

CONFERENCIA

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LA LEPRO EN LA ARGENTINA (*)

PROF. DR. PEDRO L. BALIÑA

Exmo. señor Embajador de la República Argentina;

Señor Director del Centro Internacional de Leprologia de Rio de Janeiro,

Señores:

Agradezco el honor que por mi intermedio se ha conferido a la Universidad y a la Facultad de Medicina de Buenos Aires, al encargarme que inaugurara con esta exposición el primer curso sobre la lepra que en esta Capital se dictará, por iniciativa y bajo el patrocinio del Centro Internacional de Leprologia, en Rio de Janeiro, y a cuyo Comité Directivo tengo la honra de pertenecer..

Desaparecido el malogrado y querido professor Chagas, gran fortuna ha sido para el Centro de Leprologia poner a su frente a un hombre como al profesor Rabello, en quien se aúnan aptitudes tan múltiples, condiciones tan diversas y relevantes, pocas veces reunidas en una misma persona, y que, en conjunto, constituyen para el Centro la mejor garantía de un éxito que se irá acreciendo sin cesar en el futuro.

Fortalece aun más esta esperanza el comprobar cómo tiende a dominar en Brasil el espíritu de coordinación de los esfuerzos que se realizan en sus distintos Estados con motivo de la lepra; el ver a sus técnicos estrechar las filas para constituir una sociedad central, la "Sociedade Brasileira de Leprologia", que, también por su parte ha encontrado en el Prof. Rabello al concertador y al destacado director que necesitaba.

Por todo ello, por la calidad sobresaliente de los colaboradores

(x) Licção inaugural do Curso do Centro Internacional de Leprologia, realizada no Rio de Janeiro, a 13-7-1936

que tiene el Centro en Rio, por el concurso que le ha empezado a otorgar la prestigiosa falange paulista de leprólogos; por la valiosa cooperación procedente de otros Estados ya materializada en ejemplos elocuentes, me es fácil augurar brillantes destinos al Centro Internacional de Leprología de Rio de Janeiro.

Séame permitido expresar después de eso, y con viva complacencia, que los dermatoleprólogos argentinos de las Escuelas de Medicina de Buenos Aires, de Rosario y de Córdoba aportaremos, gustosamente, la contribución de nuestro esfuerzo en procura de los mismos fines. Y lo haremos no sólo en aras del espíritu de franca cooperación que vincula a los hombres de ciencia argentinos y brasileños, sino porque tratando-se de enfermedades, sean ellas infecciosas o no, — y muy especialmente tratándose de la lepra — los intereses sagrados de la salud pública son comunes para toda sudamérica y, — desde que hoy no hay distancias — para todos los países del mundo.

Tres etapas pueden señalarse en las actividades desplegadas en la Argentina a propósito de la endemia nacional originada por el bacilo de Hansen.

La Conferencia Nacional sobre la Lepra reunida en el año 1906 en la Ciudad de Buenos Aires y presidida por el Dr. Carlos Malbrán, presidente a la sazón del Departamento Nacional de Higiene marcó, brillantemente, la primera de esas etapas. Las actas de esa Conferencia están contenidas en un volumen de 350 páginas en las que se registran hechos, observaciones y juicios que, a través de los tres decenios desde entonces transcurridos siguen poseyendo un interesante valor documentario. Fué esa Conferencia nacional, hasta hoy único en su género en mi país, la primera señal de alarma dado por destacados componentes del cuerpo médico argentino, llamando la atención de las autoridades públicas a propósito del aumento progresivo de los casos de lepra, especialmente en determinadas regiones del país. A 724, exactamente, alcanzaba entonces la totalidad de los casos conocidos para toda la República: qué oportunidad tan preciosa perdió el país al no llevar en seguida a la práctica las medidas juiciosas aconsejadas por aquellos ilustrados exponentes del cuerpo médico nacional!

La *segunda etapa* abarca dos decenios (1906-1926) que condensan los esfuerzos del cuerpo médico para alcanzar la sanción de la ley nacional de profilaxis de la lepra; ley n° 11.359, de cuyo texto fué autor el profesor Aberastury. Rige esta ley desde septiembre de 1926.

La *tercera etapa* comprende el último decenio, desde el año 1926 a la fecha, y se caracteriza por los empenos desplegados por el cuerpo

médico tendientes a que la ley, pasando del texto escrito a la práctica, se convierta al fin en realidad. En ese afán estamos.

Especialmente en los últimos años, los dermatólogos argentinos se han esforzado por formar la conciencia colectiva acerca de lo que es en verdad la enfermedad lepra y los problemas sanitarios que plantea.

Sabido es el inmenso cúmulo de errores que a ese respecto ofusca a la imaginación popular, y el terror que suscita solamente pronunciar la palabra lepra. Ninguna enfermedad provoca por eso tan hondas y variadas resistencias, tantas prevenciones injustificadas como el mal de Hansen frente a la implantación de medidas sanitarias destinadas a combatirlo.

Hacia cuatro rumbos principales hemos dirigido simultáneamente nuestras actividades los dermatoleprólogos argentinos, con el propósito de orientar y organizar la lucha antileprosa nacional.

1) intensificando la enseñanza de la leprología desde las cátedras universitarias. Gracias a ello, los centenares de médicos que egresaron en los últimos lustros de nuestras Facultades han podido salir a ejercer su profesión con una información y concepto ajustados a la realidad y a la ciencia en materia de lepra. Mientras los médicos de más antigua data han seguido diagnosticando a la lepra sobre todo cuando asumía formas avanzadas, leoninas o mutilantes, muchos médicos jóvenes, muchos ex-discípulos nos han dado la satisfacción de reconocerla en sus formas atenuadas, frustradas, ya tegumentarias, ya neurológicas. Innecesario es destacar lo que esto significa para un país si tiene la firme decisión de vencer a su endemia leprosa.

2) Quiénes y en el ejercicio profesional al mayor número de los casos de lepra? Notorio es que, con mucho, somos los especialistas de la piel, y eso en la práctica privada como en la hospitalaria, por ser el tegumento externo el órgano de mayor predilección para sus síntomas. No es de extrañar, por eso, que seamos los dermatólogos los que en la Argentina como aquí en Brasil y en todas partes, hayamos estudiado más de cerca a estos enfermos y tratado de manera más viva, más cruda y hasta más angustiosa los problemas que para el bienestar colectivo y la salud pública representa este odiado flagelo.

Por eso también en nuestro país nos ha tocado a los dermatólogos la misión de llamar la atención de las autoridades sanitarias, de informarlas continuamente y de asesorarlas respecto a la importancia, incremento y peculiaridades propias de nuestra endemia nacional.

3) Al mismo tiempo nos hemos esforzado por interesar a los *legisladores y gobernantes* del país, ilustrándolos y documentándolos para que procedieran con juicio propio, convicción y firmeza en la

lucha sanitaria nacional contra la lepra, erizada, según antes lo recordaba, por tantos y tan enormes obstáculos.

Finalmente, hemos tratado de llegar *hasta el pueblo, hasta los habitantes* del país persiguiendo en cuanto nos ha sido posible la difusión de nociones fundamentales respecto a lo que es *en realidad* la lepra, combatiendo así los funestos errores que al respecto obsesiona a la mentalidad popular y que tan gravemente dificultan la profilaxis. No se nos oculta cuanta energía habrá aun que emplear hasta que las gentes que viven en el engaño salgan de él y traduzclyn en cooperación los esfuerzos que hoy malgastan en resistir sabias medidas de bien público.

El primer censo de los casos de lepra conocidos en la Argentina fué el realizado en 1906, con motivo de la Conferencia nacional reunida ese año en Buenos Aires; según antes dije llegaba a 724 el número de los mismos. Después de la promulgación de la ley de profiaxis el Departamento Nacional de Higiene se ha venido ocupando de esa tarea. A él pertenecen las cifras del cuadro que sigue y que fija en 2782 el número de casos de lepra oficialmente conocidos al 31 de Julio de 1933.

	1906	1927	1930	1933
Capital Federal	123	331	499	604
Buenos Aires	144	131	231	290
Corrientes	272	119	305	326
Santa Fé	40	180	528	549
Entre Ríos	50	121	212	228
Córdoba	60	94	196	273
San Luis	—	40	44	44
Salta	2	21	44	56
Tucumán	12	10	12	16
Catamarca	—	2	4	3
Santiago del Estero	—	3	7	13
San Juan	1	2	3	3
Mendoza	—	8	5	9
Jujuy	—	—	1	4
Misiones	4	14	148	185
Chaco	2	29	80	101
Formosa	14	4	60	64
La Pampa	—	1	6	10
Chubut	—	1	2	2
Santa Cruz	—	—	—	2
Río Negro	—	—	—	1
	724	1111	2387	2782

ber: 1) la zona del *litoral fluvial* argentino, límite con Brasil, Paraguay y Uruguay (cuadrículada en el mapa,) y que entonces albergaba el 88 por ciento de los casos de lepra oficialmente conocidos; 2.º) la zona *mediterránea* (rayada en el mapa) en que residía el 11 por ciento; 3.º) la zona *precordillerana* (punteado en el mapa) en la que apenas habitaba el 1 por ciento de la totalidad de los casos

La cifra actual de los casos de lepra registrados de manera oficial en el país es de 3000, aproximadamente.

Los que conotemos de más cerca a nuestra endemia leprosa creemos que el número real de los casos debe ascender hasta 7 u 8000. Siendo de 12 millones la población actual del país el coeficiente hanseniano resulta así de algo más de 1 | 2 por mil.

Desde el año 1921 he venido exponiendo en trabajos sucesivos el fruto de mis observaciones sobre nuestra endemia leprosa. Este año, en una primera conferencia ante nuestra Academia Nacional de Medicina basaba mi estudio sobre 142 casos de lepra, atendidos personalmente durante el decenio anterior. Con cifras y pruebas documentadas traté entonces de volver a llamar la atención de los poderes públicos respecto al crecimiento de esa plaga en la Argentina.

Siete años después, en 1928, di una segunda conferencia ante la misma corporación. En esa fecha el número de los casos de lepra por mí atendidos llegaba a 371.

Pasaron otros cinco años y, en 1933, en ocasión de una tercera conferencia, también prestigiada por la Academia, los casos de lepra de mi observación personal sumaban 681.

En septiembre de 1935, en ocasión de otra conferencia ante la Facultad de Medicina de Córdoba, la cifra anterior se había elevado a 817 y, en la actualidad, pasa de 850 el número de los casos de lepra que personalmente llevo atendidos en mi país. Todos estos casos han sido vistos en la Capital Federal, sobre todo en la clientela hospitalaria poro muchos también en la práctica civil.

Después de lo dicho debo apresurarme a hacer una importante advertencia. Las cifras verdaderamente impresionantes que anteceden no marcan, por fortuna, en manera alguna, el avance o progresión real de nuestra endemia. No. Necesito dejar claramente establecido que debo a mi interés por el estudio de esta clase de pacientes y a mi situación especial al frente de los Servicios de la Cátedra de dermatología, el haber acumulado en algunos años un número tan cuantioso de observaciones.

Para dar una idea de lo que alcanzo a ver chora en un año dire qué, durante el de 1934 observe 68 casos nuevos, de los cuales, 17, eran casos de lepra *autóctona* de la Capital Federal. Llamo au-

tóctonos solamente a aquellos casos que residieron en permanencia durante 10 años en un sitio dado, antes de que se descubriera en ellos los primeros síntomas de la lepra. De aquel grupo, otros 15 casos eran autóctonos de la provincia de Buenos Aires, 6 autóctonos de Santa Fé, 5 de Corrientes, 2 de Entre Ríos, 1 de Misiones y 1 de Chaco. Además, 7 casos eran autóctonos de nuestro litoral fluvial — zona siempre preferida por nuestra endemia, según seguimos viendo — y por el cual habían viajado durante el declamo precedente. No se pudo precisar por ese motivo, en qué parte del litoral se había operado el contagio. Agregaré que 7 enfermos más de ese grupo eran casos de lepra adquirida en la Argentina sin que tampoco fuera posible establecer de qué región procedía el contagio a causa de los pacientes habían cambiado con frecuencia de domicilio. Finalmente, 5 casos eran de lepra importada, originaria de Paraguay, Portugal e Italia. (En las historias de 2 casos que faltan para completar los 68 del grupo no se consignó la procedencia de contagio).

Respecto a la *residencia* de los pacientes integrantes de ese grupo diré que, 23 casos residían en la Capital Federal, 22 en la provincia de Buenos Aires, 7 en Santa Fé, 3 en Corrientes, 2 en Córdoba, 2 en Entre Ríos 3 en el Chaco, 1 en Formosa y 1 en la Pampa.

4 casos residían en Asunción, Paraguay, y llegaron hasta Buenos Aires con la intención de internarse en algún asilo en nuestro país.

De esos 68 casos nuevos 26 casos tenían lesiones *abiertas*: la pesquisa de bacilos de Hansen fué positiva en ellos. En 34 casos sobre los 68, la misma pesquisa (métodos de rutina) fué negativa (lesiones *cerradas*). En 8 casos no se llegó a hacer esa investigación. Dejando ahora de lado al grupo de pacientes recién comentado diré que en los últimos años, una mitad aproximadamente de todos los casos nuevos de lepra eran bacilíferos y la otra mitad no bacilíferos.

Según mis cálculos 8110 de nuestros enfermos de lepra es gente de escasos recursos e sin recursos, y 2110 gente acomodada o pudiente.

En mi estadística, como en las de todas partes, dominan por su número los hombres sobre las mujeres, y los niños — cuya predisposición es clásicamente señalada — entran en cierta proporción. Una cosa me ha llamado siempre poderosamente la atención y es que la edad propecta, aún mismo la senectud, no constituyen en los sexos motivo de inmunidad para la lepra. Mis historias clínicas me prueban que a los 60, 70 y más años de edad puede exteriorizarse la lepra con caracteres más o menos serio en personas que, según fundados indicios, no habían presentado hasta entonces los primeros síntomas.

Vemos, evidentemente, todas las formas clínicas habituales de lepra incluso la tuberculoide y, además, la reacción leprosa. Es raro el "absceso" de los nervios y muy raras las formas pefigoides.

Con mi apreciado ayudante y meritorio colaborador Dr. Guillermo Basombrio he analizado las historias clínicas de un grupo de 300 casos, resultando respecto al *desarrollo de las lesiones, al grado aparente de invasión* que

- 13.66% eran casos de lepra *avanzada, desfigurante*
- 3.66% eran casos de lepra *desarrollada, no desfigurante.*
- 27.33% eran casos de lepra *discreta, poco llamativa.*
- 17.66% eran casos de lepra *discretísima, nada llamativa.*
- 5.33% eran casos de lepra no cutánea, sino *limitada a cordones nerviosos.*

Los pacientes que integraban el subgrupo que llama de lepra "discretísima" sumaban 53. La mayoría de ellos habría podido poner en serios apuros al médico — aún mismo al dedicado a ver y atender leprosos — que no fuera experto en dermatología y avezado, por lo tanto, a los mas finos diagnósticos diferenciales de los procesos cutáneos.

El último de los subgrupos, el referente a la lepra localizada exclusivamente en los *cordones periféricos*, lo integraban 16 casos. Es esa una modalidad de la infección que aunque no está en la piei, es bien conocida por los dermatoleprologos. No debemos dejar de llamar la atención de los neurólogos sobre esa interesante forma clínica y sobre su frecuencia, mostrándoles al efecto los casos pertinentes.

.. En los casos en que un cordón de neuritis es el único sintoma sospechoso de lepra, en mi Servicio recurrimos sistemáticamente a la biopsia del nervio engrolado. La biopsia del nervio cubital nos ha aclarado el diagnóstico de lepra en algunos casos — varios de ellos publicados — sea gracias a la histopatología, sea por el ballazgo del bacilo. Se ha hecho en mi servicio una quincena de biopsies del nervio cubital, siempre practicadas por el mismo experto cirujano y extrayendo, se entiende, una fracción infima de tejido. Jamás hemos Lenido, por eso, el menor contratiempo inmediato o tardío.

Basombrio ha hecho en mi Servicio su tesis sobre lepra ganglionar. La biopsia y la punción de ganglio nos ha sido útil en muchos casos.

No se ha comprobado hasta hoy que exista en el pais la llamada lepra de Irs ratas, ocasionada por el bacilo de Stefansky.

Interno en la sala de mi clinica para estudio detenido, los casos sospechosos de lepra que son de *difícil diagnóstico*. La bacterioscopia, de acuerdo com el esquema de Carville, buscando el bacilo en 25 sitias distintos de la piel y las mucosas, es una investigación

habitual para tales casos. Un rinólogo adscrito al Servicio, y que hemos tratado de familiarizar con la lepra, nos presta útil concurso en algunos casos. El rinólogo extrae de los puntos que parezcan sospechosos el material para análisis. Naturalmente, estas investigaciones minuciosas se reservan para lo casos especiales en que ellas están justificadas.

El hallazgo de bacilos ácidosresistentes y con características propias del bacilo de Hansen, en el material extraído por raspado de la dermis en determinadas regiones de la cara, nos ha llamado la atención en algunos casos especiales. En uno de esos casos el paéiente no era leproso. Es un asunto en estudio. Tengo la convicción de que la bacteriología tiene problemas interesantísimos que resolver en la piei y la mucosa nasal en relación con el micobacterio de a lepra. La bacteriología necesita haver progresos en la lepra para que sobre su base exclusiva podamos afirmar o excluir la existencia de la enfermedad en casos difíciles y de la mayor responsabilidad.

La *vida en promiscuidad* de los enfermos con los Baños, es en nuestro país como en todas partes, el factor mas eficiente de transmisión de la lepra. En una estadística que publique tiempo atrás a propósito de un grupo de 60 *leprosos casados* pude comprobar que, 8 veces (13.33%), ambos cónyuges eras leprosos, y 52 veces (86.66%), el otro consorte estaba sano. Las 8 veces en que ambos cónyuges eran leprosos, invariablemente, el consorte causante del contagio era bacilifero confirmado. Siempre pense que la alta proporción de contagiados en esta serie de 60 matrimonios era demasiado singular. En efecto, con mi ayudante Dr. Basombrio he comprobado, estudiando una serie de 100 matrimonios nuevos, que sólo una vez ambos consortes eran leprosos — y era bacilifero o el causante del contagio — y que, en cambio, 99 veces uno sólo de los cónyuges era enfermo y el oiro permanecía sano.

Así pues, frente a la precedente, esta nueva serie se singularizó por la característica opuesta: por la ínfima proporción de contagios matrimoniales. Sumadas ambas series resulta que en 160 matrimonios sólo 9 vetes ambos cónyuges eran leprosos (5%), y las restantes veces únicamente uno de los consortes estaba enfermo. Esta proporción — *nada* despreciable por cierto — viene así a estar más de acuerdo con las cifras reconocidas como propias de esta fuente de contagio (2 a 5% de contagios por el matrimonio en la India, según Rogers y Muir) .

Así, mi experiencia personal confirma que, para la profilaxia, el leproso abierto es el más peligroso, y que es el, por consiguiente,

quién debe ser alejado de los sanos en primer término. No puedo pues compartir las teorías de la Escuela de San Lázaro, de Filipinas, que considera a los casos cerrados tan peligrosos como los abiertos, y a la lepra como infección habitualmente adquirida en la infancia. Los países de inmigración como los nuestros, que atraen contingentes de europeos sanos, libres de lepra, se prestan para hacer algunas observaciones del mayor interés. He destacado Ultimamente algunas de las circunstancias que coloca a los medicos de la Argentina en condiciones muy favorables para estudiar ciertas peculiaridades de la infección leprosa: 1) el coeficiente de densidad leprosa, poco mayor de un medio por mil en relación a la población total; 2) La lepra entre nosotros empieza por eritemas más a menudo que por discromias. Todos nuestros enfermos son de raia blanca. 3) Los que más nos ocupamos de la lepra nos hemos formado inicialmente como dermatosifilógrafos. 4) Cuando en un sujeto europeo, un ale-min, inglés, etc., aparecen sintomas de lepra, después de pocos o muchos anos de residencia en nuestras regiones de mayor densidad leprosa queda todavia resquicio para la sospecha de que pueda tratarse, aún en tales casos, de una infección adquirida en edad infantil?

Por eso, mi conviccion sigue siendo que hasta nueva orden, debemos seguir fielmente las directivas que inspiran a la profilaxia actual: aislar a los casos abiertos de lepra; tratar en dispensarios a los casos cerrados.

Entre las cuestiones arduas que la lepra plantea al médico que ejerce la profesión se cuenta esta: Comunicar sistemáticamente al paciente el verdadero diagnóstico de la enfermedad que padece, de la lepra? ? ocultarlo sistemáticamente? Diré, en síntesis, cuál es mi linea de conducta. Entiendo que por encima de todo es necesario servir los intereses de la salud pública. Por eso, *en general*, si el enfermo es bacilífero, antes que nada lo instruyo sobre da profilaxia pertinente y entonces mismo, y sino más tarde, le comunico el diagnóstico verdadero, llamando por su nombre a la enfermedad. Si el enfermo no es bacilífero, le comunico ó no el diagnostico según los casos. Sea caso abierto o cerrado, frente a cada enfermo de lepra pienso a la par del amparo debido a la salud pública en el amparo que exigen las fuerzas morales del enfermo. Bien lo sabemos, la lepra es por excelencia una doble enfermedad: enfermedad física y, — dejando en esto atrás a los demás males propios de la humanidad — una no igualada tortura, una enfermedad moral. En ello tiene no poca parte este otro agravante: el enfermo no ignora que para la sociedad no cabe estigma más infamante que sefiar o sospechar como leproso a una persona. No importa que la forma

de infección leprosa sea benigna, curable. No importa que el enfermo esté curado desde una veintena de años atrás: el estigma social seguirá indeleble, aún después que el paciente deje de vivir.

Por eso, oculto el diagnóstico en determinados casos, y con arbitrios diversos impido que por culpa de una receta denunciadora el farmacéutico conozca el secreto y lo divulge.

Respecto a los resultados que se obtienen con el tratamiento en la lepra, todos sabemos cuán variados y divergentes suelen ser las apreciaciones. Dire ahora algo de lo que en mi país comprobamos los dermatoleprologos. Si por un lado vemos casos que se agravan progresivamente, a despecho de todo lo que la ciencia puede hoy hacer por ellos, llegando por eso a un desenlace fatal, en cambio vemos numerosas formas atenuadas o frustradas que tienen todos los indicios de seguir una evolución benigna y de terminar sanando aún mismo espontáneamente. Y todos sabemos que esto último ocurre en cierta proporción en casos no ya benignos sino a todas lutes de Is más serios.

Todos sabemos también, que entre los dos extremos, entre los casos muy benignos y los inevitablemente fatales, se sitúa lo que llamaríamos las formas intermedias que de este modo vienen a constituir el grupo más numeroso y variado de los casos de lepra. ¿Qué hacemos en mi país frente a ese grupo intermedio? Actuar. Aplicar diligentemente todos los recursos que la ciencia y la experiencia siguen acumulando en nuestro arsenal terapéutico. Bien entendido, si aún no tenemos en el arsenal el remedio específico, muchos recursos probadamente útiles están en el alcance de nuestra mano. Y yo tengo la convicción de que con ellos, en mochos casos en los que parecería como si a "*vix medicatrix naturae*" estuviera *indecisa*, nuestra intervención terapéutica actúa inclinando decididamente del lado favorable el platillo de la balanza.

No han sido los enfermos sin recursos y que el solo hecho de internarse en un hospital retiran beneficios, sino los enfermos de la clientela civil, de situación económica más o menos holgada, los que me han llevado a esta convicción: incontestablemente, en grado mayor o menor, al aceite de chaulmoogra y sus derivados actúan de manera favorable contra la infección leprosa: por consiguiente, mejoran su pronóstico. Los numerosos casos que, en tres decenios de práctica *me* han permitido llegar a esta conclusión, no habian cambiado de clima, de régimen alimenticio, ni de hábitos de' higiene e de ejercicio fisico, etc., cuando a raiz del tratamiento por chaulmoogra vi modificarse favorable y duraderamente la evolución de su enferme-dad. Numerosas vetes — hecho que ha llamado singularmente mi atención — antes del beneficio inmediato obtenido gracias al aceite de chaulmoogra, tales pacientes habian recibido los más variados Y enérgicos tratamientos dirigidos sea contra determinadas infecciones

(sífilis etc.), o en cualquier otro sentido, sin la *menor modificación* favorable de su sintomatología leprosa. Los años han ido robusteciendo en mí la conclusión que acabo de exponer.

Por suerte, durante los breves días que llevo en Rio, especialmente después de visitar el Hospital Colonia de Curupaity y ver los pacientes que en él se tratan con la intervención y oportuno control del Centro de Leprología, he recogido la misma coincidente opinión de parte de todos los distinguidos colegas que allí prestan asistencia. ¡ Sé que no sólo en Rio sino en São Paulo y en otros Estados del Brasil domina entre los leprologos un consenso semejante.

Es justo pues, que frente al paciente y a la sociedad, nuestra convicción respecto a los beneficios del tratamiento se traduzca en optimismo. Este optimismo no es sólo el bálsamo que mitiga el infortunio que implica el diagnóstico de lepra para el paciente y su familia — infortunio rayano en la tragedia no pocas veces — sino que viene a resultar, potencialmente, el auxiliar más eficaz y poderoso de la profilaxis pública. ¿ Quién sabiéndose o sospechándose leproso se acercará al médico si no es movido por la certidumbre, o cuando menos por la esperanza, de que la ciencia le procurará el remedio que necesita?

Senores: Llego a la parte final de esta exposición en la que por la vastedad del asunto solo he pretendido dar sobre él una idea general y sumaria. Sin embargo, se echarían de menos si no dijera cuando menos algunas palabras, respecto a los recursos efectivos con que se cuenta actualmente en mi país para la lucha sanitaria contra la lepra. Sobre este particular, debo confesar con franqueza, que hemos estado en sensible atraso. Más aún, que frente a la obra ya realizada en el Brasil y, en especial, frente a la pujante y ejemplar que desarrolla el Estado en São Paulo, el contraste acentúa la parquedad de nuestra obra material en este sector de actividades.

Para honor del cuerpo médico argentino, nada habrá que imputarle — estoy de ello seguro — el día que la historia investigue las causas del sensible atraso. Cuando en 1906 los casos de lepra conocidos en el país, como lo recordé al principio, se cifraban en centenas, los médicos más calificados dijeron oportunamente lo que, a imitación de otras naciones, había que hacer para dominar nuestra epidemia. Por desgracia, su voz no fué oída y su triste presagio se ha cumplido: ya no son centenas, según hemos visto sino miles los casos de lepra oficialmente conocidos en el territorio de la República.

Después de esa fecha ha sido los dermatólogos, quienes a causa del más estrecho contacto con los que padecieron de lepra, han seguido denunciando públicamente los avances del mal. En la bibliografía nacional sobre la lepra se destaca netamente la producción debida, a los dermatólogos. Me complace expresar esto aquí por que dominar

por su número, en el selecto auditorio que me escuchaba, los especialistas de la piel. Además, porque la prestigiosa tribuna desde donde estoy hablando es, a la vez, la de Cátedra de dermatología de Rio de Janeiro y la de la Sociedad Dermatológica Brasileira de la cual desde hace años el honor de ser presidente honorario.

Calculamos que nuestro país necesitaría actualmente internar al rededor de 1800 enfermos de lepra. De hecho, solo tiene internados unos 350, entre Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Corrientes.

Las autoridades sanitarias se empeñan desde hace un decenio en la construcción de siete hospitales — colonias regionales, distribuidos en las regiones del país de más alto coeficiente leproso. He aquí el estado actual de este plan de construcciones especiales:

1) En la provincia de Santa Fé, Entre Ríos y Salta, se gestiona la adquisición de tierras con el referido objeto.

2) En la isla del Cerrito (Chaco) se ha construido un hospital — colonia para 350 pacientes de lepra. Urge su pronta habilitación. La reclaman con apremio los enfermos que están dispersos en la provincia de Corrientes y en los territorios del Chaco y Formosa..

3) En Posadas, (Misiones) y en San Francisco del Chapar (Córdoba), avanzan de modo satisfactorio las construcciones del respectivo hospital-colonia. Serán gemelos y con capacidad cada uno de ellos para 120 enfermos. *(El orador proyecta numerosas, fotografías que muestran el estado actual de las construcciones, muy adelantadas.)*

4) Finalmente, el 7.º hospital-colonia, deberá ubicarse en General Rodríguez, provincia de Buenos Aires. Será el más importante de todos los proyectados y se destinará a los enfermos de la provincia recién nombrada y de la Capital Federal. Sé que Uds. lamentarán conmigo que por infundado temor al contagio no haya sido posible ubicar a este futuro hospital-colonia, a menos de 100 kms. de la Capital Federal. Aun así, Uds. verán que su construcción es resistida. *(El orador proyecta en la pantalla un recorte de diario informando que una comisión de vecinos de la zona del futuro hospital se opone a su construcción.)* Esta resistencia se ha enardecido después de la aparición de un decreto del Superior Gobierno de fecha de 8 de mayo de 1936 ordenando la construcción de ese hospital-colonia. Costará 4.200.000 pesos, que, al cambio actual equivalen en moneda brasileña a algo más de 19.000 contos.

Antes de iniciar este viaje he visitado a algunas de las más altas autoridades de mi país y, felizmente, puedo declarar aquí que de todas ellas he recibido seguridades de franco apoyo para que el plan de construcciones destinadas a la lucha antileprosa se lleve a cabo lo antes posible. Confío en la inspiración progresista y huma-

nitaria de nuestros gobernantes, y para bien y honor de mi país y de América, anhelo que lo antes posible Sean un hecho tales aspiraciones. Así también lo ansio para que pronto estemos al lado del Brasil en la acción vigorosa, ejemplar contra la lepra, que algunos de sus Estados siguen desplegando con la firme y justificada convicción de alcanzar un día el éxito.