

## **COEXISTENCIA DE ABCESO NERVIOSO Y LEPRA TUBERCULOIDE**

**(algunas consideraciones sobre la patogenia  
destes dos processos)**

**Por el Doctor SALOMON SCHUJMAN**

*Jefe del Servido de Lepra del Hospital Carrasco  
(Rosario) — Medico adscripto a la Catedra  
— Miembro de la Sociedad Internacional de  
la Lepra*

El capitulo de la lepra tuberculoide ya esbozado a fines del siglo pasado por Iaddalson, Klingmuller y difundido despues en 1923 por los trabajos de Pautrier y Boez, Darier etc., ha sido retomado durante estos 2 ultimos anos y objeto de investigaciones profundas por parte de algunos leprologos como Wade (1), Lowe (2), Muir (3), Mitsuda y Hayashi (4) que han logrado puede decirse a identificar clinica, bacteriologica e inmunologicamente a esta variedad de lepra.

En cuanto al absceso nervioso é la caseosis leprosa de los nervios como lo llaman los Brasileros, adquiere recien individualidad nosologica con los ultimos trabajos de Lowe, Ribeiro (5), Wade (6), Muir y otros.

Por mi parte, en el Servido de Lepra del hospital Carrasco hé observado un apreciable numero de casos los cuales motivaron ya 2 trabajos: uno (7) como mi tesis de adscripción a la Catedra Dermatosifilografica presentado en Marzo del corriente ano, y otro fué objeto de una comunicaci3n hecha a la Asociaci3n Argentina de Dermatologia y Sifilologia en Julio de mismo (8); trabajos que por motivos ajenos a mi se han publicado can mucho retardo.

La presente contribuci3n la motiva la circunstancia de haber observado entre nuestros casos de lepra tuberculoide, 3 pacientes con absesos leprosos en el trayecto de los nervios. Me limitaré pues a hater algunas breves consideraciones generates sobre el absceso leproso del nervio, para detenerme especialmente en algunos hechos mencionados por diversos leprologos y otros de observaci3n personal.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ABCESO LEPROSO

- a) *Frecuencia:* Segun MUIR Y CHATTERGGI se observan con relativa frecuencia en la India. LOWE nos proporciona la mayor estadística de 100 casos sobre un total de 5000 enfermos ó sea en la proporción del 2 %. E. BRANCO RIBEIRO en un interesante sobre el aspecto quirúrgico del absceso leproso, no menciona el porcentaje pero presenta 12 casos enviados por el Dr. Nelson Souza Campos del Departamento de Lepra de São Paulo (Brasil). — Por mi parte los 3 casos observados han sido sobre un total de 400 enfermos de lepra (0,8 %).

El hecho de que el absceso se localiza casi exclusivamente en los del sexo masculino señalado por Lowe (los 100 casos observados por él eran hombres) y constatado también por mí en mis 3 pacientes, no se confirma en las estadísticas de Ribeiro de cuyos 12 enfermos con absceso, 4 ó sea el 33 % eran del sexo femenino.

*Localización:* — LOWE hace notar que mientras en Dichipali se localizan más frecuentemente en los troncos nerviosos y entre ellos el cubital, mediano, radial, ciático popliteo externo, etc., en Calcuta es más común observarlos en las ramas cutáneas superficiales. RIBEIRO: los observó con mayor frecuencia en el cubital y luego en las ramas superficiales del radial y del braquial cutáneo interno. De nuestros 3 pacientes uno presentó 2 abscesos del cubital (fig. 1) el otro en el braquial cutáneo interno (fig. 6) y el tercero en la cervical transversa superficial. — BASOMBRIO G. (9) describe un caso con un nódulo del nervio braquial cutáneo en el cual la histología evidencia una necrosis central.

- c) *Caracteres Clínicos:* — El tamaño del absceso varía desde una pequeña avellana hasta el de una naranja, como el caso observado por nosotros. En cuanto a sus caracteres clínicos varían según su período evolutivo:

1. En el período de formación, solo se observa una tumoración pequeña en el trayecto del nervio cubierto de piel normal que puede molestar poco ó mucho al paciente, según la compresión. A la palpación puede ser algo dolorosa y se constata que la tumoración forma cuerpo con el nervio.

2. En el período de maduración ó de reblandecimiento, cuando el absceso se prolonga por su pedículo a la piel pero limitado siempre por su capsula fibrosa, el dolor si ha existido, calma mucho y la tumoración se caracteriza entonces por su mayor ta-

maño y porque está cubierta de una piel a veces fria y otras ligeramente hipertermica de color rojo violaceo, constatandose a la palpación un empastamiento profundo cuyo centro es más menos fluctuante. Si punzamos en este período el abceso obtenemos un líquido semifluido algo grumoso, donde por regia no se encuentra el *Micobacterium* Leapre.

3. El periodo de vaciamiento que como su nombre lo indica es cuando el abceso se abre al exterior se caracteriza por un trayecto fistuloso en la piel de donde fluye el contenido del abceso; es seguido de un tiempo más ó menos largo del periodo de reparación dejando como consecuencia una cicatriz mochas veces deforme y adherente a los planos profundos.

Estos abcesos se acompañan en la generalidad de los casos de trastornos sensitivos y troficos de las zonas que inervan, cuya intensidad y grado está en relación a la compresión y a la destrucción de fibras nerviosas,

- d) *Bacteriología del Abceso Nervioso*: LOWE ha constatado la presencia del bacilo de Hansen en el contenido del abceso en el 50 % de los casos; pero hace notar que fueron siempre alguno que otro bacilo aislados. De nuestros 3 casos solo he observado un par de bacilos en el contenido y en la pared del abceso de uno de los enfermos mientras que en los otros fué totalmente negativo.
- e) *La Histología* puede concretarse señalando desde afuera para adentro: la capsula fibrosa con sus capilares y escasos elementos histiolinfocitarios, estos aumentan a medida que nos acercamos a la capa interna del abceso que estan constituidos por abundantes linfocitos, leucocitos y sobre todo gran predominio de celulas de Langhans. Vecina a estas zonas de condensación y confluencia follicular se observan focos aislados de necrosis.
- f) *Tratamientos* En cualquiera de los periodos evolutivos de] abceso, ya sea en su faz de formación intraneural para calmar los Dolores y evitar las atrofiás consecutivas a la compresión; ya durante su vaciamiento en la piel para evitar las fistulas, el unico tratamiento aconsejable es el quirurgico. No me detendré en la tecnica ya que ella incumbe unicamente al cirujano; me limitaré solamente a mencionar la valiosisima contribucion ha hecho el cirujano de San Paulo, Dr. Enrico Branco Ribeiro (5).

#### PATOGENIA DEL ABCESO LEPROSO: RELACION ENTRE ESTE Y LA LEPRO TUBERCULOIDE

Si bien hoy se puede admitir que ya existe una uniformidad de criterios sobre los caracteres clinicos, histologicos y bacteriologicos

del absceso nervioso; no ocurre algo semejante al menos hasta ahora con las concepciones sobre la patogenia del mismo. — El hecho que indiscutiblemente más ha llamado la atención de los leprologos es la ausencia ó la escasez del bacilo tanto en el contenido como en la pared del absceso; hecho que es interpretado en diversas formas por los distintos autores.

- 1) Algunos sostienen que el proceso se debe a las toxinas. —
- 2) Otros que las lesiones de la piel son de orden vasculo trofico y que el bacilo no se encuentra a su nivel, pero si en los troncos nerviosos.
- 3) Otros, que el bacilo está siempre presente aunque en pequeno numero pero que habria que perfeccionar la tecnica para ponerlo de manifiesto.
- 4) MUIR, ante gran reacción tisural observada en el absceso que contrasta con la ausencia del bacillo a su nivel se pregunta si no será producido por el germen al estado de virus.
- 5) Otros autores como Lowe, Wade (cuya opinión comparte casi en su totalidad) relacionan el absceso con la resistencia organica que permite limitar el proceso y fagocitar el bacilo.

LOWE menciona que solo ha observado el absceso leproso en las formas nerviosas puras ó a lo más en los del tipo N2-C1 pero nunca en la lepra cutanea comun. Cree que en el 50% de sus casos la ingestión de yoduro de potasio ha sido la causa de la producción del absceso.

WADE: Basado en la histologia y sobre todo por su frecuencia en las zonas donde abunda la lepra tuberculoide, la relaciona con esta y la interpreta como una reacción leprosa teniendo en cuenta la gran proliferación.

*Por mi parte y basandome en una serie de hechos importantes como ser:*

- a) En el estudio clinico, bacteriologico, histologico e inmunologico de 25 casos de lepra tuberculoide de los cuales 5 estaban en franco estado de reacción.
- b) En el bajo indice de sedimentación (9) y sobre todo en el lepro-lin test francamente positivo (10), en la totalidad de los casos.
- c) En la coexistencia de absceso leproso y lesiones tuberculoides de la piel en 3 casos (2 de los cuales han sido confirmados histologicamente) :

"ME INCLINO A SOSTENER: QUE EL ACESO LEPROSO NO ES MAS QUE LA LEPROA TUBERCULOIDE DEL NERVIJO O MEJOR AUN UN GRANULOMA TUBERCULOIDE DEL NERVIJO EN FRANCO ESTADO DE REACCION SEMEJANTES A LAS REACCIONES (DESCRITAS POR WADE Y LUEGO POR NOSOTROS) EN LAS LESIONES TUBERCULOIDES DE LA PIEL.

QUE ESTAS REACCIONES SON INDICE DE GRAN RESISTENCIA GRACIAS A LA CUAL EL ORGANISMO ES CAPAZ DE LIMITAR EL PROCESO Y DE DESTRUIR EL BACILO Y DE AHI SU AUSENCIA AL NIVEL DE ESTE TIPO DE LESIONES".

Para concebir mejor la relación íntima que existe entre estos S tipos de lesiones a pesar de ser clínicamente tan distintos, hay que tener en cuenta que ambas asientan sobre un mismo terreno y que éste por su grado de inmunidad y por su calidad de reacción tisural responde de una manera especial al agente patógeno que en nuestro caso es el bacilo de Hansen. — Habría que admitir que en el paciente de lepra tuberculoide existe un grado de inmunidad relativa (y no absoluta ya que no se libró de la enfermedad) que permite no solo limitar y detener el proceso sino hasta hacerlo regresar espontáneamente, hecho éste observado por algunos leprologos y por nosotros.

Veamos como reacciona un individuo con esta inmunidad relativa ante la invasión y localización del Mic. Lepra ya sea en la piel6 en en los nervios:

- 1) *Si se localiza en el dermis*, el organismo (lejos de responder lentamente con escasa reacción tisural que permitiría al bacilo multiplicarse y difundirse como sucede en la lepra cutánea común) se defiende de inmediato con una gran proliferación de tejido epitelioide dando lugar al granuloma tuberculoide que limita el proceso y destruye el bacilo. Clínicamente estas lesiones se caracterizan en la mayoría de los casos por ser anulares y tener sus bordes algo infiltrados, asperos y sembrados de pequeñas papulitas.
- 2) *Si se localiza en el nervio*; el organismo (en vez de tolerar el bacilo y reaccionar discretamente ligeras proliferaciones intersticiales que no alcanzan a limitar el proceso y hasta evolucionar a veces a la forma cutánea) responde también con una gran proliferación tisural a base de células histiolinfocitarias que se condensan en folículos formando los granulomas tuberculoides del nervio. Clínicamente solo se evidenciaría por trastornos de la sensibilidad y en los casos en que la infiltración es muy intensa por engrosamiento y nudosidades en las ramas nerviosas.

En cualquiera de los 2 casos descritos se constatará siempre la negatividad ó la escases de bacilos y sobre todo se obtendrá en el 100 % con el leprolin test un resultado francamente positivo.

- 3) *En cuanto a la reacción de las lesiones tuberculoides de la piel y el absceso nervioso* que tanto Wade y Lowe los atribuyen en parte a la ingestión de yoduro de potasio; (en la mayoría de mis pacientes tanto las reacciones de la piel como los abscesos nerviosos aparecieron espontaneamente) yo los interpreto como *fenómenos alérgicos* que se hacen sobre un terreno ya inmunizado, quien ante una nueva invasión del bacilo reacciona con mucho mayor intensidad dando: a) *En la piel* grandes placas anulares de bordes anchos, lisos y fuertemente infiltrados ya verdaderos nodulos totalmente infiltrados y a vetes de centro erosionado pero a cuyo nivel no se encuentra el bacilo. Al examen de los cortes uno se sorprende ante la intensidad del infiltrado folicular que ocupa todo el dermis, reacción tisural intensísima que de por si ya explica la ausencia del bacilo. — Este tipo de lesión lo hemos reproducido clínica como histologicamente con el leprolin test cuya estructura es francamente de reacción tuberculoide,

- b) Si la segunda infección se localiza en el nervio traerá como en el caso anterior la misma intensísima proliferación folicular (no observada en ninguna otra forma de lepra dice Wade) con focos de necrosis central que evolucionarian a la caseosis y a la licuación dando lugar a la formación del absceso,

En cuanto al fenómeno de la necrosis en si que algunos atribuyen a las toxinas libradas por la destrucción de bacilos; podría tambien explicarse en gran parte por la isquemia de la parte central del absceso debido a la compresión de los pequeños vasos y capilares por la intensidad del infiltrado folicular.

## HISTORIAS CLINICAS

CASO N.º 1 — *Abraham M.* — Russo — 29 años — casado.

*Antecedentes hereditarios y personales:* Sin importancia.

*Enfermedad Actual:* — Hace 6 meses le apareció una mancha en el antebrazo derecho la cual no ha cambiado de aspecto hasta la fecha. Hace 1 mes notó una induración profunda en la cara interna del brazo derecho, que le ocasionaba solamente un leve dolor que desapareció despues. La tumoración fué aumentando de volumen y adherise a la piel la cual se punta eritematosa. Consulta a un colega quien me lo envia..

*Estado Actual* (Enero de 1935) : Presenta en la cara interna y tercio mediu del brazo derecho una tumoración del tamaño de una naranja de piel en parte eritematosa y en otra violacea ligeramente escamosa. A la palpación se constata un intenso empastamiento que

engloba el nervio cubital y los tejidos vecinos. El centro de la tumoración está ligeramente fluctuante mientras que en su periferia permanece indurado. A la punción se obtiene un líquido semiturbio y con pequeños grumos.

*b) Lesiones en la piel:* En la cara interna y tercio superior del antebrazo derecho cerca del codo, presenta una lesión anular de unos 5 cm de diámetro de bordes de color café, apenas infiltrados y de superficie aspera donde se constatan a simple vista pequeñísimas papulas (Fig. 1). Este borde tiene aproximadamente 1 centim. de ancho pero en partes alcanza a 2. La parte más central de la lesión la piel es de aspecto normal. Inmediatamente por encima, casi tocando el borde de la mancha se observa una pequeña tumoración del tamaño de un garbanzo, cubierto de piel normal, dura al tacto y que corresponde a una ramita superficial del braquial cutáneo interno.

*Examen de la Sensibilidad:* Presenta hipoestesia al dolor y abolición de la sensibilidad dérmica y dolorosa en la parte interna del antebrazo y al nivel de la mancha ya descrita,

*Ertirosdimeniación:* Tomada 2 veces con intervalo de una semana nos ha dado un índice mediano (32 —38).

*Leprolin Test:* Francamente positivo (+ + +)

*Bacteriología:* En repetidos exámenes del contenido y de la pared del absceso, no se ha constatado el bacilo de Hansen. — La escarificación de la mancha fué también siempre negativa.

*Intervención quirúrgica:* Cirujano Dr. B. Delgado, quien me envía el siguiente informe: Anestesia local bloqueando el foco. — Incisión losangica circunscribiendo la masa inflamatoria la que se extirpa como un tumor. Se comprueba que el proceso es subaponeurotico; sale líquido purulento mal ligado. El fondo cruento que queda está formado en parte por tejido de reblandecimiento semejante al tuberculoso y en parte esclerosado, longitudinalmente el campo está atravesado por un cordón duro que corresponde al cubital lo cual se confirma fisiológicamente porque su peiliscamiento produce una corriente eléctrica que llega hasta la mano, dice el enfermo. Este nervio que está deformado y engrosado parece tener una cavidad en su espesor; se abre y sale de su interior un tejido fungoso. Se extirpan los tejidos caseificados y se legra el fondo cruento. El tumor extirpado es cortado en 3 cuñas de base formada por la piel y se envía para su estudio histológico. Sutura de la piel con puntos separados.

*Histología:* a) *Del Absceso:* En la epidermis solo hay una acantosis discreta. El Dermis medio y profundo está ocupado por una infiltración celular difusa, constituido por células linfocíticas y sobre todo de polinucleares. La infiltración en general es poco intensa en el dermis media) pero se hace más marcada a medida que avanzamos hacia el dermis profundo. Los elementos conjuntivos fijos presentan una marcada muy manifiesta sobre todo al nivel de las paredes vasculares. Estos últimos elementos (células conjuntivas y endotelios vasculares) forman parte también del infiltrado bajo forma de elementos histiocitarios que llegan a adoptar el aspecto de células epitelioideas. En algunas regiones estas células epitelioideas predominan en número sobre los demás elementos celulares pero sin llegar a constituir formaciones foliculares, (Fig. 4).

La pared del absceso está constituida por el tejido descrito y casi exclusivamente por celulas epitelioides ricos en capilares. La superficie interna sigue una línea anfractuosa donde pueden observarse la formación de vellosidades irregulares constituidos por el tejido de granulación descrito. En algunas zonas las celulas histiocitarias quedan libres, disgregando-se en masa del tejido de granulación.

Sobre el borde de la cavidad y en algunos puntos, las celulas epitelioides tienen una disposición radial que demuestra la tendencia a la formación folicular. En este mismo borde libre de la pared pueden observarse celulas gigantes del tipo Langhans (Fig. 3). — (Dr. T. Ocaña).

b) *De la mancha del antebrazo:* Epidermis normal. Tanto en el dermis subpapilar medio y profundo se observa un discreto infiltrado histiolinfocitario que en algunas zonas se condensa en folículos con su centro claro y halo linfocitario. Estas condensaciones foliculares se hacen sobre todo al redor de las glandulas sudoriparas, de los vasos y de los folículos pilosos (Fig. n.º 2). A mayor aumento puede verse en uno de estos folieulos el centro ocupado por celulas epitelioides y gigantes (Fig. 3). Hay tumefacción del tejido dermico circunvecino y de los endotelios de los capilares.

*Evolución posterior del caso:* La herida operatoria cicatrizó perfectamente sin molestias; pero 4 meses despues le aparece en el mismo brazo a unos 5 cmnts. por debajo del anterior un nuevo absceso con los mismos caracteres clinicos pero de menor tamaño en el cual tampoco se encontro Mic. Lop. (Fig. n.º 1).

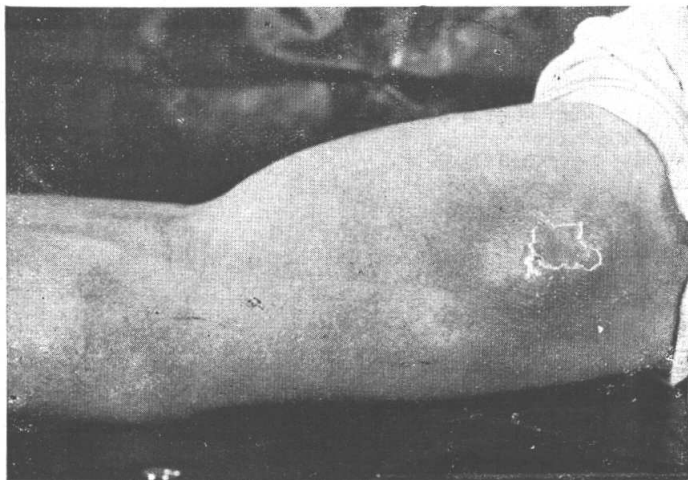


FIG. N.º 1 — *Se observa en la parte interna del brazo una tumoración que corresponde al absceso; y cerca del codo, la mancha anulo de estructura tuberculoide.*

CASO N.º 2 — Antonio S. — Italiano — Viudo — 48 años.  
Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.



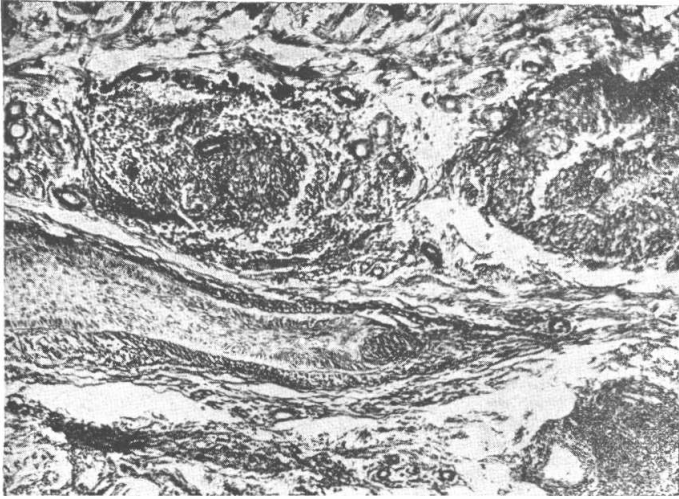


FIG. N.º 3 — (Biopsia de la mancha)

*Formaciones foliculares que rodean a un folículo piloso — a los vasos y envuelven a glandula sudoriparas — Tumefacción del tejido conjuntivo circunvecino.*

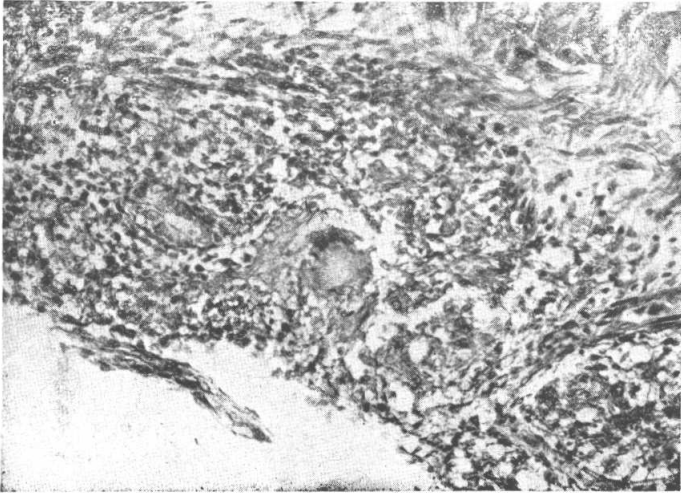


FIG. N.º 3 — (Biopsia de la mancha)

*Ampliación de la figura anterior — Se destaca aquí un gran folículo con su centro claro, con su célula epitelioides, y halo linfocitario. — En el centro del folículo, una célula gigante de Langhans.*

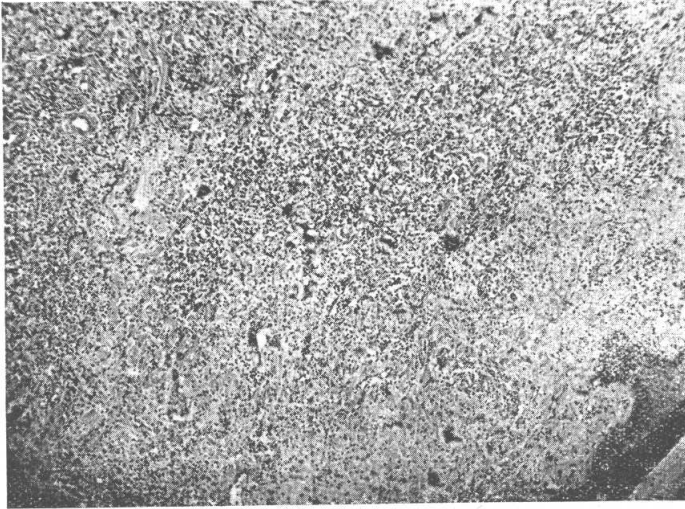


FIG. N.º 4 — (Biopsia del absceso)  
(Aum = 50)

*A pequeño aumento se ve la capsula fibrosa del absceso, y el infiltrado que va aumentando a medida que nos acercamos al centro — Se ven tambien algunas zonas de necrosis.*

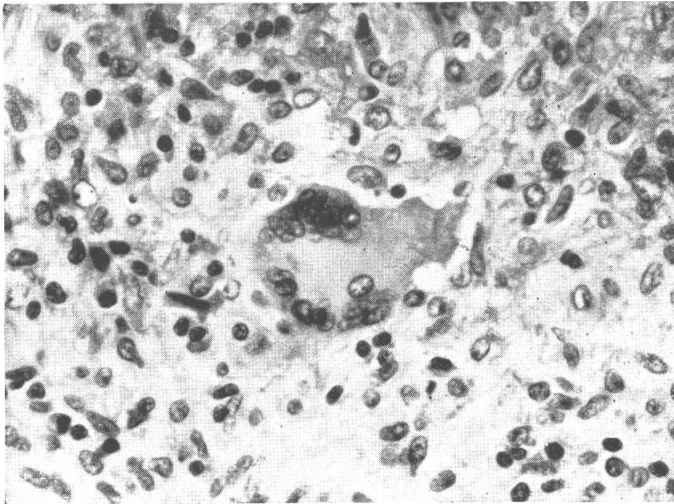


FIG. N.º 5 — (Biopsia del absceso)  
(Aum=560.)

*Observen que el infiltrado está mui exclusivamente formado por células epitelioides. En el centro una típica célula gigante de Langhans.*

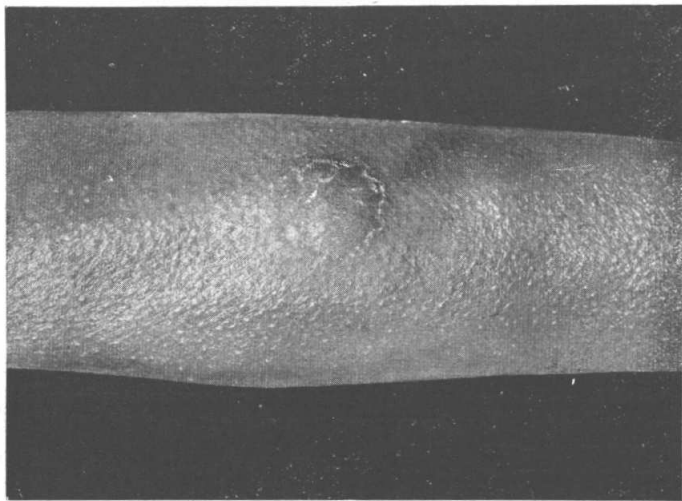
Su *enfermedad actual* la notó hace 1 año con la aparición de una mancha en el mismo izquierdo la cual no ha variado de aspecto hasta la fecha. Hace 2 meses notó un cordón duro en la cara interna del antebrazo derecho y poco tiempo la formación de una pequeña tumoración en la parte medio de éste cordón engrosado y nos consulta.

*Estado actual:* (Julio de 1932) Presenta en el muslo derecho una lesión anular de unos 1 cmts. de diametro de bordes de color café violáceo, bordes ligeramente infiltrados y de superficie granulosoide.

En la cara interna del antebrazo derecho se observa un cordón superficial del calibre un poco menor del menique de un adulto de consistencia aumentada el cual desliza bien sobre los planos vecinos y presenta en su parte media una tumoración del tamaño de una avellana grande. Esta tumoración está cubierta de piel congestiva en partes escamosa y a la palpación no hay dolor y llama la atención que mientras persiste en la periferia, su centro es ligeramente fluctuante. — Por la punción de este absceso se obtiene un líquido algo turbio y grumoso. No hay atrofas musculares en el miembro superior.

*Sensibilidad:* Perturbación de la termica y dolorosa al nivel de la mancha del muslo y en zonas pequeñas del antebrazo derecho.

*Bacteriología:* Tanto el material obtenido por punción del absceso como el de la escarificación la investigación del bacilo fué Negativo. No se lo pudo sacar biopsia porque se nos perdía) de vista.



CASO N.º 2 — FIG . N.º 6 —*Abceso del braquial ecutaneo interno. Observese el cordón nervioso engrosado en su parte media el absceso*

CASO N.º 3 — *Juan D.* — Italiano — 40 años.

Antecedentes sin importancia. Hace 8 meses le apareció una placa roja en el menton y luego otra en la nalga.

*Estado actual* (Junio de 1930) Presenta en el menton una placa redondeada de unos 4 centímetros de diametro, bien infiltrada, de color rojo vinoso y de superficie lisa. A la palpación llama la atención su consistencia succulenta, casi elastica. En la nalga izq. presenta una placa anular de centro plano y de bordes infiltrados rojos y de superficie lisa. En el prepucio llama la atención la presencia de outra placa infiltrada que ocasiona una verdadera fimosis.

b) *Abceso*: La porción derecha del cuello se halla atravesada por un cordon nervioso muy engrosado del calibre mayor que un lapiz comum. Este cordon es duro en toda su extensión y en su parte media presenta un pequeño abceso como una avellana del cual fluye a la presión un liquido claro. La piel circundante está ligeramente congestiva.

*Sensibilidad*: Abolición de la termica y dolorosa al nivel de todas las tenciones descritas.

*Bacteriologia*: Tanto el liquido obtenido por presión del abceso como en el material extraido por escarificación de las lesiones de la piel se constataron escasisimos bacilos, apenas 2 cada 5 campos.

*Eritrosedimentación*: — Se ha repetido muchas veces cada 15 días y ha sido siempre normal (por debajo de 15).

*Leprolin Test*: — Se le ha efectuado 3 intradermo reacciones con el leprolin test y todos han sido fuertemente positivos ó sea con la formación de un nodule que llegó a ulcerarse en el centro (+++).

*La histologia* tomada del borde infiltrado de la lesión de la nalga dió una estructura tuberculoide típica.

*Evolución posterior del caso*: — Este enfermo fué intensamente tratado y al año de cura desaparecieron tanto las lesiones de la piel como el engrosamiento del nervio cervical superficial trasverso. Hoy lo tenemos clasificados entre los casos "released" pues a pesar de que hace más de 2 años que no se trata, persiste negativo clinica y bacteriologicamente.

#### RESUMEN

El autor despues de hacer algunas consideraciones generates sobre el abseco nervioso, se detiene especialmente en su patogenia, para sostener finalmente que:

- 1) El abceso nervioso leproso es la lepra tuberculoide del nervio ó mejor aun el granuloma tuberculoide del nervio en franca reacción, semejante a las reacciones observadas en las lesiones tuberculoides de la piel.
- 2) Que tanto el abceso leproso como la reacción leproso tuberculoide podrian interpretarse como fenomenos alergicos.

#### SUMMARY

The author, after some general considerations about the neural abscess, specially insists on this pathogenesis and finally states:

- 1) The neural leprous abscess is the tuberculoid leprosy of the nerve, or still beter, the tuberculoid granuloma of the nerve in open reaction, similar to the reactions observed in the tuberculoid lesions of the skin.

- 2) Both the leprous absces and lepra reaction of tuberculoid leprosy, can be understool as allergie phenomenons.

#### R E S U M E

L'auteur, après faire quelques considerations generates sur l'abces nerveux, s'arrête specialment sur sa pathogenie et finalement il affirme:

- 1) L'abces lepreux est la lepre tuberculoide du nerf, ou mieux encore, le granulome tuberculoide du nerf en franch reaction, rassemblent les reactions observees dans les lesions tuberculoides de la peau.
- 2) Autant l'abces lepreux que la reaction lepreuse de la tuberculoide, peuvent être interpretés comme des phenomenes allergiques.

#### B I B L I O G R A F I A

- 1) WADE H. W. — The Patology if Tuberculoid Leprosy in South Africa. Intr. Jour. of Leprosy 1934 — N.° 2.
- 2) LOWE J. — A further note of nerve abscess in leprosy. Inter. Jour of Lep. 1934 — N.° 3.
- 3) MUIR E. and CHATTERJI S. — Leprous Nerve Lesions of the, cutis and subcutis. Intern. Jour. of Lepr. 1933 — N.° 2.
- 4) F. HAYASHI — Report of world study tour, Inetr Journal of Leprosy 1935 — N.° 2.
- 5) BRANCO RIBEIRO E. — Aspectos cirurgicos da caseose dos nervos da lepra. 1934 — Sociedade Editora Medica Limitada — S. Paulo. Brasil.
- 6) WADE H. W. - Lepra reaction in tuberculoid leprosy. — Pathology of nerve abscess. Intern. Jour. of leprosy. 1934 — N. 3°
- 7) SCHUJMAN S. — Contribución al estudio clinico é histopatologico de la lepra tuberculoide. — Prensa Medica Argentina — Diciembre de 1035.
- 8) SCHUJMAN S. - Reacción leprosa en lepra tuberculoide — Revista Argentina de Dermatosifilologia. Año 1936 — N.° 1.
- 9) BASOMBRIE G. — La neuritis leprosa de la rama auricular del plexo cervical superficial. —Revista Argentina de Dermatosifilologia — Tomo 18, año 1934.
- 10) SCHUJMAN S. — El valor de la eritrosedimentación en la lepra — Revista Medica del Rosario — Año 1935 — Ns. 6 y 7.
- 11) FERNANDEZ J. M. M. — El leprolin test — Revista Argentina de Dermatosifilologia — Año 1934 — Tomo 18 — 2.<sup>a</sup> parte.

NO TRATAMENTO DA LEPRO

# Gadusmoogra

Formula:

Esthers de Hydnocarpus Kurzii .....	80 %
Oleo de Gadus Morrhuia .....	18 %
Camphora .....	2 %

Empoulas de 1, 2 e 5 cc.

Para injeções intramusculares. Tolerancia perfeita.

LAB. BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

*Rua Braulio Gomes, 25 — Caixa Postal, 3018*

S. PAULO — BRASIL

## MOOGRINA "IBI"

CONTRA A LEPRO EM TODAS AS PHASES

Estheres ethylicos dos acidos; chaulmoogrico e hydnocarpico, guayacol, eucalyptol. Ampollas de 2 e 3 cc.

## IODOMOGRINA "IBI"

contra a LEPRO em todas phases e especialmente indicada nas formas iniciaes

Estheres ethylicos dos acidos iodochaulmoogrico e iodohydnocarpico guayacol, eucalyptol. Essas ultimas substancias, ao passo que favorecem a absorção, augmentam a tolerancia e a actividade therapeutica dos estheres. Ampollas de 1, 2 e 3 cc.

INST. BIOCHIMICO ITALIANO — MILAO (Italia)

concessionarios no Brasil:

INST. BIOCHIMICO ITALO-BRASILEIRO LIMIT.

Caixa 2893 S. PAULO.