

**CURSO DE LEPROLOGIA PARA LOS SEÑORES MEDICOS DE
LOS DISPENSARIOS PROFILACTICOS DE LA SIFILIS
Y ASISTENCIA SOCIAL**

PROGRAMA DESARROLLADO

POR EL

Dr. Rafael Garzón

(Profesor suplente de Clínica Dermatosifilográfica. — Director de los
Dispensarios Profilácticos de la Sífilis en Córdoba)

LABORATORIO

Dr. Juan A. Tey. (Director del Instituto de Higiene)

Dr. Ramón R. Miranda. (Adscripto a la Cátedra de Dermatosifilográfica)

Miércoles 4 de Julio de 8 a 9 ½ horas: Consultorio Dermatológico, Dr. Rafael Garzón.

Presentación de enfermos. Manifestaciones, subjetivas y objetivas de los enfermos de lepra. Estudio anatómo clínico. Incubación y período latente. Período Prodrómico. Primer signo aparente. Lepra sistematizada tegumentaria. Lepra sistematizada nerviosa o trofoneurótica. Focos bacilares de la piel. Máculas eritematosas, pigmentarias, acrómicas. Transtornos sensitivos, vaso motores y secretorios observados a nivel de las manchas y lepromas. Erupción ampollosa. Pénfigo leproso.

Laboratorio: de 9 ½ a 10 horas. Dr. Ramón R. Miranda.

Caracteres morfológicos del *Mycobacterium Lepral*. Técnica de investigación en manchas y lepromas.

Hospital San Roque: de 14 a 15 horas. Dr. Rafael Garzón.

Distribución de los enfermos de lepra en el mundo. Países leprosos. Incremento progresivo de la lepra en la Argentina. Su desigual distribución. Lepra en Córdoba. Lepra autóctona. Condiciones que favorecen el contagio. Inmunidad étnica e individual. Sexo, edad, permanencia en zonas leprógenas, promiscuidad y sus

consecuencias, profesiones y condiciones sociales, clima, régimen alimenticio; la deficiencia del organismo crea una aptitud para contraer la lepra. Mecanismo de infección del *Mycobacterium lepral*. Vías de penetración, cutáneas y mucosas. ¿Existe un chancre leproso? ¿Un huésped intermediario es el agente de diseminación de la lepra? Lepra latente. Inmunidad y alergia.

Jueves 5 de Julio de 8 a 9 ½ horas: Consultorio Dermatológico. Dr. Rafael Garzón.

Presentación de enfermos. Lepra tuberosa, modo de aparición de los lepromas. Caracteres comunes de las diversas variedades de lepromas dérmicas. Su evolución. Focos bacilíferos situados sobre la mucosa y órganos de los sentidos. Lepra nasal, bucofaringeas, laringeas y ocular. Trastornos sensitivos, vaso motores y secretorios observados a nivel de los lepromas. Formas clínicas de la lepra tuberosa. Lepra tuberculoide. Lepra ganglionar.

Laboratorio de 9 ½ a 10 horas. Dr. Juan A. Tey.

Investigación del bacilo de Hansen en el mucus nasal. Reacción de albúmino-precipitación del mucus nasal. Su técnica.

Jueves 5 de Julio de 14 a 15 horas: Hospital San Roque. Dr. Rafael Garzón.

Lepra abierta y cerrada. Vías de emisión del bacilo de Hansen. a) Ulceraciones bacilares situadas sobre la piel o las mucosas de las vías aéreas o digestivas superiores. b) Emisión de bacilos de la lepra durante las relaciones sexuales y la lactancia. c) Emisión por las heces y orinas. d) De la contaminación indirecta o mediata por los objetos ensuciados por virus leproso. e) ¿Existen en el medio ambiente de los leprosos sujetos sanos portadores de gérmenes y capaces de propagar la lepra sin estar ellos mismos atacados de la afección? ¿La lepra es hereditaria? Los hijos de leprosos separados de la fuente de contagio no enferman de lepra. f) Los riesgos de contaminación para los niños, hijos o no de leprosos son iguales, si quedan en contacto con leprosos parientes o extraños. La herencia no puede explicar la extensión rápida de la endemia leprosa. Los descendientes de leprosos son poco prolíficos. Los niños hijos de leprosos mueren comúnmente antes de la pubertad. Lepra experimental en el hombre y en los animales.

Viernes 6 de Julio de 8 a 9 ½ horas: Consultorio Dermatológico. Dr. Rafael Garzón. (Presentación de enfermos).

Localización de la lepra sobre el sistema nervioso y aparato locomotor. Neuritis leprosa. Modo de comienzo y evolución. a) Trastornos sensitivos. b) Trastornos motores, las amiotrofias. c) Trastornos vaso motores. d) Trastornos secretorios de la piel. e) Trastornos tróficos, úlceras tróficas, mal perforante, panadizo de Morvan, mutilaciones. Lepra mixta.

Laboratorio: de 9 ½ a 10 horas. Dr. Juan A. Tey.

Punción de ganglio, investigación del bacilo de la lepra. Serología.

Viernes 6 de Julio de 14 a 15 horas. Hospital San Roque. Dr. Rafael Garzón.

Anatomía patológica. Laprides, lepromas, troncos nerviosos: lepra tuberculoide. Formas, variedades, mutaciones y terminaciones de la lepra. Clasificaciones de Muir y de Manila. Inmunidad y alergia. Trastornos mentales y psiquismo de los enfermos de lepra. Diagnóstico, importancia del diagnóstico precoz. La Yodo-reacción. Diagnóstico de Laboratorio. Biopeía de mucosa nasal. Mucus nasal, lesiones cutáneas, ganglios, nervios, etc. Lepra disimulada. Diagnóstico diferencial con: tuberculosis de la piel; lupus vulgar, t. verrucosa, eritema polimorfo, e. nudoso, e. indurado de Bazín, ulceraciones tuberculosas. Diagnóstico diferencial con sífilis, vitiligo, enfermedad de Recklihausen, nevus pigmentarios, etc. Diagnóstico diferencial de la lepra nerviosa con Siringomielia, enfermedad de Raynaud. Y polineuritis. Pronóstico de la lepra.

Sábado 7 de Julio de 8 a 9 ½ horas. Consultorio Dermatológico. Dr. Rafael Garzón. (Presentación de enfermos).

Conceptos generales que hay necesidad de combatir. Profilaxis de la lepra. Hechos fundamentales en la etio patogenia en la enfermedad de la lepra sobre lo que se basa la profilaxis. Razones dudosas relacionadas con la transmisión. Factores que la determinan. Ley 11.359 de profilaxis y tratamiento de la lepra. Denuncia obligatoria. Tratamiento sanitario obligatorio. Clasificación de los enfermos. Inspección preventiva. Asistencia sanitaria. Aislamiento y tratamiento obligatorio a domicilio y en

establecimientos oficiales de los enfermos bacilíferos. Revisación de convivientes. Cónyuges e hijos de leprosos. Separación de los hijos de leprosos y su internación en Asilos adecuados. Protección de los familiares de los enfermos. Plan de profilaxis de la lepra en Córdoba. Misión de las Ligas anti-leprosas.

Laboratorio: de 9 ½ a 10 horas. Consultorio Dermatológico. Dr. Ramón R. Miranda.

Estudio Histopatológico de preparaciones de leprides, lepromas y ganglios.

Sábado 7 de Julio de 10 ½ a 12 horas. Visita al Lazareto del Perpetuo Socorro.

Sábado de 14 a 15 horas. Hospital San Roque. Dr. Rafael Garzón.

Tratamiento de la lepra. Aceite de Chaulmoogra y sus derivados. Vías de administración y dosis. Tratamiento por el Yoduro de Potasio y Solganal. La topoterapia. Tratamiento local. Tratamiento de las complicaciones. Lepra reacción. Tratamiento por vacunas. Tratamiento de algunas de las más importantes causas predisponentes. Duración del tratamiento y post-tratamiento. Instrucciones para los enfermos en tratamiento. Tratamiento higiénico.

PRIMERA CONFERENCIA

Versión taquigráfica

DISPENSARIO DERMATOLOGICO — PRESENTACION DE ENFERMOS

El bacilo de Hansen ataca al organismo humano que es el único receptivo. Sin razones etiológicas que lo expliquen, el bacilo de Hansen ataca con predilección determinados sistemas del organismo. En algunos enfermos las lesiones se localizan preferentemente en la piel y mucosas afectando muy comúnmente las vísceras internas, constituyendo la variedad de lepra sistematizada tegumentaria. En otros enfermos ataca el sistema nervioso periférico determinando la variedad de lepra sistematizada nerviosa, lepra anestésica, o trofoneurótica. Esta sistematización por determinado sistema del organismo puede inducir a sospechar en la dualidad de agentes etiológicos, uno dermatropo y otro neurótropo, como se pensó por parecidas razones con respecto a la Sífilis y su agente etiológico la espiroqueta de Schaudin-Hoffmann. La clínica ha permitido desechar esta hipótesis para las dos enfermedades, pues como veremos en muchos casos clínicos de lepra con determinada sistematización existen casi siempre lesiones de los dos tipos, es decir, que generalmente son casos de lepra mixta.

Producida la contaminación del organismo humano por el bacilo de Hansen, la infección no se traduce por manifestaciones subjetivas ni objetivas que la denuncien de inmediato. Transcurre un tiempo variable de meses y más comúnmente de uno a tres años, o aun de cinco, diez y más años, desde el momento en que se produjo la posible contaminación y la aparición de las primeras manifestaciones. Hoffmann de la Habana, insiste en la necesidad de distinguir con precisión el tiempo transcurrido o período de incubación, de los verdaderos estados de lepra latente.

Las formas tegumentarias que son las que se observan más habitualmente se inician en formas muy variadas. Jeanselme, que ha estudiado prolijamente las formas de iniciación de la lepra en 125 casos, ha podido comprobar de que las primeras manifestaciones corresponden en la 5ª. parte de los casos, a manifestaciones eruptivas del tipo exantemático. Otras veces las primeras manifestaciones corresponden a manchas eritematosas fijas que pueden ser únicas o múltiples, o bien lesiones de tipo pigmentario o acrómicas. Mas raramente la lesión primera corresponde a nódulos o lepromas. No es raro que el proceso se inicie por una neuritis periférica o por una lesión ampollosa.

Vemos, pues, que la primera manifestación de lepra que se presenta en los enfermos es muy variada. En unos una mancha, en otros un tubérculo.

En unos, procesos difusos exantemáticos, en otros, lesiones discretas en la piel. En algunos, lesiones neuríticas dolorosas, o bien, procesos variados de rinitis leprosas, con sequedad nasal y con epístaxis sin causa apreciable. Las epístaxis a repetición, sin tener causa bien manifiesta, en un enfermo que se queja de obstrucción nasal y eliminación de contras, es un signo que ha sido considerado de gran valor. Pequeñas apístaxis continuas en enfermos que presentan lesiones sospechosas en la piel, son de un valor grande y algunos autores le atribuyen un valor similar a la hemóptisis de los bacilosos pulmonares.

Es muy común que antes de ninguna manifestación de la piel, el enfermo sienta una serie de síntomas subjetivos. Síntomas comunes a muchas enfermedades, no son atribuidos a la lepra. Hay enfermos que presentan síntomas que hacen pensar en un estado infeccioso de otro orden; por ejemplo, depresión, estado de obnubilación, cefalalgia intensa, dolores óseos, musculares en distintas partes del cuerpo, tendencia invencible al sueño o bien al insomnio, determinando estados tíficos o gripales o bien que recuerden a la sífilis, tuberculosis incipiente, o bien por sus dolores reumatoideos, lumbagos, ciática, etc. hacer pensar en reumatismo poliarticular agudo.

Pueden ser extraordinarias molestias; fenómenos de raquialgia, gastralgias y sensación de calor intenso. Otras veces, espe-

cialmente en niños y niñas, se presentan con palidez exagerada, decaimiento físico grande, simulando anemia, clorosis. Otros sufren consunción más o menos brusca y seis meses o un año más tarde aparecen manifestaciones francas de la lepra.

Este período prodrómico puede iniciarse cinco o seis meses y más, antes de la aparición de la primera mancha. Otras veces estos enfermos se pueden presentar con dolores de tipo neurálgico intensísimos a nivel de los cubitales o ciáticos, o popliteos externos. Otras veces en las plantas de los pies sensaciones de ardor, calor, tensión, hormigueos, fenómenos disestésicos y parestésicos que a veces impiden al enfermo caminar libremente. Estos mismos fenómenos pueden observarse en las extremidades. Los enfermos se quejan entonces de dificultades en la marcha, de noche sensación de ardor y pruritos intensos localizados de predilección en los miembros superiores e inferiores, que no consiguen aliviar por las medicaciones comunes; fenómenos vagos completan generalmente el cuadro, cefalalgia, raquialgias, insomnio o tendencia invencible al sueño.

Es muy común que estos fenómenos sean acompañados de fiebre y muchas veces antes de tener nada en la piel presenten una temperatura de 37°5, 38°, hasta 40° y que cuando es en forma intermitente, hace pensar en zonas palúdicas que el enfermo está padeciendo paludismo. Son estados de lepra reacción, pouseés de bacilemia que sufre el organismo, determinando la fiebre y aparición o el aumento de las lesiones; cefalalgias, gastralgia, raquialgia y gran depresión y adinamia en la pouseés reaccionales intensas, y después de dos o tres meses de sufrimientos continuados vuelve a presentarse el estado de calma, con disminución de los síntomas más molestos, lo que los enfermos aprecian sensiblemente, y las lesiones retrogradan algo.

Como dice Muir, en las regiones en donde la lepra es endémica, fiebres irregulares acompañadas de dolores reumatoides o nerviosos indeterminados, deben hacer sospechar la lepra.

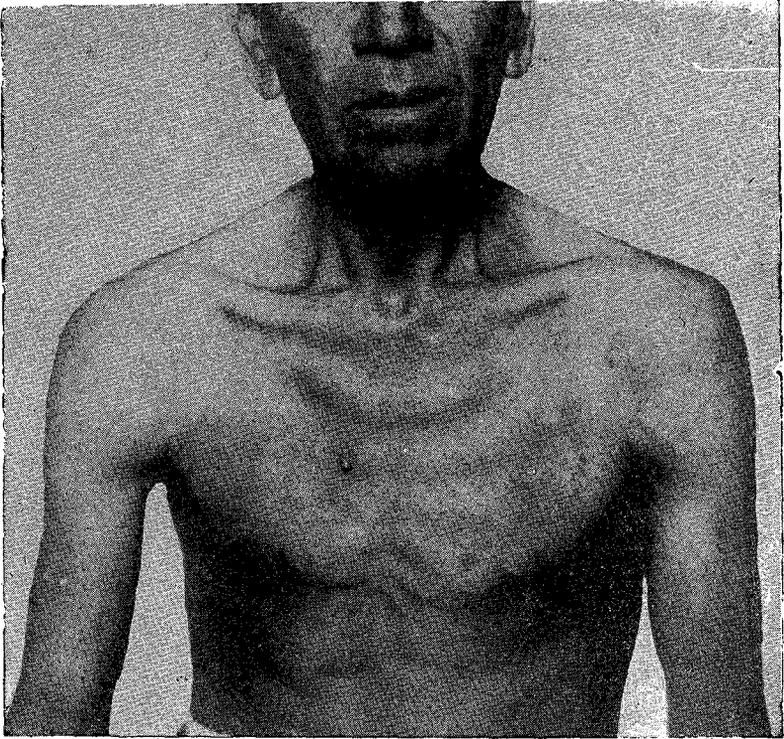
La lepra es un proceso infeccioso, transmisible por contagio y por herencia, intermitente en sus manifestaciones y cuyo agente etiológico específico es un mycobacterio descubierto por Armauer Hansen en 1882.

Presentación de enfermos:

Veán Vds. cómo este enfermo (Ver fotografías N.º 1 y 2) ficha N.º 6. C. M., procedente de Santa Fe, acusa sus primeros fenómenos atribuibles a la enfermedad que nos ocupa hace próximamente diez años, con fenómenos prodrómicos indeterminados atribuidos a las causas más variadas y caracterizados por dolores reumatoideos en los miembros inferiores, por sensaciones de ardores en las plantas de los pies y calambres que se presentan particularmente de noche. Descubierta completamente su piel para un examen general, observen Vds. las manchas profusamente distribuidas en sus miembros inferiores y torax. Proceso simétrico, están tomados los planos de extensión de los miembros y en cierta medida respetados los planos de flexión.

De los datos suministrados por el enfermo se deduce que las manchas al principio fugaces y pasajeras se presentaron hace próximamente 6 años. Fenómenos vaso motores de la cara, cuello, tórax común en estos enfermos determinan la aparición de manchas eritematosas fugaces y pasajeras que tiempo más tarde y siempre variable en cada enfermo persisten, haciéndose fijas. Estas manchas pueden ser discretas por su número, pequeñas o grandes, de forma ovalar, circular, o irregular. Pueden ser múltiples y muy frecuentemente nuevas puseés de lesiones exantemáticas con fiebre y decaimiento, modifican el aspecto objetivo y el cuadro clínico del enfermo. En este enfermo a pesar del tiempo transcurrido en la evolución de su enfermedad y del tratamiento instituido presenta lesiones numulares eritematosas que desaparecen parcialmente a la compresión y reaparecen a la descompresión como pueden observarlo. Este otro tipo de manchas rojo violáceas vinosas y cubiertas como de un brillo aceitoso. Otras en ante-brazo y tórax, lesiones más antiguas de una coloración marrón oscura presentan una decamación furfuracia muy superficial. En los pies zonas eritematosas difusas con brillo aceitoso y escasa decamación furfuracia, paraqueratosis.

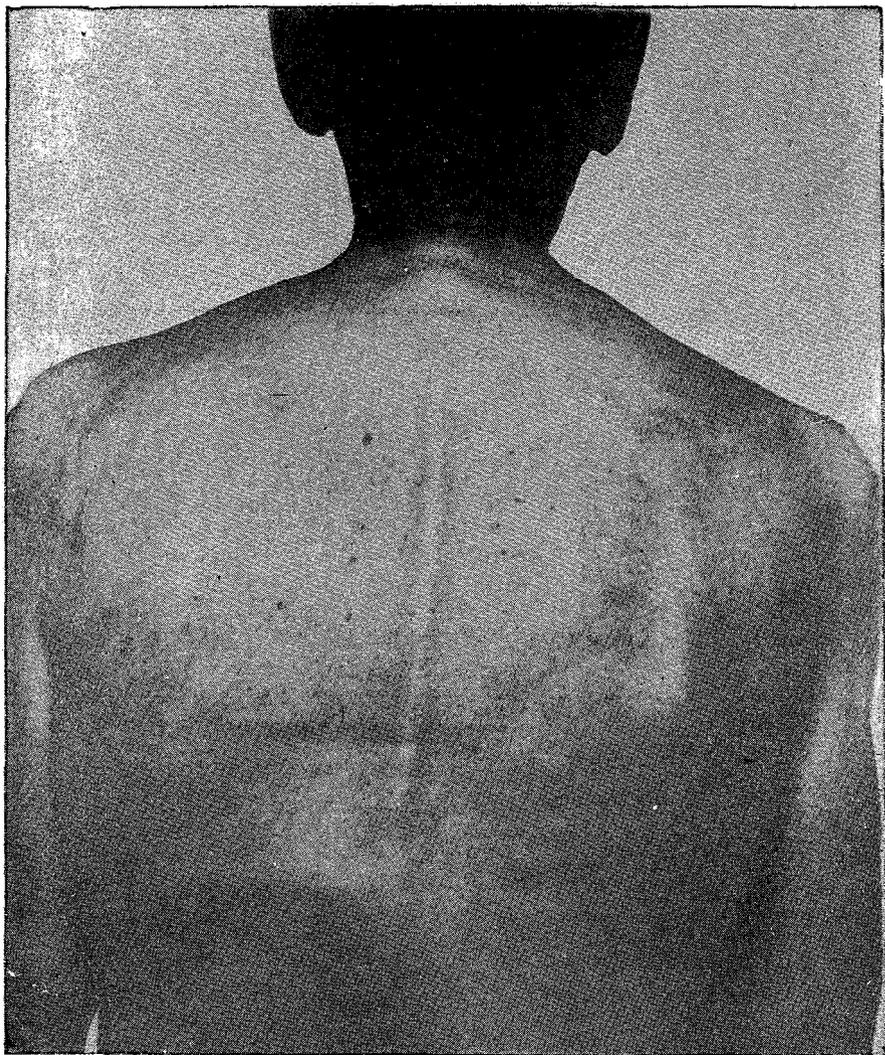
En este enfermo observan pues lesiones polimorfas distribuidas con simetría y de coloraciones variadas y en distinto momento de evolución. Aparte de los caracteres enunciados son muy de tener en cuenta las alteraciones de la sensibilidad que se obser-



Fotografía No. 1.

C. M., ficha No. 6. — Manchas pigmentarias y acrómicas. Aspecto luciente como barnizado. En brazo, lepromas confluentes en regresión. Infiltración lepromatosas en lóbulos de las orejas y lóbulo nasal. (Foto 1 y 2). — Piel de antebrazo y brazo plegada y con cicatrices varioliformes consecutivas a la reabsorción y destrucción de infiltrados lepromatosos difusos en napas. Ligerá descamación furfuracia por hiperkeratosis. (Fot. No. 3). (Reproducción prohibida).

van a nivel de las manchas. Cuando estas lesiones se inician hay un período de hiper-exitabilidad, de hiperestesia, en el que las manchas son más bien hipersensibles; al menor roce el enfermo siente sensaciones de ardor o de tensión bien manifiesta; fenómenos que por otra parte se presentan intermitentemente en el curso evolutivo de la enfermedad. Poco a poco empieza a notarse en estas manchas fenómenos de anestesia termo-analgésicas, con

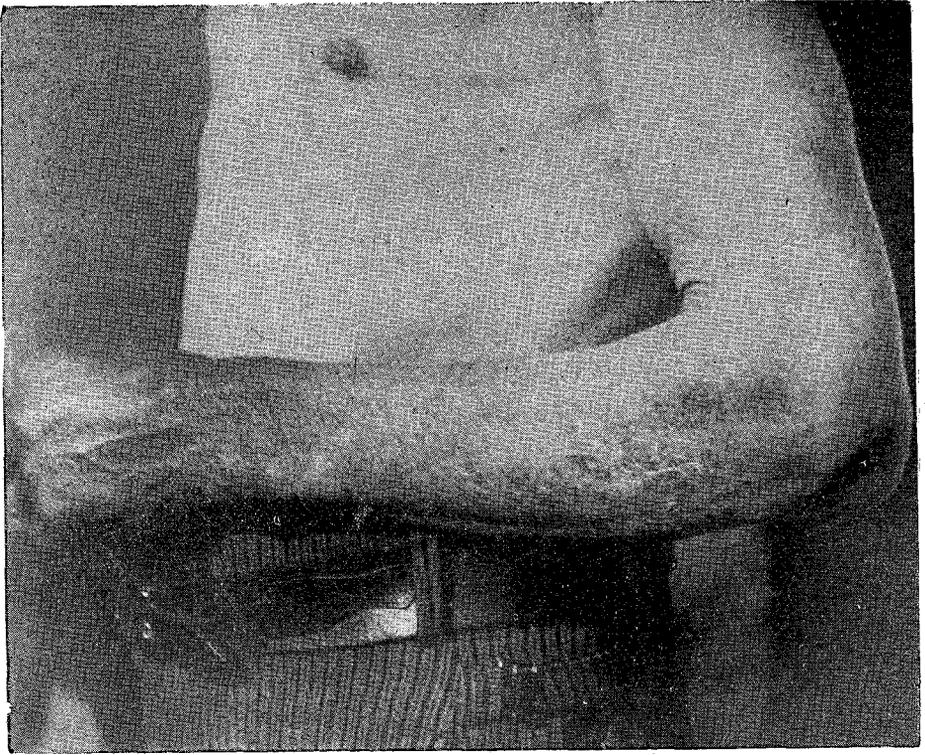


Fotografía No. 2. (Reproducción prohibida).

conservación de la sensibilidad táctil, y desaparición de la térmica y dolorosa.

Para explorar la sensibilidad de las manchas lo mismo que en cualquier otro proceso de lepra, el procedimiento es exactamente igual que para otros casos en que interese investigar las distintas sensibilidades de la piel. Vendar los ojos o bien si es po-

sible hacer la investigación en partes en que el enfermo no se puede ver. Empezar con la sensibilidad táctil. Para esta se elige generalmente un pedacito de papel doblado o bien un trocito de algodón puesto en el extremo de una pinza. Se hace un toque leve en las partes afectadas o que se presume que lo están, ordenando al enfermo que toque con su dedo índice el sitio anteriormente explorado. Observen cómo siempre hay tres o cuatro centímetros de diferencia de distancia entre el sitio tocado por mí y



Fotografía No. 3. (Reproducción prohibida).

el que el enfermo señala. Hay parestesia y una especie de sobrepaso nervioso como dice Muir, pudiendo esa distancia ser mayor de 5 y aun 10 centímetros como pueden constatarlo. Estos hechos son de observación relativamente corrientes pero pueden inducir a errores, por lo que conviene extremar los cuidados en la inves-

tigación. También es útil recordar que las investigaciones de la sensibilidad táctil no deben hacerse en puntos muy próximos, por la sumación de sensibilidades que inducirían a error.

Cuando no hay manchas, pero sí sensaciones parestésicas o anestésicas en las extremidades, investigar las partes anestésicas, haciendo la investigación al tacto leve y en esta forma después dibujando la forma de los parches, se podrá hacer la investigación prolija de los cambios y alteraciones. Para la sensibilidad dolorosa se emplea una aguja delgada fina y de buena punta. Es importante que no sea de punta roma, porque sino se confunde con la exploración de la sensibilidad táctil. Se pincha la mancha o lesión a investigar y la parte de piel vecina de aspecto sano. La presión ejercida debe ser idéntica; hay tendencia a hacer toques suaves en el sitio no afectado y más profundo en el lugar que se considera enfermo. Esto trae diferencias de sensaciones que pueden llevar a errores más o menos importantes. La sensibilidad dolorosa está abolida en estos enfermos o bien simplemente disminuída, y muy comúnmente después se recupera. Por otra parte no siempre en las manchas de la lepra la sensibilidad dolorosa está alterada. Hay enfermos que tienen la sensibilidad completamente conservada y aun mismo hipersensibles en las lesiones iniciales. No es suficiente no encontrar anestesia en algunas zonas, para deducir que la afección observada no es lepra, pues, como digo, si bien es corriente observar dicha anestesia, puede faltar. La exploración calórica debe hacerse con dos tubos de ensayo que tengan más o menos el mismo diámetro e igual cantidad de agua con el objeto naturalmente de que el enfermo si sigue la exploración no sepa distinguir la caliente de la fría. Debe haber diferencia apreciable entre una y otra. El agua caliente a 45 grados. No conviene que sea más elevada porque en lugar de investigar la sensibilidad calórica se investigaría la sensibilidad dolorosa. Estos enfermos soportan mal el calor. Se queman con toda facilidad. Es frecuente que se produzcan así lesiones ampollasas. El agua fría debe estar a 0 grado. Hacer la aproximación de los tubos alternativamente preguntando al enfermo qué temperatura es la que siente. En este enfermo está conservada la sensibilidad térmica. En general, al principio, y sobre todo en las formas des-

cuidadas y avanzadas, la sensibilidad al calor está modificada, abolida, o bien disminuída.

La primera manifestación de la lepra es a veces una quemadura completamente sorpresiva. Hay enfermos que llevan brasas de una mano a la otra sin sentir absolutamente nada. Se cita el caso de un sujeto que había hecho la apuesta que podía poner las manos en la lumbre, haciéndolo así y sin sentir nada mientras se destruyen las partes superficiales; pero al llegar la acción del calor a las partes profundas el dolor fué terrible perdiendo la apuesta y sus manos.

En otros enfermos que han colocado sus pies sobre las brasas ante la admiración de los que lo observaban, sólo retiraron sus miembros cuando el fuego había destruído toda su piel y ocasionado intensísimos dolores profundos.

En este otro enfermo V. F. ficha N.º. 44, enfermo desde hace seis años empezó su afección por sensaciones de hormigueos, ardor y calor en distintas partes del cuerpo particularmente en las extremidades superiores e inferiores; concomitantemente sensaciones de obstrucción nasal con eliminaciones de costras a veces sanguinolentas. En el momento actual de la observación, el enfermo se nos presenta con lesiones de tipo maculoso pigmentario distribuídas en la cara, torax, abdomen y miembros. Estas lesiones, si bien conservan una cierta simetría en los planos de extensión, se presentan también confluentes en los planos de flexión. Observen cómo se encuentran respetadas las partes superior del torax y el cuello. Esto suele ser de observación frecuente sobre todo para la región del cuello; en otros enfermos la lepra tegumentaria no respeta parte alguna de la piel, pues hasta el cuero cabelludo que hasta hace poco tiempo se consideraba refractario, estudios recientes han demostrado que también puede ser afectado. Tenemos aquí lesiones que se localizan en la frente, mejillas y pabellones auriculares. Algunas lesiones de la cara se presentan ligeramente infiltradas y salientes de una coloración rojo cobriza; otras en el torax y miembros presentan igualmente una discreta infiltración; predominan el tipo de manchas pigmentarias de una coloración marrón oscura casi negras. En la región dorso lumbar las lesiones son confluentes y se pre-

sentan en distintos momentos de evolución. Como puede observarse en algunas regiones estas lesiones son ligeramente descamantes, descamación laminar que le forma un halo alrededor de las manchas pigmentarias. Son procesos de paraqueratosis, de observación frecuente de lesiones antiguas de lepra tegumentaria.

En este mismo enfermo se presentan lesiones de tipo maculoso, otras ligeramente infiltradas y aún con infiltraciones manifiestas como en la cara. Este polimorfismo es una característica especial de la lepra tegumentaria. Las investigaciones de la sensibilidad en este enfermo deben hacerse como indicamos anteriormente. Observen el sobre paso nervioso a la exploración táctil, el retardo de las percepciones sensitivas al calor y dolor.

Este otro enfermo es un choffer de ómnibus, que trabajaba pasando desapercibida su afección. Ha sido tratado durante año y medio por sífilis. Al momento actual viene recuperando su sensibilidad y han desaparecido en gran parte las manifestaciones que tenía. (Enfermo N.º 3, J. G., Fot. 4 y 5) Observen Vds. manchas eritematosas que se presentan aisladamente o bien confluyen dando este otro tipo de manchas en que la parte central es más clara y la parte periférica conservan un ligero halo. Estas lesiones son secas, característica especial de la enfermedad que nos ocupa. Tempranamente, antes de que aparezcan lesiones el proceso puede ir acompañado de sudoraciones profusas, axilares, ínguino crurales, y aun mismo en el resto del cuerpo. Otras veces como fenómenos prodrómico, anhidrosis bien manifiesta en todo el cuerpo. Lo cierto es que cuando las lesiones que están instaladas, son muy escasas en secreción sudoral, posiblemente debido a inhibición de las glándulas sudoríparas. En cambio parecería que hay un estímulo para las glándulas sebáceas y por eso estos enfermos presentan manchas con un barniz aceitoso. Este brillo aceitoso especial, es característico de las lesiones leprosas del tipo eritematopigmentario y en la forma nodular. Fijen bien en su mente el tipo de mancha eritematoso que presenta este enfermo.

Hace dos años, cuando lo vimos por primera vez, presentaba un tipo característico de roseola leprosa, lo que unido a una reacción de Wassermann positiva había hecho sospechar la sífilis y tratado como tal, durante un tiempo más o menos largo, sin



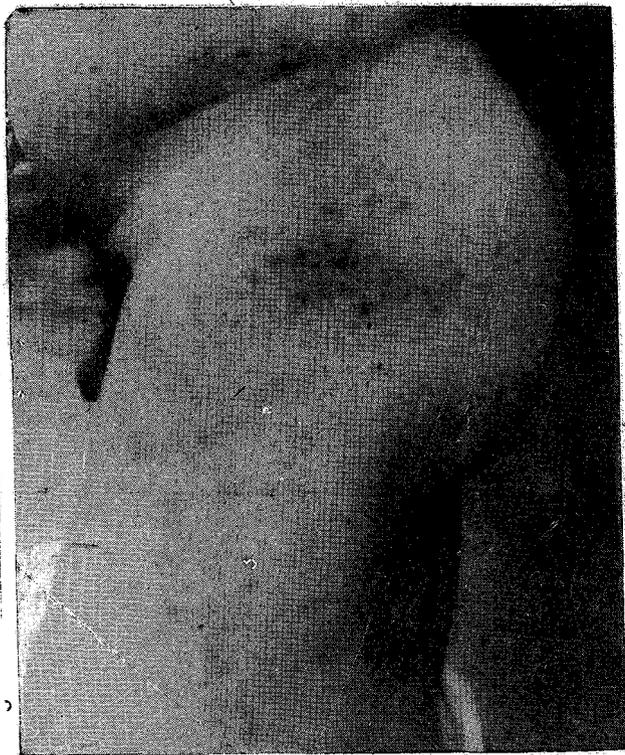
Fotografía No. 4.

Ficha No. J. G., roseola leprosa; las manchas exantemáticas profusamente diseminadas en todo su cuerpo respetan cara y cuello. Los trastornos de sensibilidad son menos acentuados que al iniciar el tratamiento anti-leproso. (Reproducción prohibida).

conseguir mejoría. Ya veremos lo frecuente que es la asociación de sífilis y lepra y la necesidad de investigar prolijamente los signos clínicos de estas dos enfermedades. Presenta actualmente manchas rojo violáceas, rojo bronceadas, en parte lilas. A veces estas manchas son muy rojas, muy intensamente coloreadas y esto es lo que le ha valido a la enfermedad el nombre de Mal Rojo de Cayena. Otras veces el color es menos rojo, coloración leonada, leonina. O bien pueden llegar al marrón oscuro, al color semejante al de una pincelada de tintura de yodo y hasta a una coloración casi negra. Estas manchas pigmentarias pueden ser al revés apigmentarias, acrómicas. El tamaño de las lesiones es muy

variable. Placas numulares, algunas mayores, otras pequeñas.

Observen la sistematización de las lesiones tomando de predilección los planos de extensión de los miembros superiores e inferiores, el dorso y la cintura guardando simetría. Este proceso ataca con frecuencia las partes descubiertas, la cara, las manos y



Fotografía N^o. 5. (Reproducción prohibida).

en general las extremidades de los miembros superiores e inferiores. Observen cómo en general quedan respetadas parte superior del torax y cuello.

En este otro enfermo, ficha N^o. C. B. presenta lesiones localizadas en la cara que tienden a desaparecer (fotografías N^o. 8 y 9). Algunas de estas manchas pigmentadas de coloración amarillas bronceadas con límites más o menos netos, son lisas en general, pero algunas, como estas que Vds. ven, presentan una li-

gera infiltración periférica. Ha presentado fenómenos intensos de lepra reacción apareciéndole hace seis meses lesiones nuevas en el torax, miembros superiores e inferiores. Presenta lesiones en distinto momento de evolución; en estas del dorso, su epidermis pliegada, denuncia que ha existido en la misma un proceso de infiltración mayor y que después se ha reabsorbido el contenido celular de esa zona y por lo tanto la epidermis se pliega como en papel de cigarrillo, con el objeto de no sobrepasar los límites a que estaba destinada.

Observen Vds. cómo se hace la exploración de la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa.

Durante la face de Lepra reaccionante sufrió de intensas cefaleas, ostealgias, depresión e insomnios y en los sitios de las lesiones, congestiones intensas determinaron sensaciones de dolor exagerado, de calor intenso, como si se le echara agua caliente o vapor caliente. Durante quince días presentó temperaturas altas, hasta 39 y 40 grados.

Jeanselme, ha ideado un método de exploración para determinar el estado de funcionamiento de las glándulas sudoríparas, de importancia para el diagnóstico diferencial de formas de lepra nerviosa con siringomielia. Utiliza Pilocarpina, pero no en la forma de inyecciones que trae trastornos de orden general y sudoraciones profusas que no interesa investigar, ni las fricciones locales con pomadas con Pilocarpina, de resultados inseguros, sino que emplea la diadermina 4 cc. extendida en pequeña superficie y formando una capa de un grosor de $\frac{1}{2}$ milímetro; a esta cantidad de diadermina, le agrega unas gotas de solución al 1 % de nitrato de pilocarpina en agua destilada. Utiliza una corriente eléctrica continua, adaptando el polo positivo pequeño, constituido por una lámina de oro o de platino sobre la zona de pilocarpina y el polo negativo formado por una plancha de algodón embebido en agua destilada y colocado sobre una zona próxima. Hace pasar una corriente continua de 10 miliamperios durante cinco minutos. La diadermina es mala conductora del calor, de manera que la conductibilidad se hace por la solución de pilocarpina. Jeanselme ha podido constatar que en las personas sanas, después de la experiencia se nota una zona de congestión y vasodilatación

que denuncia la forma de la plaquita. Se limpia con alcohol o éter que empalidece su vecindad y después de 11'' y hasta 1' y 11'' se observan gotitas de sudor, como gotas de rocío. Haciendo anestesia superficial con novocaína o cocaína, ese fenómeno no se produce. Tampoco se observa en los enfermos con sección de nervios. En la siringomielia no hay trastorno alguno al hacer esta experiencia; la sudoración se conserva bien manifiestamente. En cambio, en la Lepra anestésica que toma los filetes nerviosos periféricos, se observa que en la zona afectada que se investiga, no hay sudoración.

Los trastornos sensitivos, secretorios y vasomotores, tienen valor para el diagnóstico de esta enfermedad; pero pueden faltar. Por los caracteres de las lesiones se piensa en lepra, sin poder constatar los trastornos sensitivos y mismo a veces observando hiperestesia. Más común es observar el brillo aceitoso y fenómenos vasomotores. Manchas congestivas de la piel del cuello y del tórax, semejando la roseola púdica. Pasando un objeto romo sobre la superficie de una mancha despigmentada, se produce una raya más coloreada que desaparece luego y al revés de una mancha rojiza eritematosa el paso del dedo deja una línea blanca. Fenómenos vasomotores de observación frecuente en esta clase de enfermos.

Las manchas en estos enfermos de Lepra, persisten a veces mucho tiempo, 10, 15 años y a veces más. Constituyen el único tipo de lesiones que caracterizan la enfermedad y de allí que algunos autores consideren necesaria la designación de Lepra Maculosa.

Más comúnmente se transforman gradualmente en manchas infiltradas hasta un tipo papuloso en napa, para llegar a la constitución de leproma, es decir que habría una gradación insensible entre ambos tipos extremos de lesiones leprosas.

Es muy común que existan en un mismo enfermo, manchas eritematosas, pigmentarias, manchas infiltradas y lesiones lepromatosas.

En este otro enfermo, ficha N.º 5, V. M., presenta lesiones en la piel de sus antebrazos y manos y también en los miembros inferiores. Lesiones de tipo infiltrado difuso

en napa, con tendencia a la regresión, lo que Vds. constatan por el plegamiento de la epidermis. Observen también estas cicatrices retráctiles que denuncian procesos profundos que han comprometido el dermis propiamente dicho y que terminada su evolución han dejado estas cicatrices que tienen cierto valor diagnóstico retrospectivo.

Este enfermo ha sido tratado durante dos años por sífilis. Sus primeras lesiones, por lo menos las que le llamaron más la atención, se iniciaron en los órganos de la vista. La lepra ataca muy frecuentemente a dichos órganos.

También presenta este enfermo, lesiones localizadas en el testículo izquierdo. Es común que se presente al principio del ataque del bacilo de Hansen en los órganos genitales, un período de excitabilidad más o menos manifiesta, deseo sexual exagerado muchas veces como si hubiera estímulo en esa zona. Viene después estado de impotencia y azoospermia que determinan la esterilidad. El proceso se localiza en el epidídimo, vesículas seminales y posteriormente toma todo el testículo que queda duro.

La Lepra Sistematizada Tegumentaria, ataca frecuentemente las mucosas. En la boca, se observa en algunos enfermos, manchas de tipo eritematoso o bien lesiones lepromatosas en distintos momentos de evolución. En la mucosa nasal, muy precozmente hay lesiones de infiltración de las mucosas de tabique, determinando fenómenos de rinitis caracterizadas al principio por sensaciones de sequedad especial que obliga a los enfermos a respirar por la boca. Se forman costras en las fosas nasales y el enfermo termina por una rinitis ocnosa húmeda. El enfermo exhala olores nauseabundos, fétidos y elimina costras. Pequeñas epístasis. Los enfermos perciben perfectamente los olores. Conservan también el sentido del gusto.

En este otro enfermo, ficha N°. 94, las lesiones se encuentran localizadas en la parte anterior del tórax y en el plano de extensión de los miembros. Lesiones más discretas en el dorso y regiones lumbares. El cuello no se encuentra afectado. En la piel de la cara, manchas localizadas en la frente, mejillas y mentón. Es muy llamativo el color leona-

do de las lesiones; manchas grandes, de formas irregulares, aisladas o confluentes. Observen el brillo aceitoso que las barniza y les da un aspecto característico. Este enfermo fué atendido hace dos años y durante más de seis meses por médicos especialistas de garganta, nariz y oído, haciéndole cauterizaciones y curaciones locales en su nariz. Investigaciones realizadas en el mucus nasal, denunciaron la existencia de enormes cantidades de bacilos de Hansen.

Todos estos enfermos que hemos visto, presentan lesiones externas y manifestaciones claras que permiten un diagnóstico fácil de la enfermedad que nos ocupa; pero en cambio, en otros el diagnóstico no es tan simple.

Observen Vds. este otro enfermo, ficha N°. 104, I. R. Al examen de toda su piel, la única lesión que presenta es esta localizada en el dorso de la mano izquierda. Se trata de un medallón del tamaño de la palma de la mano, de forma irregular y que presenta en la parte central, una zona despigmentada, acrómica y en la parte periférica una halo pigmentado de coloración rojo-violácea-vinosa, con el brillo aceitoso característico. A la exploración de la sensibilidad táctil, se observa un sobre paso de dos a tres centímetros con respecto al punto tocado; observen al mismo tiempo el retardo manifiesto en la percepción de la sensibilidad. Las zonas periféricas conservan mejor la sensibilidad térmica y dolorosa.

Otro tipo de lesiones que presentan los enfermos de Lepra Sistematizada Tegumentaria, es la erupción ampollosa que se observa con relativa frecuencia en enfermos de lepra mixta o nerviosa puras, también puede ser una forma de iniciar la enfermedad. Este tipo de lesiones ha sido llamado pénfigo leproso.

Una ampolla que aparece sin ningún motivo especial en un dedo del pie o de la mano, sospechar en lepra e investigar su sensibilidad. La ampolla puede ser única o bien tratarse de una erupción de tipo penfigoide. Hay erupciones ampollosas diseminadas que toman la cara particularmente los pabellones auriculares, mejillas y mentón y también el tórax y miembros superiores e inferiores. Este tipo de lepra ha sido llamada Lepra Lazarina. Las ampollas suelen ser pequeñas, múltiples e insensibles.

bles; localizadas de predilección en la piel que recubre las articulaciones de las rodillas y codos. El contenido líquido es claro primero, luego se obscurece haciéndose seropurulento. Se erosionan, se destruyen y desecan; curando comúnmente por cicatrices lisas, brillantes, nacaradas, de aspecto característico, que constituyen la llamada morfea leprosa, de gran valor para el diagnóstico retrospectivo.

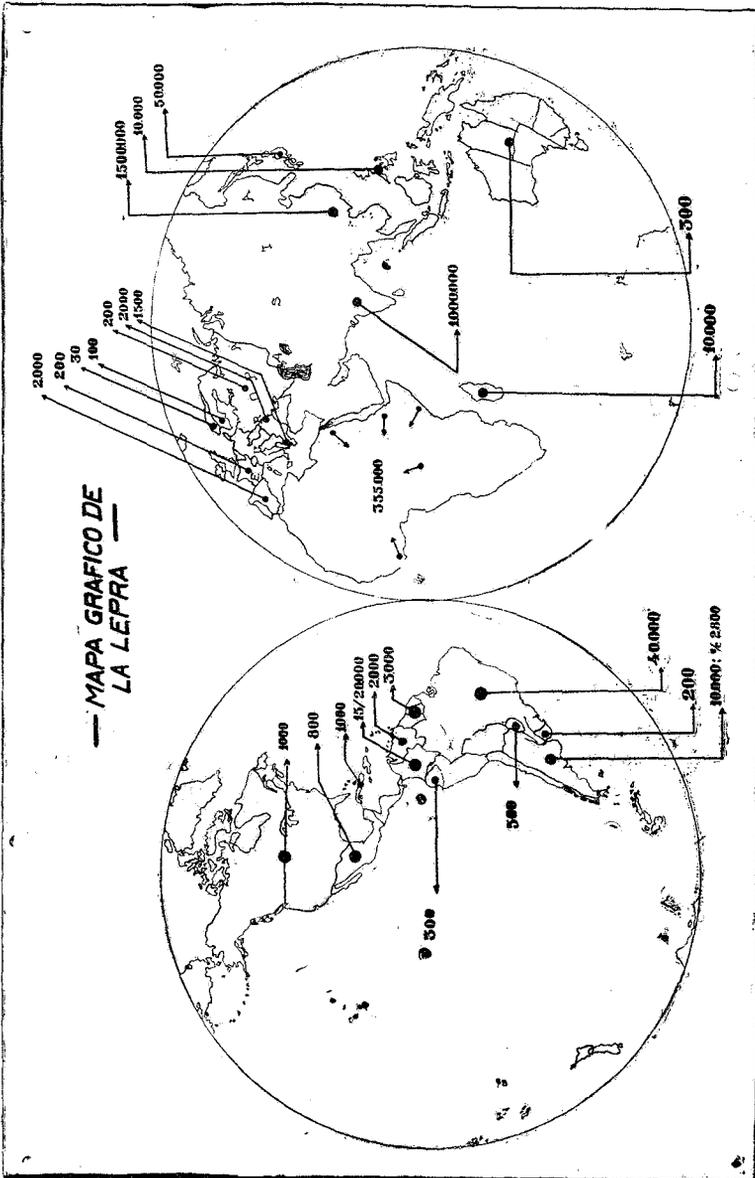
SEGUNDA CONFERENCIA — 4 DE JULIO — DE 14 A 15
HORAS — HOSPITAL SAN ROQUE

Versión taquigráfica

Nos vamos a ocupar ahora de la distribución de la lepra. El Dr. Etienne Burnet, que se ha ocupado mucho de esta enfermedad y ha visitado casi todos los lugares del mundo donde la lepra es endémica, manifiesta que pueden calcularse en más de cinco millones de habitantes enfermos de lepra, diseminados en el mundo entero.

Como él lo manifiesta, el origen de la lepra se pierde en la noche de los tiempos. No se sabe bien de dónde viene, cuál ha sido el país primeramente afectado de lepra. En China dos mil años antes de la era cristiana. En el Japón la lepra es endémica hace mil quinientos años. En Abisinia y el Sudán; en el Egipto, la lepra existe desde tiempo inmemorial. Los egipcios mantenían con los pueblos vecinos relaciones comerciales y guerreras que facilitaron la difusión del mal. Las Cruzadas en la Edad Media han contribuido a su diseminación en Europa. Vean Vds. este mapa (Nº. 1), estos tres puntos corresponden al Egipto, al Indostán y a la China; parecen ser los focos iniciales. En la Biblia, en el Levitico, se habla de la lepra. El Zaraath de la Biblia comprendía enfermos de lepra y de las afecciones más banales de la piel. Posiblemente entonces se confundía la lepra con una cantidad de afecciones, eczemas, prúrigo, vitiligos y otras afecciones de la piel y mucosas. Solamente así se explica que han habido zonas que han necesitado miles de leproserías. Francia, por ejemplo, llegó un momento en que tuvo dos mil leproserías. Es lógico pensar que allí se atendieron a la par que a enfermos de lepra, otros afectados de sífilis, tuberculosis, eczemas, vitiligos, etc. Pero de cualquier modo, es aceptable la hipótesis de que la lepra estuvo en otros momentos, extraordinariamente extendida.

Vean allí en este mapa, con números destacados las zonas más afectadas. La India, con 315 millones de habitantes, tiene por lo menos un millón de enfermos de lepra; hay pueblos en



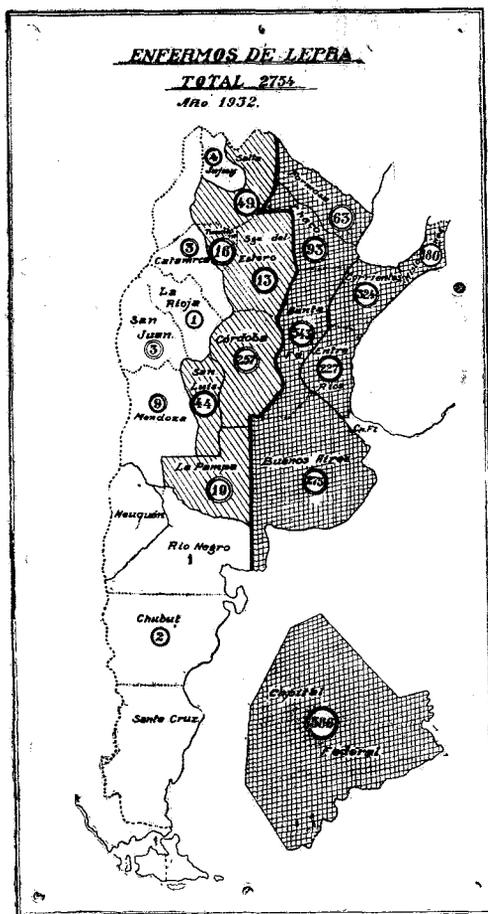
la India con cientos de miles de enfermos. Burnet piensa que en China, no es exagerado pensar que existan de uno a dos millones de leprosos. En el pueblo, Kouaugtoug de la Provincia de Cantón, tiene más de 30.000 enfermos. Japón figura con 40 ó 50 mil enfermos. Australia 200 ó 300 enfermos. Islas Filipinas 10.000. Madagascar 10.000. En Africa, si bien el número total de enfermos calculado más de 350.000, no la coloca en primer término; por su densidad leprosa, en determinados pueblos, le corresponde seguramente el triste privilegio de ser la primera. Se consideran países leprosos los que tienen un enfermo por cada mil habitantes. En Africa hay pueblo que tiene cinco, siete, diez, treinta y hasta ochenta por mil (Tribus Bantus, Congo Belga). Burnet. Hay cinco mil enfermos en el Senegal, 100.000 en Africa Ecuatorial y 60.000 en Africa Oriental.

En Europa hay seis mil enfermos. En Suecia 30; Noruega que tuvo cerca de tres mil hace medio siglo, actualmente tiene menos de 100; en Rusia 200, las Provincias Bálticas de los dominios Rusos 2.000, Balkanes, Rumania, Yugoslavia y Grecia 1.500, España 2.000, Francia 200. Se encuentran actualmente indemnes de lepra, habiéndola padecido antes, Inglaterra, Alemania, Austria, Checoeslovaquia y Dinamarca, ejemplos de lo que puede conseguirse por la buena orientación y la ejecución de las medidas aconsejadas.

Veán Vds. el mapa de América. En América del Norte existe un foco mil enfermos. Méjico tiene 800. En Cuba 1.000, Jamaica 500, las Guayanas 3.000, Ecuador 300, Venezuela 2.000, Colombia 15 a 20.000 enfermos, Brasil 40.000, Paraguay 500, Uruguay 200 y en la República Argentina el Prof. Baliña cree que hay 10.000 enfermos de lepra. (Mapa N.º 2).

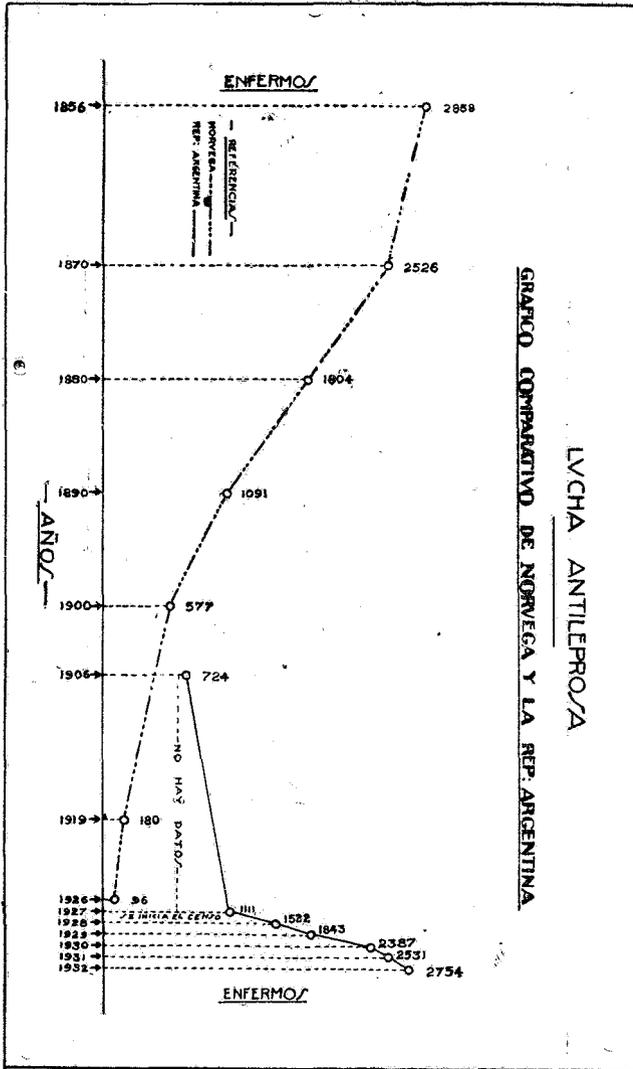
En la República Argentina la lepra ha aumentado en una forma bien manifiesta. Desde 1906 en que se hizo el primer censo de lepra y que daba setecientos veinte y tantos enfermos, hasta el momento actual en que hoy 2.970 censados que multiplicados por tres dan aproximadamente la cantidad total de enfermos existentes, se ha ido en aumento progresivo. (Ver gráfico comparativo de Noruega y República Argentina. Baliña)

En un interesante trabajo del Prof. Dr. Pedro L. Balaña “El problema actual de la lepra en nuestro país” (Semana Médica N.º 47 — 1928) publica un mapa de la República Argentina, haciendo notar con toda precisión la existencia de tres zo-



Mapa N.º 2.

nas de distinta densidad leprosa. En 1934 modifiqué el porcentaje de enfermos de acuerdo con los datos suministrados por el Dr. José J. Puente, Jefe de la Sección Dermatovenereosifilográfica del Departamento Nacional de Higiene. Vean Vds. el mapa de la República Argentina (Ver mapa N.º 2) existen tres zonas



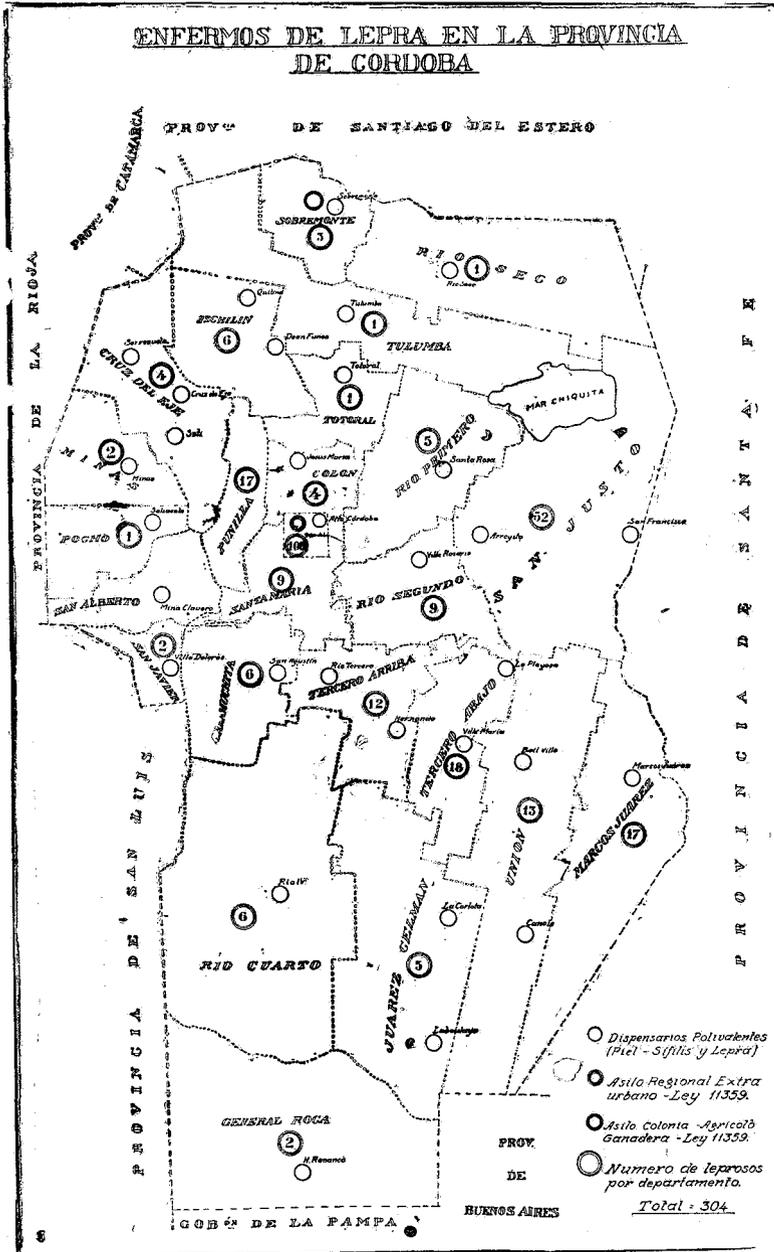
bien distintas por su densidad leprosa. La del Litoral, zona de los grandes ríos y la más densamente poblada es la que paga mayor tributo a esta enfermedad. Provincia de Buenos Aires 275, Capital Federal 586, Santa Fe 543, Entre Ríos 227, Corrientes 324, Misiones 180, Chaco 93, Formosa 63.

Una zona Central, comprendiendo Córdoba con 257 (actualmente 304), La Pampa 10, San Luis 44, Santiago del Estero 13, Salta 49; dan una densidad intermedia entre la zona del Litoral y la Andina. Esta zona precordillerana es la menos afectada y casi todas las provincias y Gobernaciones figuran con 3, 5 ó más enfermos. La lepra se encuentra, pues, distribuída en todo el territorio de la República. Téngase bien presente que las cifras consignadas se refieren únicamente a los casos de lepra censados. Los médicos del Departamento Nacional de Higiene, que se han encargado de confeccionar el censo de la lepra, han tenido que vencer muchas dificultades, algunas inherentes al diagnóstico mismo de la enfermedad y otras veces por la falta de cumplimiento de las disposiciones expresamente establecidas en la Ley de profilaxis 11.359 sobre la denuncia obligatoria de los enfermos de lepra.

La Provincia de Córdoba en el año 1906 se había censado 60 casos de lepra, actualmente hay 304 fichados. El aumento ha sido progresivo y siempre creciente. En 1906, 60; 1928, 87; 1929, 108; 1930, 196; 1931, 223; 1932, 257; 1933, 283. La misma progresión ascendente se observa en todas las Provincias Argentinas, donde la lepra es endémica.

Observe este mapa de la Provincia de Córdoba, las dos zonas más afectadas. Una zona del litoral, limítrofe con Santa Fe y comprendiendo los Departamentos de San Justo con 51 enfermos, Marcos Juárez 15, Tercero Abajo 14, Unión 13. La otra zona es la central comprendiendo la Ciudad de Córdoba y sus alrededores con 91 (actualmente 108) enfermos y Punilla con 13. En casi todos los Departamentos de la Provincia, existen 3, 4, 5 ó más enfermos. Estos datos obtenidos en el año 1931 pueden haber cambiado a la fecha por tratarse de enfermos rechazados de todas partes y que cambian sus residencias con mucha frecuencia. Muchos de los enfermos censados en los últimos años proceden de la Provincia de Santa Fe, pertenecen a familias de chacareros y que vienen a buscar trabajo en esta Provincia. (Ver mapa N° 3. — Agosto 1934).

Antiguamente cuando se veía un enfermo de lepra se le preguntaba si venía de Entre Ríos o Corrientes por ser la zona que



Mapa No. 3.

hacen 25 años eran más afectadas; actualmente Santa Fé ha desplazado a estas Provincias, pues se calcula poseen más de mil enfermos (Fidanza). Muchos de los enfermos que tiene Santa Fe en el Norte han venido de Entre Ríos y Corrientes. Es muy sensible constatar el hecho de que pase a Córdoba con respecto a Santa Fe lo que ha tenido que soportar ella misma con los enfermos de Provincias vecinas.

Muchos de los casos censados en la Provincia de Córdoba corresponden a lepra autóctona. Baliña considera lepra autóctona la correspondiente a la siguiente categoría de enfermos: a) personas que nacidas en la Provincia de Córdoba no han salido de ella durante los últimos diez años y si lo han hecho lo ha sido temporariamente y no a zonas donde la lepra es endémica. b) Argentinos que nacidos fuera de la Provincia de Córdoba, han vivido en ella los diez últimos años, antes de constatarse la enfermedad. c) Los extranjeros que han vivido en Córdoba durante los últimos diez años, o sólo han salido de ella temporariamente y a zonas donde la lepra no es endémica. De los 304 enfermos censados en la Provincia de Córdoba, la quinta parte de los casos corresponden a casos de lepra autóctona.

Ninguna raza, ni medio social, ni clima, ni altura, ni edad, sexo, ni condición pecuniaria, nada puede evitar el adquirir la lepra. Cualquier persona puede enfermarse. Entre los enfermos que tengo censados existe un porcentaje grande entre la gente indigente pobres, que viven en condiciones higiénicas de las más precarias. Este hecho lo han constatado todos los que se han ocupado de este asunto. Como dice Burnet, uno de los principios más fundamentales para evitar la diseminación de la lepra es la higiene, el jabón. Naturalmente en aquellas viviendas más sucias, con menos condiciones higiénicas la lepra se disemina más fácilmente. Pero esto no quiere decir que no existan personas que tienen un extremado cuidado de su higiene personal y que han contraído la enfermedad. Entre las condiciones que parecen favorecer el contagio se cita la predilección de ciertas razas entre nosotros como lo hace notar el Profesor Baliña, pagan un mayor tributo los italianos que se dedican a trabajos rurales.

Hay un mayor porcentaje de hombres que de mujeres enfermas. En cuanto a la edad se la ha observado en todas las épocas de la vida, pero hay una marcada predilección por aquellos comprendidos entre los 20 y 40 años. Se acepta en general que las personas, niños, que conviven con enfermos bacilíferos, contagiosos, contraen su enfermedad en la segunda infancia y denuncian sus primeras manifestaciones en la pubertad. Quiere decir, entonces, que es en esta edad de la niñez cuando el peligro de contagio es mayor. Se han observado casos de enfermos de 60, 80 y más años.

La permanencia en zonas leprosas favorece el contagio. El hecho de coexistir con enfermos bacilíferos en un medio no higiénico, permite la contaminación. Calculando que la 5ª. parte de los enfermos de la República Argentina correspondiera a la forma virulenta de lepra abierta, que son los más peligrosos desde el punto de vista de la difusión de la enfermedad, y considerando que cada uno de estos 2.000 enfermos se ponen en contacto diariamente con 15 ó 20 personas sanas pueden Vds. imaginar la enorme cantidad de personas que se exponen diariamente al contagio.

Sin embargo, no es una enfermedad que se contrae fácilmente. Se necesita la fuente de contagio, el bacilo de Hansen en las lesiones del enfermo y la existencia de una predisposición especial y falta de resistencias orgánicas suficientes para vencer la contaminación.

En una estadística de Muir sobre 700 casos cuyo modo de contagio se había podido establecer, 12,14 % correspondían al contagio conyugal. Recordemos que hay muchos leprosos casados o en concubinato y cuyo cónyuge o pareja es sano. Se citan casos de convivencia íntima matrimonial durante quince, veinte y más años de exposición al contagio constante, sin que pudiera descubrirse en ellos ninguna manifestación atribuible a la enfermedad. Por algunos autores estos casos son considerados como de inmunidad natural. Es de hacer notar, sin embargo, que estudios prolijamente realizados han podido demostrar en muchos de ellos, lesiones ganglionares atribuibles a la lepra. La cohabitación da el 6.14 %. El bacilo de Hansen es eliminado por el es-

perma, y es posible que sea el coito una forma de contagio. La vía de introducción del bacilo de Hansen podría ser los órganos genitales cuando existen lesiones lepromatosas en vulva y vagina lo que es raro; pero la cohabitación permite contactos íntimos, de manera que no podría decirse por dónde penetra el bacilo. El vivir en la misma casa, con enfermos bacilíferos, determina el contagio, según esta estadística, en un 25.7 %. Por vivir en la misma pieza, 5 %; amistad íntima 9.14 %. Algunas estadísticas citadas por Jeanselme, obtenidas de enfermos atendidos en Oriente, se deduce una frecuencia de más de 20 % entre las personas que tienen un contacto más o menos frecuente con leprosos, por ejemplo, enfermeros, hermanas de caridad, personal de administración, etc. Entre nosotros, Baliña cita el caso de un farmacéutico que trabajó durante 15 años en el Hospital Muñiz donde existe un foco de lepra, que adquirió una forma tuberosa muy rebelde al tratamiento.

La lepra exige, pues, una serie de condiciones para transmitirse. El clima tiene escaso valor, pues, como Vds. han visto en los mapas presentados, existen focos de lepra endémica en zonas frías, heladas y también en zonas tórridas. En general, un clima templado y húmedo, zonas de los grandes ríos y próximas al mar, que son generalmente las más densamente pobladas, pagan mayor tributo a esta enfermedad. En Lima, en el Perú, donde no llueve casi nunca, Paz Soldán ha denunciado un solo caso de lepra autóctona, en cambio en zonas próximas muy lluviosas y próximas al mar, hay focos importantes de lepra. En Chile puede decirse que prácticamente no existe esta enfermedad.

La resistencia del organismo humano es muy variable con la raza, pero en general, insisto, no hay ninguna libre de la afección.

En nuestra estadística hemos observado enfermos de todas las categorías sociales, chauffeurs de ómnibus, pintor, cocinera, mucama, empleados ferroviarios, empleados de policía, empleados de Banco, rentistas, etc. muchos de los cuales concurren a los bares centrales y a los centros sociales más aristocráticos. Pero en general el bacilo de Hansen elige sus víctimas entre los trabajadores

humildes indigentes y poco higiénicos, jornaleros, obreros, muca-
mos, cocineros.

El régimen alimenticio parece tener alguna importancia y algunos autores creen que la alimentación a base de pescados, favorece la diseminación de la enfermedad. Sin embargo, hay zonas en las que sus habitantes no utilizan esta alimentación y a pesar de ello son muy castigadas. Esta cuestión de la alimentación ha llevado a exageraciones extraordinarias a tal extremo que algunos piensan que para combatir esta enfermedad, es suficiente orientar la alimentación en otro sentido descuidando el aislamiento. Pero semejante manera de pensar ha sido dejada completamente de lado y solamente la cito como antecedente de escaso valor.

La insuficiencia orgánica individual es un hecho que predispone mucho a adquirir la enfermedad. Ciertas afecciones predisponen en forma bien manifiesta para adquirirla. Han sido observadas en este sentido la sífilis, el paludismo, la tuberculosis, anquilostomiasis, leishmaniasis, etc. Citaremos también la insuficiencia orgánica individual por falta de alimentos, defectos en cantidad o calidad; avitaminosis.

¿Cuál es el mecanismo de infección? Lo desconocemos. Existen teorías que señalan a la piel y a las mucosas, como vías de penetración sobre todo en la piel de las extremidades. Las lesiones empiezan en muchos enfermos por los extremos de las manos y de los pies. Para algunos autores, el bacilo de Hansen penetraría por la planta de los pies, esto sería posible aceptar para aquellas personas que acostumbran andar descalzos, (Africa, India, China) pero no es aceptable en otras regiones de distintas costumbres higiénicas.

¿Existe un huésped intermediario? Las moscas, los mosquitos, podrían servir de huéspedes intermediarios. Estudios prolijamente realizados han descubierto el bacilo de Hansen en el tubo digestivo del mosquito y en las moscas. En algunas experiencias realizadas en la Leprosaría de Fontilles en España, citados por De Buen y Sampelayo, se han podido constatar la presencia de bacilo de Hansen en el tubo digestivo de las chinches tomadas de un catre sucio (utilizado para la experiencia) de algunos enfer-

mos bacilíferos que vivían en malas condiciones higiénicas. Estos bacilos son vivos o muertos? No es posible la experimentación para demostrarlo, se piensa que el bacilo de Hansen sólo vive en el cuerpo humano.

Esta cuestión de los huéspedes intermediarios, podría tener algún valor para la determinación de los sitios en que se deben instalar las leproserías. El mosquito, por ejemplo, no puede volar más de 4 kilómetros. Podemos decir que en general, no está bien averiguada la transmisión por los huéspedes intermediarios, pero es posible para aquellas personas que no se han puesto en contacto nunca con enfermos bacilíferos. Como Vds. ven, se conoce con certeza el agente etiológico específico y el valor que se le atribuye a la resistencia orgánica individual y al factor clima.

Jeanselme ha estudiado con toda detención el punto inicial de la enfermedad y él piensa que cuando hay lesiones en las fosas nasales, existen casi constantemente lesiones en la piel. La existencia de un chanero leproso, no es un hecho probado. La lesión que se observa por primera vez, es realmente la que corresponde a la iniciación de la enfermedad? La mancha o el leproma considerada como inicial, es exactamente igual por sus caracteres objetivos y subjetivos, a las que le aparecerán después. Muchas veces la primera lesión corresponde a una neuritis o a una lesión ganglionar.

Se acepta que el bacilo de Hansen emite toxinas pero estas en general no han sido demostradas. Los fenómenos prodrómicos de la lepra son explicados por la acción de las toxinas, actuando sobre tejidos hipersensibilizados al bacilo de Hansen. Para Hoffmann existen infecciones que se llevan a cabo con una frecuencia extraordinaria, en las personas que conviven con enfermos leprosos. Estas infecciones quedan latentes en el mayor número de las personas contaminadas y las manifestaciones de lepra constitucional, serían para Hoffmann un caso de excepción. Es posible que en muchas de estas personas se desarrollen pequeños síntomas de la enfermedad, infecciones ligeras, transitorias, abortivas. Otras pueden padecer de manifestaciones de orden endócrino que no son atribuibles a la enfermedad. Hoffmann piensa que las pequeñas

infecciones resistidas por las personas contaminadas, determinan un proceso de autoinmunización relativa.

Como dice Jeanselme, en la tuberculosis como en la lepra, pueden observarse casos abortivos que se traducen por escasas manifestaciones clínicas de corta duración. La convivencia con enfermos bacilíferos contagiosos, pronto pueden vencer las resistencias orgánicas individuales, hasta hacer posible la presencia del bacilo de Hansen en el mucus nasal o en los ganglios, mucho tiempo antes de que se presenten manifestaciones en la piel.

Jeanselme cree que el enfermo de lepra, lejos de transmitir un estado refractario en sus hijos, los sensibiliza por una serie de inculcaciones sucesivas.

Jadassohn, citado por Jeanselme, considera como índice de un proceso de inmunidad el pasaje de la forma nodular a la forma nerviosa.

Bergehr citado también por Jeanselme, piensa que las personas sometidas a múltiples contactos con leproso, adquieren infección atenuada gracias a la producción de anticuerpos, específicos que confieren inmunidad. Piensa que si la lepra se desarrolla en dichas personas, es porque los anticuerpos no se han formado en cantidad suficiente. Posiblemente la persona infestada y en estado alérgico, por haber vencido la primera infección, y que soporta nuevas infecciones, vencida su inmunidad relativa, presentará manifestaciones de leprosis constitucional atenuado y crónico.

TERCERA CONFERENCIA — CONSULTORIO DERMATOLÓGICO — 5 DE JULIO, 8 A 9 ½ HORAS

Versión taquigráfica

Presentación de enfermos: Enferma ficha N°. 111, H. G., fotografía 6 y 7.

Observen Vds. en esta enferma lesiones de tipo maculoso, manchas pigmentarias que no hacen ningún relieve sobre la superficie de la piel, y que están esencialmente constituídas por medallones numulares distribuidos sin orden de sistematización en la cara y miembros inferiores. Observen bien la pigmentación especial morena oscura, casi negra, de la lesión de la cara; lesión alargada en sentido transversal, presenta contornos bien nítidos que la distinguen perfectamente de la coloración racial de la piel vecina. En los miembros inferiores, medallones de contornos difusos e irregularmente pigmentados algunos de ellos presentando una pigmentación más oscura en la parte periférica, rojo, violácea, vinoso, lo mismo que la parte central. Una faja de coloración más clara y ligeramente escamosa une estas dos porciones. Da, así, al conjunto, un aspecto en escarapela o en círculos concéntricos.

Explorando la sensibilidad al calor, dolor y al tacto simple, se constata una disminución notable de la sensibilidad calórica y dolorosa y un retardo manifiesto de la sensibilidad táctil. Observen por lo demás en esta enfermita la infiltración del lóbulo de la oreja, (V. fotografía N°. 6), conservación de cabellos, cejas y pestañas. Tiene una evolución de dos años y medio de enfermedad y presenta además de las lesiones enunciadas, una rinitis bacilífera contagiosa. Es madre de familia y su hijo menor tiene año y medio.

En esta otra enferma observen Vds. lesiones de tipo eritematoso en napa difusa y algunos medallones con un halo pigmen-

tado en la parte periférica, de una coloración rojo vinosa violácea, como de una pincelada de tintura de yodo; en la parte central ligera despigmentación. Al mismo tiempo este otro tipo de



Fotografía No. 6.

Ficha No. 111. H. G. — Mancha pigmentaria numular e irregularmente alargada en sentido transversal. Circundando el medallón se observa un anillo despigmentado, acrómico, cubierto de fina descamación furfurásea, infiltrados del lóbulo de la oreja. — En miembros inferiores, manchas pigmentarias de coloración marrón oscura, casi negra. Alteraciones de la sensibilidad bien apreciables al examen clínico. Rinitis bacilífera. (Reproducción prohibida).

lesión que se encuentra distribuido en el resto del cuerpo con cierta sistematización y que presenta un síntoma subjetivo importante, el prurito, que se denuncia al examen objetivo por es-

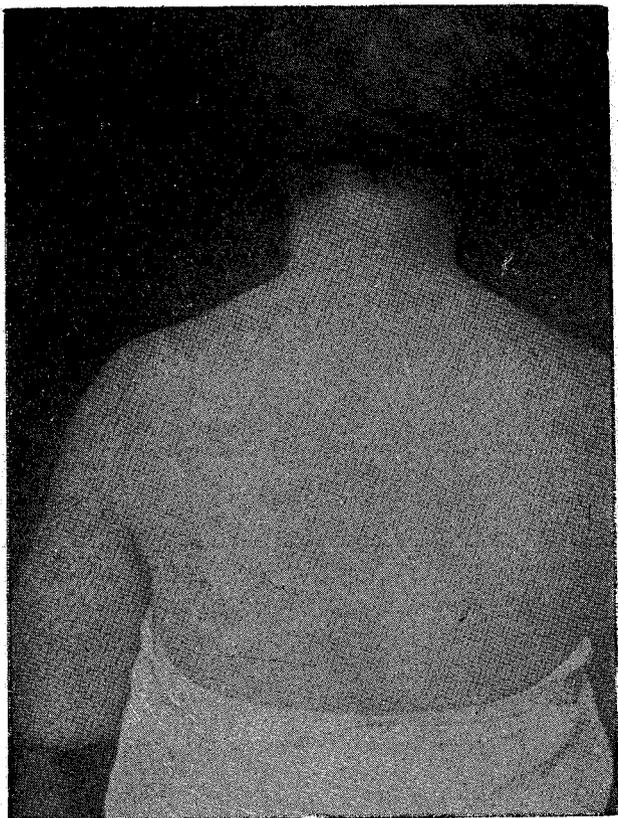
tos signos de rascado violento, prurito biopeicante; observando más en detalle vean Vds. la porción cubital del puño, pápulo-pústulas y signos de rascado. En los pliegues de flexión de los codos, pared anterior de las axilas, en los pezones y en los mus-



Figura 111. — Fotografía No. 7. (Reproducción prohibida).

los, lesiones de aspecto polimorfo, pequeños eritemas, pápulo-pústulas y eczematizaciones. Buscando detenidamente la lesión inicial de este proceso, observen Vds. este zurco en forma quebrada y esta pequeña elevación veciluosa escoreída, es el elemento característico de la sarna.

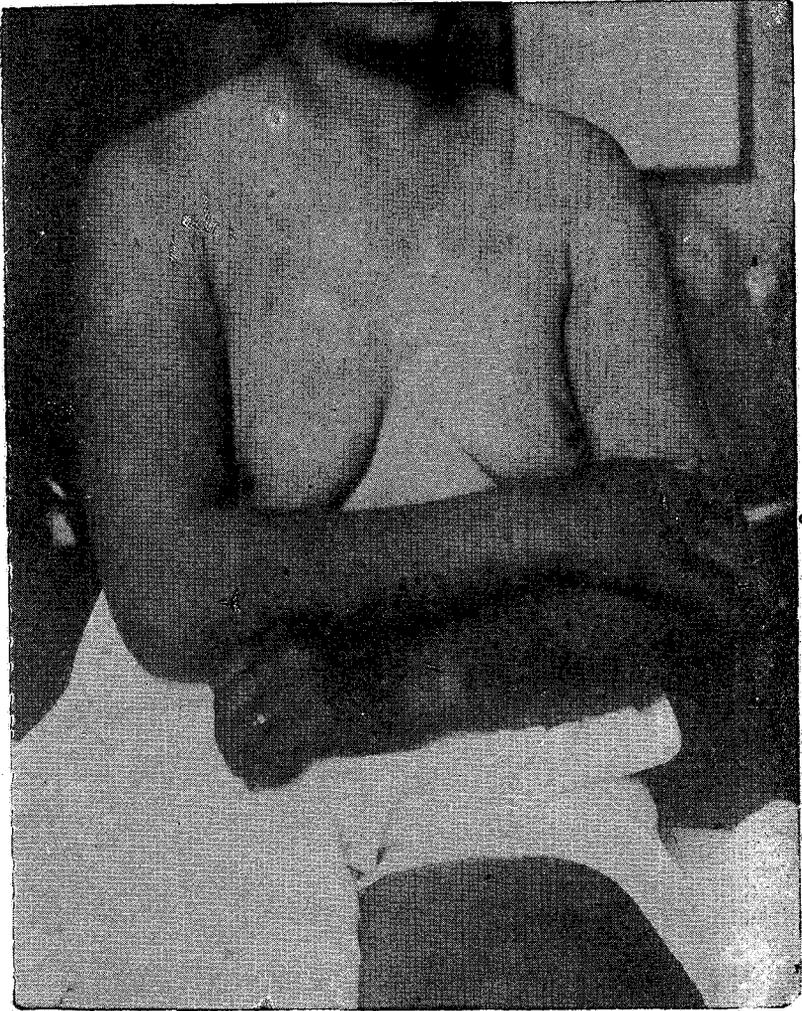
No es rara la observación de enfermos de lepra que presenten concomitantemente lesiones de sarna, pediculis cápitis, pediculis pubis, pediculis vestimenti, lo que los enfermos soportan con gran tolerancia, debido a la insensibilidad de su piel.



Fotografía No. 8.

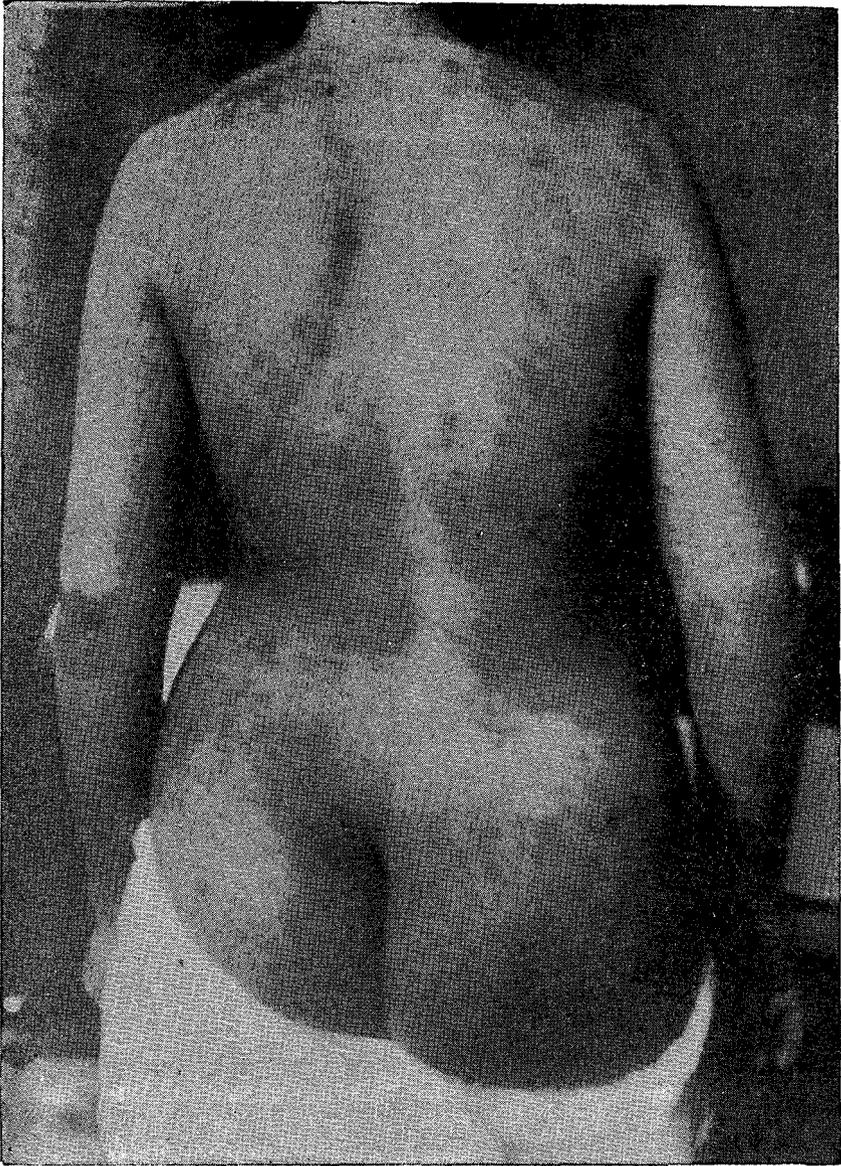
Ficha No. 96, A. de R. — Hacen tres años roseola leprosa característica. Reacción de Wassermann positiva. Atendida por sífilis. Obsérvense manchas exantemáticas numulares. En este momento de observación fenómenos evidentes de lepra reacción. Infiltración con relieve urticariano de las manchas y aparición de nuevos elementos. Presenta también manchas pigmentarias y acrómicas en distintos momentos de evolución, algunas de ellas con fina descamación hiperkeratósica. En antebrazos y miembros inferiores lepromas con sus característica habitual; dureza elástica, coloración bronceada y alteración manifiesta de la sensibilidad. (Reproducción prohibida).

La sarna de Noruega, afección caracterizada por escamas-costras, constituidas especialmente por ácaros de la sarna, ha sido observada precisamente en enfermos de lepra.



Ficha 96. — Fotografía No. 9. (Reproducción prohibida).

Esta otra enferma, ficha N.º 96, A. M. de R., padece su enfermedad desde hace seis años. En los dos primeros fué atendida en el Instituto Antiluético adonde se la tiene fichada por



Ficha 96. — Fotografía No. 10. (Reproducción prohibida).

sífilis; entre sus antecedentes se anota una lesión ulcerosa de la vulva y Wassermann positiva. Observada por primera vez hace cuatro años presentaba una erupción exantemática de aspecto

roseólico profusamente distribuída en el tórax y miembros. Actualmente presenta algunas lesiones de ese tipo alternando con otros elementos que describiremos luego. Observen Vds. estos elementos numulares eritematosos de una coloración rosada tierna, que desaparecen a la compresión y reaparecen a descrompresión. Algunas de ellas, como Vds. pueden observar, presentan una fina descamación furfurácea. Considerando estos elementos aislados y sobre todo en el momento de la primera observación de esta enferma, con antecedentes de chancro y Wassermann positiva, se imponía el diagnóstico diferencial con la roseola sifilítica. Buscando antecedentes en la enferma, manifiesta que las lesiones databan de casi dos años sin modificación apreciable, este dato ya es importante para el diagnóstico por cuanto Vds. saben que la roseola sifilítica en dos semanas ha llegado al acmé de su desarrollo con puossés sucesivas de elementos lenticulares o petaloideos que no dan ningún síntoma subjetivo, de una coloración rosada de flor de durazno y que no descama jamás. Su evolución es variable, pero raras veces dura más de cuatro o cinco semanas y las roseolas de recidiva de períodos tardíos son mucho más discretas por su número, aunque de mayor representación por su tamaño. En esta enferma las lesiones extraordinariamente abundantes tomaban cara, cuello, que generalmente se encuentra respetada por la roseola sifilítica, y al mismo tiempo tórax y miembros. Los trastornos de la sensibilidad y una rinitis bacilífera confirmó el diagnóstico de lepra. Actualmente la enferma está bajo la acción del Yoduro de K, habiéndose provocado en ella la yodoreacción. Observen Vds. estos elementos más turgentes llenos de sangre y perfectamente bien limitados, lesiones de mayor infiltración y tamaño que las originales y que debidas a la acción del Yoduro de K. presentan este aspecto urticariano muy característico. Muir que ha estudiado prolijamente estos fenómenos de yodo-reacción, los atribuye a la destrucción de las células leprosas de Virchow que dejarían en libertad el bacilo de Hansen y sus toxinas que determinarían la infiltración en lesiones preexistentes y la determinación de lesiones nuevas que retrogradan cuando se suspende la medicación. Observen también la infiltración eritematosa de los antebr-

zos que se presentan pastosas infiltrados en napa difusa, es una consecuencia también de la yodo-reacción.

En esta enferma hay también lesiones pigmentarias violáceas - vinosas, bronceadas en algunas partes; en otros lugares esa coloración es lila. Explorando la sensibilidad observen cómo las lesiones turgentes de tipo urticariano, (yodo-reacción) son hipersensibles. Las otras presentan una escasa disminución a la sensibilidad al calor y dolor, con conservación de la sensibilidad táctil. Puede observarse también en esta enferma, la graduación insensible de lesiones del tipo maculoso puro, de infiltración maculosa en napas difusas y el tipo nodular o lepromas como se observan nítidamente en los antebrazos y muslos. Observando más en detalle estas infiltraciones nodulares vemos que casi todas ellas tienen el tamaño de un perdigón o un poco mayor; presentan una coloración cobriza leonada y su epidermis lisa, tensa y luciente, presenta un aspecto barnizado aceitoso. Al tacto a la exploración del pulgar e índice, se constata una renitencia elástica intermedia entre la dureza fibrosa del nódulo sifilítico y la blandura especial del nódulo tuberculoso o lupoma. Explorando la sensibilidad hay conservación en este caso de la sensibilidad táctil y desaparición de la sensibilidad térmica y dolorosa. En esta enferma pueden observar también la infiltración de los ganglios en las regiones inguino-crurales y axilares. Estos ganglios conservan su forma ovoidea, son aflemásicos múltiples y talvez algo aumentados de tamaño por la yodo-reacción que los hace sensibles la presión.

En todas estas lesiones, tanto las lesiones maculosas y sobre todo en las que presentan fenómenos de yodo-reacción, en los lepromas y en los ganglios, se encuentra el bacilo de Hansen. La localización ganglionar se observa muy tempranamente y se acepta en general que las lesiones iniciales, van seguidas de ganglios, lo que no siempre es fácil constatar. Cuando se los observa la investigación del bacilo de Hansen en los ganglios suele ser muy útil para el diagnóstico precoz de la lepra latente. La punción del ganglio se hace en la siguiente forma: se elige uno que no presente en la piel que lo cubre, lesiones atribuibles a la enfermedad, se lo fija con los dedos pulgar e índice de la

mano izquierda y se lo punciona con una aguja gruesa y corta adaptada a una jeringa de uno o dos cc. y que contenga $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ cc. de suero fisiológico. Si el ganglio sigue los movimientos de la aguja quiere decir que ha sido puncionado. Se encuentra siempre cierta resistencia elástica al atravesar la cápsula ganglionar. Se hace entonces la inyección de unas cuantas gotas de suero fisiológico. La resistencia es muy característica y diferente de la que se encontraría en el tejido celular sub-cutáneo. Se procede entonces a malaxar el ganglio y se verá subir por capilaridad hacia la jeringa pequeños gotitas de un líquido viscoso sanguinolento. Extraer la aguja y con el resto de líquido contenido en la jeringa se expulsa el contenido de la aguja, que extendido sobre un porta objeto, se lo fija, se tiñe con zhiel y se lo observa al microscopio. Se distingue netamente el bacilo de Hansen. Es el método de elección en muchos casos, sobre todo es muy útil para investigar la lepra en las personas que conviven con enfermos, especialmente niños.

Observen también en esta enferma, la expresión al palpar el nervio cubital por encima de la epitroclea en el tercio inferior del brazo. El nervio cubital se encuentra engrosado y deformado; engrosamiento moniliforme doloroso a la presión y con dolores irradiados hacia la extremidad de las manos.

En esta otra enferma, ficha N.º 20 (Ver fot. 11, 12, 13, 14) A. B. las lesiones se presentan con un aspecto distinto a las que han visto. Son infiltraciones lepromatosas profusamente diseminadas en la cara, tórax, miembros superiores e inferiores, infiltraciones nodulares de distinto tamaño, algunas, las menos, como una munición predominando el tamaño de un garbanzo o de un poroto y aun mayores como estas que observan en la cara y antebrazo, como de una almendra o de una nuez. Estas lesiones lepromatosas se presentan aisladas o confluentes, formando nappas de infiltraciones difusas en las que hacen relieve bien apreciables lesiones nodulares más salientes, más infiltradas. La coloración, hojas de malva, leonada, es muy característica. Observen la simetría casi perfecta de las lesiones y la insensibilidad absoluta al calor, dolor y sensibilidad táctil. Estas infiltraciones lepromatosas en la cara se encuentran localizadas de

predilección en las mejillas y el mentón, pero también se observan en las regiones superciliares y le dan al conjunto un aspecto de fieresa especial que la aproximan a las facies leontéasicas leonina. En algunos enfermos estas infiltraciones leproma-



Ficha 20. — Fotografía No. 11. Reproducción prohibida).

tosas en la cara son tan extraordinarias que comprometen toda su piel, marcando surcos profundos en los labios superiores e inferiores y con una coloración rojiza especial o amarillento parduzcoduzco, con su abundante cabellera, alopecías de las cejas y pestañas, toman el aspecto especial leontíásico, leonino. En estos



Fotografía No. 12.

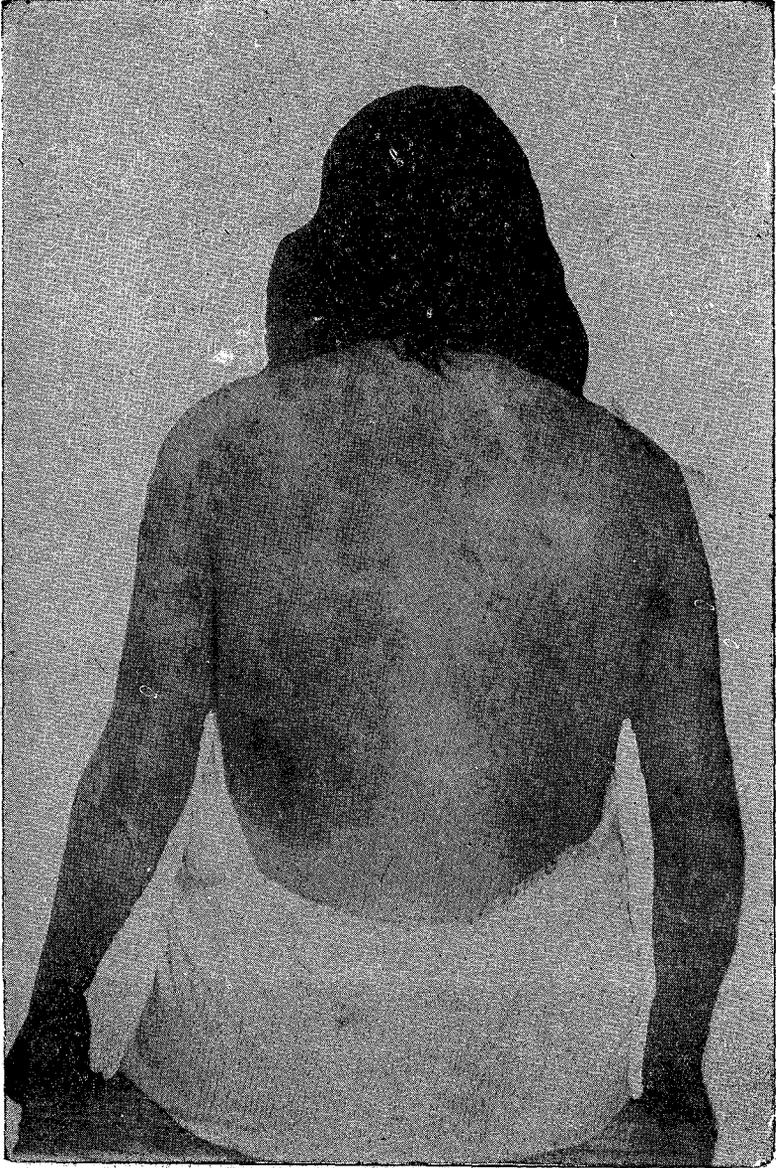
Ficha No. 20, A. B. — Lepra tuberosa. Infiltraciones lepromatosas en napas difusas de toda la piel. En la cara los lepromas deforman el rostro y le dan un aspecto leonteásico. Obsérvese la infiltración lepromatosa del lóbulo de la oreja derecha. Lepromas en distintos momentos de evolución; algunos presentan fenómenos de reabsorción y determinan el plegamiento de la epidermis que los cubre, dando el aspecto de piel senil, arrugada, deprimida, atrófica cubiertas de ligeras descamación hiperkeratósica. Otros lepromas ulcerados cubiertos de costras melicéricas que denuncian procesos piógenos agregados.

Obsérvese la piel del dorso acerbillada de lepromas dispuestos en grupos amorfos y guardando estricta simetría. Infiltraciones lepromatosas particularmente notables en antebrazo. Lepromas de gran tamaño (de una almendra, abellana y aun mayores) verdaderos gomas de infiltración dermo-hipodérmica. (Reproducción prohibida).



Ficha 20. — Fotografía N.º 13. (Reproducción prohibida).

estados avanzados, en estos enfermos no es posible distinguir nacionalidad, sexo, ni edad, todos los enfermos se parecen.



Fotografía No. 14. (Reproducción prohibida)

Estos elementos nodulares presentan al tacto una resistencia intermedia entre el tubérculo sifilítico y el lupoma. Es una resistencia elástica especial como de un pedazo de goma introducido en el dermis.

Las infiltraciones lepromatosas en la cara, comprometen frecuentemente el pabellón auricular y Vds. observan en esta enferma la deformación del pabellón auricular, estos surcos y depresiones y las infiltraciones lepromatosas como un semillero de nódulos de distinto tamaño.

Respeta con mucha frecuencia, la parte superior del dorso y el cuello; en esta enferma ambas regiones se encuentran comprometidas y ven en la parte superior del dorso, un semillero de nódulos de distinto tamaño agrupados como en tiro de escopeta o ramilletes, o bien confluentes en grupos amorfos, o en infiltración en napa difusa. Algunos de estos lepromas, son hipodérmicos en su iniciación y secundariamente toman el dermis propiamente dicho.

La evolución ulterior de los lepromas es variable. A veces el proceso se reabsorbe en la parte central y el nódulo se deprime, llegando a producir el aspecto especial en bolsa vacía que es muy característico.

Las lesiones presentan en un momento dado, ese aspecto especial, consecuencia de la reabsorción de su contenido y la epidermis que lo cubre se pliega, tomando el aspecto de papel de cigarrillo estrujado o plegado. La epidermis se ve obligada a replegarse sobre sí misma con el objeto de no sobrepasar los límites de la superficie a que estaba destinada. Este aspecto tan especial y característico, es tanto más notable, cuanto mayor ha sido la infiltración que la ha precedido. La piel de estos enfermos presenta un aspecto senil por esas pequeñas arrugas y falta de elasticidad consecutiva a la elastorrrexis que determina la acción del bacilo de Hansen en el dermis. La tracción con dos dedos en distintos sentidos hace desaparecer momentáneamente las arrugas, estirando la piel, la que recobra entonces el aspecto de piel sana por la desaparición de los pliegues que antes tenía. En esta enferma, pueden observar nítidamente este aspecto-característico de "bolsa vacía".

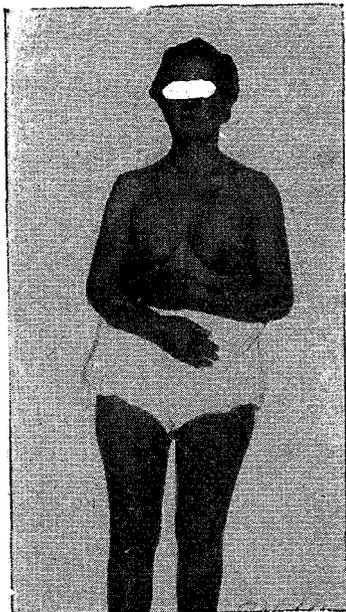
En otras partes de la piel de esta enferma, las lesiones nodulares han tenido otra evolución; una destrucción superficial al principio, ha sido seguida de la destrucción total del nódulo. Observen las cicatrices retráctiles adherentes a los planos profundos y consecuencia de la reparación de ulceraciones que han existido en el tercio medio e inferior de las piernas.

Las lesiones nodulares cuando se erosionan, dejan salir escasa secreción serosa y después serosanguinolenta filante, en estos momentos las investigaciones dan constantemente resultados positivos.

Otras veces la lesión se infecta por gérmenes piógenos comunes y da un aspecto de piodermitis ulcerosa común y a veces ectimas terebrantes que destruyen piel, tejido celular subcutáneo y músculos, llegando a hueso y produciendo después de su curación, lesiones cicatriciales adherentes umbilicadas, retráctiles. El bacilo de Hansen por sí mismo puede producir supuraciones y es otra de las formas de evolución del nódulo lepromatoso. Se producen fenómenos de necrobiosis y de supuración sin gérmenes piógenos y en la que se encuentra el bacilo.

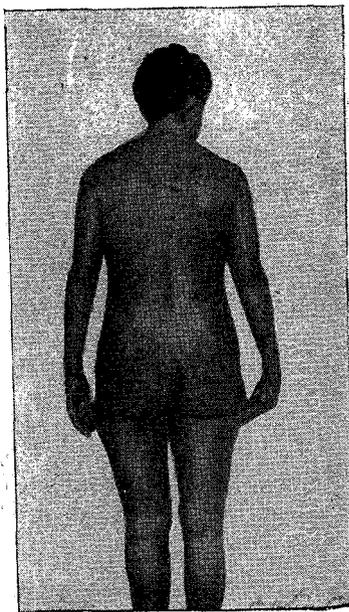
Observen los pies de esta enferma y noten la infiltración pastosa difusa con brillo aceitoso y la abundante decamación que lo cubre. En algunos enfermos la infiltración del tejido celular subcutáneo y de la piel suele ser tan notable que se produce el borramiento de las eminencias óseas y del pliegue articular, dando un aspecto elefantiásico. Esta semejanza es mayor en caso de que al mismo tiempo que la infiltración se produzcan reabsorciones de las falanges de los dedos. Aparece entonces el pie de una forma triangular, con los muñones de los dedos adheridos a su extremidad anterior y semejando la pata de elefante o de la foca.

En esta otra enferma, R. O., ficha N°. (Fotografías 15 y 16) y cuya enfermedad se ha iniciado hace ocho años, las lesiones han dejado la piel de una coloración amarillo terrosa y con cicatrices varioliformes y pliegues múltiples, lo que denuncia un proceso de reabsorción de infiltraciones difusas en napas. Por estas fotografías números 17 y 18, puede observarse esta misma enferma en un momento de lépra-



Fotografía No. 15.

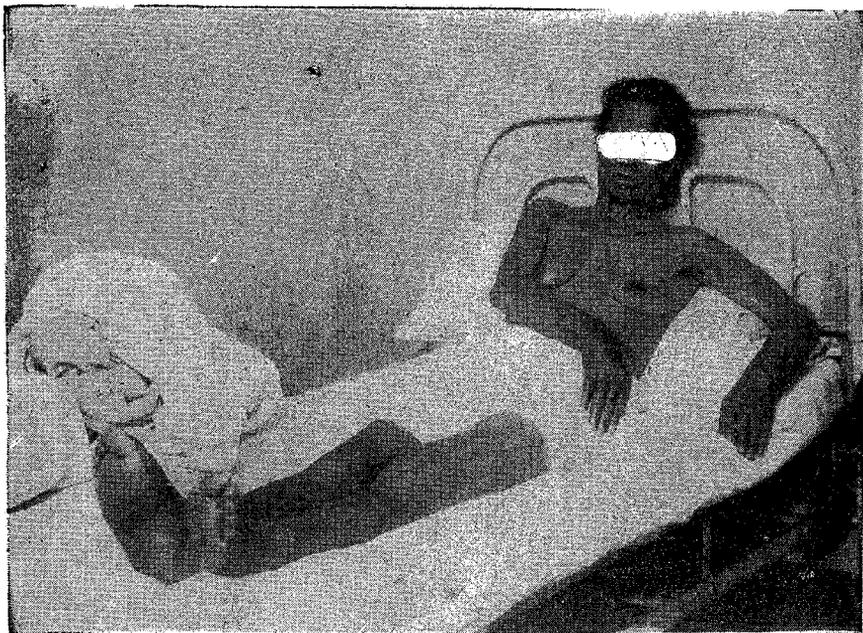
Ficha No. R. O. — Lepra tuberosa profusamente diseminada en todo su cuerpo. Las infiltraciones lepromatosas en napa difusas simétricas como una consecuencia de la destrucción elástica del dermis (elastro rexis) la piel se presenta con un



Fotografía No. 16.

aspecto senil con finos pliegos paralelos atrofiada, deprimida, plegada e hipermentada. Coloración leonada o bronceada característica. Depresión "en hachazo" de la nariz. Rinitis ocnosa bacilifera. (Reproducción prohibida).

reacción, proceso semejante al de yodo-reacción, pero que es un fenómeno espontáneo y constante en la evolución de muchos enfermos de lepra. Periódicamente y muchas veces sin una razón apreciable, el enfermo siente depresión, caimiento, insomnios o tendencia invencible al sueño, inapetencia y a veces intensos dolores osteóscopos y cefalalgias acompañadas de fiebre, 37°, 38°, y no raras veces 39° y 40°; fiebres irregulares, a veces de tipo renitente o intermitente. Esta enferma ha padecido varias pousés de lepra-reacción y en ellas se denuncian por algunas de las molestias anteriormente enunciadas y además sudoraciones profusas y escalofríos, seguidas de elevación de temperatura de 39 y 40°, simulando el paludismo. Había congestión y edema inten-



Fotografía No. 17.

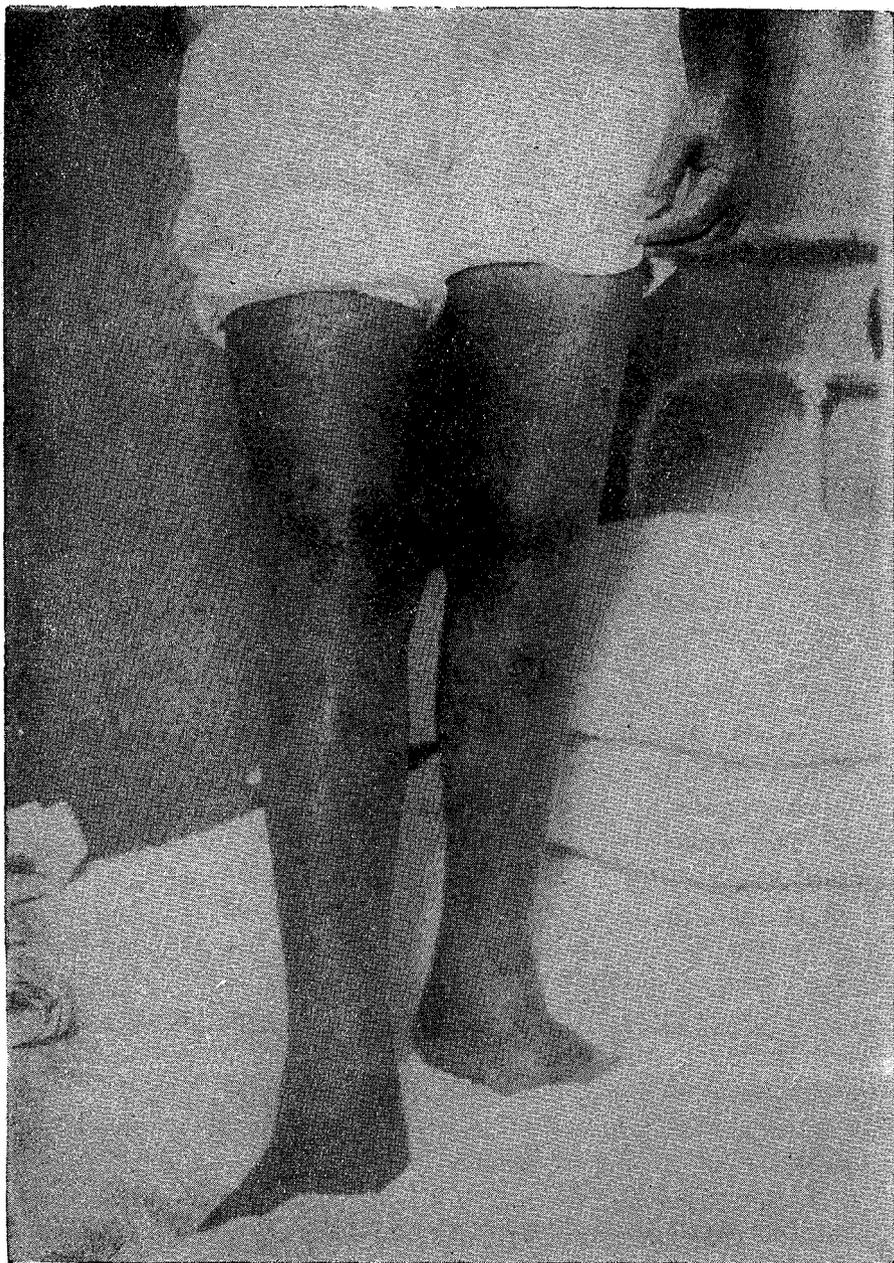
En las fotografías No. 17 y 18 tomadas de la enferma en un momento de lepra reacción, se observa la infiltración edematosa de toda su piel y tejido celular subcutáneo y la aparición de nódulos urticarianos. (Reproducción prohibida).

sa de toda su piel y particularmente de los miembros inferiores y superiores, lisos, tensos, lucientes y con un brillo característico.

Infiltración notable de la piel de su cara, que se destaca nítidamente, comparando estas fotografías con la enferma. (Comparar fotografías No. 15, 16 y No. 17, 18).

Es importante hacer notar también, la conservación de sus cabellos y la falta absoluta de cejas, pestañas, pelos de pubis, axilas y del bello de la piel de sus miembros.

Las lesiones de la mucosa nasal, toman especialmente el tabique en su parte cartilaginosa. La lúes ataca de predilección la parte ósea. Cuando el proceso es discreto, se produce una ligera infiltración en la mucosa del tabique que se presenta como aterciopelada, sobre todo en la base. Posteriormente se observan infiltraciones de tipo lepromatoso, las que pueden reab-



Fotografía N.º 18. (Reproducción prohibida).

sorverse, ulcerarse o supurar, produciendo destrucciones al nivel del cartílago seguidas de retracciones cicatriciales y como consecuencia, la deformación de la nariz en tipo de hachazo.

El lóbulo de la nariz se encuentra habitualmente infiltrado de estos enfermos y han visto ya el aspecto característico de enfermos con este tipo de deformación en hachazo, con su lóbulo nasal infiltrado. Esta deformación en hachazo puede hacerla también la sífilis, pero como lo han hecho notar algunos autores, en la lepra la depresión está situada a un nivel más bajo que el producido por la sífilis. Para De Buen y Sampelayo, no es suficiente el dato de la ubicación del signo de hachazo, para el diagnóstico diferencial de estas dos enfermedades y es necesario tener en cuenta los cambios de coloración de la piel y los otros datos coincidentes. Es común observar también la destrucción del sub-tabique nasal y el lóbulo de la nariz aparecen entonces como pegado al labio superior, como consecuencia los vestíbulos nasales se encuentran muy disminuídos y este hecho unido a la obstrucción nasal propia de la rinitis ozenosa húmeda concomitante, determinan una dificultad respiratoria nasal, que tiene que ser suplida por la respiración bucal, obligando a estos enfermos a permanecer con su boca semi-abierta. Esta respiración por vía bucal, lleva aparejada una faringitis atrofiante que es muy común observar y que pueden constatar en esta enferma. Es muy común de observar que en estos enfermos la eliminación de costras de la nariz va acompañada de un olor fétido nauseabundo igual que la exhalación respiratoria que recuerda a veces el olor de los tejidos necrosados, olor de cadáver. Los enfermos perciben perfectamente bien los olores y sabores.

A veces se localiza en la lengua, dando tipos de glositis leprosa que le dan un aspecto especial capitonado o cerebroide, estos procesos de infiltración lepromatosa, sufren la desintegración necrótica y como consecuencia, destrucciones importantes que dejan úlceras por donde se eliminan enormes cantidades de bacilos y que una vez reparadas dejan una cicatriz retráctil umbilicada que deforma la lengua. Las glositis esclero-gomasas de la sífilis, son de consistencia mucho más firmes que las glositis leprosas, que presentan renitencia elástica caracterís-

tica. Por otra parte, se constata la insensibilidad en la glositis hanseiana.

El paladar duro y blando puede estar afectado pero no compromete la parte ósea del paladar. Vds. saben que las perforaciones que se observan en el paladar duro, de 50 casos, 49 corresponden a la sífilis. En la lepra se compromete en cambio la parte de mucosa, dando un aspecto granuloso con múltiples ulceraciones o proliferaciones vegetantes que le dan un aspecto especial. Más comúnmente está afectado el paladar blando destruyendo los pilares y úbula, y el naso farinx que se encuentran habitualmente cubiertas de muco pus que le dan un aspecto como de barnizado.

Los tubérculos salientes tienen un matiz opalino y una consistencia elástica condroíde. La porción membranosa del velo, es a veces invadida de una infiltración en napa difusa, que dificulta sus movimientos y ofrece una consistencia cartilaginosa. La evolución ulterior determina a veces la destrucción total o parcial seguido de cicatrices viciosas y retráctiles que le den un aspecto especial al istmo de las fauces. En los procesos antiguos las mucosas de la boca, sobre todo esta parte de la faringe y el paladar blando, presentan un aspecto opalino deslucido, sin brillo, propio de las faringitis atróficas de la lepra.

Concomitantemente con estos estados buco-faríngeos, se observan trastornos de la audición caracterizados por zumbidos de oídos y ligera disminución de la agudeza auditiva, en otros enfermos puede observarse la sordera total.

La laringe puede estar invadida y a veces lo es muy precozmente. La epiglótis es el sitio habitual de las lesiones iniciales en la laringe y posteriormente se encuentran afectados los repliegues aritenos epiglóticos y falsas cuerdas vocales que se presentan pseudo edematizadas. La evolución ulterior de los lepromas, terminando por la reabsorción o la destrucción de los mismos, determinan distintos fenómenos funcionales caracterizados por los tipos de voz nasal, voz bitonal, voz ronca y aun afonía, lo que es común observar en los estados terminales de la lepra tegumentaria.

No es raro observar al mismo tiempo cornage, sensación de falta de aire, disnea y crisis asmátiformes, con pseudos espasmos de la glotis, a veces realmente dramáticos y que exigen a intervenciones de urgencia por traqueotomía o intubación.

La enfermedad ataca con una frecuencia extraordinaria el órgano de la vista. Las estadísticas de los distintos autores, difiere, sin embargo, fundamentalmente, debido a que algunos no toman en cuenta las lesiones ligeras conjuntivales que se observan con mucha frecuencia en la lepra.

Hemos dicho que a veces precozmente se observa la depilación de la cola de las cejas, seguida posteriormente de la emigración total de las cejas y pestañas. Esta caída de los pelos puede ser debida a infiltraciones leptomatosas in situ o bien a trastornos de orden general y trófico en la lepra nerviosa. Es común observar también inyecciones conjuntivales de la región bulbar, el enrojecimiento afecta la forma de un triángulo a vértice externo. Comúnmente las lesiones producidas por el bacilo de Hansen no se limitan a la conjuntiva, sino que afectan comúnmente a la esclerótica, determinando dolores vivos y fenómenos reaccionales intensos. Las lesiones del globo ocular se localiza en el segmento anterior del ojo, no tienen predilección marcada por el limbo esclero corneal y la región ciliar.

Son muy manifiestos los trastornos de sensibilidad de la cornea. Los traumatismos repetidos y falta de defensas tróficas y la insensibilidad, determinan erosiones y ulceraciones de la cornea, seguido de infecciones hipopion y a veces oftalmías purulentas.

La queratitis Hanseniana se manifiesta por dos tipos de aspecto distinto, en algunos casos se presentan formaciones nodulares que le dan un aspecto tumoral y en los que se encuentra al estudio histopatológico, las lesiones típicas de la enfermedad y enormes cantidades de bacilo de Hansen. El otro tipo de queratitis Hanseniana, recuerda a la queratitis intersticial o parenquimatososa de la heredo-lúes o a la queratitis intersticial tuberculosa (Jeanselme). Opacidades nodulares confluentes situadas en diferentes capas de la córnea son de observación frecuente en estos casos. No son raros los fenómenos glaucomatosos que deter-

minan la ceguera. El iris muy frecuentemente se encuentra afectado determinando fotofobias, dolores ciliares, alteración visual, inyección periquerática y enturbamiento del humor acuoso, iritis serosa (Jeanselme).

Es raro observar como primer síntoma de la lepra una manifestación ocular, pero en los enfermos que han evolucionado durante algún tiempo, se observan inyecciones conjuntivales, episcleritis, opacidades corneanas, ulceraciones de la cornea, iridoclititis, etc. y muchos enfermos de lepra pasan los últimos años de su vida con una amaurosis completa.

(Continuará)