa .. .	278
—Vitamina A en Lepra .. .	287
—Edad y Sexo .. .	294
—Arboles genealógicos .. .	299
MEDICOS —Félix Martí Ibáñez (Edit.) .. .	149

—Oficina de Informaciones Médicas en París	329
—Ley del Servicio Médico Rural	368
—Carlos Luis Valverde se fué	57
—Algunas palabras sobre el Dr. Carlos Luis Valverde ..	60
—Discurso pronunciado en los funerales Dr. Valverde por el Dr. Antonio Facio U.	62
—Discurso del Dr. O. Martínez N. en funerales del Dr. Valverde	62
—Discurso del Lic. J. B. Ortiz en funerales del Dr. Valverde ..	63
—Al Dr. Carlos Luis Valverde (Soneto de José María Zedón)	66
—Duelo de la Patria y de la Ciencia con motivo fallecimiento del Dr. C. L. Valverde (tomado de "La Prensa Libre") ..	66
—Fotografía de los Drs. R. Moreno, C. M. Echandi y Dr. C. L. Valverde	65
—Dr. Raúl Blanco Cervantes (Algunos datos Biográficos) ..	101
—Dr. Juan José Martínez: su autobiografía	438
—Dr. Carlos Sáenz Herrera	473
—Dr. E. García Carrillo: Miembro Correspondiente de la Sociedad Francesa de Cardiología	487
—Dr. Antonio Facio Castro Homenaje Póstumo N° 188 ..	498
—Homenaje del Colegio de Médicos y Cirujanos	499
—Biografía del Dr. A. Facio C.	503
—A la Memoria del Dr. Antonio Facio Castro	507
—Centro Médico Antonio Facio Castro	515
MALARIA y Paludrina	81
El Séptimo Misterio del Paludismo	97
El Velo se descubre	120
Campaña Global contra el paludismo (Inf. de la OMS) ..	123
MENINGITIS Estadísticas nacionales	31
Edotelio leucocitaria	407
MORENO CAÑAS	
Movimiento científico del Centro de Estudios	493
MORTALIDAD GENERAL	
en Costa Rica. (Editorial)	442
NEUROLOGIA Síndrome neuro-edemático	318
Rol del sistema nervioso vegetativo en físico-patología ..	482
OIDO: Zumbidos	2
OBESIDAD paradójica por retención acuosa	387
OBSTETRICIA Reflexiones sobre problemas obstétricos ..	14
ONCOCERCOSIS (Nota Bibliograf.)	439
OSTEOSIS de hambre	325
PANCREAS	
Pancreatitis crónica izquierda: Clínica, Diagn. y Trat. ..	320
PARALISIS Infantil (Nota Bibliograf.)	496
PAROTIDITIS Aguda epidémica	28

PENICILINA —y Sífilis Cardio-vascular	22
—en el tratamiento de lúes primaria	23
—y sus aplicaciones (Nota Bibliograf.)	331
osteomielitis	471
POLICORIA Hepática	460
Cardíaca, renal, muscular y nerviosa	461
PREMATURO El niño prematuro (Nota Bibliograf.)	495
PROSTATA	
Prostatectomía suprapúbica en 30 casos	417
Comentarios sobre estadísticas en Suprapúblicas	463
PARATIROIDES Prueba de Klotz y Barbieri	402
PROTEINAS artificialmente yodadas	389
PURPURA trombocitopénica de etiología compleja	92
RINITIS Etiología y Profilaxis del resfriado común	465
SALUBRIDAD Internacional y la O. M.S.	147
Ley de Servicio Médico Rural en Costa Rica	368
Declaraciones de Caracas sobre la Salud del Niño	368
Fumigación de Puerto Limón con Tifa-Neblina	393
Nuevos Ministros de Salubridad	101-473
SARAMPION	
SIFILIS —Cardiovascular y Penicilina	22
Primaria: Trat. ambulatorio con Penicilina	23
—Falsos positivos en enfermedades Infecto-Contagiosas	54
—Encefalitis luética por reactivación con Carzarzone	109
—Piretoterapia en Neurop - Sífilis	200
—Aortitis y tratamiento mercurial prolongado	323
—Serología	466
—Sífilis (Nota Bibliograf. de Tratado)	471
—Venereal. Deesases (Nota Bibliograf.)	472
—Estadísticas Nacionales	26
—y Tuberculosis	27
TENSION Arterial	
en los cuatro miembros en estado normal y Patológico	85
TETANO: Generalidades terapéuticas	32
TIFOIDEA (Datos estadísticos y consideraciones clínicas)	39
TIFUS EXANTEMATICO	37
TINA Trece casos tratados con acetato de Talio	197
TIROIDES: Exoftalmia hipofisaria y tiroidea	399
TRICOMONAS	
Vaginitis a tricomonas: Diagnóstico y tratamiento	489
TUBERCULOSIS —y reacción de Vidal	49
—y Embarazo	189
VARICELA Estadísticas Nacionales	29
VENEREAS (Véase Sífilis, Linfogranuloma)	29
VIDA Concepción física de la Vida	468
ZUMBIDO de oídos	2