

FACULTAD DE MEDICINA DE ROSARIO (ARGENTINA)

Clinica Dermatosifilografica -- Prof. E. P. Fianza

# EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA LEPRA TUBERCULOIDE

(Estudio realizado en 100 casos vigilados de 2 a 10 años)

Por el Doctor SALOMON SCHUJMAN

Profesor adjunto de la Cátedra — Jefe del Servicio  
de Lepra del Hospital Carrasco (Rosario).

Numerosos e importantes trabajos han aparecido en estos cuatro últimos años sobre Lepra Tuberculoide y en los cuales se ha encarado su estudio clínico, histopatológico, bacteriológico e inmunológico, como así también su ubicación dentro de la clasificación de lepra. Pero en cambio, poco, ó mejor dicho, casi nada, se ha escrito sobre la evolución de estos casos, hecho que se explicaría por la falta de una prolongada observación de los mismos y sobre todo porque es recién ahora y gracias a los trabajos mencionados que se tiene un concepto más amplio y uniforme sobre la lepra tuberculoide.

Por nuestra parte nos ha interesado especialmente el estudio de esta variedad de lepra, por la frecuencia con que la observamos aquí y porque desde hace años nos está llamando la atención su particular aspecto clínico, bacteriológico e histológico y sobre todo dos de sus caracteres que le dan verdadero sello de personalidad a la Lepra Tuberculoide; nos referimos a su inmunología y evolución.

Sobre estos dos últimos aspectos, que consideramos de especial valor, ya nos hemos ocupado en otras oportunidades, habiendo sido su Inmunología motivo de un trabajo realizado en São Paulo (Brasil) (1) en el cual resaltábamos que la Reacción de Mitsuda era positiva en el 100 % de los casos Tuberculoideos; en cuanto a su evolución fué objeto de una encuesta mía, aparecida en el "International Journal of Leprosy" de 1936 (2) y en la cual ya señalaba que de los numerosos casos de lepra tuberculoide observados hasta entonces, nunca había visto su transformación en Lepra Cutanea, hoy Lepromatosa de El Cairo.

El presente trabajo tiene por objeto contribuir al estudio de la evolución y pronóstico de la lepra tuberculoide con una observación de 100 casos vigilados durante varios años; trabajo que desde ya nos permitimos adelantar nos autoriza a confirmar nuestra aseveración hecha en la encuesta del "Journal" del 1936, cuando afirmábamos no haber visto la evolución de la lepra tuberculoide hacia la lepromatosa, con el agregado actual que esta transformación no la hemos constatado tampoco hasta la fecha ni aún en las situaciones más desfavorables para el organismo como ser: embarazos, partos, mala nutrición, afecciones asociadas, etc.

—¿ Que sucede entonces con la Lepra Tuberculoide típica (entendiéndose por ella la que tiene histología folicular más ó menos acentuada, bacteriología generalmente negativa salvo en determinados estados de Reacción y leprolín test siempre positivos) si no se transforma en Lepromatosa típica con sus lepromas abundantes en bacilos, con su estructura lepromatosa donde abundan las células de Virchow y donde la Reacción de Mitsuda es siempre negativa? Podemos sintetizar diciendo (ya lo veremos con detalles despues) que ella puede regresar totalmente sin dejar rastros ó permanecer en caracter de tal a veces con período de actividad durante muchísimos años; todo depende probablemente del grado de infección, del número y tipo de lesiones, del tratamiento efectuado, y de la mayor ó menor resistencia, dentro siempre de un terreno ya alergico. Veamos entonces ahora como evolucionan las lesiones tuberculoides desde las más ténues a las más intensas tanto en la lepra tuberculoide con reacción como sin ella.

## EVOLUCION DE LAS LESIONES O ELEMENTOS TUBER- CULOIDES SIN REACCION

Las lesiones marginadas, bien delimitadas, de forma anular ovalada ó figurada, de bordes ya angostos ó anchos, a cuyo nivel se observan granulaciones ó pequeñas papulas ya aisladas ó confluen-

tes, regresan por norma sin dejar rastro, máximo si su centro es de aspecto normal (Figs. ns. 9 y 10); si es ligeramente eritematoso, va empalideciendo lentamente hasta adquirir la coloración normal de la piel. Si en el centro de la lesión en cambio hay una acromia, ella persiste durante años como único indicio de una lesión preexistente, al nivel de la cual, podemos con la histamina reacción, hacer un diagnóstico retrospectivo de lepra en el adulto y especialmente en el niño. Hemos visto no obstante lesiones marginadas de centro acrómico, borrar sus bordes y repigmentarse al punto de no poder descubrir más el sitio de su localización. (Caso n. 1).

Si las pápulas del borde son ligeramente violáceas ó asientan sobre una base eritematosa, se aplanan y reabsorben, sí, pero dejan una pigmentación que puede persistir largo tiempo.

En las lesiones anulares de bordes elevados y al mismo tiempo profundamente infiltrados, hemos constatado el aplanamiento y la reabsorción de ese borde aunque en forma más lenta, dejando como consecuencia un anillo de piel acrómica y atrófica de centro ya normal ó ya ligeramente despigmentado pero liso.

No es raro tampoco ver en esas lesiones marginadas, la regresión ó reabsorción de una gran parte del borde con la persistencia de la otra, o ya, de algunas de las pápulas que entraban antes en su constitución.

Las lesiones elevadas en toda su superficie: que forman placas ya redondas ó ovaladas si bien algo salientes pero nó intensamente infiltradas, de color ya pardo, violáceo ó café amarillento (aspecto lúpico), se aplanan también en forma lenta y desaparecen insensiblemente ya dejando más comunmente una acromia de las que hemos descrito con anterioridad, ya sin dejar ninguna lesión residual. (Figs. ns. 11 y 12).

Las placas elevadas e intensamente infiltradas: ya de color café claro ya ajamonadas, de tamaño diverso pero que a veces pueden alcanzar hasta la cabeza de un feto, tardan más tiempo en aplanarse y reabsorberse dejando generalmente una piel evidentemente atrófica y al mismo tiempo ya acrómica (Figs. ns. 3 y 4) ya ligeramente eritematosa ó sino surcadas de profundas y pequeñas telangiectasias. Estas lesiones residuales sobre todo las atrofiadas sin fondo telangiectásico ni eritematoso, persisten inactivas durante muchísimos años con tendencia a borrarse cada vez más. Si las placas mencionadas se hallan rodeadas de un halo acrómico, este halo persiste aún desaparecida la placa, rodeando la atrofia residual central.

Pero si bien lo que acabamos de describir es la forma más habitual en que evolucionan las placas fuertemente infiltradas, no todas lo hacen de la misma manera ya que hemos visto regresar al-

gunas dejando unicamente una mancha acrómica y otras, si bien las menos, llegar a ulcerarse y dejar cicatrices nacaradas de bordes pigmentados, como el caso con fotografía publicado en el "International Journal of Leprosy".

Los tuberculos: ya únicos ó generalmente múltiples que se suelen observar en la lepra tuberculoide, los hemos visto aplanarse y regresar con mayor rapidez que las infiltraciones en napa, dejando como única lesión residual ya una acromia central acompañada o nó de atrofia y rodeado de un borde más obscuro, ó ya más comunmente una pequeña depresión pigmentada central, rodeada de un halo acrómico.

Cuando las lesiones son multiples: ya en placas, ya anulares, etc., pueden evolucionar ó regresar todas con el mismo ritmo, dejando ó nó lesiones residuales (Fig. n.º 2) pero más frecuente es constatar la falta de esa uniformidad de evolución y por lo tanto cierto polimorfismo de las lesiones, ya que conjuntamente con algunas sin modificación pueden verse otras en estado eritematoso pero planas, otras acrómicas lisas y algunas con intensas atrofiás de la piel ya ligeramente rosadas ya francamente acrómicas.

#### EVOLUCION DE LAS LESIONES TUBERCULOIDES CON REACCION

Ya hemos señalado en un trabajo anterior que en la lepra tuberculoide puede observarse en un determinado porcentaje de enfermos y por causas que aún no se han podido establecer, verdaderas reacciones leprosas ya aisladas ó periódicas, en las cuales se constata una marcada acentuación de las lesiones viejas con aparición de nuevas, constituyendo el cuadro que hoy se conoce con el nombre de Reacción Leprosa Tuberculoide.

No entraremos aquí a hacer el estudio clínico, histológico y bacteriológico de esa Reacción que ha sido motivo de trabajos de **WADE, SCHUJMAN** y recientemente de **FERNANDEZ**, ni a detenernos a su diagnostico diferencial con la Reacción Leprosa común, ya que lo hemos establecido en otras publicaciones. Recordaremos unicamente que esa reacción es del tipo subagudo ó sea lento ó insidiosa en aparecer, y mucho más lenta en regresar, y entramos directamente, de acuerdo a lo que nos habíamos propuesto en este trabajo, a describir la evolución ó regresión de sus elementos.

Las placas y los nódulos violáceos ó ajamonados que entran en regresión, comienzan por empalidecer y a aplanarse ya en toda su superficie, ya con más intensidad en el centro de la lesión; la

piel que cubre esas placas comienza a arrugarse y su superficie se hace finamente escamosa, pero en otros casos donde la infiltración ha sido intensa y sobre todo se ha establecido en forma más rápida, hemos constatado una acentuadísima descamación de las lesiones que toman entonces un aspecto psoriasiforme. Después de un plazo variable pero que oscila alrededor de 3 a 5 meses, puede observarse la desinfiltración y desaparición total de las placas quedando en su lugar ya una simple lesión acrómica ó ya lo que es más frecuente observar, zonas de piel acentuadamente atróficas a la vez que acrómica en unos casos ó acompañada de profundas telangiectasias en otros.

Varias veces nos ha llamado la atención que mientras que algunas placas ya habían hecho toda su evolución regresiva, otras, sobre todo las ubicadas en parte descubiertas, se aplanaban totalmente pero quedaba su fondo eritematoso, que es motivo de preocupaciones para el paciente por su tenaz y prolongada persistencia. (Más de 2 años en uno de nuestros casos).

Sumamente excepcional entre nosotros es constatar la ulceración de las placas de Reacción; hasta ahora lo hemos constatado únicamente en 2 casos con ulceraciones profundas que se repararon perfectamente bien dejando en uno de ellos cicatrices nacaradas de bordes intensamente pigmentados. En el otro tratabase de una intensa ulceración de frente que tardó meses en cerrar, pero dejó apenas una fina cicatriz acrómica (Figs. ns. 13 y 14).

Las lesiones anulares ya vinosas ó violáceas de bordes anchos elevados de superficie lisa ó intensamente infiltrados, evidencian su regresión por la descongestión y por la desinfiltración que se hace en forma gradual tanto en profundidad como en extensión, causando por lo tanto al mismo tiempo que el achatamiento, el estrechamiento de sus bordes. En los primeros meses de regresión se puede constatar entonces el borde más angosto, inmediatamente por dentro una zona eritematosa o violácea y la parte más central de la lesión anular de coloración normal. Regresada totalmente la lesión puede dejar ya una atrofia eritematosa o ya una simple acromia anular índice de la lesión preexistente.

En cuanto a los tubérculos y pequeños nódulos ya de aspecto lúpico, ya de coloración violácea que suelen entremezclarse con las placas en la Reacción Tuberculoide, pueden regresar sin dejar rastro, pero generalmente dejan lesiones residuales que consisten en una pequeña cicatriz ó mejor dicho atrofia cicatricial rodeada de piel normal ó ligeramente pigmentado en sus bordes. Otras veces en cambio vemos en los sitios ocupados por los tuberculos simples puntos ó pequeñas zonas deprimidas del tamaño de una peque-

ña munición a un maíz, pero sumamente característicos por su coloración oscura y rodeados por un haloacrómico.

Tolo lo dicho hasta ahora es lo referente a la evolución de los elementos que constituyen la Reacción; en cuanto a la reacción en sí como cuadro nosológico, podemos decir que no se presenta uniformemente en todos los pacientes tanto teniendo en cuenta la intensidad como la frecuencia, ya que al lado de enfermos con reacciones aisladas que hasta la fecha no hemos visto recidivar, hay otros que hacen reacciones tuberculoideas en forma subintrante puede decirse. Y de ahí que bajo esa faz de evolución nos hemos permitido subdividir las Reacciones en: aisladas, periódicas y sostenidas ó subintrantes.

Reacción tuberculoidea aislada (única ?). — Sin atreverme a denominarla único ya que se requiere una observación mucho más prolongada para tal afirmación, llamo en cambio Reacción Tuberculoidea aislada las que he visto aparecer una sola vez y hasta ahora después de 4 años de vigilancia en 2 casos y 7 años en otro, no he constatado en ellos una segunda reacción ni tampoco la menor actividad en sus lesiones residuales.

Son reacciones generalmente intensas más que por el número de sus lesiones por la gran infiltración de las mismas. Sus elementos constituyentes (placas, nódulos, etc.) que con los mismos descritos más arriba, pueden a veces regresar sin dejar rastro (Fig. n. 7) pero más comunmente dan lugar ya a acromias ó placas atróficas y acrómicas. Cuando las placas han llegado a ulcerarse provocan ya cicatrices esclerosas nacaradas de bordes pigmentados ya y a pesar de la intensidad de la ulceración, una reparación casi ad-integrum con una cicatriz casi imperceptible como en el caso n.º 6 (Fig. n. 4).

El hecho que nos ha llamado la atención en esa reacción que llamamos aislada y que consideramos de valor, es que en sus lesiones residuales, representadas por acromias, atrofas, cicatrices, etc., no hemos constatado la menor congestión o la presencia de telangiectasias que podrían hacernos pensar en un estado de actividad.

Reacciones tuberculoideas periódicas. — Son las que hemos visto repetirse cada año o dos años y sin poder establecer la causa que la desencadena aunque a veces coincidían con una afección hepática, diabetes y sobre todo con emociones intensas. Con toda su periodicidad la frecuencia es siempre menor que en la Reacción Leprosa, donde pueden aparecer varias reacciones al año. Sus elementos son los mismos que en la Reacción Tuberculoidea aislada aunque son más diseminados y no los hemos visto llegar hasta la ulceración

con aquellas. El caracter diferencial bajo el punto de vista evolutivo con la anterior es que al regresar las placas, anillos y nódulos, unas dejan lesiones residuales de aspecto inactivo (acromias y atrofas simples), mientras que otras dejan ya manchas planas eritematosas y persistentes ya lo que es más común placas ó anillos de piel atrófica pero al mismo tiempo ligeramente congestiva ó surcadas de telangiectasias. Este tipo de lesión residual nos hace pensar siempre en una probable nueva reacción, más ó menos alejada.

Reacciones tuberculoides persistentes o subintrantes. — Las llamamos así porque en ellas hay periodos de actividad y relativa calma pero nunca de inactividad. Ese tipo de reacción es de mucho menor intensidad ya que no se ven aquí las placas consistentes y elevadas por su gran infiltración ni los nódulos ni los tubérculos; predominan en cambio las grandes manchas en napa que pueden hacer una discreta elevación en toda su extensión pero generalmente esa infiltración es mas evidente en los bordes. Pero el hecho que más caracteriza este tipo de reacción es que si bien algunas lesiones regresan dejando acromias (raras veces fuertes atrofas), la mayor parte si bien se aplanan dejan manchas eritematosas persistentes ya lisas ya con fina atrofia. Otras veces ese eritema y una ligera infiltración persisten preferentemente en el borde de la lesión. De modo que no hay en realidad una regresión total de la Reacción y antes de que eso ocurra, aparece una nueva poussée donde junto con la congestión y discreta infiltración de las lesiones viejas de por sí eritematosas aparecen elementos nuevos con los caracteres ya descritos.

## EVOLUCION DE LAS LESIONES TUBERCULOIDES EN LOS TRONCOS NERVIOSOS

Casi en la totalidad de nuestros casos de lepra tuberculoides predominan las manifestaciones cutaneas sin lesión, a lo menos evidente, de los troncos traduciendo por neuritis, engrosamientos de los nervios y manifestaciones tróficas. Una última eventualidad es constatar la coexistencia de lesiones tuberculoides en la piel y en los nervios.

Ya hemos visto como evolucionan las lesiones de la piel con ó sin reacción; nos ocuparemos ahora del curso que pueden seguir las lesiones que se localizan en los troncos nerviosos.

Cuando un nervio además de estar engrosado presenta nodulaciones de diversos tamaños en su trayecto, puede caseificarse, reblandecerse y dar lugar al absceso nervioso tuberculoides, poço fre-

cuenta entre nosotros (en el 3 % de los casos) y más común en la India según los interesantes trabajos sobre el tema de **LOWE**.

Otras veces los nervios engrosados pueden desinfiltrarse y disminuir de volumen, pero aumentar de consistencia dando lugar a una verdadera esclerosis del nervio, originando entonces grandes trastornos sensitivos y atróficos. En cuanto al dolor puede generalmente faltar y otras llegar a ser sumamente intenso sobre todo cuando no se forma el absceso nervioso.

En los casos de coexistencia de lesiones tuberculoides de la piel y de los nervios puede constatarse ya la reactivación de ambas, (Reacción tuberculoide de la piel y absceso nervioso tuberculoide) ya de una de ellas (absceso nervioso Tuberculoide sin Reacción tuberculoide de las lesiones de la piel) ó ya la regresión de ambas. En este último caso, observase entonces, que mientras las lesiones tuberculoides se borran, los troncos nerviosos se afinan y esclerosan hasta hacerse impalpables a veces, pero ocasionando como consecuencia de esa esclerosis graves atrofiás, deformaciones y hasta mutilaciones, que son sérias bajo el punto de vista pronóstico ya que son irreparables.

En cuanto al absceso nervioso tuberculoide muy bien estudiado por **LOWE** (en oposición al absceso nervioso que puede observarse en la lepra lepromatosa) lo hemos interpretado siempre (6) como una reacción del nervio semejante a las Reacciones tuberculoides que se producen en la piel y como tal esa reacción puede ser ya aislada ó periódica y repetirse ya en el mismo tronco nervioso (como el caso publicado por nosotros) ó en distintos como en los casos señalados por **LOWE**.

A veces el absceso puede reabsorberse, pero más comunmente se abre, se vacía en parte y se cicatriza rapidamente la herida al mismo tiempo que el tronco nervioso disminuye de espesor hasta adquirir el calibre normal.

Acabamos de señalar como evolucionan las diversas lesiones tuberculoides de la piel y de los nervios, donde si bien notamos una variabilidad en su curso ya que mientras unas regresan dejando o nó lesiones residuales, otras permanecen estacionarias y otras sufren reacciones; pero predomina un hecho ó un caracter común en todas ellas y es que ninguna evoluciona hacia la forma lepromatosa. Veremos ahora como esas transformaciones no las hemos constatado ni aún en las condiciones más desfavorables para el organismo como ser: tratamiento insuficiente, mala nutrición, embarazos, partos, enfermedades asociadas, etc.

Lepra tuberculoide y tratamiento deficiente. — Si bien algunos autores piensan que em la lepra tuberculoide el tratamiento chal-



moogrico es poco eficaz, nosotros hemos observado siempre sus efectos benéficos aunque más tardíos que en la forma lepromatosa virgen de tratamiento. Esa positividad de acción terapéutica la podemos afirmar en los siguientes hechos:

- 1.º) Coincidencia de la mejoría con el tratamiento: lesiones que permanecían estacionarias durante meses y años han comenzado a regresar y desaparecer con las inyecciones de derivados del chalmoogra.
- 2.º) Con el tratamiento hemos visto disminuir la intensidad y la frecuencia de las reacciones tuberculoideas.

Es bien cierto que también hemos constatado en algunos casos mejorados con administración de arsénico, pero indudablemente la acción del chalmoogra es siempre más segura y sobre todo más constante; pero sin dejar de recordar aquí lo que mencionábamos al responder a una encuesta planteada por **RABELLO JUNIOR (9)** donde decíamos que en la evolución favorable de los casos tuberculoideos, desempeña un papel más preponderante, la resistencia del individuo que el tratamiento en sí.

— Que sucede entonces con los casos tuberculoideos que no hacen o solo efectúan un tratamiento deficiente? Nos apresuramos a contestar:

- a) Hay lesiones que pueden a veces regresar espontáneamente.
- b) Pueden persistir sin modificación alguna durante muchos años.
- c) Pero generalmente tienden a crecer tanto en tamaño como en número, observándose en algunas tendencias a las reacciones.
- d) En uno de nuestros pacientes donde se extirpó quirúrgicamente su lesión tuberculoidea (única) y que descuidó después el tratamiento, haciéndolo en forma deficiente, hemos visto luego recidivar la lesión en el mismo sitio (Caso n.º 4 - Fig. n. 5) la cual regresó después perfectamente con tratamiento chalmooogrico y hoy lleva 4 años sin aparición de otra (Fig. n.º 6).

Pero el hecho que queremos hacer destacar es que: los casos tuberculoideos aún sin tratamiento ó deficientemente tratados no los hemos visto evolucionar hacia el leproma.

Lepra tuberculoidea y mala nutrición. — Algunos autores como **REISS (8)** sostienen que observan la forma tuberculoidea de lepra

en las personas bien nutridas, mientras que **MUIR, CHATTERJI**, asignan especial importancia a la buem alimentación, hasta el grado de afirmar que una nutrición deficiente puede disminuir las defensas y modificar un caso resistente en no resistente.

Por nuestra parte debemos afirmar en primer término que el gran porcentaje de nuestros casos tuberculoides lo constituyen personas de situación económica pobre y por lo tanto deficientemente nutridas y llamar especialmente la atención sobre un nucleo de enfermos de una constitución orgánica pésima (algunos con raquitismo) y muy mal alimentados donde no solamente no se transformaron en lepromatosa, sino que obedecieron al tratamiento con la regresión de las lesiones.

Lepra tuberculoide y pubertad. — La pubertad que constituye generalmente un verdadero latigazo para las formas lepromatosas, ya desencadenando brotes, ya ocasionando la progresión de lesiones viejas, no ejerce la misma acción en los casos de lepra tuberculoide.

Contamos hasta ahora en nuestra casuística con 5 enfermitas que llevan algunos años de observación antes y despues de la pubertad y no hemos notado su influencia en la evolución de la tuberculoide y menos aún el empeoramiento de estos casos. Sus lesiones han seguido un curso normal con el tratamiento que ya hemos descrito anteriormente. En una de las niñas que en el periodo prepupal presentaba unicamente 2 máculas acrómicas, he constatado 4 meses despues de la pubertad, una discreta reacción tuberculoide, con congestión de las máculas acrómicas y aparición de manchas eritematosas diseminadas ó infiltradas en sus bordes. Esta paciente mantiene su leprolin-test positivo y sus lesiones estan regresando lentamente.

De modo pues que la pubertad puede influir en la aparición de una reacción tuberculoide, pero no hemos visto que ella ocasione la transformación de una lepra tuberculoide en cutánea.

Lepra tuberculoide y embarazo. — El embarazo pone muchas veces en evidencia lesiones de lepra tuberculoide que permanecían latentes ó por lo menos pasaban desapercibidas para la enferma, las cuales suelen relacionar la aparición de sus lesiones con el embarazo. En las enfermas de lepra tuberculoide que embarazaron no hemos constatado modificación de las lesiones; en una de ellas aparecieron algunos elementos nuevos, pero sin llegar a constituir una Reacción tuberculoide.

Em resumen: El embarazo por norma no tiene influencia desfavorable en la evolución de la lepra tuberculoide; puede acentuar

lesiones que pasaban desapercibidas, pero no hemos visto ni siquiera provocar una franca Reacción Tuberculoide y menos aún que provoque la evolución del caso tuberculoide hacia la lepromatosa.

Lepra tuberculoide y parto. — El parto en cambio no solamente puede acentuar lesiones tuberculoideas casi desapercibidas, sino que provoca y con mucha frecuencia una franca Reacción Leprosa Tuberculoide. De nuestras pacientes, unas constataron la aparición de una lesión después del primer parto y una intensa Reacción tuberculoide después del segundo, mientras que para otras la Reacción aparecida después del parto, fué la primera manifestación de lepra.

En general la reacción tuberculoide aparece en estas pacientes dentro de los cuatro primeros meses consecutivos al parto y es sumamente intensa, por el número y la infiltración de las lesiones, las cuales regresan en la forma que ya hemos descrito anteriormente. No podemos afirmar si estas reacciones se repiten en los partos sucesivos, porque habitualmente contraindicamos nuevos embarazos en estas enfermas.

En resumen, el parto provoca con mucha frecuencia en las enfermas de lepra tuberculoide, reacciones que son sumamente intensas, pero jamás hemos visto que logre transformar la variedad tuberculoide en lepromatosa.

Lepra tuberculoide y afecciones asociadas. — **JADASSOHN, MUIR** sostienen y muchos leprólogos están de acuerdo con ellos en que las afecciones asociadas, debilitando las defensas orgánicas influyen en la progresión de las lesiones y pueden dar lugar a la evolución de una forma resistente en otra de menor resistencia; pero ese hecho no lo hemos constatado hasta ahora en lepra tuberculoide. Entre nuestra casuística tenemos un enfermo con afección hepática y tres con diabetes y en ellos la lepra tuvo su curso habitual. Una de estas últimas adquirió además de su diabetes una sífilis cuyas lesiones secundarias tuvimos oportunidad de observar y no obstante ninguna de las dos afecciones repercutieron sobre su lepra tuberculoide, ya que esta evolución en forma sumamente favorable.

Debemos recordar también aquí dos casos de lepra tuberculoide ambos grandes alcoholistas, donde las lesiones se mantienen con sus características habituales, aunque en uno de ellos predominan las alteraciones de los troncos nerviosos con atrofas intensas, retracciones y deformaciones de las extremidades.

Pero el hecho primordial que debemos hacer notar es que ni las intoxicaciones han logrado transformar nuestros casos tuberculoideos en lepromatosos.

## RELACIONES ENTRE LA LEPROA TUBERCULOIDE Y LEPROMATOSA

Hace años que estamos sumamente interesados en el estudio de la relación que puede haber entre la lepra tuberculoide y la forma Cutanea, hoy Lepromatosa de El Cairo, y debemos confesar que casi no hemos encontrado Bibliografía sobre el particular.

**JADASSOHN (7)** sostiene que la lepra tuberculoide es un estado intermediario entre la maculosa que va a la tuberosa y entre la tuberosa que va hacia la nerviosa (hoy Neural Secundaria) pero no menciona los casos de transformación.

**KEDROWSKY** a fines del siglo pasado comunicó haber observado la transformación de un caso tuberculoide en tuberoso; pero hay que tener en cuenta que entonces no se conocía el Leprolin-test ni la "Reacción Leprosa Tuberculoide" que hasta hoy en día muchos confunden con casos de lepra cutanea.

Recientemente **RABELLO** en su artículo sobre etiopatogenia de la lepra tuberculoide (9) sostiene la posible transformación de tuberculoide en lepromatosa, ya que en las diversas circunstancias, dice, puede variar la resistencia orgánica. Recuerdo que durante mi visita al Brasil el mismo **RABELLO JUNIOR** me comunicó tener la impresión de haber constatado en un caso tuberculoide la evolución hacia el leproma, caso que iba a estudiarlo con más detención a fin de publicarlo; pero hasta la fecha no tengo conocimiento si esa publicación ha aparecido.

Por mi parte mantengo desde hace muchos años la impresión de que la lepra Tuberculoide es una forma autónoma que no tiende a transformarse en Lepromatosa. Para nosotros una lepra tuberculoide no es un estado intermediario a través de la cual se pasa de una maculosa simple a una tuberosa, sino una variedad especial que puede regresar ya totalmente ó ya mantenerse estacionaria por muchos años (con períodos de actividad a veces), pero sin llegar a transformarse en la forma Cutanea de Manila ó Lepromatosa de El Cairo.

Fué esa impresión sobre la inmutabilidad de la lepra tuberculoide y el deseo de conocer la opinión de los leprólogos que motivó mi encuesta sobre su Evolución y cuyas respuestas creemos ahora interesante analizar.

### MI ENCUESTA SOBRE EVOLUCION DE LEPROA TUBERCULOIDE REALIZADA EN EL 1936

En el n.º 3 del "International Journal of Leprosy" apareció un cuestionario mio sobre evolución de la lepra tuberculoide y su po-

sición dentro de la Clasificación de lepra, donde ya señalé al mismo tiempo, que de los numerosos casos observados hasta entonces no he constatado la transformación de una lepra Tuberculoide típica en Cutanea típica (hoy Lepromatosa).

Aclaraba también que entendía por Tuberculoide típica la que lo era Clínicamente (por sus lesiones anulares de bordes elevados lisos ó papulosos, ó placas de color lúpico rodeadas de haloacrómico) Bacteriológicamente (por ser generalmente negativa ó con escasos bacilos; salvo algunas excepciones como en determinados momentos de la Reacción Tuberculoide, debemos agregar ahora). Histológicamente (por su estructura folicular típica y que podría ampliarse ahora con los diversos grados señalados por **WADE**: minor, major, etc.) e Inmunológicamente (Reacción de Mitsuda siempre positiva e intensamente positiva en la mayoría de los casos, y por Cutanea típica (hoy Lepromatosa) la que se caracterizaba Clínicamente, por sus manchas difusas ya eritematosas, ó color café, y por los lepromas de diversos tamaños. Bacteriológicamente por la abundancia de bacilos; Histológicamente por su estructura lepromatosa con sus células de Virchow con bacilos en su interior; y Inmunológicamente por la Reacción de Mitsuda negativa.

Respondieron entonces 15 leprologos de diferentes continentes y países. Son ellos:

Dr. J. N. Rodriguez, Cebú Skin Dispensary, Cebú P. I.

Dr. John Lowe, School of Tropical Medicine, Calcutta.

Drs. P. D. Strachan and R. C. Germond, Botsabelo Leper Asylum, Basutoland.

Dr. C. J. Austin, Makogai Leper Station, Fiji.

Dr. F. G. Rose, Mahaica Leprosy Hospital, British Guiana.

Dr. L. F. Badger, Leprosy Investigation Station, Honolulu.

Dr. H. E. Hasseltine, National Leprosarium, Carville, Louisiana.

Dr. Prof. H. Gougerot, Paris.

Dr. P. Lampe, Director, Koningin Wilhelmina Institut voor Lepra Onderzoek, Batavia.

Dr. Prof. E. P. Fianza, Rosario, Argentina.

Dr. Prof. Balaña, Buenos Aires, Argentina.

Dr. José M. M. Fernandez, Rosario, Argentina.

Dr. J. Darier, Paris.

Drs. Lefrou and Querangel des Essarts, Brest, France.

Dr. A. A. Stein, Leprosarium Krutije Rutschji, Leningrad, URSS.

En un apéndice a este trabajo reproduzco íntegramente sus respuestas. limitándome aquí y de acuerdo a la índole del trabajo a extraer únicamente en lo que se refiere a la Evolución de Lepra Tuberculoide y su relación con la forma Cutánea.

**WADE:** Señala no haber observado la transformación de tuberculoide en lepromatosa, pero no rechaza esa posibilidad. En cambio afirma haber constatado la evolución de cutánea en tuberculoide.

**RODRIGUEZ:** Hace una serie de consideraciones sobre si las lesiones atípicas (que hoy ya se tienden a reconocer como diversas fases de la tuberculoide) deben ó no considerarse como tales. Habla también de lesiones tuberculoides con test negativo, hecho que jamás hemos constatado. Pero no menciona haber visto transformación de Tuberculoide en Lepromatosa.

**HASELTINE:** No recuerda haber visto transformación de tuberculoide en lepromatosa. Observó un caso tuberculoide 10 años después de alta sin novedad.

**GOUGEROT:** No vio la transformación de una en otra pero sí la coexistencia.

**LAMPE:** Manifiesta tener corta experiencia y dentro de ella no constató transformación de una en otra.

**FIDANZA:** En los casos Tuberculoides bien seguidos y estudiados nunca constató su transformación en cutánea.

**FERNANDEZ:** No constató transformación de una en otra.

**DARIER:** Considera a la lepra tuberculoide como una manifestación de un estado alérgico del individuo, razón por la cual no cree que ella pueda transformarse en otra anérgica.

**LOWE:** Afirma haber visto la transformación de tuberculoide en lepromatosa, pero en un trabajo del mismo autor aparecido en el "Journal", al referirse a esa transformación dice que ella puede observarse excepcionalmente y que se evidenciaría entonces por la desaparición de las células gigantes. Debemos observar que bajo nuestro punto de vista, no basta la ausencia de las células gigantes para pensar en transformación lepromatosa, ya que en los primeros días ó semanas de la Reacción Tuberculoide puede no observarse las células de Langhams, las cuales aparecen (y en forma abundante a veces) después. Es lamentable que tampoco nos diga nada **LOWE** como ha sido el Leprolin-Test en ellos y como evolucionaron posteriormente estos casos.

**LEFROU and QUERANGEL DES ESSARTS:** Sostienen que observaron transformación de lepra tuberculoide en lepromatosa y son los únicos que publican las historias de 2 casos que ellos consideran de transformación. Pero a nuestro juicio los ejemplos que nos citan **LEFROU and QUERANGEL DES ESSARTS**, lejos de ser una transformación de tuberculoide en lepromatosa es en realidad una reacción leprosa tuberculoide, como se podrá ver en las historias que detallo al

final y donde los mismos autores mencionan que a manchas acromicas suceden despues placas infiltradas bacteriológicamente negativas y tubérculos con estructura tuberculoide donde no faltan tampoco las celulas gigantes. **(El artículo fué publicado en "Bulletin de la Societé Pat. Exot.", XXIX, n.º 9, pag. 945).**

Sintetizando y clasificando las repuestas, podemos dividirias en 3 grupos:

a) Los que nunca observaron la transformación de tuberculoide en Cutánea **(Fidanza, Fernandez, Gougerot)** y hasta quien no cree que eso pueda ocurrir **(Darier)**.

b) Los que si bien no la observaron, no descartan su posibilidad **(Wade)**.

c) Los que sostienen haberla constatado **(Lowe, Lefrou and Querangel des Essarts)**. De estos últimos solo **Lefrou and Querangel des Essarts**, publican el caso, el cual ya manifestamos más arriba nos impresiona como una simple Reacción Tuberculoide y no una transformación en Lepromatosa.

El caso de **LEFROU and QUERANGEL** es, para nosotros, muy ilustrativo ya que la aparición de una Reacción Leprosa en un caso tuberculoide, puede perfectamente inducir a error y confundir los elementos de esa reacción que son numerosos y infiltrados con la forma Lepromatosa. Bastará recordar que las placas y los tuberculos de la Reacción Tuberculoide fueron muchas veces tomadas (antes de los diagnósticos diferenciales establecidos en los trabajos de **WADE** y en los nuestros, por lepromas; esa confusión es tanto más factible aún cuando en determinados momentos (sobre todo en el inicio) de la Reacción pueden observarse como la ha señalado **FERNANDEZ**, abundantes bacilos en las lesiones, que van disminuyendo despues con la regresión de la reacción.

\*

\*       \*

La observación prolongada de un respetable número de casos que entramos ahora a estudiar, nos hace suponer sumamente difícil la probabilidad de la transformación de un estado alérgico como es la lepra tuberculoide en una forma anérgica como la Lepromatosa y de ahí que seamos un poco exigentes en admitir esa transformación y creemos no solamente interesante sino necesario la publicación de todos estos casos los cuales no deberían omitir los siguientes detalles:

a) Descripción del primer estado ó período tuberculoide, completandolo con la fotografía de las lesiones, estudio histológico, bacteriológico y sobre todo el Inmunológico (Resultado de la Reacción de Mitsuda a los 21 días).

b) Descripción de la evolución del caso hasta el momento que se cree se haya transformado en Lepromatoso.

c) Descripción y fotografía de las lesiones Lepromatosas, con una segunda fotografía, estudio bacteriológico y histopatológico.

d) Resultado de la Reacción de Mitsuda a los 21 días y mencionar si fué absolutamente negativa.

e) Una prolongada observación posterior del caso, la cual consideramos de suma importancia, ya que las Reacciones Leprosas Tuberculoides pese a su intensidad regresan perfectamente, mientras las lepromatosas tienden por norma a seguir evolucionando.

En cuanto a la transformación de la forma Cutánea en Tuberculoide, que en mi cuestionario manifestaba no haber observado y que **WADE** y **RODRIGUEZ, LOWE**, etc. ya han constatado, la creo hoy más probable, por las razones que dá **JADASSOHN** de que los casos viejos de lepra aún de forma anérgica, pueden con el correr de los años inmunizarse lentamente y llegar a un estado alérgico como es el de la Tuberculoide. Tengo ahora algunos casos de este tipo en observación que necesito estudiar con más detención a fin de poder pronunciarne nuevamente sobre este particular.

## ESTUDIO EVOLUTIVO DE NUESTROS CASOS TUBERCULOIDES

Nuestro concepto sobre la evolución de la lepra Tuberculoide, se basa en el estudio de 100 casos de esa forma, observados en personas de raza blanca, preferentemente adultos, aunque figuran en nuestra casuística niños de 3 años y ancianos de 70; constituyendo los del sexo femenino el 60 % de los casos.

Debemos advertir que todos estos enfermos fueron estudiados y vigilados periódicamente — bajo el punto de vista clínico, bacteriológico e inmunológico — siendo la mayoría de ellos biopsiados y confirmados bacteriológicamente como Tuberculoides. Nuestra estadística fué engrolada posteriormente con algunos casos que se nos perdieron de vista sin estar bien clasificados y que despues pudimos catalogar en base a todos sus caracteres como Lepra Tuberculoide.

En cuanto al tiempo de observación de nuestros enfermos debemos adelantar que:



el 40 % de estos pacientes llevan de 7 a 10 años de vigilancia, el 20 % (20 casos) tienen de 4 a 7 años de observación, y 40 casos, ó sea el 40 % restante, menos de 4 años.

La gran mayoría de estos pacientes fueron sometidos al tratamiento chalmogrico aunque algunos lo han hecho en forma deficiente.

Del estudio de estos casos hemos observado algunos hechos de interés que deseamos señalar:

1 — Ningun caso se ha transformado ó evolucionado a la forma cutanea de Manila ó Lepromatosa del Cairo.

2 — 30 de ellos (30 %) han sido dados de alta condicional. En estos casos que ya llevan de 2 a 7 años sin tratamiento, no hemos observado ningun síntoma de actividad. En parte de estos enfermos las lesiones han desaparecido sin dejar rastro de la enfermedad, salvo pequeñas disestesias. En otras las lesiones han dejado atrofiadas rodeadas de un halo acromico, pero en la mayoría solo queda una simple acromia sin el menor eritema y donde con la histamina se puede hacer diagnóstico retrospectivo. El 70 % restante continúa tratamiento con beneficios evidentes en casi todos ellos.

3 — En 6 de estos pacientes observados antes y despues de la pubertad, solo en uno notamos una Reacción Leprosa Tuberculoide tenue, que hoy ya estan represando. En los demás la pubertad no tuvo ninguna influencia desfavorable en el curso de la afección.

4 — De los casos embarazados solo en uno aparecieron algunas lesiones nuevas sin llegar a constituir una reacción leprosa Tuberculoide. En cambio hemos visto reacciones intensísimas en los primeros meses consecutivos al parto.

5 — En 5 casos de Lepra Tuberculoide de constitución orgánica pobrísima y de una nutrición deficiente por la pobreza, las lesiones regresaron en la misma forma favorable que en los bien nutridos.

6 — En 6 casos de Lepra Tuberculoide asociada con afecciones hepáticas y sobre todo diabetes, no hemos constatado ninguna evolución desfavorable ni transformación lepromatosa. Uno de ellos está entre los dados de alta y 2 de los mismos hacen Reacciones Tuberculoides periódicas. Una de las enfermas tuberculoides y diabética a la vez adquirió tambien una sífilis cuyas manifestaciones secundarias tuvimos ocasión de observar; y pese a esas condiciones desfavorables el caso sigue evolucionando bien.

7 — 15 casos hicieron reacciones leprosas, 3 de ellos del tipo aislado ya que hace 7 años que no se repite. Los 2 restantes hacen

4 años que estan sin reacción y sus lesiones residuales no demuestran síntomas de actividad.

8 — De 7 casos con lesiones asociadas en los troncos nerviosos, algunos hicieron abscesos sin dejar rastros, otros provocaron esclerosis del nervio con intensas atrofas, y graves deformaciones en los miembros.

Al final van alguns historias clínicas de los casos observados, habiendose seleccionado los de mayor interés; sobre todo de los que llevan más tiempo de observación (de 7 a 10 años).

### PRONOSTICO DE LA LEPRA TUBERCULOIDE

El pronóstico de la lepra Tuberculoide se desprende del estudio evolutivo que acabamos de hacer. En términos generales podemos decir que es benigno ya que no tiene tendencia progresiva con invasión visceral etc. y no se transforma en lepra Cutanea.

Las lesiones sin Reacción únicas y aisladas regresan generalmente ya sin dejar lesión residual ó dejando manchas acrómicas y atróficas.

Los casos con Reacción Tuberculoide son menos benignos porque parecen indicar una infección mayor y porque las reacciones pueden a veces ser prolongadas y sucesivas.

Los casos más serios son los que al mismo tiempo que la piel estan tomados los troncos nerviosos y sobre todo cuando éstos se esclerosan producen trastornos tróficos y deformaciones graves de los miembros superiores y inferiores que inutilizan físicamente y martirizan moralmente a los enfermos.

### SUMARIO

1) El autor señala que hasta la fecha no conoce una publicación convincente de transformación de lepra tuberculoide en Cutanea (hoy Lepromatosa); que el único caso publicado por **LEFROU** and **QUERANGEL DES ESSARTS** se trata de una Reacción Tuberculoide y no de una transformación en lepra Cutanea .

2) Insiste en que hay que evitar la confusión de la Reacción Tuberculoide con las lesiones de lepra Cutanea (hecho que es factible dada la presencia de bacilos en ciertos periodos de la Reacción), efectuando la Reacción de Mitsuda (que siempre es positiva aunque puede ser menos intensa) y observando la evolución posterior del caso y constatar así la tendencia progresiva en la Cutanea y la regresiva en la Tuberculoide.

Entra entonces a relatar las observaciones que ha recogido en el estudio de sus **100** casos de lepra Tuberculoide de los cuales el **40 %** han sido vigilados de **7** a **10** años, llamando la atención sobre los siguientes hechos:

1) Que ninguno de ellos ha evolucionado hacia la forma Cutanea (hoy Lepromatosa).

2) Que esa transformación no se produjo ni aún en las condiciones más desfavorables para el organismo como ser: pubertad, embarazo, parto, intoxicaciones y afecciones asociadas (diabetes, alcoholismo, sífilis) y mala nutrición.

3) Solamente ha observado 2 formas de evolucionar de lepra Tuberculoide: ó va a la regresión (30 casos de alta que lleva de 2 a 7 años sin tratamiento) ó persiste durante muchos años como tal con ó sin reacciones tuberculoides, pero sin evolucionar hacia la forma Lepromatosa.

4) Esa inmutabilidad de la lepra tuberculoide nos hace pensar que estamos en presencia de una forma especial con gran resistencia, pero específica a la lepra ya que esa resistencia no se modifica ni en las condiciones más desfavorables al organismo. Trataríase pues de una forma alérgica con Reacción de Mitsuda siempre positiva, en oposición a la forma Lepromatosa, lepra anérgica, de Reacción de Mitsuda negativa. Estas consideraciones sobre posición de la lepra Tuberculoide en la Clasificación de Lepra, serán probablemente motivo de un nuevo trabajo.

5) En cuanto a la transformación de los casos Cutaneos en Tuberculoides la cree ahora más factible pero necesita revisar detenidamente algunos casos para pronunciarse en ese sentido.

## CONCLUSIONES

Nuestra experiencia actual basada en **100** casos vigilados, el **40 %** de **7** a **10** años y el **20 %** de **4** a **7** años, nos autoriza a sostener, mientras no nos demuestren lo contrario, lo siguiente:

1.º) Que la lepra Tuberculoide no se transforma em Cutanea (hoy Lepromatosa de El Cairo) ya que tiende o a regresar totalmente o a mantenerse estacionaria durante muchos años, pero no evoluciona hacia la forma Lepromatosa ni aún en condiciones más desfavorables al organismo como mala nutrición, pubertad, embarazo, parto, afecciones asociadas, etc.

2.º) Dado su caracter inmutable, sería una forma especial de lepra en um terreno resistente y constituiría la forma Alérgica de evolución benigna, con Reacción de Mitsuda positiva (de diverso

grado) en oposición a la forma Lepromatosa ó Anérgica con Reacción de Mitsuda negativa y de evolución progresiva ó maligna.

## HISTORIAS CLINICAS

### CASO N.º 1 — FIGS. 9 y 10

Carolina C.

**ESTADO ANTERIOR:** Hace 7 años que presenta en mejilla izq. una lesión en herradura de 5 cm. por 2, de bordes eritematosos sobre los cuales asientan pequeñas papulitas, individuales unas y confluentes otras. El centro de la lesión es plano y ligeramenteacrómico.

**ESTADO ACTUAL:** Octubre de 1938 — Regresión total de la lesión dejando una acromia apenas perceptible.

Reacción de Mitsuda: Intensamente positiva.  
La enferma lleva 2 años sin tratamiento.

### CASO N.º 2 — FIGS. 11 y 12

Néfida P.

**ESTADO ANTERIOR:** (Marzo de 1938). En antebrazo derecho presenta una placa numular de 3 cm. de diametro infiltrada en toda su extensión y algo elevada. El color de esa lesión es café violáceo en partes y amerillo (de aspecto lúpico) en otras. En mejilla izquierda se observa una mancha eritematosa apenas infiltrada.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Desaparición total de las lesiones sin dejar rastro. La enferma presenta una piel de aspecto normal.

Leprolin-test: Positivo.

Lleva 3 años sin tratamiento.

### CASO N.º 3 — FIGS. 1 y 2

Anita B.

**ESTADO ANTERIOR:** (Enero de 1935). En dorso, nalgas, miembros y cara presenta numerosas lesiones anulares de bordes muy infiltrados unas y menos otras, siendo su coloración ya violácea, ya pardo violácea. Observanse alguns elementos de bordes elevados y de color café.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Regresión de todas las lesiones, alguns como en dorso, nalgas, etc. sin dejar rastro. En parte superior del dorso quedan manchas acromicas residuales de piel lisa; en cambio la del brazo derecho son manchas residuales atróficas y acrómicas donde se pueden ver alguns telangiectasias que la cursan en toda su extensión.

Leprolin-test: Positivo intenso.

### CASO N.º 4 — FIGS. 5 y 5.

Juana C.

**ESTADO ANTERIOR:** (Febrero 1930). Presenta unicamente en el límite de la región supra y infraíode una lesión anular de unos 3 cms. de diametro, de bordes infiltrados de color amarillento rosado. Se extirpa la lesión quirurgicamente y se recomienda continuar el tratamiento pero la paciente

no lo hace. Seis meses despues aparece sobre la cicatriz (Fig. N° 6), una lesión semejante a la anterior aunque un poco menor. Se indica entonces tratamiento y la enferma lo hace con más regularidad.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre 1938). Desaparición total de la lesión en cuyo lugar ha quedado solamente una mancha acrómica.

Leprolin-test: Positivo.

La enferma ya lleva 3 años sin tratamiento.

CASON.° 5 — FIGS. 15 y 16.

Alejandro A.

**ESTADO ANTERIOR:** Presenta en parte lateral izquierda de la nariz, cerca del angulo del ojo, en el lóbulo de la oreja del mismo lado, abarcando parte de la mejilla, dos manchas eritematosas del tamaño de una monda de 10 ctvs. totalmente infiltradas, de bordes redondeados. En la nalga gran parte infiltrada del tamaño de una palma de mano; en la pierna cara interna en su tercio medio manchas menores que las anteriores y de iguales caracteres. Disestesias a nivel de las lesiones.

**ESTADO ATUAL:** (Octubre 1938). Desinfiltración y reabsorción total de la placa de *nalga* en cuyo lugar ha quedado *una* mancha atrófica (piei en papel de cigarrillos) y acrómica. Regresión de todas las demás lesiones sin dejar rastro.

Leprolin-test: Francamente positivo.

El enfermo lleva 3 años sin tratamiento.

CASO N.° 6 — FIGS. 3 y 4.

Juan D.

**ESTADO ANTERIOR:** (Abril de 1929): Gran placa elevada é infiltrada de color violáceo con aspecto de tomate que ocupa todo el mentón. Infiltración en placa del prepucio, provocando intensa fimosis con anestesia ocal. Placa infiltrada del mismo aspecto del mentón aunque menos elevada y de centro más deprimido. Engrosamiento de la rama transversa del nervio cervical superficial, adquiriendo el calibre del dedo meñique.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Desaparición total de las lesiones sin dejar rastro. Unicamente queda una cicatriz residual del absceso nervioso de la rama engrosada, pero el nervio hoy ya no se palpa.

Leprolin-Test: Intensamente positivo.

El enfermo lleva 7 años sin tratamiento.

CASO N.° 7 — FIGS. 13 y 14.

Juan S.

**ESTADO ANTERIOR:** (Abril de 1935). Placa del tamaño de una naranja de color violáceo elevada 1 cm. al nivel de la piel, de centro ulcerado y de fondo sero-purulento. En el resto de la cara tuberculos y nódulos de diverso tamaño. En nalgas, miembros lesiones anulares y placas infiltradas de color violáceo.

Leprolin-Test: Intensamente positivo.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Aplanamiento y desinfiltración total de la placa de la frente con cicatrización de úlcera dejando unicamente una fina cicatriz. Desaparición de las lesiones diseminadas del cuerpo,

muchas sin dejar manchas residuales y otras solo dejan acromias. El paciente no ha tenido ninguna reacción más.

Leprolin-Test: Intensamente positivo.

CASO N.º 8 — FIGS. 7 y 8.

Elena P.

**ESTADO ANTERIOR:** (Marzo de 1930). Presenta diseminado en tercio inferior de cara anterior y interna de brazo izquierdo y en su cara externa del tercio superior; en codo del mismo lado, cara externa del antebrazo, cara anterior tercio superior de pierna derecha y tercio superior de cara posterior de muslo derecho próximo al pliegue glúteo, manchas del tipo tricofitoide de bordes infiltrados, ligeramente eritematosos y amarillentos, siendo la de mayor tamaño la del miembro superior izquierdo. Sensibilidad: a nivel de las manchas del brazo y antebrazo izquierdo y pierna derecha tercio superior, sensibilidad al tacto y presión (dolor) abolida, al calor disminuida. En temporal derecho cerca del angulo del ojo presenta una lesión redondeada, ligeramente infiltrada.

**ESTAD OACTUAL:** (Abril de 1934). Han desaparecido todos los elementos dejando algunas manchas acrómicas y otras sin dejar rastro, salvo la de la región temporal que aún es ligeramente eritematosa.

Sensibilidad: a nivel de las manchas acrómicas del brazo y antebrazo aún disminuidas, la sensibilidad a la temperatura y al dolor. abolida como tambien la tactil.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Repigmentación de las zonas acrómicas. No presente ninguna lesión ni elementos residuales a lesiones anteriores. Piel de aspecto normal.

Reacción de Mitsuda: Intensamente positiva.

Lleva 3 años sin tratamiento.

CASO N.º 9.

Josefa B.

**ESTADO ANTERIOR:** En la parte inferior y posterior del brazo izquierdo presente una lesión del tamaño de un cobre de 2 ctvs. de bordes infiltrados, de color caramelo. El centro de la piel ligeramente atrófico. En el tercio inferior del muslo derecho cara interna presenta una mancha de unos 10 cms. de largo por 6 de ancho de color violáceo, de bordes bien marcados y infiltrados; formado por la conflencia de elementos papulares del tamaño de municiones.

**ESTADO ACTUAL:** (Mayo de 1938): Regresión total de todas las lesiones sin dejar rastros. Hace 4 años que la enferma no se trata. Se casó hace 2 años y continua perfectamente bien.

CASO N.º 10.

Isabel M.

**ESTADO ANTERIOR:** (Mayo de 1929). Em el menton manchas redondeadas del tamaño de 20 ctvs. Color marrón oscuro; clara en el centro. En la región postero interna lado izquierdo hay una lesión de bordes marginados, ligeramente eritematosa, centro acrómico del tamaño de 1 cobre de 2

ctvs. Simétricamente colocado en codo derecho otros 2 elementos análogos. En muñeca izquierda hay 2 lesiones de bordes infiltrados papulosos de coloración rosada que recuerdan los elementos, granuloma anular. En ambas piernas tercio infero-interno 2 lesiones maculosas tamaño 20 ctvs. de aspecto tricofitoide.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Desaparición de todas las lesiones sin dejar rastros. Llama la atención que hasta las acromias se repigmentaron presentando actualmente la paciente una piel de aspecto normal.  
Leprolin-Test: Positivo.

Lleva 4 años sin tratamiento.

#### CASO N.º 11.

Juan M.

**ESTADO ANTERIOR** (Enero de 1931). Manchas eritematosas de tamaño variable redondeadas y marginadas, diseminadas en la región de flexión del codo a parte del antebrazo y resto del miembro superior.

**ESTADO ACTUAL:** (Octubre de 1938). Desaparición total de las lesiones, la mayoría de ellas sin dejar rastro y otras dejando apenas una mancha acromica.

Leprolin-Test: Intensamente positivo.  
El paciente lleva 4 años sin tratamiento.

#### CASO N.º 12.

Rodolfo G.

**ESTADO ANTERIOR** (Marzo de 1929). En el lado derecho de la frente presenta una mancha del tamaño de un cobre de 2 centavos de bordes infiltrados, algo eritematosos y de centro, piel sana. Otra de igual caracter en la mejilla del mismo lado. Presenta tambien en la nalga y miembros superiores, en su segmento distal, máculas de iguales caracteres a las anteriores. Cubitales engrosados. Sensibilidad: Abolida.

**ESTADO ACTUAL:** (Julio de 1938). Desaparición total de las lesiones, algunas de las cuales han dejado un borde pigmentado.

El paciente lleva 5 años sin tratamiento.

---

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) **SCHUJMAN S.:** Contribución al Estudio de la Reacción de Mitsuda. Revista Brasileira de Leprologia, vol. 4, n. 4, año 1936.
- 2) **SCHUJMAN S.:** Correspondence. International Journal of Leprosy. 1936. n. 3.
- 3) **SCHUJMAN S.:** Reacción Leprosa Tuberculoide. Revista Argentina de Dermatología. Tomo XIX. Año 1935. Pag. 411-
- 4) **WADE H. W.:** Lepra Reaction in Tuberculoid Leprosy. International Journal of Leprosy, vol. 2. n. 3, año 1934.
- 5) **JOSE M- M. FERNANDEZ:** La Reacción Leprosa Tuberculoide. Revista Brasileira de Leprologia, vol. 5, n. 4, pag. 419.

- 6) **SCHUJMAN S.**: Coexistencia de Abceso Nervioso y Lepra Tuberculoide. Revista Brasileira de Leprologia, vol. 2, n. 4, año 1935.
- 7) **J. JADASSOHN**: (Handbuch. der Pathogenen Mikroorganismen).
- 8) Citado por **KLINGMULLER**.
- 9) **RABELLO JUNIOR**: Etiologie Generale et Pathogenie de la Genre Tuberculoide. Revista Brasileira de Leprologia. vol. 6, n. 3, pag. 291.

---

## R E S M É

1 — L'A. dit qu'il ne connaît pas encore une publication suffisamment claire de transformation d'un cas de lepre tuberculoïde en lépromateuse, puisque le Seul cas, publié par **LEFROU** et **QUER ANGEL DES ESSARTS**, est, selon l'A. un cas qui a présenté une réaction lépreuse tuberculoïde, et non une vraie transformation au type L.

2 — L'A. insiste qu'il faut éviter la confusion entre réaction lépreuse tuberculoïde et forme lépromateuse (confusion possible, des qu'il-à-a certains périodes ou l'on peut trouver d'abondants bacilles pendant la **R.L.T.**). In peut cependant les distinguer, car au cours de celle-ci, l'intradermo-reaction de Mitsuda est toujours positive (quoique parfois un peu aténué), mais c'est surtout l'évolution postérieure des lésions qui va confirmer, en progressant, une forme lépromateuse, ou en regressant, une réaction lépreuse tuberculoïde

L'A. passe a exposer ses observations de 100 cas de lepre tuberculoïde, 10 desquels ont été suivis pendant 7 a 10 ans, at 20 pendant 4 a 7 ans. Il remarque:

1) Qu'aucun d'eux n'a évolué à la forme L.

2) Que cette transformation ne s'est pas produite même dans les conditions les plus défavorables pour l'organisme, a savoir: puberté, grossesse, accouchement, intoxications et maladies associes (diabete, syphilis, alcoolisme) ou mauvaise nutrition.

3) L'A. a observé seulement deux manieres d'évoluer pour la lepre tuberculoïde: ou bien la regression (30 malades dispensés de traitement depuis 2 a 7 ans, sans aucune lésion active), ou bien la persistance, pendant des années, des lésions tuberculoïdes, avec ou sans réactions lépreuses, mais sans évolution vers la forme L-

4) Cette immutabilité de la lepre tuberculoïde, fait soupçonner qu'on est en présence d'une forme clinique spéciale, a grande résistance spécifique, puisqua celle qui ne se modifie pas a travers de conditions débilitantes de l'organisme. It s'agirait donc d'une forme de lepre allergique, avec intradermo-réaction de Mitsuda toujours positive, opposée a la forme lépromateuse, lepre anergique, de Mitsuda négative.

5) Par rapport a la transformation des cas de forme L. en forme tuberculoïde, l'A. pense maintenant qu'elle est possible, mais il ne l'affirme pas encore, ayant besoin d'une observation plus longue de certains malades.

## CONCLUSIONS

L'expérience de l'A. l'autorise a croire, jusqu'a preuve contraire, le suivant:

1) Que la lepre tuberculoïde ne se transforme pas en lépromateuse. Qu'elle peut, ou regresser vers la guérison totale, ou se maintenir pendant des années, toujours comme forme tuberculoïde.



2) Par cette immutabilité, la lepre tuberculoïde serait une forme spéciale, de résistance, ou forme allergique, avec Mitsuda positive, et a evolution bénigne, en opposition a la lepre lépromateuse, anergique, avec Mitsuda négative et a évolution postérieure maligne.

---

#### S U M M A R Y

The A. states that he does still not know a convincent publication proving the evolution of a tuberculoid case of leprosy into a lepromatous one The only published case, that of **LEFROU** and **QUERANGEL DES ESSARTS**, describes a tuberculoid lepra reaction, instead of a true transformation to lepromatous type.

The A. remarks the possibility of mistaken a tuberculoid lepra reaction with lepromatous lesions (a very easy mistake because of the possible occurrence of M .1. in certain periods of the tuberculoid lepra reaction). The elucidation may be done by the Mitsuda's skin test, which is always positive in tuberculoid cases (though sometimes a little slighter during the lepra reaction), but still better by later observation of the case: a tuberculoid lepra reaction will subside in some months, while a lepromatous case will continue to progress.

The A. exposes his observations of 100 cases of tuberculoid leprosy, among which 40 patients were followed from 7 to 10 years and 20 others followed from 4 to 7 years. He remarks:

- 1) That none of them has evolved to L. type.
- 2) That this evolution did not happen even through the most weakening conditions as: puberty, pregnancy, delivrance, intoxications, starvation and associates diseases.
- 3) For the tuberculoid leprosy the A. has observed only two ways of evolution: improvement and cure (30 paroled cases, without treatment since 2 to 7 years) or persistence of the tuberculoid lesions, witch or without lepra reactions, through many years, but never changing into lepromatous type.
- 4) This immutability of tuberculoid leprosy makes the A. think that it is a special form of leprosy, of strong specific resistance, an allergic type, with Mitsuda's skin test always positive, in opposition to lepromatous type, or anergic leprosy, with Mitsuda's skin test constantly negative.
- 5) About the evolution of L. cases towards tuberculoid form, the A. thinks it possible but he has never observed such and evolution.

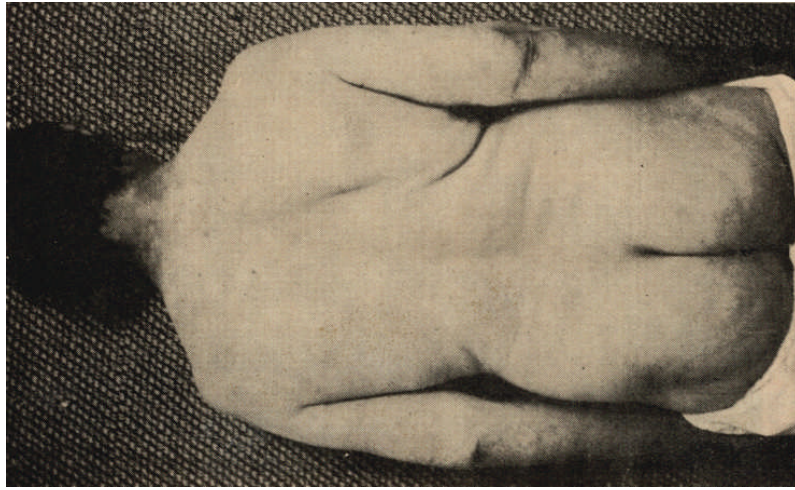
#### C O N C L U S I O N S

Based on a long observation of 100 cases of tuberculoid leprosy, the A. stands, untill contrary proves:

- 1) That tuberculoid leprosy does not change into lepromatous type, the two possible evolutions of it being: improvement and total cure, or a long stage as tuberculoid leprosy, without aggravation to lepromatous type not even throught the worst biological conditions of the patient.
- 2) Because of this unchangeness the A. considers tuberculoid leprosy as a special allergic form of the disease, of positive Mitsuda's skin test and good prognosis, opposite to the lepromatous type or anergic form, of negative Mitsuda's skin test and bad prognosis.



**FIG. N. 1**  
Reaccion tuberculóide; con manchas anulares de bordes fuertemente infiltrados, café violáceo y de centro normal.



**FIG. N. 2**  
(La misma paciente 5 años despues)  
Desaparición total de las lesiones, muchas sin dejar rastros y otras solo dejan acromias o piel atrófica y acromica.



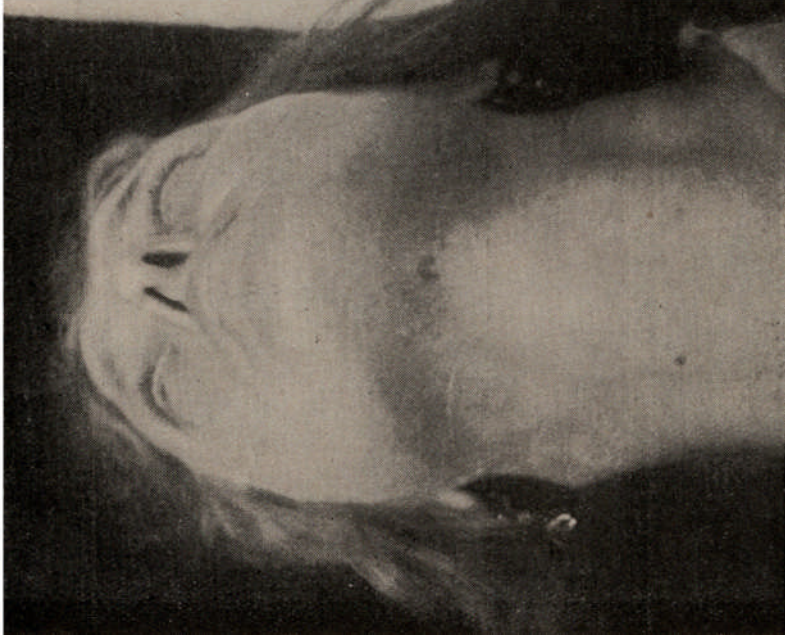
**FIG. N. 3**

Placa elevada e infiltrada de color violáceo del mentón. El enfermo presentaba además placas en nalgas, infiltración leprosa del pene y engrosamientos nerviosos.



**FIG. N. 4**

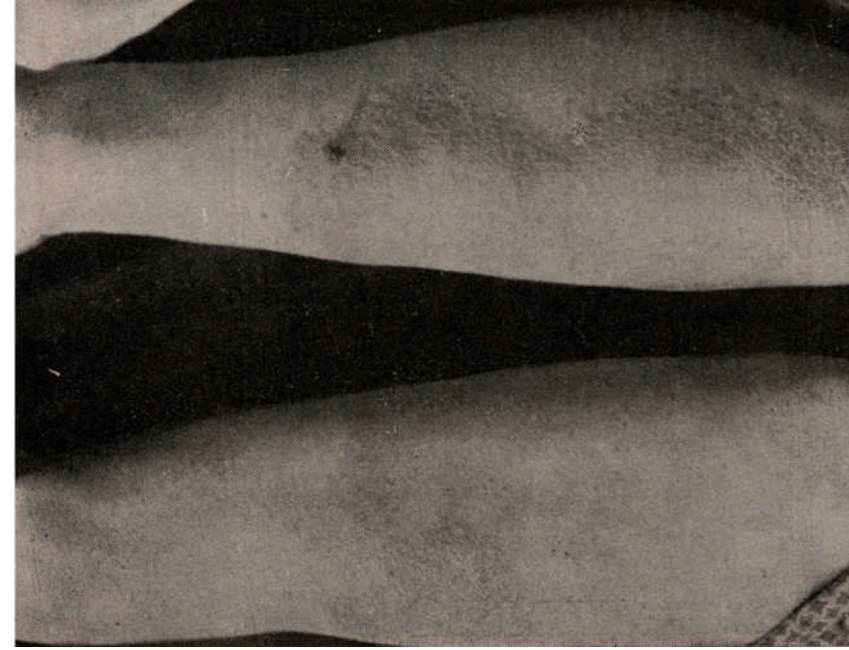
(El mismo paciente 10 años despues)  
Desaparición de todas las lesiones sin dejar rastro. Desinfiltración del tronco nervioso engrosado. Lleva 7 años sin tratamiento.



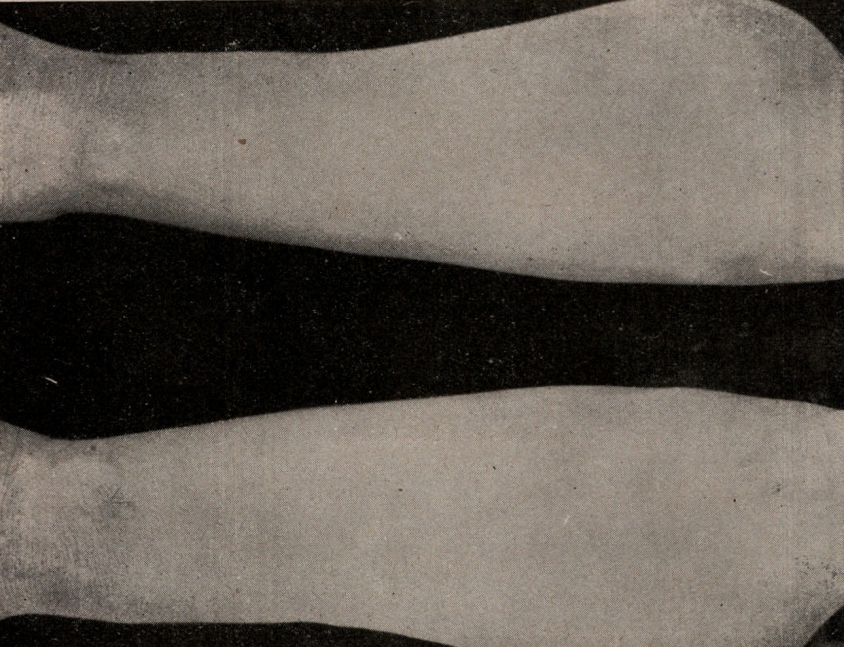
**FIG. N. 5**  
Lesión semicircular de bordes infiltrados sobre una cicatriz. Tratase  
De una placa que fué extirpadas quirúrgicamente y recibido in-situ,  
por falta de tratamiento.



**FIG. N. 6**  
(La misma enferma 9 años despues)  
Desaparición (despues de 8 meses de tratamiento) total de la lesión  
sin desear rastos. Solo queda resto de La cicatriz pero perceptible.  
Lleva 4 años sin tratamiento.



**FIG. N. 7**  
Lesiones de bordes anchos algo elevados y de superficie granulosa.  
La enferma presenta este tipo de elementos diseminados en el resto  
del cuerpo.



**FIG. N. 8**  
(La misma paciente 9 años después)  
Desaparición total de las lesiones sin dejar rastro.



**FIG. N. 9**  
Lesión en herradura de bordes eritematosos sobre los cuales asientam  
pequeñas pápulas individuales.



**FIG. N. 11**

Placa ligeramente elevada é infiltrada em toda su extensión; localizada en antebrazo derecho. Mancha eritematosa de mejilla izquierda.



**FIG. N. 12**

(La misma enfermita 6 años despues)  
Regresión total de las lesiones sin dejar rastros.  
Lleva 3 años sin tratamiento.



**FIG. N. 13**

Gran placa infiltrada y elevada 1 cm. sobre el nivel de la piel; de centro ulcerado. El enfermo presenta además placas y lesiones anulares infiltradas, tubérculos y nódulos en el resto del cuerpo.



**FIG. N. 14**

(El mismo paciente 5 años después)  
Aplanamiento total de la placa y reabsorción del infiltrado. Desaparición de la ulceración, dejando una cicatriz perceptible.  
Regresión de todas las lesiones de la piel.