

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

**Facultad de Ciencias Médicas de Rosario (Argentina)
Catedra de Clinica Dermatosifilográfica del Professor Dr. Enrique P. Fianza**

LA REACCION LEPROSA TUBERCULOIDE

Por el Doctor JOSÉ M. M. FERNÁNDEZ

Profesor Adjunto de Clinica Dermatosifilográfica - Médico del Servicio de Lepra del Hospital Carraseo - Miembro de la Sociedad Internacional de I eprologia

SIGNIFICADO DEL TERMINO "REACCION LEPROSA".

El término "reacción leprosa" ha sido empleado por los distintos autores para designar una exacerbación aguda o subaguda de la enfermedad, generalmente de carácter transitorio y cuyos sintomas capitales consisten en una reactivación de las lesiones preexistentes, aparición de lesiones nuevas, estado febril, quebrantamiento general, acompañados de un aumento de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos y de la presencia de formas granulares del M. 1. a nivel de las lesiones.

En efecto, si revisamos la bibliografía clásica sobre el tema, tal como los trabajos de Peña Chavarría y Barrera (1), Muir (2), Green (3), Wade y Rodriguez (4), Henderson (5), etc. comprobamos que todos los autores concuerdan más o menos en la descripción del cuadro clínico de la reacción leprosa, destacando como sintomas salientes los que hemos senalado e insistiendo sobre todo en el factor temperatura que consideran como un signo característico del proceso, hasta el extremo de denominarlo indistintamente con el titulo de "reacción leprosa" o "fiebre leprosa".

En la Conferencia de Manila (6), también se contempla este capítulo de la reacción leprosa, aunque en una forma muy superficial y poco concreta ya que se limita a señalar su frecuencia, especificando que puede variar desde una dolorosa neuritis o el enrojecimiento de una lesion cutanea aislada, hasta la aparición de un exantema generalizado o la súbita reagravación de las lesiones preexistentes, que puede conducir, si es muy intensa, hasta la muerte del paciente.

Lowe (7), em um trabajo reciente, sostiene que el término "reacción leprosa" no há sido claramente definido, ya que se lo

emplea indistintamente para designar una exacerbación aguda o subaguda de la enfermedad usualmente de carácter transitorio — tanto en los casos de lepra nodular como en las formas macula-anestésicas. Duda, por otra parte, de la conveniencia de emplear esta común denominación para designar dos procesos que pueden ser originados por causas muy diferentes y que se instalan en enfermos cuyas condiciones clínicas e inmunológicas son bien distintas.

Coincidimos con Lowe en afirmar que el término "reacción leprosa" no ha sido claramente precisado. Es recién en un trabajo muy interesante de Souza Lima (8) , sobre este tema, en donde encontramos una definición concreta de este proceso: "Fase aguda inflamatoria, provocada o espontánea, que puede surgir en el curso de la evolución de la lepra o ser su manifestación inicial, caracterizada por manifestaciones cutáneas o extra-cutáneas, acompañadas o no de fiebre, dolorosas o indoloras y con tendencia a recidivar".

Recordaremos además que al estudiar la reacción leprosa, los distintos autores no han señalado claramente la influencia que ejerce el factor terreno (forma clínica de lepra) , sobre su cuadro sintomático. Es recién a partir de los trabajos de Wade, Hayashi y Schujman, cuando comienza a aclararse este concepto. A Wade (9) le corresponde el mérito de haber descrito por primera vez, bajo la denominación de "reacción leprosa tuberculoides", un tipo de exacerbación que se observa en las formas tuberculoides, cuya sintomatología difiere de la de la reacción leprosa común por su evolución subaguda, por la ausencia de temperatura y síntomas generales y por la frecuente negatividad bacteriológica de las lesiones. Schujman (10) completa posteriormente la sintomatología de este cuadro aportando una interesante casuística e insistiendo acerca de la positividad constante del leprolin test y la presencia de un Índice de Sedimentación poco aumentado. Hayashi (11) por su parte, señala también la diferencia que existe entre la reacción que se produce en las formas nodulares y aquella que se observa en los casos de tipo neuro-macular, proponiendo para la primera la denominación de "erythema nodosum leprosum" y para la segunda el término de "acuter shub" o "rash".

¿Es correcto designar con un mismo término — reacción leprosa — procesos que clínicamente e inmunológicamente se diferencian y que quizá sean originados por causas distintas? Si hacemos abstracción del factor etiopatogénico de la reacción leprosa, y al emplear este término queremos significar simplemente una exacerbación aguda o subaguda de la enfermedad, de carácter transitoria, frecuentemente recidivante, que se traduce por una reactivación inflamatoria de las lesiones preexistentes o por aparición de lesiones nuevas del mismo carácter, acompañada o no de síntomas ge

nerales, creemos que no existe inconveniente, puesto que estos rasgos o síntomas que constituyen la característica esencial de la reacción, se observan en todos los casos.

La diferencia clínica, histológica e inmunológica que señala Lowe, así como su distinto pronóstico, no dependen ya de la reacción en si, sino del terreno — forma clínica de lepra — sobre el cual ésta evoluciona. Así, si la reacción se produce en una lepra tuberculoide, el Índice de Sedimentación estará poco aumentado, el leprolin test será positivo, por la sencilla razón de que estos son los caracteres esenciales de la lepra tuberculoide. Si en cambio, la reacción se instala en una lepra cutánea, observaremos un I. S. elevado, un leprolin test negativo, un examen bacteriológico siempre positivo, porque tales son las características de la lepra cutánea. En cambio, la congestión de las lesiones preexistentes, la aparición de elementos inflamatorios nuevos, todos estos síntomas capitales de la reacción, se observan en ambos procesos.

Souza Lima (8) en su trabajo ya citado, comparte este criterio Guando sostiene que "el fenómeno (reacción leprosa) es en su esencia el mismo sea cual fuera el terreno en que evoluciona, ya que conserva siempre un trazo común — fase aguda inflamatoria de la lepra — que permite reunir todas sus modalidades en la designación genérica de reacción leprosa".

LA REACCION LEPROSA TUBERCULOIDE.

En una comunicación anterior (12), hemos estudiado las características de la reacción leprosa de las formas cutáneas y mixtas de lepra, señalando sus síntomas esenciales y sus modalidades evolutivas. En el presente trabajo nos ocuparemos exclusivamente de la reacción que se observa en las formas tuberculoideas de la enfermedad.

Designamos con el nombre de lepra tuberculoide aquellos casos que presentan lesiones cutáneas marginadas, generalmente de configuración anular o arciforme, de bordos bien delimitados, infiltrados, a veces papuloides, y centro hipocrómico, que se acompañan siempre de un leprolin test positivo, de un I. S. bajo, cuyo examen bacteriológico es casi siempre negativo, y cuya estructura histológica corresponde al tipo tuberculoide, vale decir que presenta una disposición folicular, con células gigantes, formación epitelioides y halo linfocitario.

En la lepra cutánea el organismo se defiende mal o no se defiende frente a la infección, la cual gana fácilmente terreno invadiendo todo: piei, nervios, ganglios, órganos profundos. Se explica entonces que una exacerbación del proceso, como lo es en realidad la reacción leprosa, se acompañe por regia general, en es-

tos casos, por una sintomatología ruidosa, profusa, a veces grave. Reproduce, en los casos típicos, el cuadro de un proceso infeccioso febril que se sobreagrega al proceso crónico. En la lepra tuberculoide, por el contrario, el organismo se defiende bien frente a la infección la cual adquiere por esta razón un carácter más benigno. No se trata ya de una infección generalizada como en la lepra cutánea, sino de un proceso mucho más localizado gracias a las acentuadas defensas que el terreno le opone al agente patógeno. Debido a ésto es que las reacciones que se observan en esta forma de la enfermedad, presentan un cuadro sintomático menos polimorfo, menos ruidoso, y por lo general menos alarmante que el que caracteriza a las reacciones de tipo cutáneo.

FRECUENCIA DE LA REACCION TUBERCULOIDE. RECIDIVAS.

En el Servicio de Leprología del Hospital Carrasco, que dirige nuestro compañero de tareas el Dr. Schujman, sobre un total aproximado de 80 casos de lepra tuberculoide examinados, hemos observado, conjuntamente con este colega alrededor de 20 casos de reacción tuberculoide.

Aunque la reacción tuberculoide no se repite con la frecuencia de la reacción cutánea, hemos observado, sin embargo, en los enfermos de nuestra casuística varios casos de recidiva. Así, sobre un total de 12 enfermos estudiados, 5 presentaron recidivas y uno de ellos (obs. N.º 11) tuvo 3 pousseés en un plazo de 2 años.

Hemos de hacer notar que en todos los casos de recidiva que hemos observado, la segunda reacción ha sido más intensa que la primera.

SINTOMATOLOGIA.

Características de la Reacción:

Mientras que en la reacción leprosa común de las formas cutáneas y mixtas, el proceso se inicia por regla general, en forma aguda instalándose el rico cortejo sintomático en pocos días, en la reacción leprosa tuberculoide las manifestaciones comienzan en forma insidiosa, evolucionando lentamente y se reducen en ausencia a dos síntomas capitales: congestión inflamatoria de las lesiones preexistentes y aparición de bacilos a nivel de estas lesiones al iniciarse la reacción.

Es de regla, en efecto, que la reacción tuberculoide evolucione sin síntomas generales: no hay temperatura ni quebrantamiento general y salvo raras excepciones, el paciente soporta en pie todo el curso del proceso. En el período de comienzo, sin embargo, pue-

den observarse dolores neurálgicos y hasta ligeras artralgias y a nivel de las lesiones cutáneas es frecuente que el enfermo acuse una sensación de ardor o quemadura, pero estos síntomas son pasajeros. Contrasta, de todas maneras, la benignidad de estas manifestaciones con la sintomatología profusa que acompaña frecuentemente la reacción leprosa de las formas cutáneas.

En la etapa inicial de la reacción, la sensibilidad está poco afectada, observándose en cambio, alteraciones profundas en la etapa de regresión, a nivel de las lesiones atróficas residuales.

Las lesiones cutáneas de la reacción son más pronunciadas en la cara y a vetes se localizan exclusivamente allí, siendo su regresión más lenta que la de las situadas en otras regiones. De todas maneras las manifestaciones dermatológicas de la reacción tuberculoide, son siempre más infiltradas, más profundas, mejor delimitadas y más persistentes que las de la reacción del tipo cutáneo y dejan como secuela una atrofia de la epidermia que no se observan en éstas.

En ninguno de los enfermos de nuestra casuística hemos comprobado aumento de volumen de los ganglios superficiales durante la reacción.

En el caso de la obs. N.º 11, el proceso se acompañó, en la etapa inicial, de una intensa neuritis de ambos cubitales, con empastamiento de la zona circundante, neuralgia muy aguda, impotencia funcional y edema de ambas manos. Este episodio duró un mes, regresando sin dejar secuelas.

Hemos observado en algunas reacciones intensas localizadas en la cara una acentuada congestión de la mucosa nasal, con obstrucción de la entrada de aire y sensación de ardor.

Evolución:

Por lo que respecta a la evolución clínica de la reacción, hemos dicho ya que es subaguda y a vetes, muy prolongada. Desde su comienzo hasta la regresión total transcurren siempre varios meses. El caso de evolución más rápida que hemos observado ha sido de tres meses y el de duración mayor, de ocho meses.

En el curso de esta evolución podemos distinguir una primera etapa que clamaremos *período de comienzo o invasión*, en el que el proceso se inicia en forma insidiosa, apareciendo en primer lugar un eritema en el límite externo del bordo de las lesiones preexistentes. A medida que la reacción progresa este eritema se acentúa y aparece luego una infiltración. Los bordes de las máculas se ensanchan, se hacen congestivos, salientes, y adquieren una coloración roja y un aspecto liso, "aterciopelado". Si la reacción es muy in-

tensa, la infiltración y el eritema se extienden hacia el centro de la lesión, abarcando toda su superficie y formando entonces una verdadera placa cuyo tamaño puede llegar a grandes dimensiones. Cuando la reacción es de moderada intensidad, puede limitarse a la reactivación de algunos elementos aislados, pero si es muy intensa, el proceso se generaliza, afectando a todas las lesiones preexistentes y apareciendo además elementos nuevos, también de tipo eritematoso, que pueden consistir en máculas de aspecto roseoliforme, pápulas, nódulos o placas.

En esta etapa de comienzo de la reacción, la presencia de bacilos a nivel del borde de las lesiones es la regla, como veremos más adelante.

Instalada así la reacción, persisten los síntomas inflamatorios en toda su intensidad durante un periodo de tiempo muy variable, que constituye la segunda etapa o *período de estado*. En esta etapa las lesiones adquieren una coloración rojo-vinosa, y presentan una superficie lisa, brillante, estando la piel muy tensa debido a la acentuada infiltración subyacente; los bordes de todos los elementos están bien delimitados y tienen marcado relieve con relación a la piel sana. Durante este período, cuando la reacción es muy intensa, las lesiones pueden llegar a ulcerarse (fig. N.º 16).

En la tercera etapa o *período de regresión*, la infiltración de las lesiones comienza a ceder, apareciendo en su superficie una descamación furfuracea; a veces tal descamación adquiere gran intensidad, formándose verdaderas escamas-costras de aspecto psoriasiforme (fig. N.º 20). A medida que la reacción declina, la desinfiltración de los elementos se acentúa hasta que llega un momento en que las antiguas lesiones congestivas se hacen atróficas formando una marcada depresión con relación a la piel sana circundante. La epidermis adquiere el característico aspecto de "papel de cigarrillo". y a su través se percibe nitidamente la red vascular del dermis (fig. N.º 13). Durante este proceso de regresión la coloración de los elementos también se modifica, adquiriendo una tonalidad marrón oscura o recuperando su color cobrizo. Transcurrido un tiempo después de la reacción, es frecuente que las máculas residuales readquieran una coloración más clara en el centro, tomando su primitiva configuración anular. Hay además, lesiones que desaparecen sin dejar ningún rastro.

En los casos de reacción recidivante, las zonas de piel que fueron asiento de lesiones anteriores, son respetadas en la nueva poussée. También hemos visto respetadas siempre las zonas tratadas con chaulmoogra, por el método de infiltración intradérmica.

Estudo Bacterioscópico:

Wade (9) y Schujman (10), destacan en sus respectivos trabajos la frecuente ausencia de bacilos en las lesiones cutáneas de reacción leprosa tuberculoide. El primero de estos autores encontra, solamente en dos enfermos de su casuística, escasos bacilos en gran cantidad el M. 1. a nivel de las lesiones de reacción de este casos bacilos en solo 2 de los 7 casos estudiados.

Nosotros hemos encontrado con mucha mayor frecuencia y en gran cantidad el M. 1. a nivel de las lesiones de reacción de este tipo. Sobre un total de 12 casos estudiados, en 10 el examen bacterioscópico fué francamente positivo, en los 2 restantes, negativo.

Sostenemos que la presencia del M. 1. a nivel de las lesiones cutáneas de reacción leprosa tuberculoide es la regla, dependiendo su hallazgo — como veremos luego — de la intensidad del proceso, pero sobre todo, del momento en que se lo investigue. Efectuado el examen en la etapa inicial de la reacción, siempre resulta positivo.

Exponemos a continuación una síntesis de nuestras observaciones sobre el particular:

1 — Hemos observado el M. 1. a nivel de las lesiones cutáneas de reacción leprosa tuberculoide, en 10 casos sobre un total de 12 examinados.

2 — En todos los casos bacteriológicamente positivos hemos comprobado una íntima correlación entre la presencia del M. 1. y la evolución clínica de la reacción, a saber: a) en la etapa inicial el bacilo se encuentra siempre, sobre todo si se lo busca a nivel del halo eritematoso que circunda las lesiones; b) en el período de estado, pueden encontrarse bacilos, pero ya su número comienza a decrecer; c) en la etapa de regresión, el M. 1. desaparece completamente de las lesiones.

3 — Hemos comprobado también que el número de bacilos observados a nivel de las lesiones cutáneas están en relación directa con la intensidad de la reacción: hay abundantes bacilos en las reacciones intensas, generalizadas y muy escasos y a vetes faltan en las reacciones leves o moderadas.

4 — Por lo que respecta à las características morfológicas y tintoriales del M. 1. se asemejan a las que se observan en la reacción leprosa cutánea (13).

Leprolin Test:

En la lepra tuberculoide el leprolin test resulta siempre positivo. Coincidimos ampliamente em este sentido con las investigaciones efectuadas por Schujman (14) sobre el particular, ya que nunca

hemos observado un caso de lepra tuberculoide — confirmado por el estudio histológico — en el cual el leprolin test fuera negativo.

En los casos de reacción tuberculoide esta positividad del leprolin test se acentúa, con la particularidad de que la pápula de inoculación se asemeja por su aspecto a las lesiones de la reacción.

Además hemos observado con frecuencia, que las antiguas marcas provocadas por el L. T., se reactivan durante la reacción, haciéndose nuevamente congestivas y rojas.

Índice de Sedimentación:

El I. S. ya de por si bajo en la lepra tuberculoide experimenta apenas un ligero ascenso durante la reacción, oscilando la cifra media alrededor de 30. Este aumento se produce lentamente, alcanzando recién su máximo en el periodo de estado.

En los casos de reacción tuberculoide en que el I. S. llega a cifras elevadas, hay que sospechar la existencia de algún factor sobreagregado, tal como ocurrió en dos de los enfermos de nuestra casuística, en los que el aumento exagerado se debía a la intensa reacción inflamatoria provocada por inyecciones intramusculares mal toleradas.

En la reacción leprosa de las formas cutáneas, en cambio, se eleva siempre a cifras muy altas y este ascenso es un sintoma que precede a las manifestaciones clínicas.

Anatomía Patológica:

Durante la etapa aguda de la reacción, el cuadro histopatológico evidencia un intenso proceso inflamatorio con exuberante proliferación de los elementos celulares, en especial epitelioides y linfocitarios, con dilatación de los capilares y tumefacción de los endotelios. Apesar de todo, es posible distinguir siempre la disposición folicular tuberculoide del infiltrado celular. Los folículos más o menos confluentes, separados apenas por finos tractus de tejido conjuntivo, invaden masivamente el dermis y en algunos casos hasta se puede observar una invasión de la basal, cuando el proceso es muy agudo y acentuado (figs. 26 y 32). Hay además, polinucleosis

Pasada la etapa aguda de la reacción, en el periodo de regresión del proceso, es dado observar la presencia de fibroblastos y a vetes, zonas de necrosis, como puede apreciarse en los preparados N.º 23 y 30.

ETIOLOGIA DE LA REACCION TUBERCULOIDE. CAUSAS DESENCADENANTES:

Muchos autores, entre otros Jadassohn, Wade; Rodriguez (4), Green (3), han sostenido que la reacción leprosa es un fenome-

meno alérgico. Mendes y Grieco (15), de San Pablo, también comparten este punto de vista, aportando interesantes argumentos en su favor. Estos autores, en efecto, afirman que las reacciones leprosas pueden ser explicadas satisfactoriamente, a veces por la alergia, en el sentido estricto de Von Pirquet, y otras veces, con mayor frecuencia, su interpretación se ajusta a las leyes de la paralergia. Entenden por paralergia Mendes y Grieco, "una modificación en el modo de reaccionar de un organismo en estado de alergia, en relación con agentes no específicos (paralérgenos), de naturaleza proteica o no, diferentes del antígeno primario que indujo a la alergia específica".

Esta interpretación de la reacción leprosa que nos dan los autores paulistanos, explicaría, entre otras cosas, el porqué los enfermos de las formas cutáneas y mixtas están más propensos a sufrir reacciones, ya que en ellos el organismo se encuentra en gran desequilibrio entre el número de bacilos (antígeno) que es muy grande y la cantidad de anticuerpos que es relativamente pequeña. Además solo por la paralergia podría explicarse el hecho de que la reacción leprosa se produzca por las causas más diversas: Infecciones intercurrentes, trastornos gastrointestinales, agentes terapéuticos, estado fisiológicos (menstruación y puerperio) etc.

Nuestra opinión sobre el particular es la siguiente:

1. — La reacción leprosa de las formas cutáneas y mixtas puede ser explicada por la paralergia. En efecto, agentes no específicos muy diversos son capaces de provocarla, y nosotros lo hemos logrado experimentalmente con yoduro de potasio, vacuna antivariólica y tuberculina. En cambio no hemos conseguido desencadenar la reacción en estos enfermos con leprolin test a pesar de haber inoculado hasta 2 cc. por vía sub-cutánea, y Mariano Cruz (16), de Culión, ha efectuado inyecciones endovenosas de una emulsión fresca de bacilos, con el mismo resultado negativo.
2. — La reacción leprosa de las formas tuberculoideas se explicaría satisfactoriamente como un fenómeno alérgico, en el sentido estricto de Von Pirquet. Toda vez que el bacilo o sus toxinas (antígeno) en cantidad suficiente, se pone en contacto con los tejidos previamente sensibilizados, provoca la reacción. Apoyaría esta hipótesis el hecho de que hemos observado siempre la presencia del bacilo en la etapa inicial de la reacción tuberculoidea. Además hemos efectuado la inoculación subcutánea de leprolin test (2 cc.) en varios casos de lepra tuberculoidea, observando a las pocas horas en todos ellos una reactivación de las lesiones preexis-

tentes, acompañada de eritema y congelión, tal cual ocurre en la reacción típica.

Investigando en los enfermos de nuestra casuística el probable factor desencadenante de la reacción tuberculoide, hemos observado que en 2 casos coincidió con la ingestión de iodo, en 3 casos apareció después de una emoción violenta, en 2 enfermas coincidió con el parto y en 5 casos no pudimos determinar la causa aparente. Del total de 12 casos observados, 7 no habían efectuado nunca tratamiento chaulmoógrico, y 5 estaban siguiendo una cura con dicha medicación cuando la reacción apareció.

El factor emotivo que hemos señalado en 3 casos, como probable causa desencadenante de la reacción nos ha llamado la atención. En uno de tinos (obs. N.º 1), la emoción fué provocada por la noticia súbita de la muerte de un hijo de la enferma en un accidente de tráfico. En el segundo caso (obs. N.º 3), la enferma recibió una fuerte impresión al trabarse en rira en su presencia dos de sus hijos, uno de los cuales intentó provocar un incendio de la casa en que vivían. El tercer caso (obs. N.º 11) es muy demostrativo, porque el paciente tuvo 3 reacciones en un intervalo de 2 años, cada una de las cuales coincidió con una fuerte emoción, a saber: en la primera arrolló a un transeunte con su automóvil, matándolo, en la segunda fué asaltado por unos pistoleros que lo despojaron del automóvil y en la tercera, la emoción fué provocada por un grave disgusto de familia.

Restanos agregar que no hemos podido provocar experimentalmente la reacción en ningún caso, administrando ioduro de potasio. Hemos suministrado este medicamento — a dosis progresivas hasta llegar a varios gramos diarios — a un grupo de pacientes de lepra tuberculoide, sin que apareciera ningún sintoma de reacción.

PRONOSTICO.

En primer lugar, por lo que respecta al pronóstico en sí del proceso, creemos que es siempre benigno, de todas maneras mucho más benigno que el de la reacción leprosa de las formas cutáneas, porque se soporta bien y nunca puede llegar a comprometer la vida del paciente, por intenso que sea.

En cuanto a la influencia que la reacción tuberculoide pueda ejercer sobre la evolución general de la enfermedad, no nos atrevemos aún a emitir una opinión definitiva, porque necesitamos un plazo mayor de tiempo para poder apreciar a distancia sus pro-babies consecuencias. Hasta ahora podemos afirmar que en ningún caso hemos observado una agravación de la enfermedad consecutiva a la reacción. Por el contrario, en muchos pacientes, las lesiones evidenciaron una apreciable mejoría después de la reacción, haciéndose completamente inactivas (atróficas).

De todas maneras, si pensamos que muchas son las formas tuberculoideas que evolucionan favorablemente hacia la regresión, sin haber experimentado nunca una reacción y si tenemos presente, por otra parte, que durante la reacción las lesiones se hacen más evidentes y se observan bacilos en ellas, hemos de reconocer que por lo menos desde el punto de vista estético y sobre todo profiláctico, este proceso acarrea molestias al paciente sin la compensación de un beneficio positivo inmediato.

TRATAMIENTO.

Confesamos no habernos preocupado mayormente por la terapéutica de la reacción leprosa tuberculoidea. Su evolución benigna, sin dolores, sin temperatura, sin torturas que impliquen una verdadera molestia para el paciente, no justifica una terapéutica intensiva. Por otra parte somos escepticos acerca de la eficacia del tratamiento en estos casos.

En algunos pacientes a quienes las circunstancias nos obligaban a prescribir alguna medicación, hemos efectuado inyecciones de gluconato de calcio y autohemoterapia, sin obtener resultados convincentes. En muchos casos hemos continuado con el tratamiento chaulmoogrico, sin que éste influyera en lo mas mínimo en la evolución de la reacción y hasta en algunos enfermos con reacciones moderadas, hemos administrado ioduro de potasio a la dosis de 2 gramos diarios sin que tampoco este medicamento modificara la situación.

VARIEDADES.

Teniendo presente la localización así como la intensidad y extensión del proceso, podemos distinguir algunas variedades que señalaremos a continuación.

La reacción puede localizarse, ya a nivel de los troncos nerviosos, ya a nivel de la piel o bien en ambas partes simultáneamente. A la primera variedad correspondería el *absceso nervioso* que ha sido interpretado por Wade (9) y Schujman (17) entre otros, como una reacción tuberculoidea del nervio.

A la segunda variedad correspondería la reacción tuberculoidea descrita por Wade y Schujman, cuyo cuadro sintomático acabamos de exponer.

La tercera variedad constituiría la forma mixta, en la que hay reactivación de las lesiones cutáneas y una neuritis concomitante. tal como se observa en el enfermo N.º 11 de nuestra casuística.

Por su *intensidad* podemos distinguir formas leves, formas moderadas y formas intensas.

Por su *extensión* podemos dividirías en localizadas y generalizadas segun que el proceso se limite a unas pocas lesiones o abarque a todos los elementos preexistentes.

| | | |
|----------------------------------|---------------------|--|
| Reacción leprosa tuberculoide | Por su localización | Variedad neural tuberculoide (absceso nervioso) Variedad neuro-macular tuberculoide. |
| | Por su intensidad. | Variedad mixta. Forma leve. Forma moderada. Forma intensa. |
| | Por su extensión | Localizada. Generalizada. |

COMENTARIOS

En primer término queremos senalar la posibilidad que existe de confundir una lepra tuberculoide en estado de reacción con una forma cutánea nodular. Hemos visto, en efecto, que en la reacción tuberculoide intensa la presencia de bacilos es frecuente, el aspecto clínico de las lesiones es a menudo del tipo nodular, y aún la histopatología puede simular un cuadro lepromatoso, ya que a vetes se observa una evidente reticulación y se encuentran abundantes bacilos en todos los campos (por ejemplo el caso N.º 6, fig. 9). Es en estos casos de duda Guando el leprolín test adquiere un valor decisivo como elemento de diagnóstico: si resulta negativo podemos afirmar que no se trata de una lepra tuberculoide. En este sentido, el I. de S. es también un signo importante para el diagnóstico diferencial, ya que siempre se mantiene bajo en las formas tuberculoides, aún durante la reacción. Además la evolución ulterior aclarará toda duda que pueda plantearse en el diagnóstico, porque si se trata de una reacción leprosa tuberculoide, las lesiones regresarán al cabo de un tiempo variable, desinfiltrándose y dejando atrofia al mismo tiempo que los bacilos desaparecerán totalmente, mientras que, en cambio, en la lepra nodular las lesiones poco se modifican y los bacilos no desaparecen.

Abrigamos la sospecha de que algunos casos descritos como "formas tuberculoides que evolucionan hacia la forma nodular" son simples lepras tuberculoides en estado de reacción.

La frecuente presencia de abundantes bacilos en los casos tuberculoides en estado de reacción, nos demuestra que el examen bacterioscópico no es siempre un elemento de juicio suficiente para establecer el diagnóstico de ésta forma de lepra. Es necesario el examen histopatológico y el control del leprolín test. Además,

desde el punto de vista profiláctico, esta positividad bacteriológica nos obliga a considerar a las formas tuberculoideas como "casos contagiosos en latencia", dado que en un momento cualquiera, por la influencia de factores que no podemos precisar ni prever, pueden presentar una reacción y hacerse bacteriológicamente positivos. Es cierto que la presencia de bacilos en estas formas es siempre transitoria. Pero mientras tanto, constituyen un foco de contaminación.

Es interesante destacar que en ninguno de los 12 casos de reacción leprosa tuberculoidea que hemos estudiado, comprobamos hasta el presente la transformación o evolución hacia la forma cutánea. Todos ellos a pesar de la reacción experimentada, a veces recidivante y muy intensa, conservaron a posteriori todas las características de la lepra tuberculoidea: leprolin test positivo, I. de S. bajo, ausencia de bacilos, etc. Reconecemos, sin embargo, la necesidad de continuar la observación de estos enfermos por largo tiempo, para poder afirmar que este hecho no se produce.

Cómo explicar la súbita aparición de bacilos a nivel de las lesiones cutáneas de la reacción tuberculoidea? De dónde provienen? En tres de los enfermos de nuestra casuística (obs. 1, 2 y 3) habíamos efectuado reiterados exámenes bacterioscópicos poco antes de que apareciera la reacción y siempre resultaron negativos, encontrándoselos en cambio en gran abundancia durante el período álgido de ésta. Tendremos que admitir la existencia de "focos bacilíferos" viscerales ganglionares, "bloqueados" por las defensas del organismo, y que se abrirían al torrente sanguíneo por una causa que ignoramos, provocando así la reacción? O se trata de una multiplicación "in situ" de los escasos bacilos que suelen encontrarse en las lesiones tuberculoideas durante la etapa "no reacting" de la enfermedad? O es que el germen existe siempre en las lesiones en forma de virus o en estado "no ácido resistente" y sólo se hace visible durante la reacción?

No nos atrevemos a emitir una opinión definitiva al respecto y nos limitamos por ahora a plantear estos interrogantes. Por lo que respecta a la desaparición posterior de los bacilos, creemos lógico atribuirlos a la intensa reacción tisular que se opera a nivel de las lesiones.

Cuál es el papel del bacilo o sus toxinas en el mecanismo etiopatogénico de la reacción? Señalemos por de pronto algunos hechos que demostrarían una relación de causa a efecto entre la presencia del bacilo en su etapa ácido resistente y la reacción tisular: a) — en las lesiones tuberculoideas, durante la etapa "no reacting". la ausencia del bacilo es la regla; b) — en las reacciones tuberculoideas leves, en las que la reacción tisular es moderada, los bacilos son escasos y a veces no se los encuentra; c) — en cambio los bacilos

son numerosos en las reacciones intensas durante su etapa inicial, disminuyendo luego progressively hasta desaparecer cuando la reacción declina.

Esta relación de causa a efecto entre bacilo o sus toxinas y reacción tisular se confirmaría mediante la inoculación de leprolin test, que provoca según lo hemos comprobado experimentalmente, una reactivación de las lesiones análoga a la que acompaña a la reacción.

SUMARIO

El autor estudia en este trabajo las características de la reacción leprosa tuberculoide presentando 12 casos, cuya evolución clínica, histopatológica y bacteriológica ha seguido a través de sus distintas etapas, observando lo siguiente:

1. — La reacción leprosa, considerada en sus síntomas fundamentales es un proceso común a todas las formas de la enfermedad. La influencia del terreno, (tipo de lepra) sobre el cual se instala la reacción, le imprime, no obstante, características particulares a su cuadro sintomático de tal manera que se pueden distinguir una reacción leprosa tuberculoide y una reacción leprosa de las formas cutáneas y mixtas.
2. — La reacción leprosa tuberculoide evoluciona en forma subaguda, a veces muy prolongada, sin síntomas generales y acompañada de un leprolin test siempre positivo y un índice de sedimentación bajo. Dos son los síntomas más fundamentales de la reacción: congestión inflamatoria de las lesiones preexistentes, a veces acompañada de aparición de elementos nuevos y la presencia de bacilos a nivel de dichas lesiones en la etapa inicial. El autor ha comprobado, en efecto, la aparición de abundantes bacilos, al iniciarse la reacción, en 10 de los 12 casos estudiados, comprobando posteriormente la desaparición del M. L cuando la reacción declina. Las lesiones cutáneas se transforman en máculas atróficas residuales después que la reacción ha pasado. La histopatología muestra, durante la etapa aguda, una reacción tisular intensa caracterizada por la exuberancia de elementos epitelioides y linfocitarios. En la etapa de regresión hay abundancia de elementos fibroblásticos y a veces se observan pequeños focos de necrosis. En ningún caso, de los 12 observados, pudo comprobarse la evolución hacia la forma nodular lepromatosa.
3. — Por lo que respecta a la interpretación etiopatogénica del proceso, el autor cree, que se trata de un fenómeno alérgico provocado por el bacilo o sus toxinas al ponerse en contacto con los tejidos sensibilizados. La inoculación de leprolin test y la presencia del M. I. en la etapa inicial de reacción abonaría a favor de esta hipótesis.
4. — Finalmente, el autor opina que el pronóstico de la reacción tuberculoide es benigno por cuanto no acarrea complicaciones graves que comprometan la vida del paciente y en lo referente a tratamiento, nunca ha logrado modificar el curso de la reacción con las medicaciones empleadas.

SUMMARY

Tuberculoid lepra reaction has been studied in 12 cases; the clinical, histopathological and bacteriological events were recorded in the different phases. The following observations were made:

1. The chief symptoms of lepra reaction occur in all forms of the disease. The type of lepra in which the reaction takes place gives it, nevertheless certain peculiarities which make it possible to distinguish a tuberculoid lepra reaction from a cutaneous lepra reaction.
2. Tuberculoid lepra reaction has a subacute evolution, sometimes it is greatly prolonged; there are no general disturbances, the leprolin test is always positive and the sedimentation rate low. Two outstanding symptoms are observed: inflammatory congestion of old lesions, sometimes accompanied by the appearance of new ones, and in the first stages the presence of bacilli in the lesions. On 10 of the 12 cases numerous bacilli were found as the reaction declined. Cutaneous lesions are transformed into residual atrophic maculae once the reaction has subsided. Microscopical examination shows, during the acute stage, an intense tissue reaction with abundant epithelioid cells and lymphocytic infiltration. During the regression stage fibroblasts are numerous and occasionally small necrotic foci are seen. In none of the 12 cases a change towards the nodular form was observed.
3. The process can be considered as an allergic phenomenon produced by the bacillus or its toxins into contact with sensitized tissues. The presence of bacilli in the initial stages and the results of leprolin test inoculation are in favour of this interpretation.
4. Tuberculoid lepra reaction has a favorable prognosis, since no serious complications occur which might threaten the life of the patient.
5. The different therapeutic measures that were used did not alter the course of the reaction.

— — — — —

OBSERVACION N.º 1 —

I. B... 60 años, española.

Antecedentes:

En mayo de 1933 observa la aparición de una mácula anular de bordes infiltrados y centro claro, situada en cara externa de antebrazo izquierdo. Posteriormente aparecen elementos análogos en cara, dorso, nalgas y miembros.

Enero de 1935: Reacción leprosa tuberculoide. Las lesiones cutáneas presentan una intensa congestión, adquiriendo una coloración rojo-vinosa. Hay lesiones anulares cuyos bordes se han ensanchado e infiltrado formando relieve; alternando con estas lesiones, se observa en cara, dorso y muslos, tubérculos y nódulos de diversos tamaños, todos congestivos y muy infiltrados, algunes de relente aparición. Trastornos de la sensibilidad en todas las lesiones.

Leprolin test: (+ + +)

Índice de Sedimentación: 42.

Examen bacteriológico: Negativo.

Examen histológico: Epidermis conservada aunque parcialmente disminuida de espesor. En el dermis subpapilar hay un infiltrado celular bastante intenso que se prolonga hasta el dermis profundo y que está constituido por una serie de formadones foliculares confluentes, que llegan a formar extensos nódulos de infiltrado. En estas formadones foliculares se observan elementos típicos: células epitelioides, células gigantes y corona linfocitaria, con una discreta infiltración de polinucleares que se asoda a la de los elementos citados. En algunos folículos se observar na discreta reticulación central, por vacuolización de sus células epitelioides. Hay dilatadón de los capilares y tumefacdon de los endotelios de los vasos. En toda la extensitin del preparado se observa una zona de dermis bien conservado que separa la basal de la infiltradón descrita. No se observan bacilos en los cortes examinados.

En resúmen, la enferma presenta una reacción tuberculoide típica, que evoluciona en un plazo aproximado de 5 meses ,al cabo de cuyo período solo se observan máculas planas de color marrón oscuro.

Julio de 1936: Nueva reacción leprosa tuberculoide. La enferma vuelve a consultamos, y nos reflere que desde hace 1 mes, coincidiendo con una desgrada de familia (un hijo muere en un accidente de tráfico) nota que sus lesiones se hacen nuevamente congestivas, apareciendo además elementos nuevos. El examen clínico efectuado en esa fecha (4-VII-936) nos permite comprobar la existencia de una nueva reacción, caracterizada por una intensa congestión de todas las lesiones preexistentes y por aparición de elementos nuevos. Las máculas anulares presentan sus bordes ensanchadas, lisos, salientes, de una coloradón rojo-vinosa. Hay además pápulas, nódulos y placas de redente aparición (fig. 1) La enferma no tiene temperatura ni quebrantamiento general.

Leprolin test: (+ +)

Índice de sedimentación: 16.

Examen bacteriológico: Positivo (+ + +).

Examen histológico: (Etapa aguda de la reacción. Biopsia de una lesion infiltrada, rojo-violácea, situada en mentón). Prep. 693 (figs. 21 y 22) Reproduce el cuadro histopatológico anterior, con un aumento de la reticuladón, comprobándose además la presencia de abundantes bacilos en todos los campos.

Evolución de la reacción: Esta segunda reaccón evoludona en un plazo aproximado de 6 meses. Durante todo el curso del proceso el estado general se ha mantenido bueno, acudiendo la enferma, dos vetes por semana, por sus propios medios, a la consulta.

Los exámenes bacteriológicos efectuados durante el curso de la reaccón acusan los siguientes resultados: 14-VII-936 : Positivo (+ + +);

14-VIII-936: Positivo (+ +); 18-IX-936 : Positivo (+ +); 3-XI-936 : Positivo (+); 20-XI-936: Positivo (+); 22-XII-936: Negativo (—).

La curva de sedimentación se mantiene baja, acusando un máximo de 33, al promediar la reaccón.

Examen histológico: (Etapa de regresión de la reacción. Biopsia de una mácula plana de centro atrófico, situada en region interescapular) Prep. 732 (fig. 23). Atrofia de la epidermis. El infiltrado celular del dermis presenta una típica estructura tuberculoide. Reacción fibroblástica marcada. No se observan bacilos en los preparados.

Estado actual: (octubre de 1937). Un año después de su última reaccón no se observa ningún sintoma de actividad en las lesiones, las cuales están reducidas a máculas atróficas de coloración marrón.

Examen bacteriológico: Negativo (—).

Leprolin test: Positivo (+ +).

Índice de sedimentación: 27.

OBSERVACION N.º 2. —

Elisa V. de M.... 60 años, argentina.

Antecedentes:

En marzo de 1933, al acudir por primera vez a la consulta, presenta diseminados en miembros, cara, dorso y abdomen, máculas anulares de tamaño variable, de bordes infiltrados, bien delimitados, y centro hipocrómico, a cuyo nivel hay trastornos acentuados de la sensibilidad.

Examen bacteriológico: Negativo.

Índice de sedimentación: 37.

Leprolin test: Positivo (+ +).

Enero de 1935: Las lesiones han aumentado en número, pero conservando sus anteriores características. Los bordes son bien delimitados, infiltrados, papuloides, y el centro es claro. El examen bacteriológico persiste negativo, el índice de sedimentación es de 29 y el leprolin test positivo (+ +)

Examen histológico: (Biopsia de una lesión anular de bordes infiltrados, situada en brazo izquierdo). Evidencia estructura tuberculoide típica, con folículos centrados por células gigantes, formación epitelioide y halo linfocitario.

Setiembre de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. A principios de setiembre de 1936, vuelve a consultarnos porque ha observado que las lesiones de la cara y cuello se han hecho evidentes, enrojeciéndose y formando relieve. Coincide esta agravación de su dolencia con una erupción violenta que ha tenido la enferma a raíz de una reyerta familiar. El examen clínico demuestra lo siguiente:

1 — Diseminadas por todo el cuerpo hay máculas de diferentes tamaños, de coloración cobriza, la mayoría de ellas de configuración anular, con bordes bien delimitados, infiltrados, centro hipocrómico y a veces atrófico. Otras son máculas de coloración y superficie uniforme, también infiltradas y de bordes bien marcados. Hay además pequeñas pápulas de color caramelo, que confluyen en ciertas zonas adoptando una disposición anular.

2 — En cara, a nivel del mentón, región submaxilar, regiones inalaras, cuello y región esternal, se observan máculas congestivas, infiltradas, salientes, de coloración rojo-violácea; la superficie de estas lesiones que antes era áspera, papuloide, es ahora lisa, "aterciopelada". Casi todas estas lesiones son anulares, localizándose la reacción a nivel de los bordes que se han ensanchado, pero también hay lesiones en que la reacción se extiende a toda su superficie, adquiriendo un aspecto nodular (fig. 2). Hay anestesia térmica y dolorosa a nivel de todas las lesiones. La enferma acusa un estado general bueno y no tiene temperatura ni dolores.

Examen bacteriológico: Negativo.

Índice de sedimentación: 8.

Leprolin test: Positivo (+ +).

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una lesión anular, congestiva, situada en región esternal). Prep. 699, fig. 24. Se observa un intenso infiltrado del dermis que llega hasta los límites de la basal, constituido por la confluencia de folículos con gran riqueza de elementos epitelioides y células gigantes. Acentuada dilatación de los capilares y tumefacción de su endotelio.

Evolución ulterior: La reacción regresa lentamente comprobándose recién al cabo de 7 meses, la desinfiltración total de las lesiones, que adquieren su primitiva configuración anular, presentando una acentuada atrofia en su centro (fig. 3).

El examen bacteriológico persiste negativo, el leprolin test, siempre positivo. La curva de sedimentación se mantiene baja, alcanzando un máximo de 55.

Examen histológico: (Durante la etapa de regresión de la reacción. Biopsia de

lesión anular atrófica, region interescapular). Prep. 739. Atrofia epidérmica regular. Persiste la estructura tuberculoide del infiltrado dérmico. Se observan folículos típicos con células gigantes características.

Setiembre de 1937: Nueva reacción leprosa tuberculoide. A principios de setiembre de 1937, un año después del comienzo de la reacción anterior, la enferma presenta una nueva reacción tuberculoide, más intensa que la primera, participando esta vez, todos los elementos preexistentes. Como la enferma estaba bajo estrecha vigilancia, hemos podido seguir la evolución de esta segunda reacción desde su período inicial, comprobando, primero la aparición de un halo eritematoso en el borde exterior de las lesiones anulares preexistentes; luego aparece una infiltración que se inicia en los bordes y se extiende después a toda la superficie de la lesión. En la etapa inicial de esta segunda reacción, el examen bacteriológico de las lesiones resulta francamente **positivo**, observándose en todos los campos abundantes M.I. bien coloreados.

Actualmente (oct. 1937), la reacción está en su apogeo y comprende, como hemos dicho, todas las lesiones preexistentes.

— — — —

OBSERVACION N.º 3. —

Esilda C... 64 años, argentina, viuda.

Antecedentes:

Manifiesta que su primera lesión apareció hace 4 años, en brazo derecho. Posteriormente notó nuevos elementos en dorso, nalgas y miembros.

Julio de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. A comienzos de julio de 1936, viene a consultarnos refiriendo que desde hace 1 mes sus lesiones se han avivado. El examen clínico efectuado en la fecha (17-VII-36), acusa lo siguiente (fig. 4): en frente, oreja derecha, labio superior y mentón, se observan lesiones infiltradas, congestivas, de color rojo-violáceo, y bordes bien delimitados que hacen saliendo con relación a la piel sana circundante; en brazo derecho, cara interna y posterior, hay una extensa mácula de bordes infiltrados, violáceos y centro hipocrómico, con piel atrófica; en antebrazo derecho, todo izquierdo y dorso de mano izquierda, hay lesiones similares; en nalga izquierda también se observa una extensa lesión que presenta bordes infiltrados y centro claro. En miembros inferiores hay lesiones anulares que no ofrecen síntomas de reactivación. La enferma no tiene fiebre, ni acusa trastornos generales, acudiendo al consultorio externo del Servicio por sus propios medios.

Examen bacteriológico: Negativo.

Leprolin test: Positivo (+ +).

Índice de sedimentación: 17.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una lesión infiltrada, eritematosa, region parotidea derecha). Epidermis conservada. El infiltrado dérmico constituido por folículos tuberculoideos confluentes, ocupa extensas zonas. Vasodilatación capilar acentuada. Exuberancia de elementos epitelioides y linfocitarios.

Evolución de la reacción: La reacción evoluciona favorablemente, en un plazo aproximado de 4 meses desapareciendo al final de este período toda congestión de las lesiones, las cuales quedar reducidas a simples manchas oscuras, algunos de centro claro, atrófico (fig. 5). Estado general excelente.

Examen bacteriológico: Efectuado periódicamente, persiste negativo. Índice de sedimentación: Se mantiene bajo, siendo la cifra máxima de 45. Leprolin test: Repetido en 3 oportunidades, resulta siempre positivo.

Examen histológico: (Durante la etapa de regresión. Biopsia de una mácula atrófica situada en región preauricular derecha). Estructura tuberculoide típica, folículos con formación epiteloide, células gigantes y halo linfocitario.

Abundantes fibroblastos.

Mayo de 1937: Nueva reacción leprosa tuberculoide. A fines de mayo del corriente año, cuando todos los síntomas de la reacción anterior habían desaparecido, la enferma presenta una nueva reacción que se inicia por un discreto eritema que circunda el borde exterior de las lesiones de la cara. En un plazo aproximado de 20 días esta nueva reactivación alcanza su acme, presentando la enferma grandes placas infiltradas, rojo-violáceas, en cara, cuello y región esternal. Hay una rinitis congestiva y sensación de ardor a nivel de las lesiones. No hay temperatura ni síntomas generales. Llama la atención que a consecuencia de esta nueva reacción, 2 pequeñas máculas residuales de un L. T. efectuado hace 6 meses (región clavicular) se han hecho infiltradas, eritematosas, salientes, tomando todo el aspecto de las lesiones circundantes provocadas por la reacción.

También es de hacer notar que el examen bacteriológico de las lesiones efectuado en la etapa inicial de esta segunda reacción resulta francamente **positivo**.

Estado actual: Octubre de 1937: La reacción en regresión franca. Las lesiones se han desinfiltrado nuevamente transformándose en manchas oscuras, a cuyo nivel la piel evidencia una marcada atrofia. Estado general excelente. Examen bacteriológico, negativo..

OBSERVACION N.º 4.

Maria de P... 45 años, italiana, casada.

Antecedentes:

No puede precisar exactamente la fecha de aparición de sus primeras lesiones. Desde hace varios meses está bajo asistencia médica. Hace 1 mes, como percibiera una sensación de ardor en las lesiones de la cara, consulta nuevamente médico, quien prescribe un tónico a base de jarabe tototánico. Refiere la enferma que en seguida de haber comenzado a tomar esta medicación, las manchas de la cara se hicieron más congestivas, enrojeciéndose, motivo por el cual acude a consultarnos.

Noviembre de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. Examinada por primera vez por nosotros el 10-XI-1936, comprobamos lo siguiente:

1 — En miembros superiores, dorso, abdomen y miembros inferiores, hay máculas de tamaño variable, anulares, de bordes infiltrados, bien marcados y centro hipocrómico, a vetes atrófico. Tienen una coloración jamón codo.

2 -- En cara, a nivel de ambas mejillas, dorso de nariz, mentón, región submaxilar derecha y región preauricular, se observan máculas infiltradas, eritematosas, salientes, de superficie lisa, suave, brillante, de bordes bien delimitados, a cuyo nivel hay hipertermia. Algunas de estas lesiones tienen el tamaño de una moneda de 2 cts. y otras forman placas de tamaño mayor (fig. 6). Estado general excelente. No hay síntomas generados ni temperatura.

Examen bacteriológico: Negativo.

Leprolin test: Positivo (-)-F).

Índice de sedimentación: 40.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una placa infiltrada, de la cara). Prep. 728 (fig. 25). Atrofia epidérmica regular. El dermis ocupado parcialmente por folículos tuberculoideos muy típicos, algunos aislados, otros confluentes. Discreta infiltración linfocitaria. Llama la atención la abundancia de células gigantes, algunas de gran tamaño.

Evolución de la reacción: Desde noviembre de 1936 hasta la fecha (oct. 1937), la reacción persiste, localizada en las lesiones de la cara, las cuales han experimentado apenas una ligera descongestión. El examen bacteriológico efectuado

repetidas veces, persiste siempre negativo. La curva de sedimentación se mantiene baja. El leprolin test, inoculado en distintas ocasiones, resulte) siempre francamente positivo (++++).

Hemos arimoiestrado una bebida con jarabe iodotánico, así como también ioduro de potasio, durante 3 semanas, sin observar ninguna modificación de las lesiones.

OBSERVACIÓN N.º 5.

Felisa B..., 57 años, italiana, casada.

Antecedentes:

La enfermedad data de 2 años, época en que noto la aparición de las primeras lesiones. Siguió diversos tratamientos sin resultado, porque su dolencia fué interpretada como de origen reumático.

Noviembre de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. Cuando acude por primera vez a nuestra consulta, el 23-XI-1936, presenta los síntomas característicos de una reacción. Refiere, en efecto, que desde hace varias semanas, todas sus lesiones se han hecho más pronunciadas, y que experimenta además decaimiento y anorexia. El examen clínico revela lo siguiente (fig. 7): en cara, miembros, naigas y tronco, se observan máculas fuertemente infiltradas, de color rojo-violáceo, algunas anulares, con centro más claro y bordes salientes, y otras pre-sentando infiltradón uniforme en toda su superficie. La mayoría de estas lesiones están recubiertas de gruesas escamas en miembros y dorso, aspecto psoriasiforme. Se observan además, distribuidas en miembros y dorso, pequeñas manchas de tamaño de una lenteja, de color rosa pálido, que simulan una roseola, y también se observan papulas de color marrón y cuyo tamaño varía entre el de un grano de maíz y el de un garbanzo. La mayoría de estas lesiones, aunque todavía son infiltradas, están en vías de regresión, lo que se comprueba por su coloración violácea oscura y la intensa descamación que las recubre. Hay anestesia completa a nivel de todos los elementos infiltrados. En cara, manos y pies hay pronunciado edema. La enferma acusa quebrantamiento general, dolores artrálgicos, escalofríos. Temperatura 37°8.

Examen bacteriológico: Positivo (+ +).

Leprolin test: Positivo (+ +).

Índice de sedimentación: 56.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una mácula infiltrada, situada en región escapulas derecha). Prep. 723. (Figs. 26 y 27). Se observa una acentuada atrofia epidérmica; el dermas se halla ocupado en casi toda su extensión por un infiltrado de estructura folicular, cuyos elementos invaden la basal en algunas zonas. Haces de tejido conjuntivo separan estos folículos, que en ciertas zonas confluyen formando islotes.

Evolución de la reacción: En un plazo de 5 meses se opera una regresión total de la reacción. Las lesiones se desinfiltran, desapareciendo las costras y a descamación (fig. 8). Los exámenes bacteriológicos repetidos periódicamente, demuestran una disminución progresiva de los bacilos, hasta llegar a ser negativos a partir del 22-11-1937.

Estado actual: Setiembre de 1937: Las lesiones cutáneas están reducidas a máculas planas, color rosado, a cuyo nivel hay pronunciada atrofia de la epidermis. El examen bacteriológico es negativo. El leprolin test persiste positivo (++)

OBSERVACIÓN N.º 6.

Pedro B... 40 años, argentino, casado

Antecedentes:

La primera manifestación de su enfermedad data según el enfermo, de 2 años atrás y apareció en la frente, bajo la forma de una mancha eritematosa. Posteriormente aparecieron nuevas lesiones maculosas, a raíz de lo cual fué some-

tido a un tratamiento con rayos ultravioletas, sin que experimentara mejoría.
Setiembre de 1936: Viene a consultarnos por primera vez y comprobamos la existencia de numerosas máculas eritematosas, congestivas, salientes, de coloración rojo-violácea, situadas en frente, pómulos, lóbulos de ambas orejas y nuca; no acusaba temperatura ni síntomas generales. Efectúa 48 ampollas de Neochaumestrol y como no mejora, vuelve a vemos, 3 meses más tarde, presentando el siguiente estado:

Diciembre de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. En frente y región maseterina izquierda hay dos placas eritematosas muy infiltradas, que tienden a confluir; son de color rojo-violáceo, muy congestivas, infiltradas haciendo relieve, y su superficie es lisa, "aterciopelada"; presentan los bordes bien delimitados. En ambos pómulos, mentón, cuello, retroauricular, nuca y pabellones de ambas orejas hay elementos nodulares, del mismo aspecto y coloración que los anteriores y cuyo tamaño oscila entre el de un garbanzo al de una avellana. Se observan elementos nodulares análogos y máculas infiltradas, eritematosas, salientes, en brazos, antebrazos, dorso y miembro inferiores. Alternando con estos elementos congestivos hay manchas de aspecto roseoliforme, algunas planas, otras ligeramente infiltradas, de color rosado, las que se distribuyen por diversas partes del cuerpo pero sobre todo en miembros superiores y tronco. Dos de estos elementos se localizan en cuero cabelludo, en la región del vertex. La piel que separa a estos elementos es de aspecto perfectamente normal (fig. 9) La sensibilidad dolorosa está abolida en unas lesiones y disminuida en otras; la sensibilidad térmica y la táctil, abolidas. El estado general del enfermo es bueno, no hay temperatura ni síntomas generales.

Examen bacteriológico: Positivo (+++).

Leprolin test: Positivo (+).

Índice de sedimentación: 22.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una placa eritematosa, infiltrada, situada en región preauricular izquierda).

Prep. (Figs. 28 y 29) Atrofia de la epidermis, con disminución de su espesor y desaparición completa de las impresiones papilares. El dermis está ocupado por un infiltrado celular de disposición nodular, que abarca gran extensión. Este infiltrado está constituido por células de núcleos claros, voluminosos, polimorfos; la vacuolización de su protoplasma determina el típico aspecto reticular de dicho infiltrado. Alternan con estos elementos células emigrantes, polinucleares y linfocitos. No se observan células gigantes de Langhans. Hay dilatación de los capilares y tumefacción de los endotelios. Se observan escasos bacilos ácido-resistentes, aislados y tortos.

Evolución de la reacción: En mayo de 1937, 6 meses más tarde, las lesiones han perdido toda infiltración, quedando reducidas a simples manchas color café. A nivel de algunas de ellas hay una apredable atrofia de la epidermis, de tal modo que aparecen deprimidas, sobre todo en el centro. Algunas lesiones han desaparecido totalmente sin dejar rastros (fig. 10). El enfermo acusa un estado general excelente, con aumento de 10 kilos de peso.

El examen bacteriológico se hace negativo el 8-IV-1937. La curva de sedimentación se mantiene baja, y el leprolin test, repetido en varias oportunidades, persiste siempre positivo.

Examen histológico: (Durante la etapa de regresión. Biopsia de una mácula plana, situada en región frontal). Prep. 809 (Fig. 30). Atrofia epidérmica. El infiltrado dérmico se concreta en algunas zonas, formando folículos centrados por células gigantes. En otras zonas el infiltrado es difuso, localizándose, de preferencia alrededor de los elementos glandulares y folículos pilosos. Hay marcada reacción fibroblástica, y se observan en algunos campos focos de necrosis.

Estado actual: Octubre de 1937: Las lesiones están reducidas a manchas de co-

loración oscura, a veces atróficas; a veces simplemente pigmentadas. Examen bacteriológico negativo. Estado general excelente.

OBSERVACIÓN N.º 7.

Emilia B..., 49 años, italiana, casada.

Antecedentes:

Hace 4 años nota la aparición de las primeras lesiones, consistentes en manchas distribuidas en miembros y cara. Como tenía dolores articulares, fué sometida a tratamiento salicilado, sin experimentar ninguna mejoría. En Julio de 1936 nota que sus lesiones se hacen congestivas, infiltradas, apareciendo algunas manchas nuevas. Como no mejora, acode a la consulta, con el siguiente estado actual:

Diciembre de 1936: Reacción leprosa tuberculoide. Las lesiones asientan en cara, tórax y miembros. Hay máculas anulares y semianulares (arciformes), de bordes salientes, infiltrados, bien delimitados, de color rojo-violáceo y superficie lisa; otras tienen también configuración anular, pero sus bordes están menos infiltrados y la coloración es bronceada. Todas estas lesiones presentan centro más claro, hipocrómico, ligeramente deprimido. Se observan edemas, máculas totalmente infiltradas, de aspecto nodular, de color rojo-vinoso, salientes, bien delimitadas, de superficie lisa y a veces brillante. En cara y miembros estas lesiones confluyen formando placas, y se acompañan de edema (especialmente en párpados y manos). Sensibilidad alterada a nivel de todas las lesiones. La enferma presenta una acentuada rinitis con coriza. No hay síntomas generales ni temperatura. La enferma viaja desde lejos sin inconvenientes. Examen bacteriológico: Positivo (+ + +).

Leprolin test: Positivo (+).

Exame histológico: (Biopsia de una placa redondeada, eritematosa, infiltrada, situada en región cervice dorsal). Discreta atrofia de la epidermis. El dermis está ocupado por un infiltrado celular a pequeños folículos, de tipo francamente tuberculoide, con células epiteloides, células gigantes de Langhans y corona linfocitaria. En ciertas zonas se observa una marcada hiperplasia de las células histiocitarias sobre las paredes vasculares y también una abundante infiltración de polinucleares, que se mezclan difusamente con los elementos antes descritos.

Evolución de la reacción: Al cabo de 5 meses, la reacción ha regresado casi por completo. En mayo de 1937 el examen clínico demuestra que las lesiones están reducidas a simples manchas oscuras, de configuración anular, con un centro de rojo atrófico. En cuello hay pocas manchas hipocrómicas que recuerdan a una leucomelanoderma post-sifilica. El examen bacteriológico resultó negativo el 13-11-1937.

Estado actual: Setiembre de 1937: Muchas lesiones han desaparecido. Todas las que actualmente existen están completamente desinfiltradas y consisten en manchas, ya acrómicas, ya de coloración marrón claro, casi todas atróficas.

OBSERVACIÓN N.º 8.

Luisa R... 25 años, argentina, casada.

Antecedentes:

Notó su primera mancha hace 5 años, en pierna derecha. Efectuó tratamiento con chaulmoogra, eparseno y yoduro de potasio, sin experimentar mejoría. Después de casada, y sobre todo a raíz de un embarazo, observo que sus lesiones aumentaban a la vez que se hacían más evidentes. Pocos días después del parto sus manchas se hicieron bruscamente congestivas, salientes, infiltradas, por lo cual decide venir a consultar-nos.

Enero de 1937: Reacción leprosa tuberculoide. En la fecha examinamos a la enferma comprobando lo siguiente: en frente, mejillas, mentón, región esternal, hombros, nalgas y miembros, hay diseminadas numerosas placas cuyo tamaño varía desde el de un huevo de gallina hasta el de una palma de mano. Estas placas son eritematosas, muy congestivas, infiltradas, salientes, de bordes irregulares pero bien delimitados y de superficie lisa; aunque algunos empiezan a descamar. Tienen un color rojo escarriata o rojo violáceo. Hay hipertermia local. Alternando con estos elementos hay pequeñas manchas rosadas eritematosas, de aspecto roseoliforme, que sítóan en tronco y miembros. Finalmente se observan pápulas, también rosadas, del tamaño de una lenteja. Estas manchas y papulas son de redondeada aparición. (Fig. 11). En pies y manos hay edema. Sensibilidad dolorosa conservada. La enferma acusa quebrantamiento general, dolores articulares y temperatura de 38°5.

Examen bacteriológico: Positivo (+ + +).

Leprolin test: Positivo (+ +).

Índice de sedimentación: 17.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción. Biopsia de una placa eritematosa, infiltrada, situada en región esternal). Moderada atrofia epidérmica. El dermis ocupado por un infiltrado masivo de estructura folicular, en el que se destaca la abundante proliferación de elementos epitelloides. Los capilares dilatados muestran una tumefacción de sus paredes. Regular cantidad de polinucleares en todos los campos.

Evolución de la reacción: Durante la primera semana de su ingreso al Servido, persiste la temperatura, las artralgias y el quebrantamiento general. A la segunda semana mejora el estado general, desaparece la fiebre y las lesiones empiezan a descarnar. A los 4 meses se observa una evidente regresión de la reacción. Las antiguas placas infiltradas están reducidas a manchas de color salmón, con centro más claro y a cuyo nivel se advierte una marcada atrofia (Figs. 12 y 13). Las manchas rosadas y muchas pápulas han desaparecido sin dejar rastros. Estado general excelente. Aumento de 10 k. de peso. El examen bacteriológico repetido, indica la progresiva disminución de bacilos; resulta negativo el 2-IV-1937. El leprolin test persiste positivo.

Examen histológico: (Durante la etapa de regresión. Biopsia de una mácula marrón, situada en región interescapular). Prep. 738. (Fig. 31). Epidermis irregular, y en partes ligeramente atrófica. El dermis está invadido por un infiltrado folicular tuberculoide, con focos separados por fibras colágenas en la parte profunda.

Estado actual: Setiembre de 1937: Todas las lesiones están reducidas a máculas de coloración bronceada a cuyo nivel se advierte acentuada atrofia. Estado general excelente. Examen bacteriológico negativo.

OBSERVAQON N.º 9.

Rosa I. de G... 29 años, argentina, casada.

Antecedentes:

Hace varios meses nota la aparición de una mancha en dorso de mano izquierda y posteriormente aparecen otros elementos en cara y miembros inferiores. Consulta a su médico, quien le prescribe yoduro de potasio. 30 gotas diarias, que toma durante un mes. La enferma manifiesta que esta medicación le provoca una exacerbación de su dolencia, por lo cual viene a consultarnos con el siguiente estado actual:

Enero de 1937: Reacción leprosa tuberculoide: Distribuidas en cara, dorso, nalgas y miembros, presenta dos tipos de lesiones, a saber: 1) máculas anulares, color jamón cocido, de bordes bien delimitados, ligeramente infiltrados, a vetes papuloides, y centro hipocrómico. 2) Máculas muy infiltradas, nódulos y placas

congestivos, turgescenles, que hacen relieve sobre la piei sana circundante, de color rojo violáceo. Alguns son anulares, de bordes anchos y centro más claro, y otras infiltradas en toda su superfide (Figs. 14 y 15). La sensibilidad esta completamente alterada a nivel de estas lesiones. La enferma se queja de Dolores articulares y astenia. No bay fiebre.

Examen bacteriológico: Negativo.

Leprolin test: Positivo (+ +).

Indice de sedimentación: 17.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción Biopsia de una placa infiltrada, situada en region cérvico-dorsal). Prep. 815 (Fig. 32). Discreta atrofia epidérmica. El dermis ocupado por un infiltrado tuberculoide a focos confluentes que en flertas zonas tiende a invadir la basal. Foliculos típicos, con células gigantes.

Evolución de la reacción: Dos meses después de haberse iniciado la reacción y coando las lesiones cutáneas comenzaban a regresar, sofre una reagravación provocada por un embarazo. Las lesiones se hacen nuevamente congestivas, infiltradas, especialmente en cara y manos. El 21-N-937, se interrumpe su embarazo, de 2 meses de evolución. Un mes más tarde la reacción comienza nuevamente a declinar, aplanándose las lesiones. En setiembre de 1937, las lesiones activas han represado notablemente, pero presentan aún apreciable infiltración. El examen bacteriológico, repetido periódicamente, persiste negativo. El leprolin test, efectuado en 3 oportunidades, ha resultado siempre positivo.

OBSERVAQON N.º 10.

Carlos K... 67 afins, suizo, casado.

Antecedentes:

El comienzo de su enfermedad data, según el paciente, de 7 meses, época en que noto la aparición brusca de pequeños nódulos en piernas y cuello. Como el proceso avanzaba, decide consultamos.

Enero de 1937: Los examinamos, comprobando la presencia de numerosos nódulos diseminados en cara, cuello, brazos, muslos y piernas, cuyo tamaño oscila entre el de un grano de maiz y el de un garbanzo, bien delimitados, redondeados y de coloración bronceada. La consistencia es firme y presentan la característica de ser todos muy semejantes en aspecto, coloración y tamaño. Estos nódulos constituyen la única manifestación visible de su enfermedad. Sensibilidad conservada. No se palpan nervios engrolados.

Examen bacteriológico: Positivo (+ + +) (Fig. 18).

Por el aspecto clinico de las lesiones, y dada la intensa positividad del examen bacteriológico,, pensamos se tratase de una lepra cutánea, forma nodular. Inicia tratamiento chaulmoógrico y las inyecdones intradérmicas provocan intensa reacción tisular local.

Desde enero a principios de marzo de 1937: en un plazo de 2 meses, se observa una reagudización violenta de su enfermedad. En primer lugar aumenta rápidamente el número de nódulos, que se distribuyen por cara, tronco y miembros. Aparecen, además manchas rosadas y papulas pequeñas que también se extienden por todo el tegumento. Posteriormente los nódulos comienzan a cambiar de aspecto y configuradón, mochos de ellos se aplanan, ensanchándose hasta constituir placas infiltradas, tomando una coloredón rojo violácea; otros se recubren de una fina descamación; la mayoría de estos elementos, sin embargo, se ulceran, cubriéndose de una gruesa costra, ya hemática, ya melicérica, de tal manera que las lesiones adquieren un aspecto impetigoide y hasta rupioide. Abundan lesiones úlcero-costrosas de este tipo, especialmente en musios. Llama la atención que alguns de estos elementos se localizan en cuero cabelludo (Fig. 17). Hay edema de manos y piemas.

Aunque no hay temperatura el enfermo acusa un grande caimiento debido a los intensos dolores que le producen las ulceraciones. En resumen, las lesiones que eran monomorfas y escasas al iniciarse el proceso, se han hecho polimorfas y generalizadas en 2 meses de evolución (Figs. 16 y 17).

Efectuamos un leprolin test que resulta francamente positivo lo qual nos hace modificar nuestro primitivo diagnóstico de lepra cutánea, por el de lepra tuberculoide en estado de reacción. El examen histológico confirma este último diagnóstico.

Examen histológico: (Durante la etapa aguda de la reacción Biopsia de un nódulo situado en region lumbar). Prep. 782 (Figs. 33 y 34). Se observa una acentuada atrofia epidérmica. El dermis está ocupado en toda su extension por un infiltrado constituido por folículos tuberculoideos. En algunas zonas este infiltrado invade la basal.

Evolución de la reacción: La reacción evoludona lentamente hacia la regresión. Recién a los 5 meses de su comienzo, se observa una declinación del proceso, empezando a desinfiltrarse las lesiones y a cicatrizar las ulceraciones, que dejan como secuela manchas atróficas pigmentadas (fig. 19). En muchos elementos las costras son muy adherentes y recuerdan por su aspecto a las del lupus eritematoso. El examen bacteriológico repetido periódicamente acusa una disminución progresiva del numero de bacilos, hasta hacerse negativo el 12-IV-937. El leprolin test, repetido en 2 oportunidades, persiste positivo. La curva de sedimentación se mantiene bafa: cifra máxima: 38.

OBSERVACION N.º 11.

José B... 37 años, argentino, casado.

Antecedentes:

En agosto de 1932 acude por primera vez a nuestro Servicio, alarmado por la presencia de unas manchas que databan de 8 meses atrás. El examen clínico demuestra la existencia de las siguientes lesiones: en región lumbar izquierda hay una mácula eritematosa gigante, ovalada, de 25 cm. de largo por 12 cm. de ancho, de borde infiltrado y centro hipocrómico; en nalga y muslo derechos hay lesiones más pequeñas pero de análogos caracteres; en miembros superiores y rostro se observan máculas eritematosas de tamaño variable, de bordes infiltrados, bien delimitados y centro claro. La sensibilidad táctil y dérmica abolidas; hipoestesia al dolor.

Marzo de 1936: Reacción leprosa tuberculoide: El paciente que ha efectuado tratamiento chaulmoógrico más o menos regularmente, presenta una reactivación de la mayoría de sus lesiones, que en el Intervalo de pocos días se han hecho congestivas, salientes, y han adquirido una coloración rojo violácea, especialmente a nivel de los bordes, pero algunas en toda la superficie. Sin embargo, hay lesiones antiguas que no han experimentado esta reacción y lo mismo ocurre con las lesiones que fueron tratadas intradérmicamente.

Examen bacteriológico: Negativo.

Leprolin test: Positivo (+ +).

Indice de sedimentación: 3.

El paciente atribuye esta reacción a una violenta emoción que tuvo al ser asaltado por unos delincuentes que lo despojaron de su automóvil.

En un plano aproximado de 2 meses, la reacción regresa, mejorando todas sus lesiones que empalidecen y se desinfiltran.

Setiembre de 1936: Segunda reacción leprosa tuberculoide. Nos refiere nuestro enfermo que a raíz de otra emoción violenta, provocada esta vez por un accidente en el cual mato a un transeunte al embestirio con su automóvil, observa que algunas de sus lesiones se reactivan bruscamente, haciéndose otra vez con-

gestivas. El examen clínico efectuado en la fecha (19-IX-936), demuestra lo siguiente: a cara, a nivel de la frente, dorso de la nariz y mejilla derecha, hay placas eritematosas rojo-violáceas, salientes, infiltradas, de bordes bien delimitados. En cambio, el resto de las lesiones, situadas en miembros inferiores, torax y nalgas, están poco modificadas, presentando una configuración anular de aspecto "tricrofitoide", y una coloración cobriza. Lo que más molesta al paciente es una intensa neuritis de ambos cubitales, que se acompaña de fuerte dolor, edema pronunciado de ambas manos e impotencia funcional. El dolor se acentúa especialmente a nivel de las muñecas y dedos.

Examen bacteriológico: Negativo,

Leprolin test: Positivo (+ +)

Índice de sedimentación: 6.

La reacción evoluciona favorablemente en un plazo de 3 meses; la neuritis desapareció al cabo de un mes, siendo necesario, durante este intervalo, recurrir a la morfina para aliviar al paciente.

Junio de 1937: Tercera reacción leprosa tuberculoide. El enfermo se presenta con una tercera reacción leprosa tuberculoide, que también esta vez la atribuye a un shock moral provocado por un serio disgusto de familia.

El examen clínico efectuado el 8-VI-937, arroja lo siguiente: las antiguas lesiones de la cara están de nuevo infiltradas, eritematosas, salientes, evidenciando una intensa congestión. Las máculas anulares del dorso y tórax presentan sus bordes ensanchados, lisos, eritematosos, salientes. En algunos elementos esta congestión abarca también el centro, formando placas. Elementos análogos se observan en la región infraumbilical, en brazos y antebrazos, pero su congestión es menor. Por último, en nalgas y muslos la reacción de los elementos está aumentada de volumen, pero no duelen, ni espontáneamente ni a la palpación. El enfermo no acusa síntomas generales y sólo se queja de una sensación de ardor a nivel de las lesiones de la cara.

Examen bacteriológico: Positivo (+).

Leprolin test: (+ +).

Índice de sedimentación: 7.

Examen histológico: (Biopsia de una lesión anular, eritematosa, situada en región dorso lumbar). Epidermis conservada. Dermis ocupado por folículos aislados, en los que se observa una acentuada proliferación epitelioide y linfocitaria. Abundantes células gigantes características. Vasodilatación capilar

Evolución de la reacción: En un plazo de 3 meses, la reacción regresa, desinfiltrándose las lesiones. Las placas de la frente son las que más tardan en regresar. El leprolin test es positivo y el examen bacteriológico se ha hecho negativo. Llama la atención que la rama auricular derecha del plexo cervical está muy engrosada, hasta el extremo de hacer marcado relieve, apreciable a simple vista.

OBSERVACION N.º 12.

Carmen Vel... 24 años, española, casada.

Antecedentes:

Nota las primeras manifestaciones de su enfermedad hace 5 meses, inmediatamente después de un parto. Observa, en brazo y rodilla derechos y posteriormente, en diversas partes del cuerpo, la aparición de unas manchas rojas, salientes, muy congestivas, de tamaño variable y de forma más o menos redondeada. Como estas lesiones no regresan, acude a un consultorio, donde le efectúan tratamiento chaulmoógrico (chaulmestrol). Al cabo de 3 meses, como no observa mejoría, acude a consultarnos con el siguiente estado actual:

Julio de 1937: Reacción leprosa tuberculoide, en regresión. En brazo derecho desde el codo hasta su terdo superior, cara externa, hay varias máculas de color jamón cocido, cuyos tamaños varían desde el de una lenteja hasta el de una mandarina grande. Son lesiones salientes, infiltradas, de bordes definidos y de superficie recubierta por escamas (fig. 20). Dan la impresión de haber sido muy congestivas, encontrándose actualmente en regresión. En región lumbar y nalga izquierda, hay dos máculas anulares, también infiltradas y recubiertas de escamas. En ambos muslos se observan pequeñas pápulas de color rojo violáceo. En piernas se ven elementos análogos y en rodilla derecha llama la atención la presencia de una placa del tamaño de una mandarina, de aspecto francamente psoriasiforme. En terdo inferior de pierna izquierda se observan dos ulceraciones del tamaño de una monda de 5 ctvs. que coinciden con un terreno varicoso. Hay edema de ambas piernas. No se palpan troncos nerviosos engrosados. Sensibilidad alterada en todas las lesiones. Estado general bueno.

Examen bacteriológico: Positivo (+).

Leprolin test: Positivo (+ + +).

Indica de sedimentación: 23.

Examen histológico: (Biopsia de una lesión infiltrada, situada en región cervice dorsal). Prep. 832. (Fig. 35). Atrofia irregular de la epidermis y acantosis parcial. El dermis ocupado por folículos tuberculoideos característicos.

Evolución de la reacción: En setiembre de 1937, las lesiones han experimentado una evidente mayoría, habiendo desaparecido en gran parte la infiltración. Las ulceraciones de las piernas han cicatrizado. El examen bacteriológico es negativo.

— — —

AGRADECIMIENTO. Deseo dejar expresa constancia de mi sincero agradecimiento al Patronato de Leprosos de Rosario, que me ha brindado generosamente los recursos económicos indispensables para efectuar estas investigaciones, a mis estimados colegas los doctores Tomás Ocaña, Prof. Adj. de Anatomía Patológica y Salomón Schujman, Jefe del Servicio de Lepra del Hospital Carrasco, por las valiosas sugerencias aportadas para la realización del presente trabajo y a mi querida esposa María Inés Franzini Herrera, por su eficaz colaboración técnica. Las fotografías y microfotografías que lo ilustran fueron ejecutadas por el Sr. Jorge Gaspary del Laboratorio Fotográfico del Instituto de Anatomía Patológica, a quien agradezco igualmente su competente colaboración.

— — —

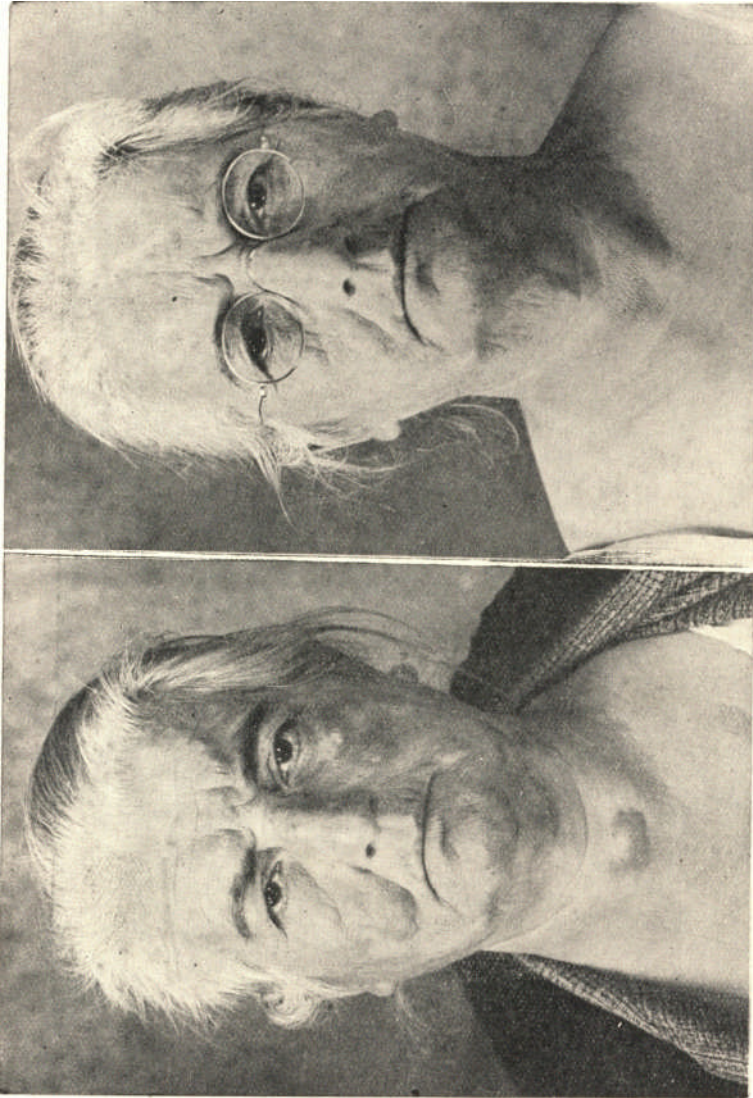
BIBLIOGRAFIA

1. — BARRERA y PENA CHAVARRIA. — "**Manifestaciones agudas de la lepra**" — Rev. Med. Lat. Amer. — Año XII. Marzo 1927. N.º 138.
2. — **MUIR ERNEST** — "Leprosy" — Vol. V. of "**A System of Bacteriology in Relation to Medicine**" — London. 1930. — Pág 366.
3. — GREEN RICHARD. — "**Some Observations on the Leprous Reaction**" — Trans. Royal Soc. Trop. Med. and Hyg. — Vol. XII — N.º 4, Jan. 1929
4. — WADE and RODRIGUEZ. — "**Description of Leprosy**". — Ph H. S — Manila — 1928. Pg. 48.

5. HENDERSON J. M. — **"A Review of Present Knowledge of the Bacteriology and Pathology of Human Leprosy"**. — Ind. Med. Gaz — Vol. LXV. N.º 2 — Feb. 1930. Pg. 38.
6. REPORT of the LEONARD WOOD MEMORIAL CONFERENCE on LEPROSY .— Manila, Jan. 9 to 23, 1931. Phil. Jour. of Sc. April 1931 Pg. 452.
7. LOWE J. — **"A study of Macules in Nerve Leprosy with Particular Reference to the "Tuberculoïd" Macule"** — Lepr. in Ind. — Vol. VIII. Jul. 1936 — Nº3,
8. — SOUZA LIMA LAURO. — **"Estudos sobre reacção leprotica"** — Rev. Bras. de Lepr. Vol. IV. — Numero Especial — 1935. Pg. 37.
9. WADE H. W. **"TUBERCULOID CHANGES IN LEPROSY"**. — **"Lepra Reaction in Tuberculoïd Leprosy"** — Inter. Jour. of Lepr. — Vol. II N.º 3 — Aug.-Oct. 1934.
10. — SCHUJMAN S. — **"Reacción leprosa tuberculoide"** — Rev. Arg. de Derm. Tomo XIX. 3.º parte - Año 1935. Pg. 411.
11. HAYASHI F. — **"Report of a Leprosy Study Tour"** — Int. Jour. of Lepr. — Vol. LLL, 1935, N.º 2. Pg. 178-79.
12. — FERNANDEZ. J. M. M. — **"El cuadro clínico de la reacción leprosa"** — La Semana Médica. Buenos Aires 1937. N.º 20.
13. — FERNANDEZ J. M. M. — **"Bacteriología de la reacción leprosa" — Investigación del M. 1. en las lesiones cutaneas de r. 1."** — Rev. Bras. de Lepr. Vol. IV. N.º .1. 1936.
14. — SCHUJMAN S. — **"Contribución al estudio de la reacción de Mitsuda"** — Rev. Bras. de Lepr. — Vol. IV. N.º 4, 1936.
15. — MENDES E. y GRIECO V. — **"Interpretação da reacção leprotica" — "Suas relações com a parallergia"** — Rev. Bras. de Lepr., Vol. XV - N.º 6, Numero Especial - 1936.
16. CRUZ MARIANO — **"Parenteral administration of fresh and boiled leprotic emulsions an lepers"** — Ph. Is. Med. Assoc. — Vol. XV - N.º 6. June 1935.
17. — SCHUJMAN S. — **"Coexistencia de absceso nervioso y lepra tuberculoide"** — Rev. Bras. de Lepr. de São Paulo - Vol. II. N.º 4, Dic. 1935.



Fig.1 — Caso N.º 1). Reacción tuberculoide intensa, generalizada, de un mes de evolución. Obsérvese el borde ensanchado de las máculas anulares. Abundantes bacilos en todas las lesiones.



Figs. 2 y 3 — (Caso N.º 2). Etapa aguda y etapa de regresión de una reacción tuberculóide intensa. Examen bacteriológico positivo en la etapa inicial.



Figs. 4 y 5 — (Caso N.º 3). Fotografías tomadas con 5 meses de intervalo, que muestran la evolución de una reacción tuberculóide de moderada intensidad. Examen bacteriológico positivo en la primera etapa.



Fig. 6 — (Caso N.º 4). Reacción tuberculoide leve, localizada, a evolución prolongada. Examen bacteriológico negativo.



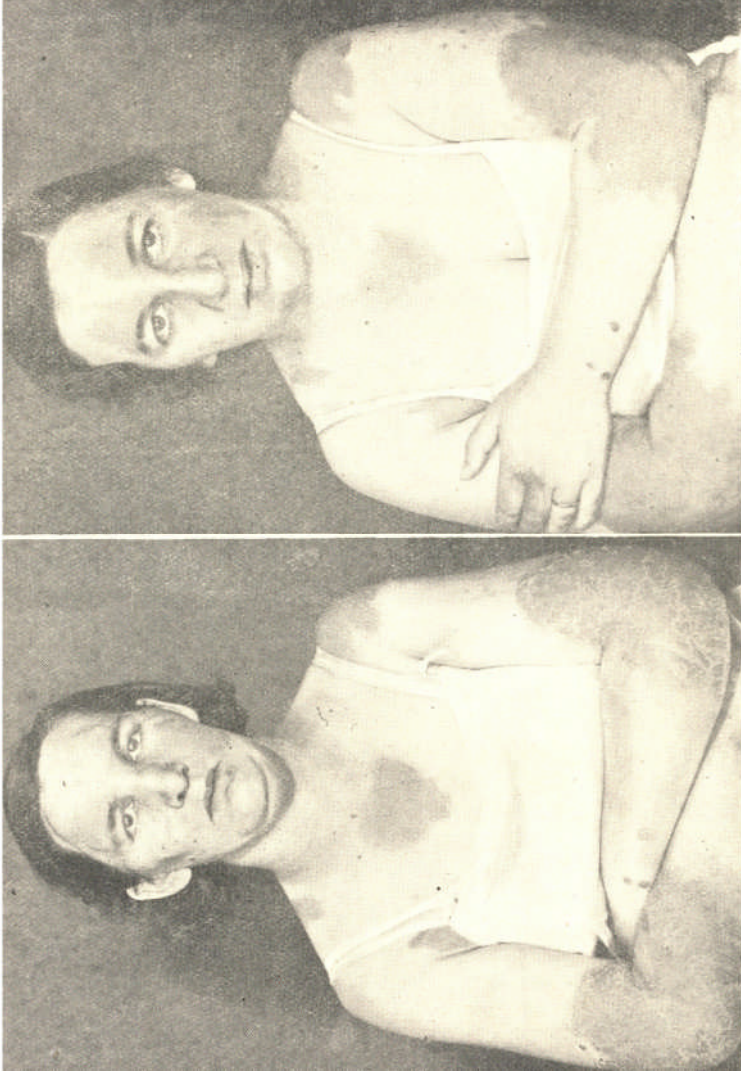
Fig. 7 — (Caso N.º 5). Reacción tuberculoide intensa, periodo de estado. Lesiones psoriasiformes. Abundantes bacilos em todas las lesiones.

Fig. 8 — El mismo caso anterior, varios meses después. Los bacilos han desaparecido.



Fig. 9 — (Caso N.º 6). Reacción tuberculoide intensa, etapa aguda. La presencia de abundantes bacilos y el aspecto clínico de las lesiones lo asemejan a una forma nodular.

Fig. 10 — El mismo enfermo de la observación anterior varios meses después. Examen bacteriológico negativo.



Figs. 11 y 12 — (Caso N.º 8). Dos fases evolutivas de uma reacción tuberculoides intensa y generalizada.



Fig. 13 — Un detalle que muestra la atrofia acentuada de la piel en una mácula residual del caso anterior.



Figs. 14 y 15 — (Caso N.º 9). Reacción tuberculoide moderada, limitada a unas pocas lesiones. En la fig. 15 se pueden apreciar una lesión muy congestiva y otra discretamente infiltrada. Examen bacteriológico negativo.



Figs. 16 y 17 — (Caso N.º 10). Dos aspectos de una reacción tuberculoide intensa, generalizada, em el periodo de estado. Llama la atención la localización de elementos en cuero cabelludo.

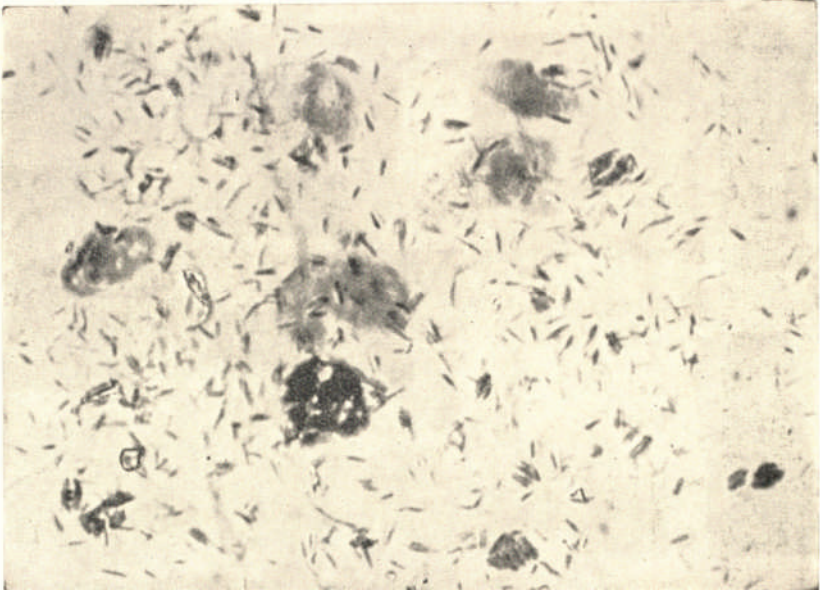


Fig. 18 — Una microfotografía que muestra la abundancia de bacilos observados en un frotis efectuado durante la etapa aguda de la reacción, en el curso de la observación anterior.



Fig. 19 — El mismo caso anterior, en la etapa de regresión. Examen bacteriológico negativo.

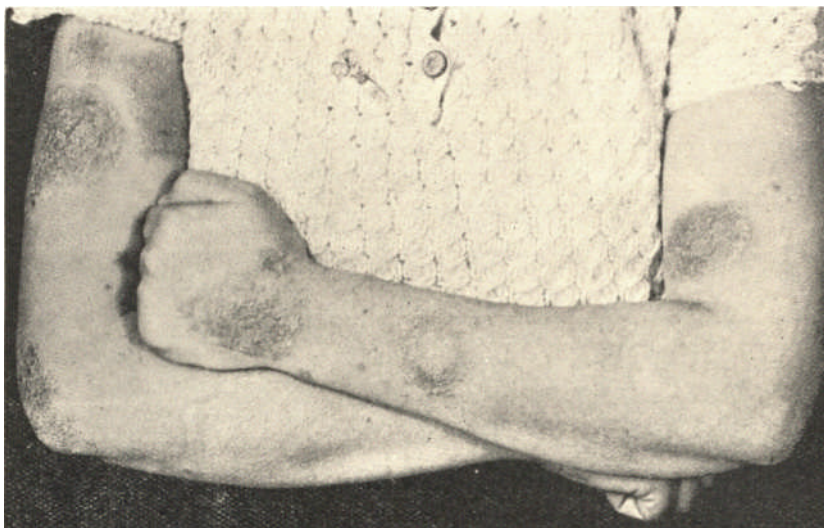


Fig. 20 — (Caso N.º 12). Reacción tuberculoide Intensa. Período de estado.

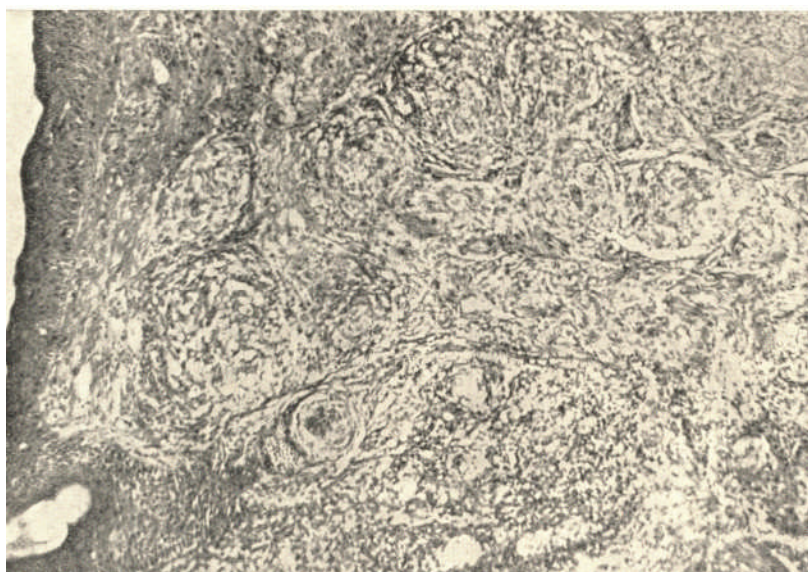


Fig. 21 — Prep. 693 x 120. (Caso N.º 1). Reacción en la etapa aguda. Discreta atrofia epidérmica. Infiltración masiva del dermis subpapilar por elementos foliculares confluentes. Vaso dilatación capilar. En otros campos del mismo preparado se observam células gigantes típicas. Regular cantidad de bacilos en todos los campos.

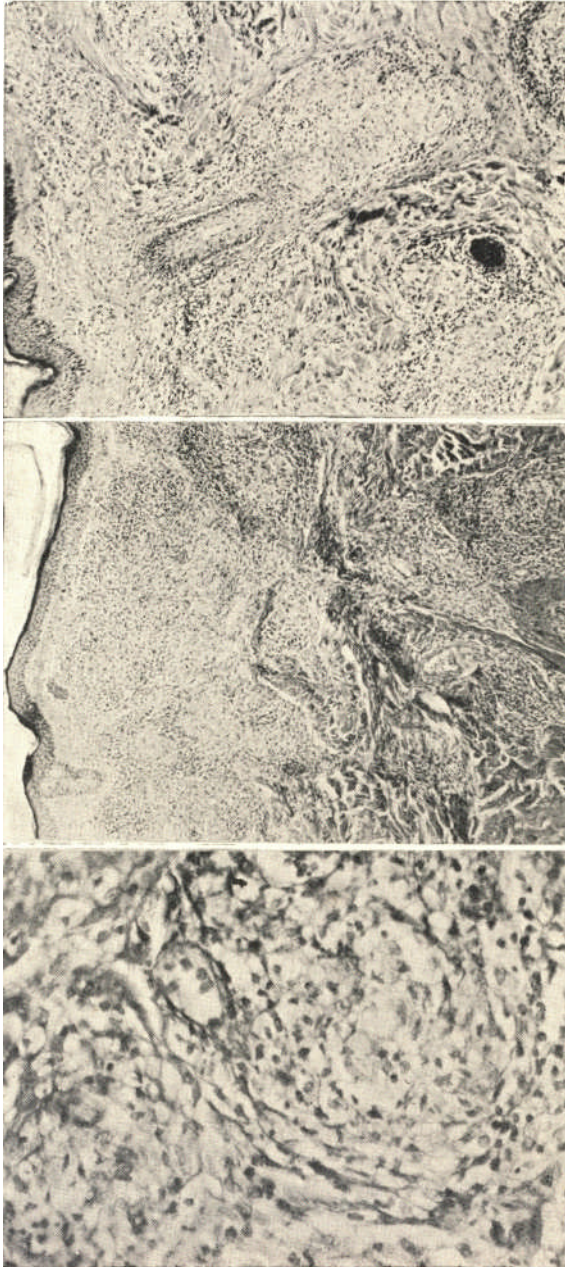


Fig. 22 — El mismo preparado anterior, a gran aumento (x 380). Obsérvese la reticulación del infiltrado celular.

Fig. 23 — Prep. 732 x 85 (Caso N.º 1). Reacción en la etapa de regresión. Atrófia epidérmica. El infiltrado dérmico readquiere la disposición folicular tuberculoïde, característica. No se observan

Fig. 24 — Prep. 699 x 100 (Caso N.º 2). Reacción en la etapa aguda. Foliculos tuberculoïdes confluentes alrededor de una vaina pilosa.

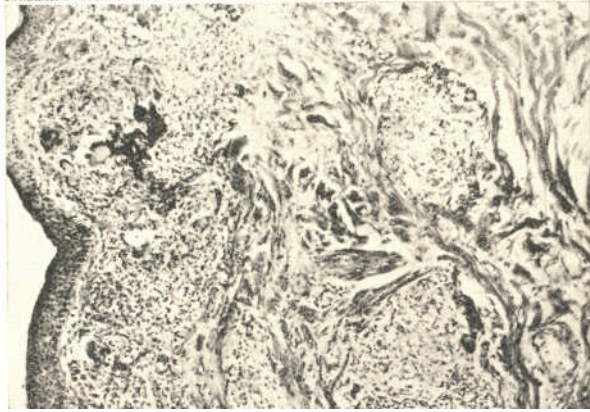


Fig. 25 — Prep. 728 x 100 (Caso N.º 4). Reacción de moderada intensidad, en su etapa aguda. Se observan en el dermis folículos típicos, con células gigantes, separados por colágena fibrilar mas o menos infiltrada. En la zona papilar, los folículos son mas confluentes.



Fig. 26 — Prep. 723 x 30 (Caso N.º 5). Reacción tuberculoides intensa, generalizada, en el periodo de estado. Obsérvese la acentuada atrofia epidérmica y la infiltración regular del dermis por los folículos tuberculoides.

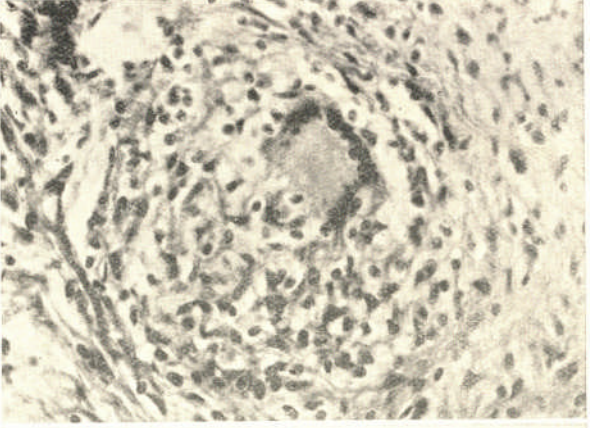


Fig. 27 — Un detalle del preparado anterior, a gran aumento (x 400). Las células que rodean a la célula gigante, son de tipo histiomonocítico, aunque hay tambien un discreto número de polinucleares.

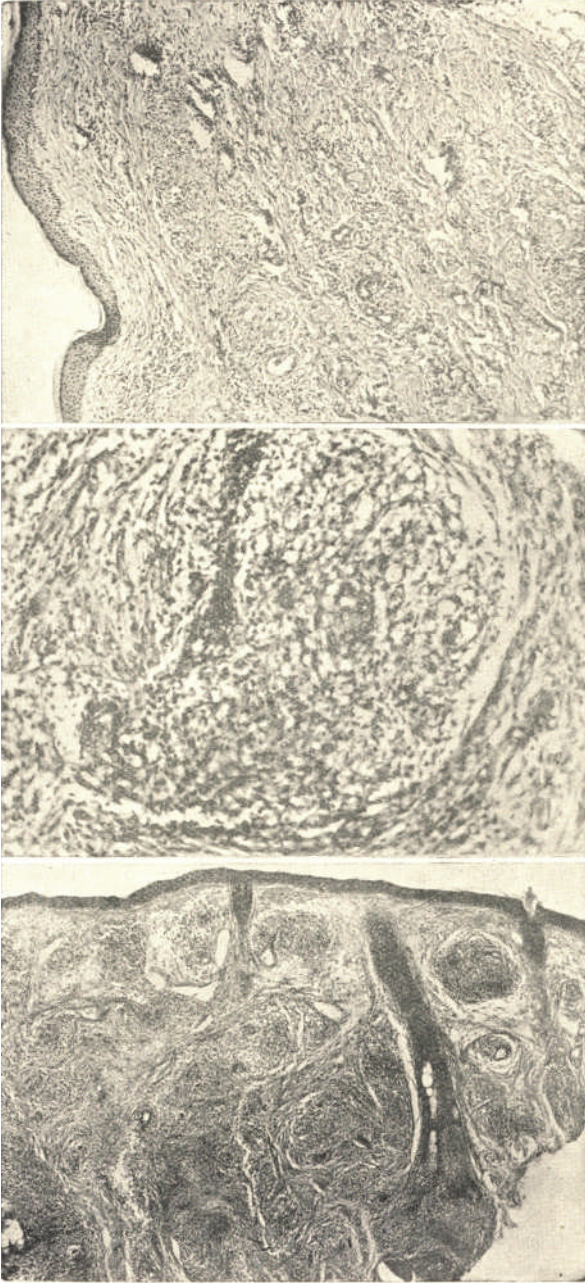


Fig. 28 — Prep. 125 x 43 (Caso N.º 6). Reacción intensa em la etapa aguda. Atrofia epidérmica regular. Infiltración celular difusa, predominante em dermis médio y concretada em formaciones nodulares identificables em la zona subpapilar.

Fig. 29 — El mismo preparado anterior visto a mayor aumento (x 200), mostrando la contitución histiocito-reticular del infiltrado dérmico.

Fig. 30 — Prep. 809 x 75 (Caso N.º 6). Reacción em la etapa de regresión (5 meses mas tarde), además de la atrofia epidérmica puede apreciarse la tendencia fibroplástica del infiltrado y su concreción insular aún no bien definida. En el centro hay una célula gigante típica. Em otros campos del mismo preparado se observan focos de necrosis.

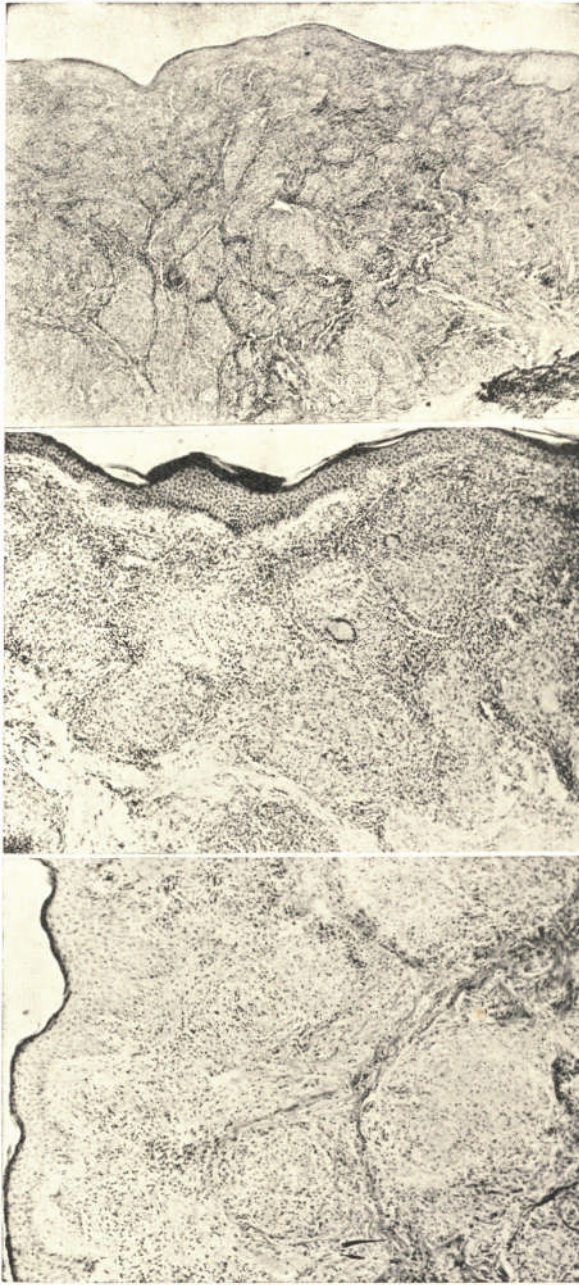


Fig. 31 — Prep. 738 x 80 (Caso N.º 8). Epidermis irregular y en partes ligeramente atrófica. El dermis está ocupado por un infiltrado folicular tuberculoide, con focos separados por fibras colágenas en la parte profunda.

Fig. 32 — Prep. 815 x 75 (Caso N.º 9). Reacción tuberculoide en etapa aguda. Se observa una atrofia epidérmica. El dermis está ocupado por un infiltrado tuberculoide a focos confluentes, que en ciertas zonas tiende a invadir la basal. Folículos típicos con células gigantes.

Fig. 33 — Prep. 782 x 50 (Caso N.º 10). Reacción tuberculoide em su etapa aguda. Acentuada atrofia epidérmica. El dermis infiltrado em casi toda su extensión por folículos tuberculoides confluentes.

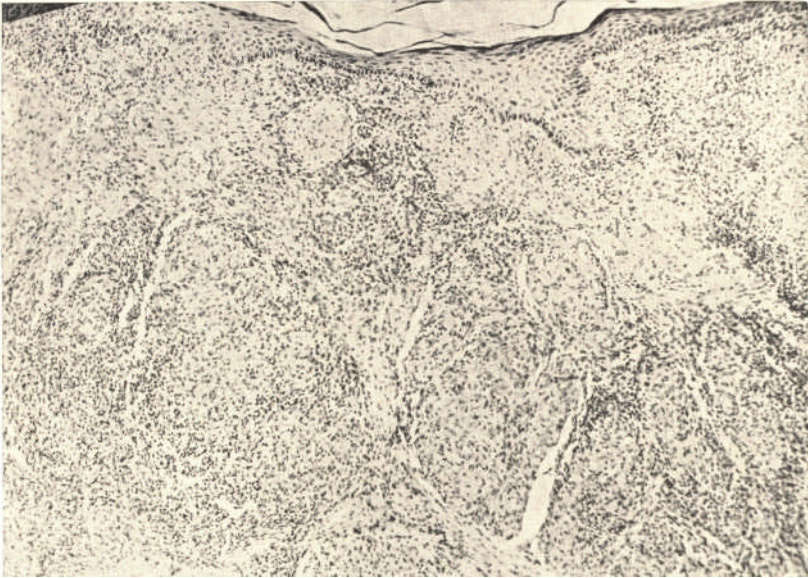


Fig. 35 — Prep. 832 x 75 (Caso N.º 12). Reacción tuberculoide em período de estado. Se observa uma atrofia irregular epidérmica, alternando com acontosis parcial. El dermis está pecto insular característico.

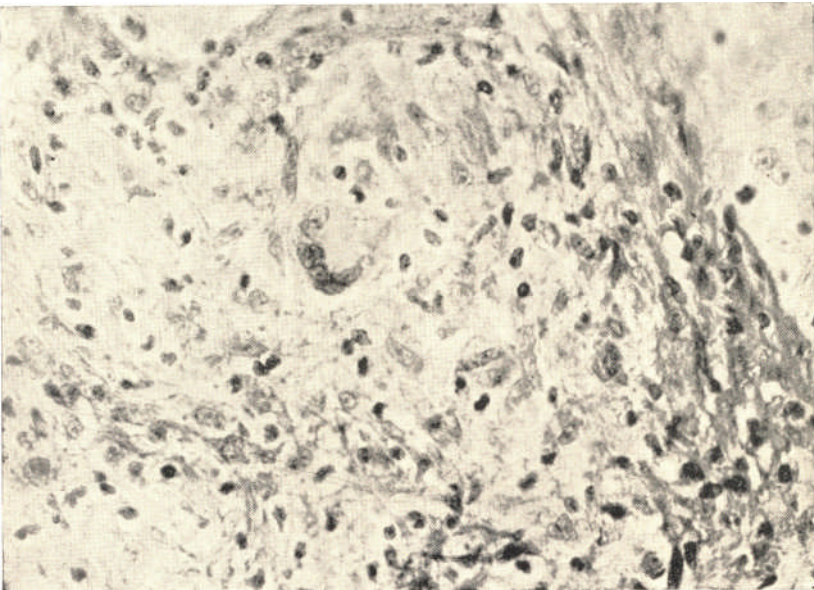


Fig. 34 — Um detalle del preparado anterior a gran aumento (x 400), mostrando uma célula gigante, rodeada por células epitelioides.