

**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 E. Miranda. (Adscripto a la Cátedra de Dermatosifilográfica)

(Continuación)

**CUARTA CONFERENCIA, DIA 5 DE JULIO 14 A 15 HORAS
HOSPITAL SAN ROQUE**

Versión taquigráfica

**(Proyección de numerosas fotografías de enfermos de lepra, con
sus comentarios correspondientes)**

Decíamos que el tubérculo leproso o leproma puede tener tres evoluciones: a) reabsorción de su infiltrado central dando el aspecto especial en "bolsa vacía" y esencialmente caracterizada, insisto, por el plegamiento de la parte epidérmica que cubre la lesión y que le da ese aspecto senil, muy común de observar en los enfermos de lepra de larga evolución. b) La destrucción ulceroosa del leproma seguido de reparación cicatricial, caracterizada por cicatrices adherentes a los planos profundos, por depresión umbilicada de la lesión varioliforme. c) Supuración del leproma

sin intervención de gérmenes piógenos, producida por el bacilo de Hansen, que se encuentra en escasa cantidad en el pus de estos lepromas ulcerados.

De estas tres evoluciones la más peligrosa por la eliminación de bacilos, la constituye la segunda variedad. Las pérdidas de sustancias erosivas y ulcerosas de los lepromas permiten la eliminación de enorme cantidad de bacilos al exterior. Las ulceraciones lepromatosas cuando son nuevas y recientes, son muchísimo más peligrosas bajo este punto de vista que las antiguas con asociaciones de gérmenes piógenos.

En las lesiones erosivas y ulcerosas recientes la investigación es constantemente positiva; cuando son amplias estas pérdidas de sustancias ofrecen a las patas de las moscas la oportunidad de transportar los gérmenes hacia las personas sanas, alimentos, etc.; son las más peligrosas y contribuyen más que ninguna otra lesión a difundir la enfermedad. Es común observar en los enfermos de formas mixtas o nerviosas puras lesiones ulcerosas localizadas en los miembros superiores o inferiores y esencialmente caracterizadas por su larga evolución, sus bordes netos y con infiltración dura, su fondo atónico rosado, grisáceo, liso y cubierto de escasa secreción seropurulenta mal oliente como de carne descompuesta y en los que las investigaciones con casi siempre negativas. Son ulceraciones tróficas debidas no a la acción del bacilo in situ, sino a la falta de nutrición de los tejidos, falta de trofismo cutáneo. En estas ulceraciones tróficas, que a veces comprometen buena parte de los miembros inferiores, afectando la piel, tejido celular subcutáneo y mismo, músculos, hasta huesos, y en los que se produce muchas veces reabsorciones óseas y pérdidas importantes en las regiones afectadas, en estas ulceraciones, repito, las investigaciones del bacilo de Hansen son casi constantemente negativas.

Vds. han visto estos dos tipos de lesiones, los lepromas e infiltraciones lepromatosas ulceradas y las ulceraciones tróficas de piel y mucosa. La distinción tiene mucha importancia, pues, unas son muy contagiosas y las otras, aunque más graves, no lo son.

Las lesiones ampollasas de la lepra son consideradas en general, como de orden trofoneurótico y por lo tanto no contagiosas.

Sin embargo, se ha podido constatar la existencia del bacilo, por algunos autores que emplean técnicas especiales y la producción artificial de ampollas por quemaduras de segundo grado, determinadas por nieve carbónica, es un procedimiento utilizado para investigarlo en enfermos que ofrecen dificultades diagnósticas.

Lógicamente, si las lesiones ampollosas asientan sobre procesos e infiltraciones lepromatosas, pueden drenar en esta forma enormes cantidades de bacilos. Lesiones de tipo del pénfigo leproso pueden ocasionar, destruída la cubierta epidérmica que las cubre, pérdida de sustancias muy contagiosas.

Esta variedad de lesiones, cuando se hallan muy diseminadas determinan un tipo especial de lepra, llamada *lazarina*, y que para algunos autores serían formas poco contagiosas.

El tipo de lesión de orden trófico y que habitualmente es consecutiva a una formación ampollosa, el mal perforante, habitualmente no es contagioso, pero si el proceso se pasa sobre lesiones e infiltraciones lepromatosas puede constituir una importante fuente de contagios.

Insistiendo diremos que las vías de eliminación las constituyen, sobre todo, las ulceraciones abiertas sobre la piel, pero que hay formas de ulceraciones de orden trófico en los que está ausente o en muy pequeña cantidad y que no ofrecen peligro de contagio. En cambio, un enfermo con un leproma único y ulcerado, puede ser fuente de contagios múltiples de enormes cantidades de bacilos.

No es necesario que la pérdida de sustancias en un enfermo de lepra, sea producida sobre lesiones determinadas por el bacilo de Hansen para que ofrezca peligros de contagio; cualquier erosión mínima de su piel o de mucosas, la muda de cabellos, la transpiración abundante, o bien la eliminación de materia sebácea, la ulceración de una pústula de acné pueden servir de focos de eliminación. Por eso Jeanselme no acepta como incuestionable las formas abierta y cerrada.

La mucosa nasal, muy tempranamente afectada, es una de las fuentes más importantes de eliminación de bacilos y por lo tanto de las más peligrosas. Investigaciones prolijamente realizadas denuncian su existencia en la mucosa nasal determi-

nada por el examen directo del mucus nasal o bien por el procedimiento aconsejado por Jeanselme de la biopsia "deguiséé" y que consiste en la obtención de mucosa nasal en la base del tabique por el curetaje. Los autores se expresan favorablemente al método de Jeanselme, agregando que en las formas tuberculosas y mixtas no es superior a los métodos usuales de investigación en el mucus nasal, pero que en las formas nerviosas puras es bien preferible determinando un aumento de más de la mitad de exámenes positivos.

Las manifestaciones ulcerosas de lepromas, localizadas en la boca, constituyen también una importante fuente de contagio, eliminando bacilos por la tos, al hablar o al estornudar. Investigaciones bien realizadas por Schäffer de Breslau, utilizando el método de Pflügger han demostrado la existencia de bacilos de Hansen a 1.10 mts. o a 1.20 mts. del sitio en que hablaba un enfermo de lepra con manifestaciones lepromatosas de faringe. Los lepromas localizados en la laringe y en el parénquima pulmonar son eliminados en block por la tos explosiva y se encuentra frecuentemente el bacilo en las disposiciones de globíes característicos. Es interesante hacer constar que todos los autores exigen esta disposición de globíes para hacer el diagnóstico diferencial del bacilo de Hansen y del bacilo de Koch en las lesiones de las mucosas.

Boeck, citado por Jeanselme, ha encontrado los mismos globíes en las materias fecales. Ulceraciones localizadas en el tractus digestivo y alrededor del ano, podrían explicar esta vía de eliminación. Esta constatación tiene importancia para explicar la posible contaminación de las aguas de bebida, hecho generalmente no aceptado, pero que induce a tenerlo en cuenta para la ubicación de asilos destinados para el aislamiento de estos enfermos.

No se ha demostrado el bacilo en las orinas de enfermos de lepra. Pero sí se ha descripto la uretritis Hanseniana que se denuncia clínicamente por la existencia de una gotita grisácea como en la blenorrea crónica y en lo que se encuentran globíes bacilares, segregadas por lesiones lepromatosas situadas al nivel de la fosa navicular (Jeanselme).

La eliminación por el semen es escasa; estudios prolijamente realizadas en el Japón, han determinado la frecuencia de la azoo-

permia y la escasa cantidad de bacilos en la eyaculación obtenida por onanismo.

En el escurrimiento menstrual de las leprosas no se ha encontrado el bacilo de Hansen. Algunos autores han descrito lesiones lepromatosas en la vagina, son raros; podría explicarse en estos casos la contaminación genital, en los contactos sexuales.

Se elimina por la lactancia, pero en pequeña cantidad; los autores citan casos de posible contaminación por esta vía. Jeanselme, entre otros, cita el caso siguiente: Hombre sano se establece en lugar donde la lepra es endémica. Se casa con mujer sana. Una hija de este matrimonio se casa con hombre sano; de esta nueva unión nacen cinco hijos, los tres primeros murieron leprosos. La herencia puede descartarse; para Jeanselme la lepra fué introducida por una negra que amamantó a los niños y que más tarde falleció de lepra.

Esta vía de contaminación no es aceptada. Rodríguez, entre otros, es contrario, y entre los argumentos cita la estadística de Culión (Filipinas) en la que la lepra es dos veces más frecuente en los niños alimentados a biberón, que en los que toman el pecho, atribuyéndolo a que la infección es tanto más rara, cuanto el estado general es mejor.

Las ropas y elementos de uso, se encuentran generalmente contaminados y puede ser un medio de transmitir la enfermedad. Se citan casos de lavanderas que lavaban la ropa de enfermos de lepra en asilos, colonias y lazaretos y que después han contraído la enfermedad.

Algunos autores discuten si el bacilo de Hansen es eliminado vivo o muerto del organismo humano; este hecho no está aclarado, la falta de cultivos y experimentación en los animales, priva de los dos únicos medios para poder demostrar la vitalidad del germen. Se acepta, en general, que tiene poca vitalidad, ya que la lepra sólo se observa en el hombre y vive en el hombre.

¿Existen en el medio ambiente algunos sujetos sanos portadores de bacilos, personas que conviven con enfermos contagiosos y que podrían transmitir la enfermedad sin estar afectados de ella? Hoffmann acepta la posibilidad de los portadores de bacilos como para las otras infecciones. Jeanselme se pregun-

ta si realmente estos portadores de bacilos son sanos y si no serán en realidad, organismos infectados, casos de lepra latente. Muchos de estos enfermos investigados prolijamente denunciaban la existencia de manifestaciones leprosas en ganglios o en nervios.

Muir acepta también que las personas que conviven con leprosos, sufren pequeñas infecciones y que cuando las resistencias orgánicas son vencidas se desarrolla el leprosisismo constitucional como llama Hoffmann. Jeanselme acepta que en estos casos hay una verdadera sensibilización, un verdadero estado alérgico.

Por lo que respecta a la inoculación de la lepra en los animales, diremos que no se consiguió inocular la del hombre a las ratas, aceptándose que la lepra murina es distinta a la humana.

Roffo ha conseguido inocularla a los monos inferiores, repitiendo las experiencias de Kirle, Nicole y Reenstierna. En estos animales después de 30 ó 35 días le aparece en los puntos inoculados, lepromas de aspecto más o menos característico y en los cuales se encuentra el bacilo de Hansen. El estado general de estos monos se modifica, se observa la anorexia y la emaciación. Sin embargo, se considera que estos procesos no son idénticos a la forma constitucional del hombre, limitándose el padecimiento a una afección local de evolución limitada.

En cuanto a la inoculación en el hombre, recordaremos la célebre experiencia de Arning en las islas de Haway. Un ajusticiado (Keanú) condenado a muerte, se le conmutó la pena por la de recibir la inyección de una emulsión pura de bacilos de Hansen obtenida de un leproma ulcerado. Al año siguiente, se queja de dolores reumatóideos al nivel del hombro izquierdo; los nervios eubitales se tumefactan, posteriormente el rostro se desfigura por infiltrados lepromatosos localizados en nariz, mejillas, mentón y orejas. Manifestaciones del mismo tipo se observan en el resto del cuerpo. Entre las objeciones más importantes en contra de la experiencia pueden citarse la de haber sido realizada en un país donde la lepra es endémica y el antecedente de la enfermedad en personas de familia de Keanú.

En 1925, Mariani repitió la experiencia y como sujeto no leproso elije un hombre de 60 años atacado de epiteloma de la cara, incurable. Se le inoculan materiales de leprosos diluídos en

suero fisiológico y en los que se ha comprobado previamente al microscopio la existencia del bacilo de Hansen. En el sitio de inoculación se produjo un nódulo tuberculoide, los bacilos son abundantes al principio, enseguida son raros y desaparecen a los cinco meses de la inoculación. No fué demostrada la invasión bacilar en la sangre y la infección quedó detenida en los linfáticos y ganglios próximos al punto de inoculación.

Pawlow en 1925, cita el caso de un médico de Cuba que dice haberse inyectado una emulsión de cultura de bacilos leproso en el año 1913; en 1922 aparecen accidentes leproso parciales y en 1925 entre otras manifestaciones características de lepra tuberosa, presenta sobre el flanco una erupción miliar exactamente semejante al líquen escrofuloso. Al microscopio, infiltrados peripilares con numerosos bacilos de Hansen. A pesar de estas experiencias, la inoculación experimental en el hombre no ha sido completamente demostrada.

¿Es hereditaria la lepra? Muchos investigadores se han ocupado de esta importante cuestión. El profesor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Dr. Alberto Peralta Ramos, ha publicado un interesante trabajo sobre: "Lepra y Embarazo; ¿la interrupción artificial de la gestación y la esterilización definitiva pueden estar justificadas?", y en él estudia con todo detenimiento los distintos trabajos que en su concepto justifican la creencia de que la lepra es hereditaria. Entre otros autores recordaremos a los siguientes: Zambaco, cita casos de manifestaciones precoces que deben hacer pensar en lepra congénita. Gómez Avellana, Basa y Torado, citados por Rodríguez, hablan de casos de niños de nueve meses enfermos de lepra. Sugai y Manobe en la revista Sei-Kwai Medical Journal, 1913, págs. 102, 103 (Artículo original en Journal Tokio Medical Association, 27 de 1913) citados igualmente por Rodríguez, demuestran la presencia del bacilo de Hansen en cuatro placentas, sobre doce observaciones y lepromas en seis placentas; constata igualmente la presencia del Bacilo de Hansen en la sangre del recién nacido y en niños de 17 meses.

Pineda utilizando técnicas perfeccionadas encuentra igualmente en numerosos casos el Mico-bacterium-leprae en la placen-

ta y en la extremidad fetal del cordón. Curie (*American Journal Tropical*) dice que en la literatura médica de los 25 años que precedieron a 1915, ha encontrado 40 casos de lepra prenatal.

San Juan, médico de la Clínica del Prof. Nubiola (Barcelona) *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, cita casos observados por él, de bacilos de Hansen y lesiones especiales histopatológicas en la placenta de mujeres leprosas. Todos estos hechos citados por el Prof. Peralta Ramos, lo inducen a aceptar como incontestable la transmisión hereditaria de la lepra. El Prof. Sanarelli en una conferencia que dió en esta Ciudad, sobre lepra, acepta también esta manera de pensar. Los mismos autores aceptan como excepcional esta transmisión hereditaria, en efecto: La lepra no se desarrolla en los hijos de leprosos que se los cambia de medios y se los coloca en condiciones de vida más favorables. En Haway se ha podido controlar prolijamente este hecho. Allí existen asilos para niños nacidos de padres leprosos. Cuando estos niños son separados inmediatamente después de nacer, no se observa en ninguno de ellos el desarrollo de la lepra ulteriormente; aquellos hijos de leprosos que han convivido con ellos durante seis meses, dan un 20 % de contagios. Quiere decir que la contaminación no es fetal sino posterior; por otra parte los hijos de leprosos están más o menos en las mismas condiciones para adquirir la lepra, que otros niños hijos de personas sanas. Se acepta, sin embargo, una cierta predisposición específica en estos hijos de leprosos "entra en juego, una tara tóxica o infecciosa que debilita el organismo de los hijos de leprosos y los vuelve menos resistentes a la enfermedad".

El hecho exacto es que, separando de los padres leprosos a los hijos sanos, ninguno enferma de lepra.

Los riesgos de contaminación para los niños, hijos o no de leprosos son iguales prácticamente y dependen de su contacto con los enfermos. Por otra parte, la herencia tampoco puede explicar la diseminación rápida en una epidemia leprosa. No sería fácil explicar la diseminación rápida que se observa casi siempre en los sitios donde la lepra es endémica, si consideramos que la descendencia de los leprosos es muy escasa, que casi todos los

embarazos fracasan y los hijos que nacen vivos, tienen poca vitalidad muriendo muchos de ellos antes de la pubertad. Por otra parte la esterilidad de los leprosos es un hecho de observación corriente, como consecuencia de la esclerosis de los ovarios o bien de la azospermia. Estos hechos no podrían explicar la diseminación de la lepra y su aumento creciente. Si la lepra fuera hereditaria, con esta falta de nacimiento entre los enfermos, tendería a extinguirse.

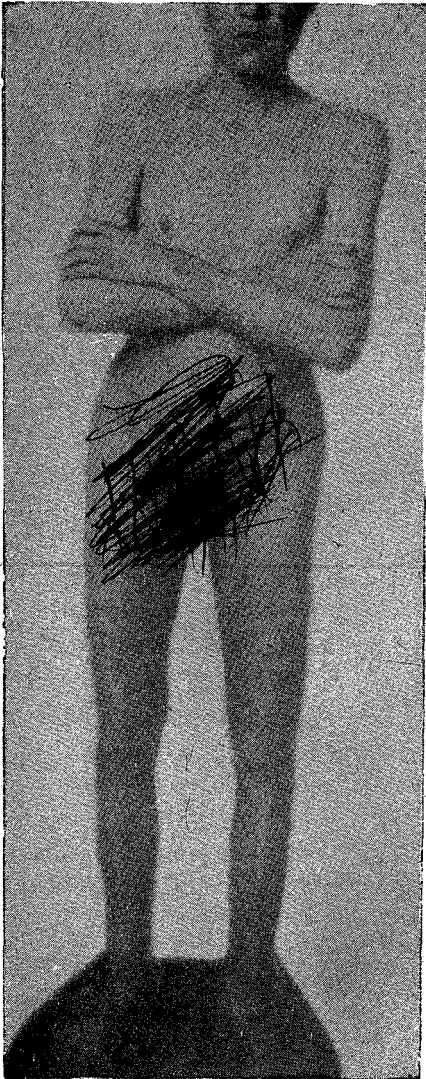
Estos hechos prueban de una manera evidente que la transmisión de la lepra, si bien puede aceptarse que a veces se hace por herencia, es infinitamente más frecuente, la transmisión por contagio directo o indirecto. Esto tiene importancia lógicamente para poder tener en cuenta los distintos medios de profilaxis que se aconsejan en la lucha contra esta enfermedad.

QUINTA CONFERENCIA — Dr. RAFAEL GARZON — DIS-
PENSARIO DERMATOLOGICO. — 6 DE JULIO —

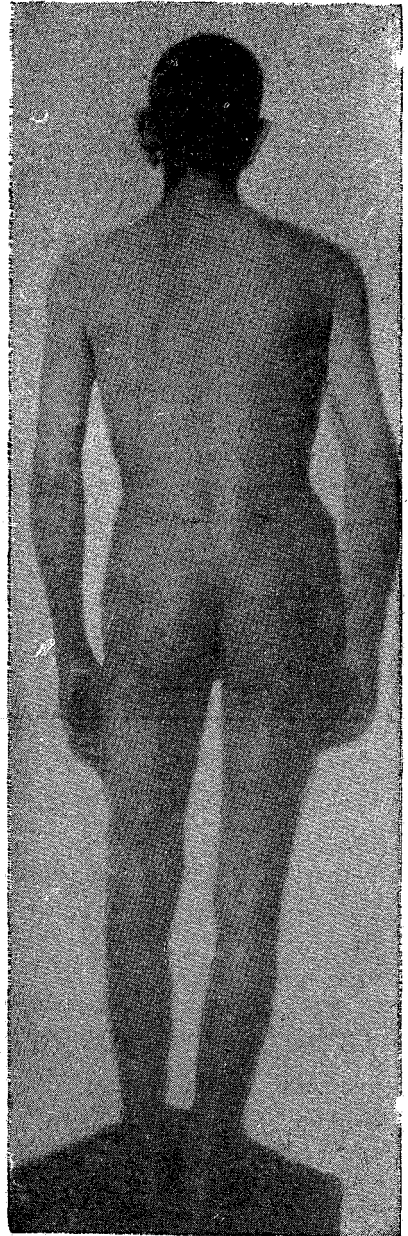
8 a 9 ½ HORAS

Este enfermo ha sido tratado durante seis meses como eczematoso, por la lesión que presenta en el dorso de la mano, enfermo ficha N° 104, I. R. (Ver foto N° 55), es la única lesión que presenta en toda la piel. Esta mancha del tamaño de la palma de una mano, presenta la característica de ser despigmentada, acrómica, la parte central sobre todo es leuco dérmica; la parte periférica presenta una pigmentación rojo morena, en parte lila, que la distingue bien de la parte de piel vecina. Esta mancha es insensible al calor y al dolor y se observa como Vds. constatan un retardo bien manifiesto de la sensibilidad táctil. Corresponde al tipo de mancha llamado vitiligo gravior, que se observa con alguna frecuencia en la lepra. Observar bien el tinte blanquecino especial, nunca es tan blanco como el del vitiligo común; es una coloración blanquecina sucia, la despigmentación no es tan absoluta. Otras veces estas despigmentaciones se observan en la lepra, en la parte superior de tórax y alternan con zonas pigmentadas que le dan un aspecto semejante a las leuco melanodermias; Muir insiste en llamar la atención en estos tipos leucomelanodérmicos que nunca son tan característicos como los de las otras afecciones conocidas, las acromias en la lepra, son menos manifiestas, la despigmentación es menos completa, el contraste es menor con las pigmentaciones vecinas.

En este otro enfermo (Fotografías 19 y 20) observen Vds. los lepromas localizados en la cara; infiltraciones lepromatosas de las cejas, con aleposía completa de las mismas, deformación de la nariz, desviación del tabique y signo del hachazo; infiltraciones lepromatosas en el lóbulo de las orejas y en el mentón. Rinitis bacilífera. Observen también las infiltraciones lepromatosas de los miem-



Fotografía No. 19.
(Reproducción prohibida)



Fotografía No. 20.
(Reproducción prohibida)

bro inferior y los lepromas de distintos tamaños aislados o confluentes que se distribuyen simétricamente en los mismos. Examinada la piel del dorso, pueden comprobar la ausencia absoluta de lesiones y en cambio constatan gran cantidad de lepromas aislados de distintos tamaños y localizados simétricamente en las regiones glúteas, regiones póstelo externa de los antebrazos y posteriores de las piernas. Esta sistematización, insisto, es muy característica y de observación muy frecuente en la lepra. Este enfermo trabajaba de jornalero hasta hace tres años en que se denunció su enfermedad. Posteriormente las manifestaciones evidentes en el rostro, le cerraron todas las puertas y hasta sus propios familiares piden sea internado por carecer de medios de subsistencia. Hace próximamente seis meses, ingresó a la Sala de Policía, herido por tiro de escopeta en el abdomen (tentativa de eliminación?), herido accidentalmente según manifiesta el enfermo. Las múltiples perforaciones intestinales fueron suturadas y el enfermo salió de alta curado, veinte días más tarde.

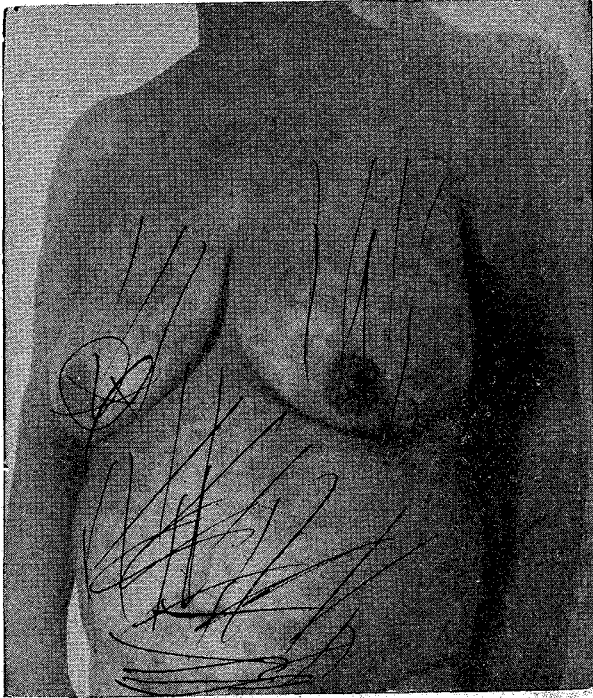
En esta otra enferma (Fotografía número 21), pertenece también a la variedad de lepra tegumentaria tuberosa. Observen la localización del mentón y de regiones sub-mentoniana y sub-maxilares; llama la atención los leproso de distinto tamaño lisos, tensos, lucientes, brillantes y cubiertos como de un barniz aceitoso, su coloración cobriza leonada es característica. La infiltración del lóbulo de la nariz y de los vestíbulos nasales, le dan una consistencia dura, elástica, condroide. Algunos de estos leproso del vestíbulo nasal y los que presentan en las manos, han sido ulcerado. Es una enferma bacilífera contagiosa. En los miembros inferiores, se constatan lepromas en distinto momento de evolución, algunos ulcerados, otros en vías de cicatrización y algunas cicatrices deprimidas, umbilicadas; asentando todas estas lesiones sobre una piel lisa y luciente, sin bello y con una descamación furfúrásea, particularmente asentuada en el borde de los pies. También se observan nítidamente en las regiones inguinales, ganglios múltiples que conservan su forma ovóidea, presentan una dureza intermedia entre los ganglios fibrosos, duros de la sífilis y la blandura especial de los ganglios tuberculoso. A la palpación del nervio cubital, se constata engrosado y algo doloroso a la presión, engrosamiento irregular palpable en el tercio inferior del brazo.



Fotografía No. 21. (Reproducción prohibida).

Esta otra enferma (Ver fotografías números 22 y 23) ha sido atendida hace tres años en el servicio de Ojos del Hospital Nacional de Clínicas, por una afección que no sabe precisar. Desde hace un año manifiesta la enferma que con motivo de alimentaciones condimentadas, le aparecerían ronchas de urticaria que le duraban muchos días. Posteriormente le aparecieron manchas fugaces y pasajeras en la parte superior del tórax. Atendida por un facultativo, le indicó inyecciones de autohemoterapia y otras medicaciones y regímenes alimenticios destinados a combatir su presunta urticaria y fenómenos autotóxicos, sin obtener ningún resultado. Posteriormente las manchas se hacen fijas y hace seis meses nos consulta por primera vez. El cuadro de entonces a ahora ha variado poco, a pesar del tratamiento instituido. Se constata una erupción exantemática profusamente diseminada en todo su cuerpo. Un tipo de roseola, petalóidea, si bien como pueden observar, hay elementos más pequeños y algunos numulares.

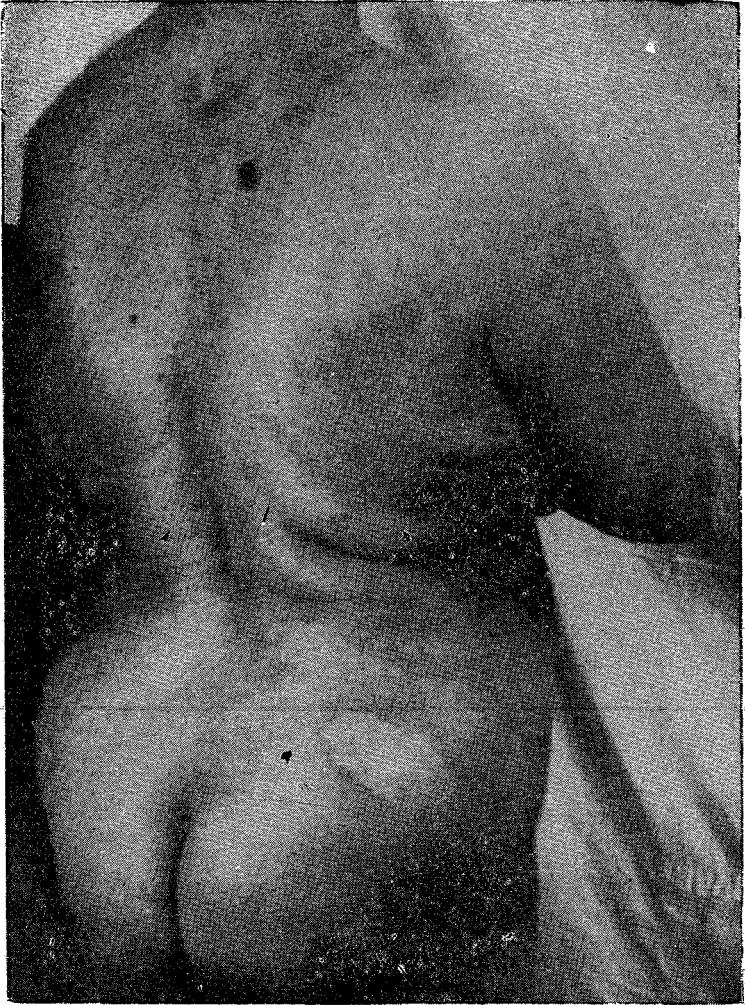
En la región glútea, del lado derecho, se observa un medallón de forma irregularmente alargada y de contornos bien dibujados, que circunscribe una placa leuco-acrómica. La exploración de la sensibilidad y sobre todo a nivel de esta última mancha, denuncia trastornos característicos. En esta enferma, los exámenes de labora-



Fotografía N°. 22. (Reproducción prohibida).

torio han sido negativos, pero clínicamente la afección no ofrece dudas diagnósticas. Ha trabajado como cocinera hasta hace poco tiempo y precisamente, cuando vino a consultarnos, trabajaba en su oficio en una vecina casa de pensión.

Este otro enfermo, presenta manifestaciones lepromatosas semejantes a las observadas en otros casos anteriores, sin embargo, a nivel de su pie derecho y en el tercio inferior parte pósterio interna de la pierna del mismo lado, presenta un tipo de lesión poco común y que es determinada también por el bacilo de Hansen, co-



Fotografía N°. 23. (Reproducción prohibida).

rresponde a un tipo de lepra verrucosa (ver fotografía N°. 24) y caracterizada por un engrosamiento bien manifiesto de la epidermis y con formaciones exuberantes que dan un aspecto papilomatoso o verrucoso. En este sitio (coloración más blanquesina de la fotografía N°. 24) actualmente cicatrizado, existía una lesión úlcero vegetante que fué atendida por radiaciones ultrapenetrantes.

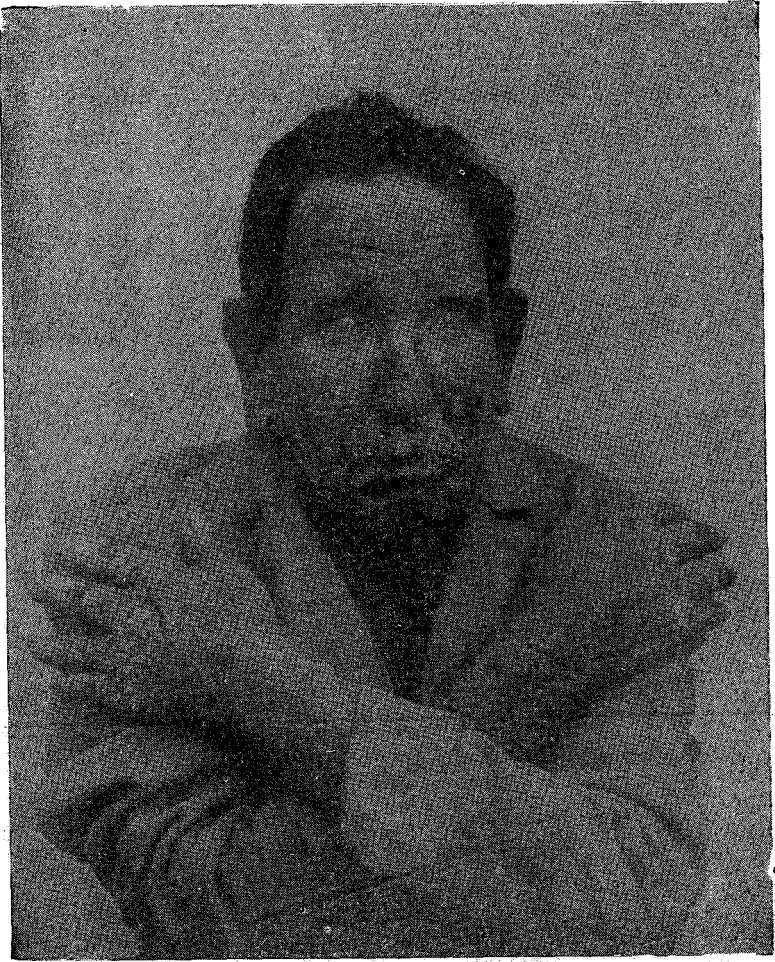
tes, considerándosela como una degeneración epiteliomatosa. Examinado el enfermo en toda su piel, se encontraron lesiones bien características de lepra tuberosa y las investigaciones de la sensibilidad en el sitio de la placa verrucosa, denunció la falta de la sensibilidad al calor y al dolor.



Fotografía No. 24.

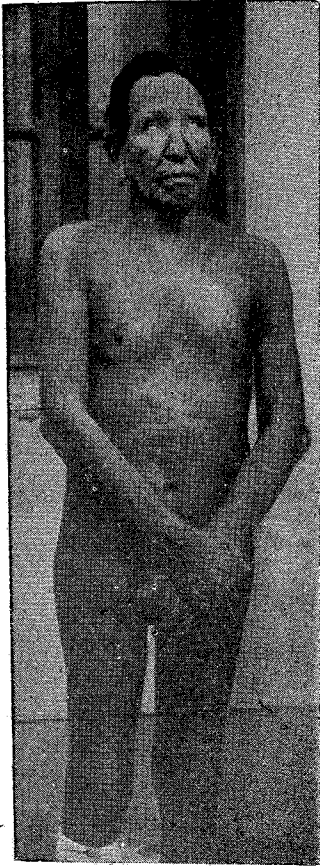
Ficha No. . . — Enfermo con manifestaciones de lepra sistematizada tegumentaria. Presenta como lesión importante y de observación poco frecuente en el tercio inferior de pierna derecha y talón una lesión berrucosa exubetante. El sitio que aparece más blanco en la fotografía correspondía a una úlcera de aspecto epiteliomatosa y curada con rayos Ultra-penetrante. (Reproducción prohibida).

En este otro enfermo (ficha N° 10, ver fot. N° 25, 26 y 27) el bacilo de Hansen ha producido lesiones extraordinarias en toda su piel. Observen el aspecto especial de piel senil, piel arrugada, en "bolsa vacía", que presenta la piel de su cara y de sus miembros. Es característico este color especial de la piel amarillenta sucia, de poca vitalidad. Observen los pliegues que se hacen fácilmente y el tiempo que tarda en adquirir su posesión habitual. Fenómenos de elastorréxis, destrucción de las



Fotografía No. 25.

Ficha No. , M. M. — Lepra mixta avanzada grave. Infiltraciones lepromatosas reabsorbidas han dejado una piel arrugada, con pliegues paralelos. Se observan también excoriaciones múltiples localizadas de predilección en abdomen y muslos. Asociación parasitaria. La lepra no da prurito en las lesiones constituidas. Obsérvese la infiltración pastosa de las manos y las ulceraciones localizadas en las interlíneas inter-falangianas de los dedos. Deformación de las orejas. Infiltración notable de los lóbulos que se presentan alargados y péndulos. Notable opacidad de la córnea. Desviación de los glóbulos oculares hacia arriba y afuera. Amaurosis completa. (Reproducción prohibida).



Fotografía No. 26.
(Reproducción prohibida).



Fotografía No. 27.
(Reproducción prohibida).

fibras elásticas del dermis lo explican. Aleposía de las cejas, deformaciones de las orejas con lóbulos alargados, péndulos flácidos, infiltraciones lepromatosas del mentón con engrosamiento de los labios e infiltración del lóbulo de la nariz. Pérdida de substancias ulcerosas múltiples a nivel de la piel de las articulaciones falájicas de las manos y miembros inferiores, ulceraciones profundas a nivel de sus piernas, ulceraciones con bordes nítidos, fondo atónico, cubierto de es exudado sero-sanguinolento. Llama además la atención de este enfermo, signos de rascado violento en toda la piel que

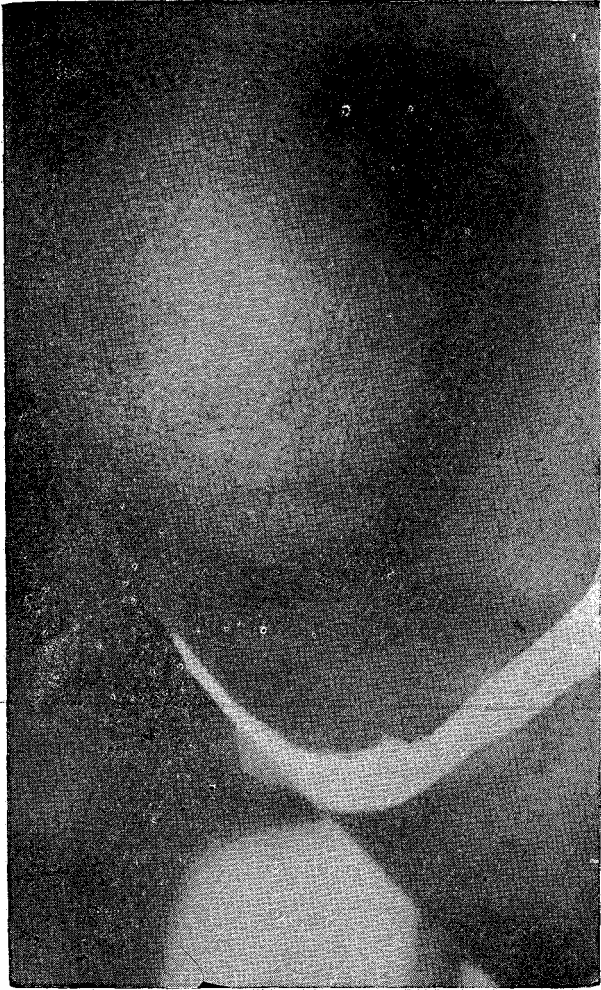
denuncian la existencia de un proceso parasitario agregado o fenómenos autotóxicos. Este enfermo padece desde hace mucho tiempo de malas digestiones, trastornos dispépticos y a veces gastralgias. Es común que estos enfermos presenten trastornos gástricos inapetencia, dolores y muy comúnmente diarreas pertinaces que determinan una sed insasiable que no pueden satisfacerla con nada. Estos enfermos insensibles en su piel en forma tan completa que permitan infecciones parasitarias sin determinarles mayores molestias, sufren en cambio de atroces dolores fulgurantes, en tenaza, etc. que le privan muchas veces del sueño. Observen también que este enfermo no ve absolutamente nada, por lo que le sirve de lazarillo ese chiquilín de ocho años que no es hijo de él y que lo acompaña a todas partes desde hace tres años.

Observen la mirada inexpresiva de este hombre que no ve, y la coloración blanquecina del globo ocular. Muy comúnmente se encuentra comprometido el nervio motor ocular común que puede afectar a la totalidad de los músculos inervados por él; puede afectar los músculos rectos superiores, elevador del párpado inferior, recto interno, recto inferior, oblicuo menor. Los ojos sólo pueden moverse hacia arriba y hacia afuera, hacia el ángulo externo, como pueden observarlo. Muy precozmente la lepra ataca los órganos de la vista y puede observarse una falta de reflejo pupilar a la luz. Se constata, además, infiltraciones lepromatosas localizadas en la córnea, y no es raro observar cicatrices viciosas, determinando el ectropio cicatricial. Un panus muy intenso impide la visión. Reflejo palpebral abolido, insensibilidad absoluta de la conjuntiva y falta de trofismo local, determinan muy frecuentemente ulceraciones graves de la cornea, seguidas de procesos de irido-ciclitis. Muy comúnmente, las lesiones predominan en un globo ocular, pero es común que después de un período más o menos largo de evolución de la enfermedad, se comprometan los dos ojos. Estos pobres enfermos sufren atroces dolores en sus ojos y como consecuencia de las ulceraciones de la córnea, infecciones agregadas que terminan en el hipopion, oftalmías purulentas y otros procesos que obligan la intervención urgente para hacer la enucleación.

En esta otra enferma, (ver fotografías números 28 y 29), la lesión que presenta, se encuentra localizada en el hombro izquierdo. Es una mancha acromio pigmentaria, del tamaño de la palma de la mano y que tiene un año de evolución. Su parte cen-



Fotografía No. 28. (Reproducción prohibida).



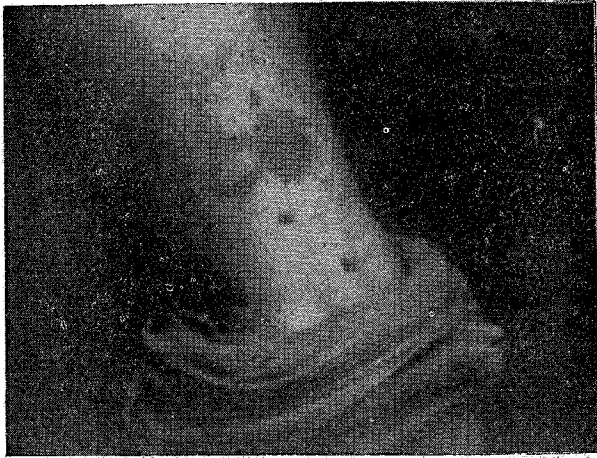
Fotografía No. 29.

Leprides acromio-pigmentaria localizada en el hombro izquierdo. Lesión única. Observada con gran aumento de lesión, puede notarse (fot. No. 29) ligero relieve pigmentario en la parte del borde próxima al cuello. Al examen clínico y a la explora-

ción táctil, sobre paso nervioso. Las investigaciones del bacilo de Hansen localmente y en mucus nasal, han sido siempre negativas. Lepra cerrada, no bacilífera, no contagiosa. (Reproducción prohibida).

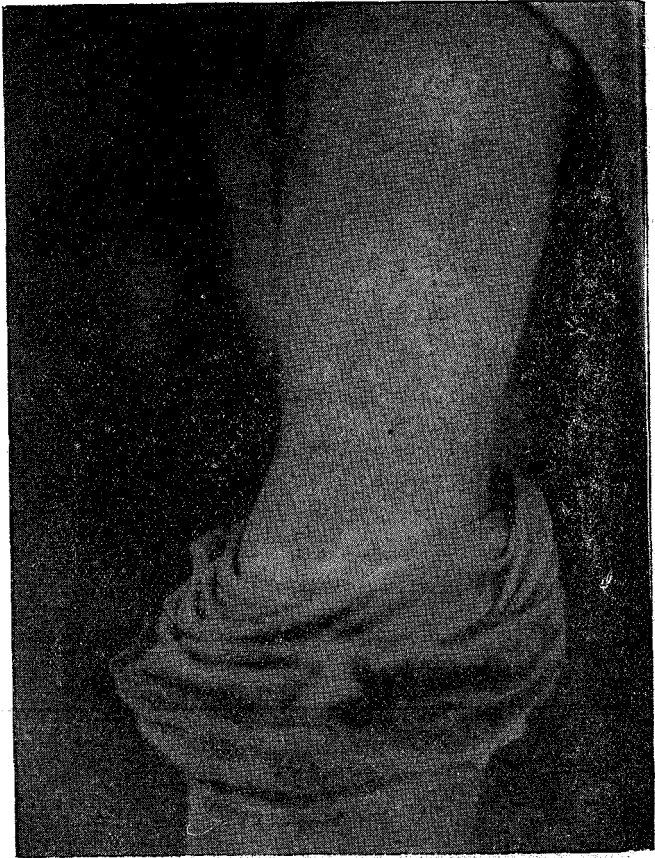
tral, despigmentada, finamente escamosa, la parte periférica de una coloración ajamonada, circunscribe la lesión en forma más o menos nítida. Explorando la sensibilidad, se constata una ligera hipostesia y sobrepaso a la exploración de la sensibilidad táctil. Las investigaciones insistentemente realizadas al nivel de las manchas, no han denunciado la presencia del bacilo de Hansen. No hay rinitis bacilífera y es la única lesión que presenta en toda la piel del cuerpo. No hay ganglios. Esta enfermita, de 14 años de edad, clínicamente corresponde a una forma de lepra maculosa inicial. Lepra cerrada, no bacilífera y no contagiosa.

Esta enferma (Ver fotografías N° 30 y 31) la ví por primera vez hace dos años, llevada por su novio, un farmacéu-



Fotografía N° 30. — Lesión localizada en pierna izquierda. La lesión pigmentaria y con ligera descamación fué atendida como eczema durante seis meses. Actualmente muy mejorada después de un tratamiento por el aceite de Chaulmoogra intensivo y prolongado. (Reproducción prohibida).

tico, que se extrañaba no poder curar el "eczema" a pesar de utilizar las pomadas que habitualmente suelen recetar. La lesión localizada en el tercio inferior de pierna estaba caracterizada por una mancha pigmentaria de coloración marrón, de forma nular y dos pequeñas lesiones más infiltradas y de una coloración oscura, violácea. En el momento actual, solo queda una ligera pigmentación sin alteraciones de la sensibilidad.



Fotografía N°. 31. (Reproducción prohibida).

En esta otra enferma (fotografía N°. 32) observen lesiones residuales de procesos lepromatosos, localizados de predilección en los antebrazos y en los planos de extensión de los miembros inferiores y nalgas. Múltiples cicatrices umbilicales y retráctiles, algunas de ellas muy importantes como las que presenta en el brazo izquierdo, que lo desforman. Lesiones graves en los ojos han determinado la ambliopía total. Los nervios cubitales se encuentran engrosados, duros, fibrosos, palpándose fácilmente en la corredera bisipital. Para palpar bien los nervios cubitales, se toma el brazo en esta posición colocando la mano del miembro explorado sobre el



Fotografía N°. 32.

E. de M. — Lepra hixta. En los antebrazos y manos cicatrices aisladas y consecutivas a la destrucción de lepromas dérmicos e hipodérmicos. Antebrazos y manos aplanadas por atrofas musculares. Obsérvese la mano izquierda: extensión exagerada de la primera falange de los dedos, flexión exagerada de las otras falanges. Garra leprosa. Atrofas musculares de aductores e interoseos. Atrofia muscular de las regiones tenar e hipotenar. (Reproducción prohibida).

antebrazo del observador, en supinación; con los cuatro dedos de la mano libre, se toma el brazo en esta forma y por encima de la epitroclea, se nota un cordón duro, engrosado en forma irregular y ligeramente doloroso a la presión.

En la lepra comunmente se afectan los nervios periféricos, son los más fácilmente explorables y se denuncian por trastornos de neuritis dolorosas, seguidas de trastornos de la motilidad y amiotrofias. Cuando el proceso se inicia, puede observarse alguna vez hipertrofia de los nervios cubitales, o bien neuritis de ciático póliteo interno o externo o bien de la rama auricular del plexo cervical superficial. Durante la evolución de la enfermedad, estos procesos de neuritis pueden tener sus reagudecimientos en los momentos de lepra-reacción, después de los accesos febriles y de las hiperalgesias, los troncos nerviosos, se deshinchán, vuelven al volumen habitual, repetidas estas inflamaciones en los nervios, las regresiones se hacen menos completas y dejan después los cordones duros, fibrosos, irreductibles, estigmas de procesos inflamatorios repetidos.

Las zonas afectadas por los nervios comprometidos, presentan habitualmente, dolores espontáneos y provocados, calambres, contracturas, que se presentan con cualquier motivo, espontáneamente o bien al ejecutar movimientos. Los dolores suelen ser a veces intensísimos, localizándose muy habitualmente en los miembros inferiores y en el trigémino. Posteriormente y como consecuencia de la evolución de la enfermedad, las zonas hiperestésicas se modifican, disminuyendo gradualmente la sensibilidad, presentándose en definitiva una anestesia más o menos profunda. Explorando la sensibilidad en estos enfermos, la anestesia al tacto leve es completa y a medida que la anestesia invade las capas profundas del dermis, la anestesia al calor y la dolor, son completas. Como consecuencia de estos fenómenos de neuritis, hay una pérdida de la sensibilidad al tacto y los enfermos no distinguen bien los objetos que toman; hay una cierta torpeza en los movimientos de los dedos si el proceso se lleva en los miembros superiores.

Las fuerzas disminuyen poco a poco, sobrevienen alteraciones de los músculos. Se comprometen los nervios motores sensitivos y mixtos determinándose atrofiás musculares y parálisis de los nervios motores.

En esta enferma, hay atrofas musculares localizadas en los antebrazos, músculos extensores. Observen también la deformación de las manos, es el tipo de garra cubital, con flexión de los dedos meñique y anular y extensión forzada de la primera falange. Hay también atrofia de los músculos lumbricales e interóseos, así también como del abductor del pulgar. Piel lisa, tensa, luciente de la palma de la mano.

En este otro enfermo, además de las lesiones de su piel, que han producido ulceraciones extensas en los miembros inferiores, y de las lesiones lepromatosas en plena evolución en la cara y miembros superiores, llama la atención las infiltraciones lepromatosas difusas en napa del velo del paladar y de la faringe, que se encuentra acribillado de pequeños lepromas, muchos de ellos ulcerados. Observen bien las ulceraciones de coloración rojo cobriza bien limitadas y las formaciones de lepromas recientes cerca de su borde. Estas ulceraciones son bacilíferas contagiosas.

En esta otra enferma que presenta lesiones igualmente extensas de su piel y mucosa, han terminado su evolución en la mayor parte de ellas, y presentan ese tipo de piel arrugada, tipo de "bolsa vacía" que Vds. han aprendido a conocer bien. Las lesiones que presenta en el paladar blando, sobre una superficie blanca grisásea, despulida, sin brillo y como adherente a los planos profundos, son lesiones tróficas, ulceraciones tróficas. Superficie ulcerosa atónica, blanca grisácea, bordes cortantes. Son lesiones producidas por falta de nutrición local de los tejidos, lesiones tróficas en las cuales las investigaciones son negativas. Compáren bien este tipo de ulceración atrófica, atónica, no contagiosa con la ulceración lepromatosa con abundantes bacilos de Hansen y por lo tanto muy contagiosa, del enfermo anterior.

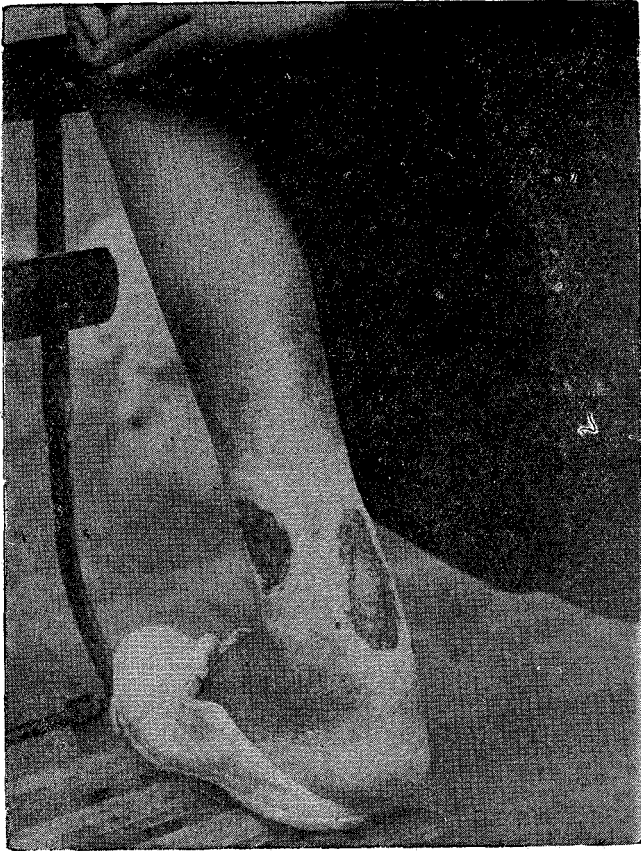
Las formas nerviosas puras son muy raras. Como lo hace notar Jeanselme, casi todos los enfermos considerados como tales, presentan en el curso de la evolución de su enfermedad, lesiones tegumentarias. Todos estos enfermos presentan por lo tanto, lesiones de las dos formas de lepra, tegumentaria y nerviosa, que son formas mixtas predominando una u otra localización. Observen estas láminas en el libro "La Lepra" de Jeanselme (ver copia fotográfica de dicha lámina) y vean



Fotografía N° 33. (Reproducción prohibida).

las modificaciones de volumen y de forma que se observan habitualmente en las formas avanzadas de la lepra mixta y nerviosa pura, cuando el nervio cubital se encuentra afectado. Forma irregularmente engrosada moniliforme, en especie de rosario o de huso.

Las neuritis de cualquier otro proceso infeccioso, comunmente no modifican en absoluto la forma. Talvez podría hacerse la excepción para una variedad rara de neuritis intersticial hipertrófica, en la cual hay modificaciones de forma del nervio cubital, mediano y ciático popliteo externo, pero siempre son más uniformes y regulares los engrosamientos. También algunos casos en la sífilis según Jeanselme, pueden presentar los nervios ligeros engrosamientos. Prácticamente no hay ninguna neuritis que modifique la forma y el volúmen de los nervios como la neuritis leprosa, de



Fotografía N.º 34.

Fot. 33 y 34, M. M. — Lepra mixta avanzada. Deformación de rostro por infiltraciones lepromatosas en napas difusas. Labio inferior extraordinariamente engrosado e invertido. Boca entre abierta; respiración dificultosa por rinitis ocnosa. Faringitis atrófica. Piel arrugada atrófica plegada, aspecto de "bolsa vacía". Alopecías de las cejas y pestañas. Conservación de su cabello. Deformación de la nariz, infiltración de lóbulos con depresión de las alas y disminución notable del vestíbulo nasal. En las piernas piel atrófica; se observan dos ulceraciones de fondo átono, bordes cortados a pico, duros despigmentados. Ulceraciones tróficas. Las investigaciones realizadas en ellas no denuncian la existencia del bacilo de Hansen. Enferma internada en el Lazareto del Perpetuo Socorro. (Reproducción prohibida).



Fotografía No. 35. — Nervios cubitales. Reproducción fotográfica de una lámina del tratado "La Lepra" de Jeanselme. Observar las deformaciones irregulares de la neuritis hanseniana.

manera que tiene extraordinario valor, poder constatar una neuritis con deformación de los nervios. Pueden observarse fácilmente estos procesos en el cubital, en el mediano y en los dos ciáticos. Para poder explorar el ciático poplíteo externo, se hace flexionar la pierna sobre el muslo a 45° buscando el pasaje del nervio a nivel del cuello del peroné. Otras veces se observa el proceso en la rama superficial del auricular, que corresponde al plexo servical superficial. Esta rama se hace visible poniendo en extensión el cuello, podría confundirse con la vena yugular pero es fácil diferenciarla pues mientras el nervio se nota como un cordón endurecido la vena yugular desaparece a la presión. La consistencia de estas neuritis es variable, al principio pueden ser de infiltración elástica cuando el proceso se inicia. Más tarde cuando entra en regresión, es dura, esclerosa. La sensibilidad a la presión es muy im-

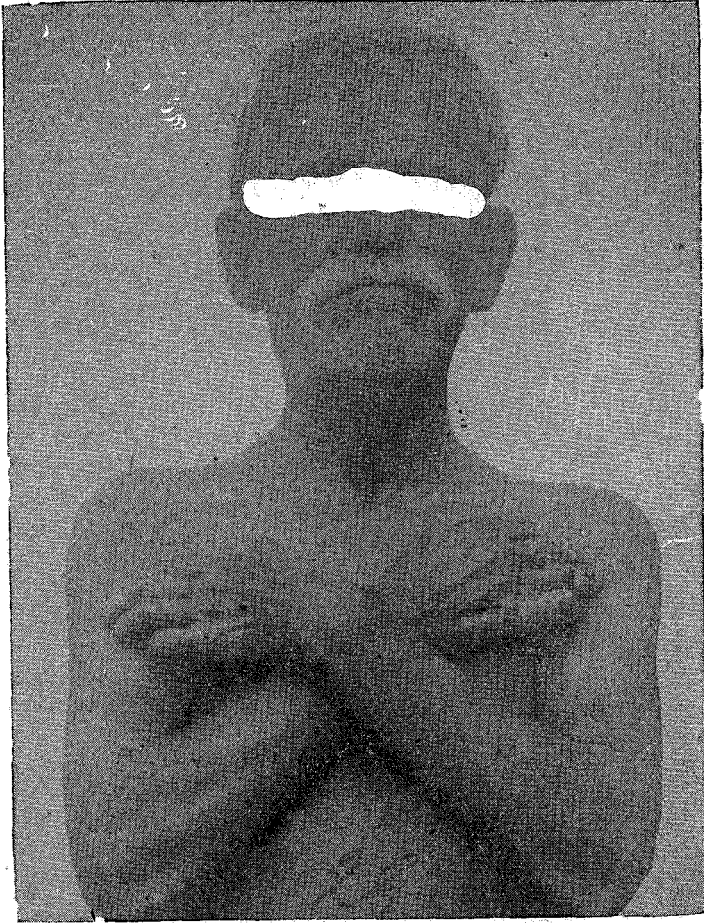
portante, cuando el proceso se inicia, la presión da una serie de sensaciones especiales que es interesante conocer. En una persona normal, da una sensación de hormigueo especial en los extremos de los dedos internos de la mano. Cuando el proceso de neuritis Hanseniana se ha instalado, estas mismas molestias se presentan espontáneamente. A la presión se producen entonces, sensaciones de ardor, quemadura, calor, tensión, hormigueos, adormecimientos y dolores vivos, que pueden presentarse en forma extraordinariamente intensa en el trayecto del nervio. Se han descrito casos de ciática de tipo reumático, con dolores insoportables y que no se modificaban con tratamiento habitual y que, pocas inyecciones de éteres etílicos de aceite de Chaulmoogra, fueron suficientes para hacerlo desaparecer. Estos dolores del tipo de la ciática, pueden presentarse en cualquier nervio y son, insisto, extraordinariamente dolorosos espontáneamente y más a la presión, acompañándose de sensaciones de hormigueos, adormecimiento, sensación de dedo muerto, calambres, dolores fulgurantes, etc. manifestaciones que suele presentarse en forma paroxística.

El primer signo se denuncia habitualmente a nivel de las extremidades de los dos últimos dedos de la mano. Muy comúnmente, ligera anestesia o hipoestesia es notada por el enfermo en el trabajo manual; nota que se quema sin sentir nada, se pincha al coser sin darse cuenta, nota ligeras molestias a la aprehensión de los objetos y una torpeza en los movimientos de los dos últimos dedos. La exploración de la sensibilidad es necesario hacerla con toda técnica.

Insistiendo, diremos debe utilizarse una aguja de punta bien afilada y acerada, de manera que penetre en un espacio de piel bien pequeño. La presión debe hacerse uniformemente en las zonas de investigación y en las zonas vecinas. Determinada la sensibilidad al dolor, explorar la sensibilidad térmica; se consigue así localizar zonas donde la temperatura no es sentida en absoluto y zonas intermedias entre las enfermas y las sanas. Hay partes donde el enfermo no distingue absolutamente el frío del calor. La exploración táctil, hacerla con un algodoncito muy suave y haciendo un tacto leve porque la presión ya corresponde a otra sensibilidad.

Explorar pues muy bien, la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil, muy comúnmente el parche anestésico es el primer signo de neuritis Hanseniana. Muir insiste en que la zona que debe tomarse para la investigación del bacilo de Hansen, no debe ser la que tiene la anestesia profunda, completa, en estos parches; parece que en estos sitios ya no hubiera bacilos. El toma las zonas intermedias y haciendo un pliegue con una pinza, corta comprendiendo el dermis. El corte lo frota sobre un porta objetos, lo fija y lo colorea por el método Ziehl Neelsen observando con más frecuencia el germen.

Observando los parches anestésicos, es posible constatar que no corresponden exactamente a la distribución de la rama del nervio cubital. No es raro que el proceso de neuritis en la lepra nerviosa, se inicie en miembros superiores e inferiores concomitantemente. En los miembros inferiores comienza en las extremidades de los dedos, si bien algunas veces pueden quedar libres los pulpejos. Invade la cara interna de las piernas, extendiéndose después hacia los muslos. En algunas partes la anestesia es franca, absoluta; en otras podría encontrarse una disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa, con conservación de la sensibilidad táctil. Desde la iniciación del proceso de neuritis que se advierte por las sensaciones disestésicas y parestésicas de las manos y pies, y que avanzan en forma centrípeta, pasa un tiempo muy variable de meses y años. Al principio el proceso podría ser diagnosticado por la existencia del parche anestésico o bien por las modificaciones en la forma, volumen y consistencia de los nervios. Si una presión exagerada llevada sobre un nervio cubital deformado por neuritis Hanseniana, no determina ninguna sensación de hormigueo o malestar en los dedos, denuncia la existencia de un proceso de esclerosis definitiva, de mal pronóstico por las consecuencias que trae aparejadas. Estas neuritis leprosas, determinan procesos de amiotrofias de los músculos inervados por los nervios comprometidos. En la cara son afectados en esa forma especial los músculos de la mímica, modificando en tal forma las fisonomías que le dan al leproso una cara especial, sin ninguna expresión; son caras completamente inmóviles, inexpresivas, llamadas facies Anto-



Fotografía No. 36.

Lepra mixta avanzada. Obsérvese la deformación de las orejas. Reabsorción de infiltrados en napa difusa. Piel arrugada leuco-pigmentaria. Nervios cubitales engrosados irregularmente. Garra cubital. Atrofias de la piel que cubre los dedos. Ulceraciones a nivel de las inter-lineas falangeanas. Amiotrofias de las músculos lumbricales interióseos y extensores de los dedos. (Reproducción prohibida).

niana. Para constatar estos procesos musculares degenerativos, hacerle ejecutar movimientos con la frente silvar, cerrar los ojos, tratándose de separar los párpados para ver la resistencia de esos músculos y observar así detalladamente,



Fotografía No. 37.

R. E. — Forma mácula anestésica avanzada. Facies antoniana o de pierrot triste. Asimetría parcelaria por atrofiás musculares desiguales en los músculos de la cara. Insuficiencia de orbicular de los párpados. Amaurosis total. Inercia de la mejilla izquierda, piel blanca, arrugada; emaciación de los músculos de la cara; inmovilidad de los rasgos fisonómicos con lagofthalmos. — Manos en disposición de garra leprosa; extensión forzada de las primeras falanges y flexión exagerada de las otras dos. Atrofia muscular de las regiones tenar e hipotenar. (Reproducción prohibida).

el funcionamiento de los músculos de la mímica. Todos los músculos de la cara inervados por el facial pueden estar comprometidos y no pocas veces las dos ramas están tomadas dando a la cara su inexpressión característica con lagofthalmía por retracciones cicatriciales, flacidez de las mejillas, boca semi-abierta por caída del maxilar inferior, y además insensibilidad profunda de todos estos músculos. Hay tipos de extravismo de los más variables, llevando en general la mirada hacia afuera; todo este conjunto es característico de la facie antoniana de la lepra nerviosa (ver fotografía N°. 37) y distinta de la facies leonina que Vds. han visto en la lepra sistematizada tegumentaria. (Ver fotografía N°. 33).

Los leprosos amiotróficos pueden afectar los nervios superiores e inferiores. Amiotrofia de los músculos extensores de la mano, tipo de garra cubital. Extensión forzada de las primeras falanjes de los dedos anular y meñique y flexión de las dos últimas. Los músculos correspondientes a estos dedos presentan modificaciones en su volumen; es común observar trastornos tróficos de la piel e en estos sitios. La lepra nerviosa puede determinar distintos tipos de manos; vean Vds. estas figuras de Jeanselme, mano de batea, que deja una depresión en la parte superior del dorso de la mano y en la parte inferior, en cambio, una saliente; estas otras simulan el reumatismo desformante. (Ver foto N°. 38). No es rara la atrofia muscular de los interóseos y lumbricales y de las regiones tenar e hipotenar, determinando el tipo de mano lisa en tabla. Es común observar esta disposición del pulgar en aducción forzada. Muy comúnmente, las dificultades de oposición del pulgar al meñique y a los otros dedos es el primer síntoma de amiotrofias. A veces las otras amiotrofias musculares son totales y dan este aspecto de mano embolsada, la piel está sobrando. Otro tipo común de observar es el llamado "ráfaga de viento" dedos alargados, engrosados en cierta medida y donde no es raro observar reabsorciones de las falanjes y verdaderas mutilaciones de los dedos. En los pies pasa algo semejante, atrofiándose los músculos extensores, el tibial anterior y determinando una posición en varus equino. En la marcha se observa el estepagge. Estas amiotrofias de los músculos

modifican la forma de las piernas y de los pies, no siendo raro de observar la absorción de las falanjes y mutilaciones de los dedos de los pies. Los trastornos tróficos son una consecuencia de todos estos procesos de neuritis leprosa produciéndose des-



Fotografía N° 38.

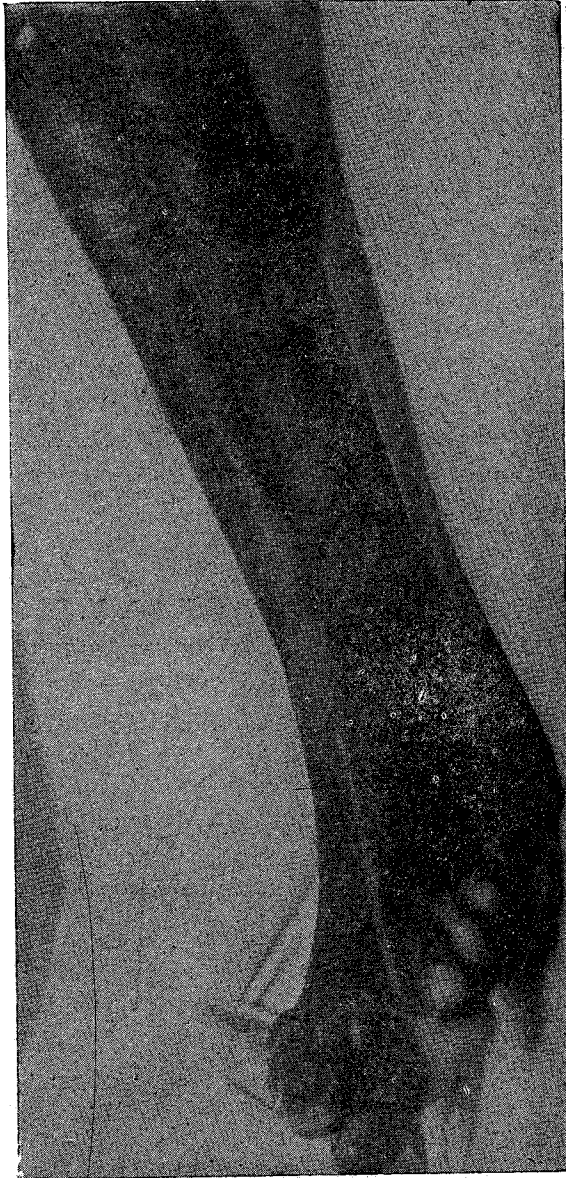
Foto N° 38 y 39. — Lepra mixta avanzada; obsérvense las manos; deformación en garra cubital. Infiltración en napas difusas. Ulceraciones a nivel de las interlineas, falanjo-falanjiana y en los puños. Manos pastosas, dedos hinchados, piel atrófica.

Observando los miembros inferiores se constata un adelgazamiento notable de las piernas por atrofia muscular extensa, comprometiendo principalmente los músculos tibial anterior y extensores de los dedos y músculos de las pantorrillas. Actitud en varus equino. La marcha posible hasta hace un año, la efectuaba con estepage.

Retracción de los cuatro últimos dedos y flexión del dedo gordo. Proceso de peri-onixis supurada en dedos gordos, seguidas de panadizos, obligaron la extirpación de las uñas. En las rodillas un semillero de pequeñas cicatrices blancas, lisas, brillantes, nacaradas; secuelas, de lesiones penfigoides que se presentan periódicamente en esta enferma, acompañados de atroces dolores neurálgicos a nivel de la rodilla.

Infiltración intra-dérmica que da un aspecto de grano de sagú cocido, cubierto de una epidermis lisa y brillante. Aspecto elefantiasico paquidérmico de los pies, que presenta una deformación globulosa de la bóveda plantar. (Reproducción prohibida).

trucciones notables en la piel, músculos y huesos. Se observan sáceo y en los que las investigaciones son negativas.



Fotografía No. 39. (Reproducción prohibida).

El mal perforante plantar se observa indistintamente en todas las formas de la lepra; es generalmente un accidente tardío de las formas mixtas pudiéndose presentar entre las manifestaciones precoces de la enfermedad. El mal perforante plantar asienta habitualmente en el ante piés allí donde los fenómenos de neuritis son más avanzados a nivel de la articulación metatarzo falángica del dedo gordo o en la base del tercero y quinto dedo.

Como lo hace notar Jeanselme este mal perforante no se distingue del de la sífilis o el de la diabetis sino por la extensión de la napa termo analgésica que lo circunda. Una insensibilidad absoluta al calor, dolor y tacto se encuentran en la lesión misma y en una buena extensión de las partes vecinas. No es raro que el mal perforante se inicie por una ampolla que se destruye y profundiza determinando el tipo de mal perforante con bordes cortados a pico y fondo grisáceo átono. La forma terebrante destruye las partes blandas llegando al hueso produciendo la eliminación de secuestros. La amputación de los dedos se produce espontáneamente y a veces es necesaria la intervención quirúrgica para la eliminación de secuestros y limitar las mutilaciones espontáneas. El mal perforante se complica comúnmente de infecciones secundarias de origen estreptocócico y la úlcera que era indolora se hace muy dolorosa produciéndose linfangitis infartos ganglionares, etc. Las reabsorciones insensibles de los huesos que constituyen el esqueleto de las extremidades, con eliminación de secuestros necrosados son comunes en la lepra mutilante desprendiendo los dedos de manos y pies y quedando reducidas las extremidades a muñones informes absolutamente inútiles para la marcha o la prehensión de los alimentos.

El proceso de reabsorción de los huesos es común en todas las formas de la lepra predominando, sin embargo, en las formas nerviosas y en los períodos avanzados de las formas mixtas. Como una consecuencia de la reabsorción y destrucción de los huesos del pie, éste toma una forma triangular que lo asemeja a la pata de elefante o de la foca.

Resumiendo diremos que las manifestaciones sintomáticas de la neuritis leprosa constan de trastornos sensitivos, de trastornos

tróficos de la piel, de los músculos y huesos de las extremidades, y también trastornos vaso motores y secretorios.

Los trastornos sensitivos son enunciados habitualmente por signos precursores que no tienen relación directa y necesaria con los trastornos sensitivos, pero que denotan una perturbación en los fenómenos vaso motores secretorios y tróficos, tales como el estado cianóticos de las extremidades, la caída general de los pelos, la supresión del sudor en la zona donde más tarde se instalará la anestesia. Esta anestesia hanseniana que tiene caracteres semiológicos bien definidos por su repartición topográfica, las simetrías, por su manera de iniciación, por la forma del área anestésica que corresponde, no a una rama nerviosa determinada, sino más bien a una localización radículo espinal aun cuando no ha sido posible demostrar modificaciones histológicas que lo expliquen. Recuerden Vds. lo que hemos visto con respecto al enfermo N°. 33 y en el que una neuritis apreciable del cubital determinados fenómenos de anestesia en los dedos anular y meñique correspondiendo a la zona del nervio cubital siguiendo en la cara interna del antebrazo y brazo correspondiendo a la zona inervada, por el braquial cutáneo interno y su accesorio.

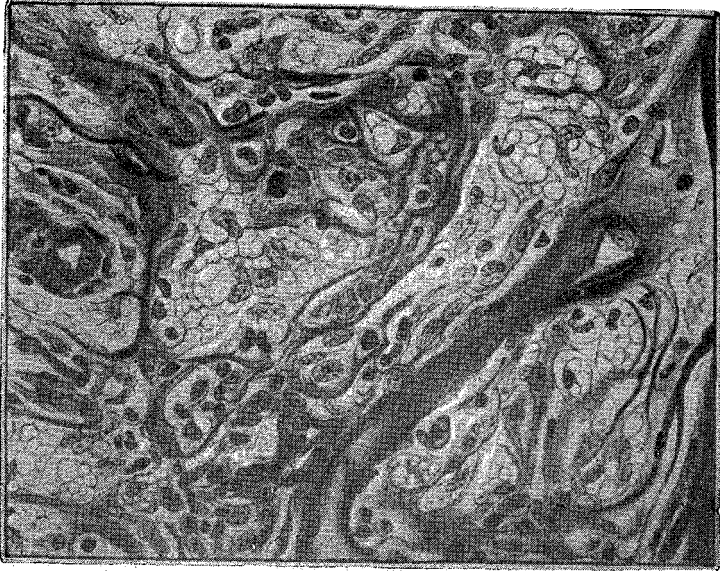
En cuanto a los trastornos secretorios en la lepra ya nos hemos ocupado de ellos, recuerden que a fenómenos de hiperhidrosis que preceden algunas veces a instalaciones de neuritis o de otros procesos en la lepra tegumentaria se sigue de una anhidrosis manifiesta cuando la enfermedad está instalada. Ya nos hemos ocupado del procedimiento de Jeanselme para investigar la secreción sudoral; recordaremos que investigaciones prolijamente realizadas han demostrado que en los casos de neuritis leprosa, la secreción sudoral está abolida, en cambio cuando la anestesia es de origen central o medular como la siringo-bulbia y siringo-mielia está conservada.

Los trastornos vaso motores en la lepra nerviosa son de observación corriente y ya precozmente se denuncia por congestiones fugaces y pasajeras por fenómenos de acro-asfixia de las extremidades en las que se notan parches violáceos, cianóticos y en otras partes de aspecto marmoreo. Es común de observar en estos casos cierto grado de infiltración de la piel determinando el as-

pecto pastoso en las manos y en los pies que terminan por inducciones paquidérmicas en los procesos avanzados. Como lo hace notar Jeanselme la astenia vaso motriz en territorio cutáneo es un fenómeno común en las diferentes formas clínicas de la lepra y se la observa comúnmente en las regiones mal protegidas contra los agentes atmosféricos. La mancha anémica producida por la presión digital se borra muy lentamente lo que pone de relieve la astenia vaso motriz. En general se constata un enfriamiento notable a nivel de las regiones cianóticas.

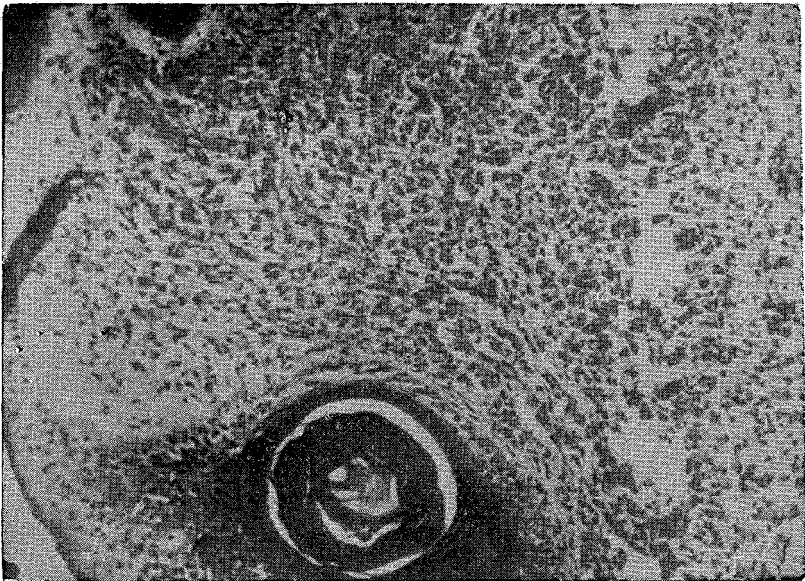
SEXTA CONFERENCIA. — VERSION TAQUIGRAFICA DEL
VIERNES 6 DE JULIO. HOSPITAL SAN ROQUE.
DOCTOR RAFAEL GARZON. DE 14 A 15 HORAS

El bacilo de Hansen se localiza de predilección en el dermis propiamente dicho. Recordemos que la piel está constituida por dos capas; la epidermis que consta a su vez de la capa generatriz o basal, cuerpo mucoso de Malpighi estractum granuloso, estractum lúcidum, estractum córneo y estractum disjuntum. El dermis a su vez consta de dos partes, la papilar, donde se encuentran los vasos arteriales y venosos destinados a la nutrición del dermis y de la epidermis, y el dermis propiamente dicho constituido por fibras colágenas y fibras elásticas. Es en esta última porción donde el bacilo de Hansen constituye las lesiones de la piel. En este corte de la piel, con infiltrado de un leproma, se observa un nódulo perfectamente bien limitado y que deja por encima del mismo un escasa bandeleta de tejidos dérmico. La distención exagerada y la falta de nutrición de los tejidos pueden producir la destrucción superficial, de manera que secundariamente se compromete el resto del dermis y la epidermis. Más raramente los lepromas tienen su iniciación en el epidermis y secundariamente invaden el dermis, constituyendo así un proceso hipodermo-dérmico de aspecto gomoso. El tubérculo y el goma leproso tienen sus cuatro fases características de formación, reblandecimiento, ulceración y reparación. Esta es una forma de evolucionar, pues como hemos dicho en otras oportunidades, los lepromas y las infiltraciones lepromatosas hipodermo-dérmicas pueden sufrir procesos de reabsorción dejando la epidermis que cubre la lesión plegada, arrugada, dando el aspecto especial que se la llama "bolsa vacía". Al corte de un tubérculo leproso se observa lo que ven en esta microfotografía (ver fot. 40, 41, 42). Infiltraciones celulares constituidas por linfoblastos linfocitos, plasmes-células, algunas células gigantes y estas células grandes vacuoladas, en espumadera las células leprosas descriptas por Virchow. En esta otra microfotografía también de un tubérculo le-



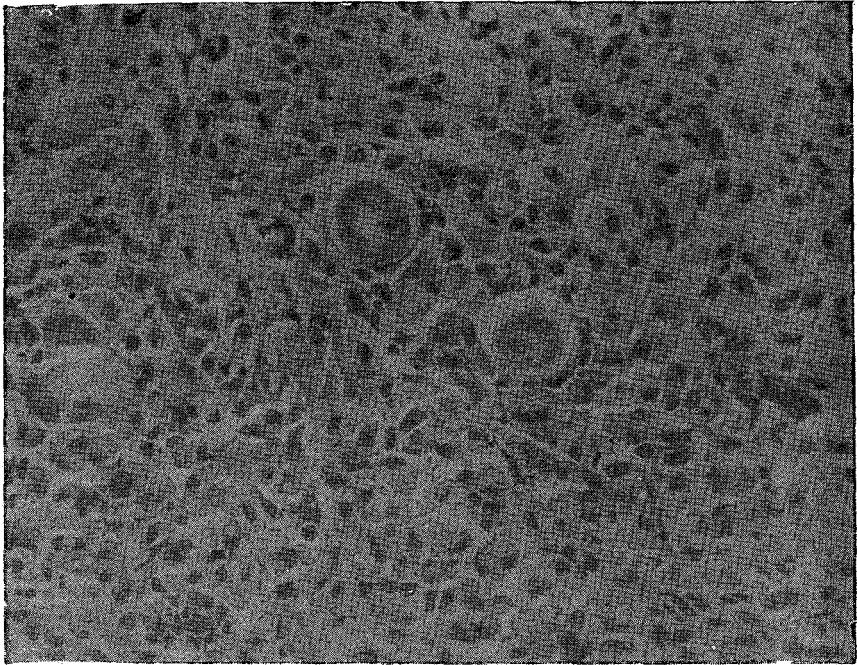
Fotografía No. 40.

Tubérculo leproso células leprosas en espumadera (Virchow).
Fibro blastos, células espiteléoidas, polinucleares y linfocitos.
(Copia fotográfica de microfotografía del tratado de "La Lepra"
de Jeanselme).



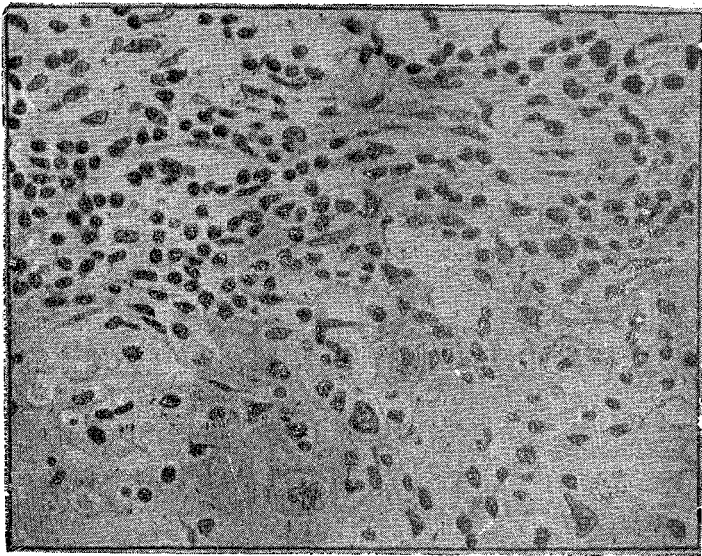
Fotografía No. 41.

Cortes de lepromas. (Microfotografías obtenidas por el Dr. Oscar Girardet,
Laboratorio Central del Hospital de Clínicas).



Fotografía N°. 42.

Microfotografía obtenida en el Laboratorio Central del Hospital de Clínicas.
(Dr. Girardet).

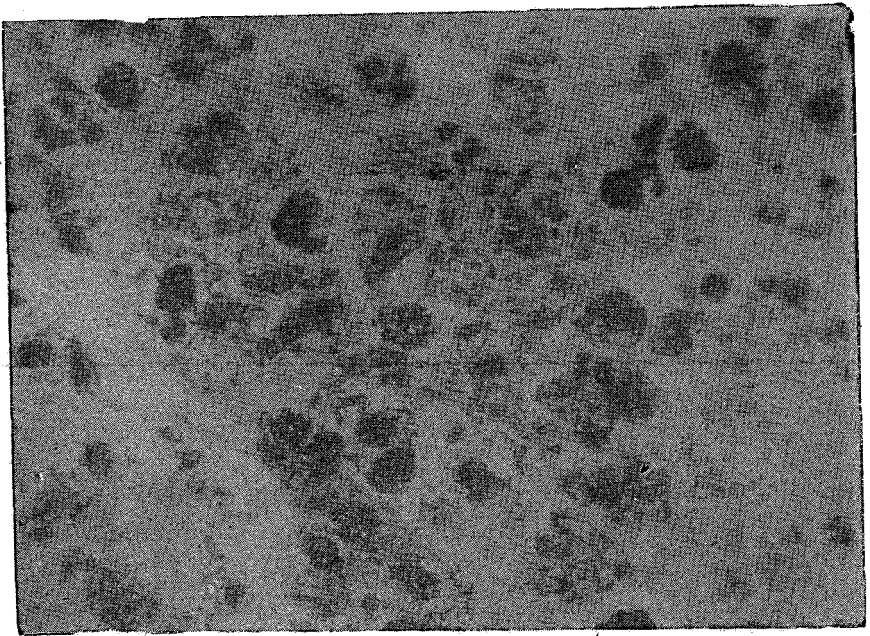


Fotografía N°. 43.

Microfotografía obtenida en el Laboratorio Central del Hospital
de Clínicas. (Dr. Girardet).

proso es particularmente notable la cantidad enorme de bacilo de Hansen aislados o confluentes y dispuestos en formas especiales de malla o "globíes" característico. En esta otra microfotografía perteneciente a un trabajo del Prof. Fianza pueden notar en la parte central del corte un filete nervioso en disposición en sigsag.

Esta microfotografía corresponde a un corte de piel a nivel de una lepride maculosa. Obsérvese la epidermis libre, después una bandeleta del dermis conservada y en parte borramiento de las papilas del dermis. Grandes lagunas de aspecto esponji-plástico.



Fotografía No. 44.

Microfotografía de una preparación por escarificado de un leproma. Observar la enorme cantidad de bacilo de Hansen aislados y agrupados en globíes. (Laboratorio Central del Hospital de Clínicas).

En este otro corte se ven múltiples bacilos alrededor de los vasos. Observen también la descamación parakeratótica de la epidermis.

Microfotografías correspondiente a manchas leprosas infiltradas. Células grandes vacuoladas, células leprosas. Infiltración linfocitarias de la parte periférica. Algunos elementos de tipo linfocitarios.

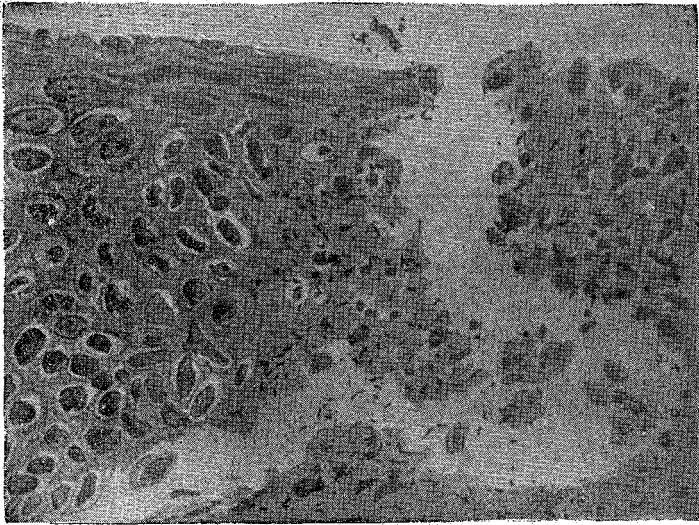


Fotografía N°. 45.

Corte de piel con mancha infiltrada. (Microfotografía obtenida por el Dr. Oscar Girardet. Laboratorio Central del Hospital de Clínicas).

deos en la parte periférica. Esto corresponde a la luz de un capilar en cuya parte periférica se encuentra extraordinaria cantidades de bacilo de Hansen circunscribiéndolo. Tipo de lesión espogio-plástica. Estas células leprosas para algunos autores son la consecuencia de la unión de células linfoideas que engloban en su interior enorme cantidades de bacilos. Para otros correspondería a células endoteliales de los vasos atacados por el bacilo de Hansen y que se han desprendido de la pared. Se acepta actualmente que son células dependientes del sistema retículo endotelial. Estos hacecillos que Vds. observan son fibras colágenas destruidas, fibras elásticas también destruidas y que explicarían por estos fenómenos de elasto-raxis lo que se observa clínicamente en los lepromas de vieja evolución, ese aspecto de piel senil, arrugada, atrófica.

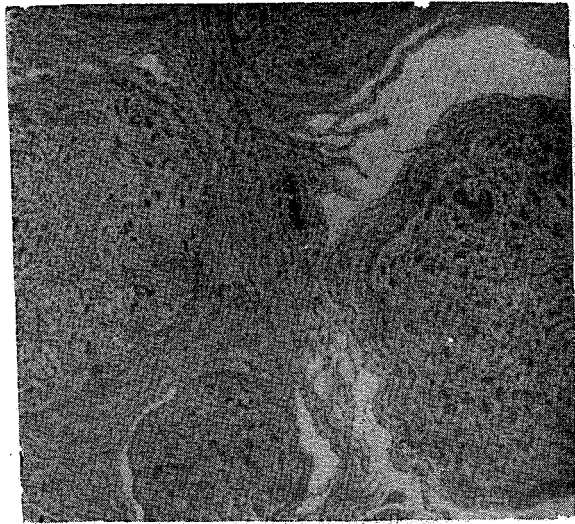
A veces el bacilo de Hansen ataca primeramente la epidermis y pueden observarse allí en el interior de las células del cuerpo mucoso de Malpighi como ven en esta microfotografía obtenida por copia fotográfica de microfotografías del libro "La Lepra" de Jeanselme. Esto sin embargo no es frecuente de manera que para la investigación del bacilo de Hansen en las leprides es necesario profundizar un poco el escarificador y llegar al dermis para encontrar el bacilo de Hansen, o bien siguiendo la técnica aconsejada por Muir tomar un pliegue en la zona intermedia entre la anestesia manifiesta y la piel sana y con un corte de tijera llegar a dermis. La superficie profunda de este corte frotarlo sobre una lámina de vidrio, fijarla a la llama colorearla con método de Ziehl. En esta otra microfotografía se observa la emisión del bacilo de Hansen por el mucus nasal. Se ha he-



Fotografía No. 46.

Emisión de bacilo por la mucosa nasal. Leproma de la Pituitaria que ha roto la barrera epitelial. Eliminación de bacilos. (Copia fotográfica de microfotografía del tratado de "La lepra" de Jeanselme.

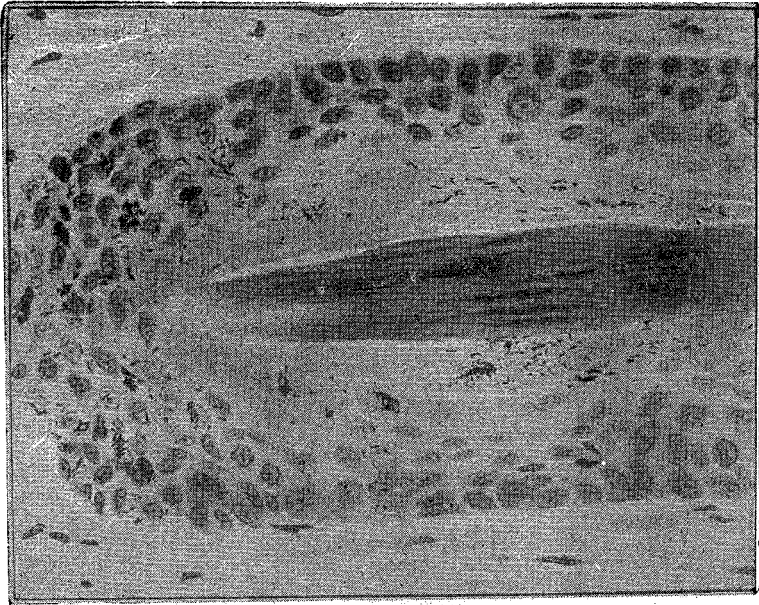
cho una efracción de la mucosa por la que salen enormes cantidades de bacilos de Hansen al estornudar o sonarse la nariz. En este corte de nervio cubital se observa infiltración del tejido in-



Fotografía No. 47.

Corte de nervio cubital. Numerosos bacilos en el tejido intersticial proliferado y sobre todo en el interior de los ases nerviosos. (Copia fotográfica de microfotografía del tratado de "La Lepra" de Jeanselme).

tersticial que ha proliferado y en su interior se encuentran abundantes bacilos de Hansen en forma de globíes y también aislados. En los nervios afectados por la lepra pueden hacerse biopsias y es una práctica corrientemente realizada para dilucidar diagnósticos dudosos en la clínica del profesor Baliña. Este profesor ha publicado siete u ocho casos biopsados y en algunos de ellos las modificaciones tisurales observadas han sido suficientes para confirmar una presunción clínica. En esta otra microfotografía se observa un folículo pilo-cebáceo infectado. Se explica que la muda de los cabellos permita la eliminación del bacilo de Hansen con el correspondiente peligro de contaminación. Estos otros cortes corresponden a microfotografías del trabajo anteriormente citado "Anatomía Patológica de la Lepra" publicada por el Dr. Fidanza. Corresponden a lepra tuberculoide. Es una manifestación de lepra tuberculosa en la que existe una cierta semejanza objetiva clínicamente comparable a las lesiones producidas por el bacilo de Koch y especialmente al tipo de lupus tuberculoso. Al estudio



Fotografía No. 48.

Folículo piloso bacilífero. (Copia fotográfica de microfotografía del tratado "La Lepra" de Jeanselme).

microcópico existe la misma semejanza; observen la disposición folicular constituidas por células epitelioides, células gigantes y circundadas por células linfoides. No siempre se observan células esponjosas de Virchow y algunos autores niegan la existencia del bacilo de Hansen en este tipo de lesiones. En algunos casos difíciles se hace necesario la inoculación al cobayo para dilucidar el diagnóstico.

El bacilo de Hansen ataca todos los órganos internos, estas microfotografías obtenidas por copia fotográfica del libro de Jeanselme nos permite observar este corte de vaso esplénico conteniendo en su interior bacilo de Hansen en su disposición característica de globos. Este corte de riñón presenta también la infiltración leprosa y las enormes cantidades de bacilo diseminadas en la lesión, sea en los túbuli contorti, como en las zonas periféricas del tejido intersticial. Se han descripto casos de hepatitis leprosas y pue-

den observar en estos cortes de parenquina hepático infiltrados, lepromatosos, con abundante bacilos de Hansen.

Eu cuanto a las formas de la lepra las conocen de una manera general. Las formas máculo anestésica, que muchas veces pasa en su evolución posterior a la forma nerviosa pura o bien a la forma tuberosa. Todo diagnóstico llevado sobre lesión inicial debe merecernos la misma importancia para la energía del tratamiento, pues no se sabe cual va ha ser la evolución de la enfermedad. Algunas de las personas, las menos quedan limitadas a la lesión que primeramente se observó y después de un tiempo variable de su evolución puede observarse una ligera pigmentación o leuco-acromia en el sitio en que existía una mancha infiltrada o bien una cicatriz en el de un leproma ulcerado inicial.

Han visto ya las distintas variedades de lepra maculosa, tuberosa, nerviosas y mixtas. Las lepras nerviosas purs son raras. Como lo hace notar Jeanelme, observados estos enfermos con prolijidad y durante un tiempo variable para cada enfermo pueden constatare manchas eritematosas fugaces y pasajeras, que muchas veces se hacen fijas y determinan las características de las leprides acromio-pigmentarios. En la forma nodular muy comunmente se observa también modificaciones de los nervios periféricos por lo que se acepta que todas las formas de la lepra son mixtas, predominando uno u otros de los sistemas afectados: piel, mucosa y órganos internos, en la lepra sistematizada tegumentaria y las lesiones de neuritis, con amiotrofias, trastornos vasos motores, secretorios y trofo-neuróticos en las lepras nerviosas. No es raro que un enfermo que ha evolucionado durante varios años como lepra tuberosa, en un momento dado de su evolución, cambie la forma clínica invadiendo los nervios periféricos y constituyendo en los estados avanzados formas mixtas a predominio trofo-neurótico; lepra con reabsorción oseas, mutilaciones y atroces dolores neurálgicos.

Más rara es la observación de procesos máculos anestésicos que han evolucionado durante muchos años como lepras nerviosas puras y en las cuales aparecen manifestaciones típicas de forma nodular.

Otras variedades se caracterizan por manifestaciones de tipo máculo ampolloso de tipo penfigoide y determinando la variedad de lepra lazarina.

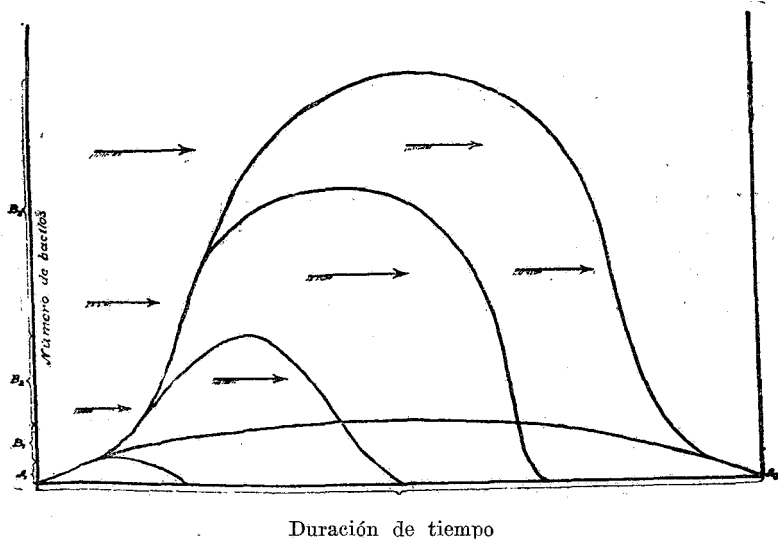
Hemos visto la graduación insensible que se observa en algunos enfermos de lepra tegumentaria y en los que se constatan leprides máculas anestésicas, manchas infiltradas, lepromas, infiltraciones lepromatosas en napas difusas, dérmicas o hipodérmicas. Estas formas tegumentarias que evolucionan durante diez, veinte o más años presentan periódicamente fenómenos llamados de lepra reacción, esencialmente caracterizados por turgencia de las lesiones pre-existentes como si se llenaran de sangre, que le dan un aspecto nodular uticariano y también por la aparición de lesiones nuevas, muchas de las cuales retrogradan, pasada la poussée reaccionante. Estos fenómenos van acompañados de fiebres intermitentes e irregulares como pueden observarlos en estos cuadros clínicos. En otros casos la fiebre es de tipo intermitente precedido de sudoraciones, escalofríos intensos y elevación de temperatura a 39 y 40 grados, del tipo palúdico. Marchianos de Grecia ha estudiado detenidamente estos procesos de lepra reaccionantes y por el método de la gota gruesa idéntico al utilizado para la investigación del Hematozoario de Laverán, ha podido observar el bacilo de Hansen en la sangre circulante. No es raro observar el bacilo de Hansen en las lesiones maculosas, en el momento de lepra reacción, haciéndose visible en los casos de investigaciones negativas que precedieron a dicha reacción. Es útil por esta razón determinar un fenómeno semejante por medio de la sumministrazione del Yoduro de Potasa. La yodo reacción tan prolijamente estudiada por Muir es de un gran valor diagnóstico y hace posible el encuentro del bacilo en manifestaciones de piel y mucosas insistentemente negativas antes de la yodo-reacción.

Es tan importante la determinación de la yodo-reacción que Muir la aconseja sistemáticamente para la determinación del diagnóstico precoz, consiguiéndose muy frecuentemente obtener la confirmación de una sospecha diagnóstica en aquellos casos dudosos.

Los enfermos de lepra tienen una duración generalmente muy larga pero de estadísticas realizadas en las Islas Filipinas donde hay leproserías que albergan muchos miles de enfermos, se ha po-

dido determinar aproximadamente en ocho años la duración media de la enfermedad. Hay casos sin embargo en el que el proceso limitada a la lesión primeramente observada desaparecida espontáneamente o bien mediante el tratamiento adecuado su duración ha sido de uno a dos años sin que investigaciones prolijamente realizadas denuncien ulteriormente manifestaciones atribuibles a la enfermedad. Muy comunmente las formas tegumentarias sistematizadas terminan en la llamada neural secundaria es decir procesos de piel que han terminado su evolución dejando ese aspecto de piel senil arrugada y en la cual por fenómenos de atrofia se observan ulceraciones tróficas y muy comúnmente amiotrofías de los músculos de los miembros, y fenómenos trofo-neuróticos de lepra mutilante. Estos enfermos de lepra terminan con sus miembros inutilizados para caminar o llevarse sus alimentos pasando sus últimos años de vida, sentados o bien en cama. Son enfermos que terminan en caquexia, marasmo y muerte. Hecho notable, estos enfermos insensible en su piel padeciendo a veces de quemaduras importantes sin sentirla, son víctimas frecuentes de atroces dolores neurálgicos del trigémino, o de los otros nervios sensitivos. Y para hacer más desgraciada su situación estos enfermos conservan íntegramente sus facultades mentales, asistiendo paso a paso a su degradación y decrepitud. Es interesante hacer constar que estos enfermos poco tiempo después de conocer el diagnóstico de su enfermedad adquieren una conformidad tan manifiesta de su situación y un optimismo como posiblemente no se lo encuentra en ninguna otra enfermedad. Son enfermos resignados, tranquilos, obedientes y sumisos y siempre dispuestos a aceptar las indicaciones necesarias para evitar la difusión de su mal o para someterse a los tratamientos indicados.

En cuanto a la clasificación de los enfermos de lepra, la forclásica de distinguir los enfermos en lepra maculosa, tuberosa, nerviosa o mixta, si bien tiene valor para facilitar el estudio de esta enfermedad, prácticamente carece de fundamentos, pues como hemos dicho anteriormente todas las formas de lepra son mixtas. En el año 1931 en Manila se estudió con detenimiento las clasificaciones de los enfermos de lepra y se estableció la llamada clasificación de Manila que es aceptada universalmente. Se distinguen en esta clasificación las formas cutáneas (C) y la forma neural



- A. = Lepra nerviosa (anestésica).
 A₁ = Lepra nerviosa primaria.
 A₂ = Lepra nerviosa secundaria.
 → = Causas que producen la reacción.
 B. = Lepra de la piel (nodular).
 B₁ = Primer estado de la forma nodular — se encuentran pocos bacilos en la piel.
 B₂ = Segundo estado de la forma nodular — hállanse más bacilos en la piel.
 B₃ = Tercer estado de la forma nodular — una infiltración leprosa muy marcada; bacilos abundantes.

(N). Según la intensidad de los procesos en piel y mucosas o en nervios se distinguen las sub-variedades (C1, C2, C3) y (N1, N2, N3) como muy comúnmente de acuerdo a lo consignado anteriormente, las localizaciones se encuentran combinadas en los enfermos, se pueden observar casos (C1 - N1) (C2 - N2) (C3 - N3) (C1 - N2) (C3 - N1) y así todas las combinaciones posibles por la distinta gravedad de las lesiones localizadas en piel y nervios.

Muir también ha creado una clasificación muy interesante. El distingue los casos en que las investigaciones del bacilo de Hansen son insistentemente negativas y aquellos en los que se lo encuentra en mayor o menor cantidad. En este diseño (ver Fot. N° 47) ideado por él pueden Vds. apreciar con claridad los fundamentos de su clasificación. La línea A¹ - A² corresponde a la línea nerviosa. Los casos A¹ corresponden a las leprides y parches anes-

tésicos en los que las investigaciones del bacilo de Hansen son negativas. A² corresponden a las formas terminales de la lepra, formas neurales secundarias (N. S.) de la clasificación de Manila.

Enfermos en los cuales con úlceras tróficas y mutilaciones, las investigaciones del bacilo de Hansen son negativas. En esta parábola ideada por Muir, las abcisas indican el tiempo de la evolución de la enfermedad, y las ordenadas el número de bacilos. Las flechas indican la acción de causas variadas que modifican la evolución de la enfermedad, y su largo expresan la importancia de esta influencia. Los enfermos con manifestaciones de lepra cutánea abierta, bacilíferos, contagiosos, se distinguen en esta clasificación por tres sub-variedades: B1, B2, B3, según el número de bacilos observados. Todo diagnóstico de lepra debe ser llevado con precisión, no hay situaciones limítrofes. Un enfermo que presenta lesiones de los tipos A y B, es un caso de B en la clasificación de Muir. Se pueden hacer toda clase de combinaciones y así observar los casos A1-A2, B1-B2, B2-B3, B2-A1, B3-A2, según sea la evolución propia de cada enfermo si hay reagravación de proceso con apariciones nuevas de tipo nodular; se puede pasar de la variedad B1 a la B2 o B3. Al mismo tiempo como estos enfermos después de un tiempo largo y siempre variable de su enfermedad terminan en formas neurales secundarias, pueden observarse en un momento dado las variedades B2-A2, B3-A2, etc.

(Continuará)
