

Algunos Aspectos de la Leishmania Observados en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá

Por el Dr. Gonzalo Reyes G.

Prof. de la Clínica Dermatológica
Universidad Nacional

Desde hace más de 25 años que ejercí la jefatura de clínica primero, y luego el profesorado de la Clínica Dermatológica me ha preocupado el problema de la leishmania, ya por su frecuencia en las salas hospitalarias, como por los aspectos mutilantes que allí se observan, rebeldes a casi todos los tratamientos.

Tomado el término leishmania en un sentido general, comprende un grupo de enfermedades que se desarrollan en el organismo humano y de algunos animales, debidas a un protozooario que pertenece a la familia de los TRYPANOSOMIDIE. Se encuentra en el hombre en las células del tejido retículo endotelial. El nombre de Leishmania le fue dado en memoria de Leishman, quien estudió el parásito en 1903.

La leishmania se divide en dos grandes grupos: las leishmanias viscerales-Kala-Asar-y la leishmania Americana. Cada una de estas formas tiene sus síntomas clínicos, su etiología propia y aunque el protozooario tiene en cada caso propiedades biológicas diferentes, hasta el presente con los medios de observación que poseemos, la morfología es idéntica y la presencia del mismo parásito las ha agrupado.

No me ocuparé de las leishmanias viscerales, por no ser el objeto de este estudio. Las formas que he encontrado son la *cutánea* y la *mucosa-condral*.

La cutánea se presenta en la forma de BOTON DE ORIENTE y de LEISHMANIA AMERICANA, señalada esta última, en

el Brasil, Perú, Colombia, como en otros países de la América con tan diferentes nombres.

BOTON DE ORIENTE

Si me refiero en este estudio al Botón de Oriente, es por considerar que en Colombia hay manifestaciones enteramente semejantes a las descritas por Villemin, quien desde 1854 demostró que las afecciones que llevaban tan diferentes nombres, se referían a una misma y única entidad, que él denominó Botón de Oriente, por presentarse al Oriente de Europa. Las descripciones de importantes observadores y los aspectos demostrativos de las fotografías en diferentes textos, me convencen cada día más de que entre nosotros existe el Botón de Oriente o Botón de un Año, como lo denominan también, entre multitud de nombres que tiene, según las regiones donde se presenta.

La distribución geográfica de esta forma de leishmaniasis en nuestro país, no se ha establecido todavía, pero por los datos que he recogido, se aprecia que existe donde se presentan las otras formas de leishmaniasis. En muchos de estos casos se ha encontrado la leishmania, pero las inoculaciones experimentales nos hacen falta. Tampoco se ha llevado a cabo el estudio de los vectores. El vulgo incrimina como agentes de transmisión a multitud de insectos. El papel que desempeña el Phlebotomus y especialmente el Phl. Papatasil, en la transmisión de la leishmania ha sido demostrado desde hace muchos años en el Instituto Pasteur de Algeria. Entre nosotros este estudio de comprobación tampoco se ha hecho, pero es de suponer que alguna de estas especies de phlebotomus sean vectoras, por ser abundantes en las regiones donde se presenta la leishmaniasis. En Colombia el Dr. Ernesto Osorno encontró varias especies de phlebotomus, clasificando uno con su nombre, que bien pudieran ser los transmisores de la leishmania.

Está demostrado que el Botón de Oriente confiere la inmunidad en la mayor parte de los casos, sería interesante averiguar si entre nosotros se obtiene esa inmunidad, en algunos casos tengo la impresión de que si la hay, pero no se puede afirmar de manera absoluta por la dificultad de llevar estadísticas precisas.

Estudio Clínico.

El período de incubación es por término medio de dos meses y la duración de seis meses a un año. El sitio de las lesiones

es preferentemente en las partes descubiertas, sobre todo aquellas que lo están durante la noche, algunos autores, dicen que jamás se presenta en las regiones palmares y plantares, debo afirmar que sí he encontrado esta localización. El número de manifestaciones es de tres o cuatro, pero se citan casos de haber encontrado hasta 170. En el hospital he observado en un paciente, que fue muy conocido de los estudiantes, en el cual llegaron a encontrarse más de cien botones, que fueron apareciendo simultáneamente, lo cual comprueba que era debido a auto-inoculaciones producidas por el rascado, este caso nos mostró que la lesión inicial, se instala como una simple pápula, como un pequeño forúnculo, que luego se exulcera y se cubre de escamas blancas, al mismo tiempo se aprecia una nodulación dérmica o subdérmica, de la magnitud de una pequeña arveja, de color rojizo, se edematiza, luego se ulcera y se cubre de una costra adherente a los bordes y al centro, se aprecian prolongamientos córneos, recordando las escamas —costras del lupus. Esta costra si no es quitada voluntariamente puede permanecer en su lugar varios meses, aumentar de espesor por el aporte de nuevas capas de escamas, debidas a serosidad concretada. Al cabo de un tiempo variable, tres a cinco meses, algunas veces un año, la úlcera cesa de crecer, la secreción disminuye, los bordes vienen a ser menos altos, no se aprecia eritema y el fondo se cubre de botones papilomatosos y aparecen los islotes de cicatrización. Al final se aprecia una cicatriz deprimida, plana, lisa, acrómica en el centro, pigmentada en los bordes, donde los folículos y glándulas han desaparecido.

Estos datos coinciden con las descripciones clásicas del Botton de Oriente. Por eso una vez más insisto en que esta forma de leishmaniasis existe en Colombia. Véanse fotografías adjuntas.

LEISHMANIASIS AMERICANA

Se han descrito desde hace mucho tiempo en América, y con diversos nombres, cierta clase de ulceraciones que se complican de graves lesiones mutilantes de las mucosas.

En el Brasil se la conoce con el nombre de úlcera de Bahía o de Bauru. En el Perú con el de Espundia. De Pian Bois en la Guayana. Entre nosotros le dan apelativos diversos, según la región de donde proceda. Así por ejemplo, en Pamplona, la llaman úlcera de Pamplona o Pamplonita, úlcera de Cuccutilla, de Chi-

nácota, etc. En Vélez la denominan Bubón de Vélez y también Marranas o Puercas, en otras partes bubas, en la región de Guateque úlcera Brava.

HISTORIA

Desde 1846 fue señalada en el Perú por Tamaya, dice que existía allí desde tiempos prehistóricos. Fue descrita por Cerqueira en el Brasil en 1883. Breda en 1895 la observó y le dió el nombre de Buba Braziliiana. En 1901 Darier. En 1909, varios investigadores en el Brasil, encontraron la *Leishmania Trópica* y asimilaron las lesiones al Botón de Oriente. En 1910 Pedroso y Silva, cultivaron el parásito. En 1911 Splendor y Escomel describieron las ulceraciones. Vianna en 1911 llamó *Leishmania Brasilliensis* al agente patógeno de lesión ulcerosa observada en el Brasil.

En nuestro país la primera historia clínica de leishmaniasis, descrita con el nombre de "Marranas" figura en la tesis del Dr. Indalecio Camacho. La observación fue descrita por el Dr. Josué Gómez. Los trabajos de Camacho en 1872, de los doctores Mateus y Franco en 1893, parece que son las primeras descripciones hechas en América del Sur sobre estas manifestaciones cutáneas, que bien pudieran ser de leishmaniasis, de esporotricosis o de blastomicosis. El Dr. Miguel Canales en el año de 1894, al citar las entidades comunes en el Valle de Tenza, sostiene que la Puerca o Marranas, es el mismo botón de Aleppo, que es uno de los nombres con que se denomina la leishmania. También se ocupó de la afección el Dr. Juan de J. Cadena, quien hizo la primera descripción clínica del llamado Bubón de Vélez en el año de 1895 y lo considera de origen tuberculoso.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

La leishmaniasis es endémica en las tres Américas. El Dr. Rodríguez Bermúdez en su tesis de grado, cita como focos endémicos en Colombia, las zonas vecinas de los grandes ríos. En Santander del Norte, las hoyas del zulía, Catatumbo y Río de Oro, en las cuales se hallan las poblaciones de Bochalema, Arbolédas, Chinácota, Puente Villamizar, Pamplona, Pamplonita y Cucutilla. Santander del Sur en los ríos Suárez y Lebrija con sus poblaciones de Vélez, Suaita, Cite, Güepsa, Puente Nacional y esporádicamente en Charalá, Piedecuesta y Girón.

En Boyacá, el Territorio Vásquez y las hoyas del Minero, del Opón y del Carare, con poblaciones como Muso, Coper y Maripi. En la parte Oriental, las poblaciones de Garagoa, Guateque, Tenza, Somondoco, Chinavita, Miraflores, Guayatá. La endemia también se extiende a los llanos de Casanare, especialmente en las regiones y poblaciones que están situadas al pie de la cordillera.

En Cundinamarca la leishmaniasis abarca una extensa zona, que comprende la parte oriental de la cordillera en sus vertientes. Allí, se encuentran entre otras, las poblaciones de Gachalá, Ubalá, Medina y Gachetá, las regiones de Villavicencio y llanos de San Martín. En las vertientes occidentales, las hoyas de los ríos Magdalena, Sumapaz, Río Negro, con todas las poblaciones de tierras templadas, como Fusagasugá, Viotá, Anolaima, La Vega y otros lugares con climas semejantes, pero que pertenecen a otros sistemas hidrográficos.

ETIOLOGIA.

Los focos endémicos de la leishmaniasis, se encuentran especialmente en las tierras templadas, donde se cultiva el café a una altura de 1.000 a 1.200 metros sobre el nivel del mar y con una temperatura de 20 a 28 grados centígrados. También se observa en zonas más bajas vecinas a los grandes ríos. En las vertientes de las tres cordilleras en que se dividen los andes, se encuentra la leishmaniasis, pero donde existen los mayores datos, es en los departamentos que están situados en la cordillera Oriental. La enfermedad ataca a ambos sexos, en todas las edades y no respeta razas. En nuestro medio es más frecuente en los hombres.

EL PARASITO

La morfología del parásito se ha encontrado idéntica, tanto en el Botón de Oriente, como en las otras formas cutáneas y en las mucosas y condrales.

El Dr. Hernando Ucrós ha cultivado la leishmania y ha hecho la prueba de Montenegro para el diagnóstico indirecto de la leishmaniasis, con un 100% de positividad para la forma cutánea y un 80% en las formas cutáneo mucosas. No se ha podido hacer hasta el presente la prueba de transmisión de la leishma-

nia. El vulgo incrimina como agentes directos, a la picadura de varios insectos, entre los cuales cita el Dr. Rodríguez Bermúdez, un mosco pequeño, negro, muy frecuente en nuestras tierras templadas y calientes, que llaman mostacillo, mosco bravo, mosco sangriento o mosco marrano, pero que no es un verdadero mosquito, sino una mosca, semejante a la *Pangonia Rupelli*, que no pertenece al género *simulius*. En Santander inculpan al "pito" *Rodnius Prolixus*. En el Valle de Tenza a los arácnidos.

Al referirme anteriormente al Botón de Oriente, dije que esta forma de leishmaniasis se transmitía en otros países por el *phlebotomus pappatasii* y que en nuestro país, el Dr. Ernesto Osorno ha encontrado varias especies de *phlebotomus* que bien pudieran ser también los vectores de las formas de leishmaniasis en Colombia. Pero si quiero anotar que la leishmania es transmisible e inoculable de hombre a hombre. He sido testigo en la Clínica Dermatológica, de la inoculación accidental de una enferma que no había salido nunca a tierras templadas y que fué infectada por su compañera de sala, encontrándose en la ulceración que le apareció, la leishmania.

Es fácil comprender la propagación de la enfermedad en nuestro medio, donde no se conocen reglas de higiene y profilaxia, especialmente en los sectores campesinos hay regiones bastante infectadas. Me ha llamado mucho la atención el número de enfermos de un mismo lugar, que se presentan de tiempo en tiempo, como si se tratara de epidemias; tal es caso de Anolaima en Cundinamarca.

ESTUDIO CLINICO LEISHMANIASIS CUTANEA

Son ulceraciones localizadas en las partes descubiertas, especialmente en los miembros inferiores, casi todas circunferenciales u ovalares, sin mayor estado inflamatorio, de bordes salientes, "cordoneados" cuyo fondo es granuloso, con botones carnosos. Las ulceraciones con frecuencia son múltiples y su evolución puede ser de años, dejan cicatrices mas bien superficiales, no muy destructivas y bastante características para hacer un diagnóstico retrospectivo. Estas formas clínicas son las comunes, pero hay algunas variedades, en las cuales quiero hacer hincapié, que he encontrado en los enfermos hospitalizados, tales como la forma gomosa linfangítica, que puede confundirse con la espore-

triosis, las hipertróficas y vegetantes, semejantes a la cromoblastomycosis, las manifestaciones verrugosas, parecidas a la tuberculosis del mismo nombre, también tumoraciones que parecen granulomas piógenos. Estas formas son difíciles de diagnosticar clínicamente. El diagnóstico por medio del laboratorio se impone, deberá hacerse examen directo y cultivo. El estudio biópsico a veces es muy importante. Presento también algunas formas destructivas de la cara con mutilaciones de orejas y nariz, del miembro viril también de los dedos de los pies con eliminación de falanges, semejantes a las amputaciones del Ainum, casos que no se presentaron en personas de color.

LEISHMANIASIS MUCOSA Y CONDRAL

Es la forma más grave de la leishmaniasis, muy frecuente en Colombia. Primero se presentan las ulceraciones cutáneas, una vez cicatrizadas hay un período de latencia, que según mis observaciones, oscila entre seis meses y 20 años y entonces aparecen las manifestaciones mucosas y condrales. Casos he visto en que las manifestaciones mucosas aparecen al mismo que las cutáneas. Es excepcional encontrar localización primitiva en las mucosas. Forzoso es extenderme un poco sobre las formas clínicas de la leishmaniasis, que se localizan en las mucosas y en los cartílagos de la nariz, porque se ven mutilaciones horribles y que en nuestro medio hospitalario son de una inmoderada frecuencia. Su principio se hace en la mucosa del tabique nasal, que se infiltra, presenta botones carnosos y vegetaciones, al mismo tiempo hay rinitis seca y atrofia. La infección llega al cartilago y lo perfora, poco a poco lo destruye y acaba por desaparecer; el proceso invade los cornetes, cubriéndolos de vegetaciones rojizas y de costras, de manera que los enfermos no pueden respirar sino por la boca. Destruído el tabique la nariz cae hacia adelante, los tejidos sufren una atrofia progresiva y queda sólo un orificio, que da un aspecto simiesco a estos pobres enfermos. El labio superior se engruesa, pero no se ulcera, ni se destruye. El proceso avanza hacia la rinofaringe y cavidad bucal, el velo del paladar se engruesa y se infiltra, perdiendo su movilidad normal. Todo el paladar se presenta lleno de granulaciones, separadas por surcos en forma de cruz, es lo que se ha llamado la Cruz de Escomel, pero en los numerosos casos observados, esta manifestación, solo se presenta en el 50% de los enfermos. En la localización buco-faríngea se ve con frecuencia la desaparición de la úvula y de los pi-

lares. La forma condrorespiratoria se observa en los casos avanzados de tenaz cronicidad y en los cuales no ha intervenido el tratamiento. Estas personas pierden la sonoridad de la voz y se hacen entender por un sonido apagado y ronco. La respiración también se dificulta, la complicación pulmonar neumónica y la tuberculosis son frecuentes. Después de una la graevolución, los enfermos acaban por morir, mas bien de complicaciones, que por la misma enfermedad.

TRATAMIENTOS

En el transcurso de 27 años en el servicio de Dermatología del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, se han puesto en práctica multitud de tratamientos. Solamente me referiré a algunos que han dado resultados satisfactorios.

Tratamientos Locales

La electro-coagulación es útil cuando las ulceraciones son pequeñas y especialmente en las formas verrugosas.

En el Instituto Nacional del Radium, hoy denominado de cancerología, se practicaron tratamientos con rayos X y radium. La mayor parte de estos, se hicieron en las formas mucosas y condro-respiratorias, cuando ningún otro tratamiento había dado resultado. La eficacia de estos tratamientos fue transitoria.

Se practicó también la cirugía en úlceras pequeñas, en todo caso se ha llegado a la conclusión que el tratamiento local no es suficiente, es necesario el tratamiento general para obtener éxito. Ultimamente el Dr. Tomás Henao, Jefe de Clínica, ha tratado algunas ulceraciones con el solu-estibosan, en solución acuosa, inyectando los contornos de las lesiones, con resultados satisfactorios, pero no se puede llegar a afirmaciones, sin dar un tiempo de espera y ver después de un tiempo los resultados definitivos.

Tratamientos Generales

En los servicios del Hospital se empleó por muchos años el tártaro emético en la forma recomendada por Vianna, osea, la solución al 1% en suero fisiológico, esterilizada por tindalización. Se practicaban inyecciones intravenosas en dosis ascendentes desde 1 hasta 10 centigramos, el intervalo entre las inyecciones fue de

2 a 4 días, según la tolerancia. El número total de éstas fue de 20. Los resultados obtenidos satisfactorios, pero accidentes que deben tenerse en cuenta, para emplear el medicamento con precaución. Un caso fue mortal por edema del pulmón. El tártaro emético se muestra activo en la leishmaniasis cutánea, pero en las complicaciones mucosas y de los cartílagos, no es satisfactorio.

Entre las sales de antimonio, se empleó el antimonio-thiomalato de litina, que se tolera bien, pero de resultados inferiores al tártaro emético. La fuadina o neotimosan, es bien tolerada, no es tóxica, pero es también menos activa. El repodral fue usado en bastantes casos, con resultados satisfactorios. De todos modos los antimoniales experimentados, el que ha dado mejores resultados, ha sido el llamado Glucantine, de la casa Specia. Es un producto orgánico de síntesis, muy rico en antimonio (28,3%). Está muy indicado para la leishmaniasis visceral, pero se ha empleado con éxito en las leishmaniasis cutáneas, que cicatrizan rápidamente y en las formas mucosas, da mejores resultados que cualquier otro tratamiento conocido.

Sales de Bismuto

Se emplearon en combinación con el yodo y la quinina, producto llamado yodo-bismutato de quinina, con resultados halagadores, especialmente cuando se encuentra a la vez infección de hueso. La leishmaniasis mucosa poco se modifica.

Piroterapia Activa

Este es un tratamiento preconizado por el Dr. Carlos Cortés Enciso. Según él, se debe emplear en casos determinados. Como contra-indicación señala la tuberculosis evolutiva o latente, las enfermedades descompensadas del corazón, las enfermedades del aparato respiratorio y en las afecciones renales. No se debe emplear en estados febriles y cuando haya signos de insuficiencia hepática. El método consiste en aplicar inyecciones intravenosas de vacuna tífica con paratíficos A y B, denominada T.A.B. El tratamiento se comienza por un cuarto de c.c. hasta dos c.c., cada cuatro a cinco días. La cicatrización de algunas ulceraciones, se ha obtenido rápidamente, es un método satisfactorio en los casos de leishmaniasis mucosa, cuando se practica a la vez un tratamiento general por antimoniales.

El Dr. Puello en su trabajo de tesis, presenta un buen número de casos tratados con metoquina. Sus observaciones dan mucho que pensar por el resultado satisfactorio en algunos casos de Leishmaniasis.

La mayor parte de estos tratamientos practicados en un buen número de casos, han dado resultados ineficaces; las recidivas son frecuentes, especialmente cuando se trata de localización mucosa y condral. Es de esperarlo así, en personas que llevan una vida precaria, mal alimentadas e inferiorizadas por desnutrición, como se puede apreciar en multitud de campesinos de nuestras tierras templadas.

ESTADISTICA

Casos que han sido hospitalizados y tratados en los últimos 16 años en el Hospita¹ de San Juan de Dios de Bogotá.

HOMBRES.—

Leishmaniasis cutánea . . 369 casos.

Curaciones . . . 205. Mejorías . . . 156. Defunciones . . . 2.

Leishmaniasis mucosa . . . 171 casos.

Curaciones 15 Mejorías 150. Defunciones 6

Un 32% de estos enfermos que tuvieron leishmaniasis cutánea, presentaron despues de un período de latencia, que osciló entre 6 meses y 20 años manifestaciones mucosas y condrales.

MUJERES.—

Leishmaniasis cutánea . . . 150 casos.

Curaciones . . . 123. Mejorías . . . 26. Defunciones . . . 1

Leishmaniasis mucosa . . . 35 casos.

Curaciones . . . 10. Mejorías . . . 22. Defunciones . . . 3.

En las mujeres un 18% han hecho manifestaciones mucosas y condrales.

En total entraron al servicio de Dermatología del Hospital 719 enfermos de leishmaniasis. Porcentaje general de leishmaniasis mucosa, 25%.

Para un tiempo relativamente largo de 16 años, aparentemente el número de enfermos no es crecido, pero se debe considerar, que la mayor parte de los que concurren al hospital, son campesinos de pocos recursos, que tienen que subvenir a las necesidades de sus familias y que solamente llegan al hospital aquellos que se han podido movilizar desde sus lugares de origen, forzados por la gravedad de su padecimiento.

Es de suponer que hay un número considerable de pacientes en los focos leishmaniásicos que no llegan a los hospitales. El porcentaje de consultas y de hospitalización de enfermos de leishmaniasis, es de un 8% sobre el total de los que consultan para enfermedades de la piel. De manera que siempre se debe tener muy en cuenta esta enfermedad que produce mutilaciones y destrucciones tan terribles como las de la lepra. Por lo que he podido observar, la leishmaniasis no tiende a disminuir sino por el contrario aumenta día por día. Es un problema que se debe afrontar con seriedad.

La estadística que presento es tan sólo de un hospital de Bogotá y no me es posible presentarla de todo el país, porque hasta ahora se comienzan a llevar algunos datos que forzosamente son incompletos, pero los focos de leishmaniasis están muy extendidos en Colombia, como se ha visto en la distribución geográfica.

CONCLUSIONES:

a) La forma de Leishmaniasis, conocida con el nombre de Botón de Oriente existe en Colombia.

b) La Leishmaniasis en sus diferentes formas es frecuente en nuestro país, especialmente en los climas cuya temperatura oscila entre 20 y 30° centígrados y cuya altitud puede ser de 800 a 1.400 metros sobre el nivel del mar.

c) La forma mucosa y condral con un porcentaje de 32% para los hombres y 18% para las mujeres, dando un porcentaje medio del 25% es más alto que el que demuestran las estadísticas de otros países tropicales, especialmente del Brasil. Es de anotar que en estas formas sólo he encontrado la Cruz de Escobel en un 50% de los casos.

d) Las formas cutáneas responden bien a los tratamientos. Las manifestaciones crónicas de localización mucosa y condral,

son por lo general de una tenacidad desconcertante, rebeldes a todos los tratamientos empleados y se considera que solo el 10% han curado.

e) Hasta el presente los tratamientos que han dado mejores resultados en el Hospital de San Juan de Dios, han sido los anti-moniales. De estos el más activo ha sido la Glucantine, producto orgánico de síntesis muy rico en antimonio (28,3%). La asociación con la piroterapia activa es un recurso bueno en casos escogidos y seleccionados.

f) La leishmaniasis por las deformaciones y mutilaciones que produce, afectando a un grupo numeroso de poblaciones, constituye un problema social, que se debe afrontar seriamente, levantar estadísticas de los lugares afectados, establecer campañas sanitarias, tendientes a destruir los posibles vectores y a procurar un tratamiento adecuado y precoz de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- PAUL VIGNE. *Leishmaniasis*. Bouton D'Orient. Vol. III, Pag. 269. Año 1936 *Nouvelle Pratique Dermatologique*.
- PAUL VGEN. *Leishmaniasis Americaine*. *Nouvelle Pratique Dermatologique* Vol. III, Pag. 293. Año 1936.
- CH. JOYEUX. *Précis de Medicine Colonial*. *Leishmaniasis Americaine*: Pag. 483. Año 1927.
- ESCOMEL. *Libro de Oro*.
- INDALECIO CAMACHO. *Marranas*. 1872.
- MATEUS y FRANCO. *Descripciones clínicas, Leishmania o blastomycosis*. 1893.
- MIGUEL CANALES. *Entidades comunes en el Valle de Tenza*. Puerca. Botton de Allepo. Año de 1894.
- JUAN DE J. CADENA. *Bubón de Vélez*. Año de 1895.
- JOSE DEL C. RODRIGUEZ. *Leishmaniasis*. Tesis del año de 1929. Facultad de Medicina de Bogotá.
- CARLOS CORTES ENCISO. *Reflexiones a propósito de leishmaniasis Cutánea-mucosa en la clientela hospitalaria*. *Revista de Medicina y Cirugía*. Organó de la Sociedad Lombana Barreneche. Vol. V N^o 12. Vol. VI N^o 1, 2, 3 y 4. Año de 1941.
- ANTONIO PEÑA CHAVARRIA. *Bubón de Vélez*. Tesis de 1922.
- FLORENTINO REY MATIZ. Alumno de 5^o año. Bogotá. Nota preliminar sobre cultivo de una cepa de *Leishmania*. 1942. *Revista de la Facultad de Medicina* Vol. II N^o 1.

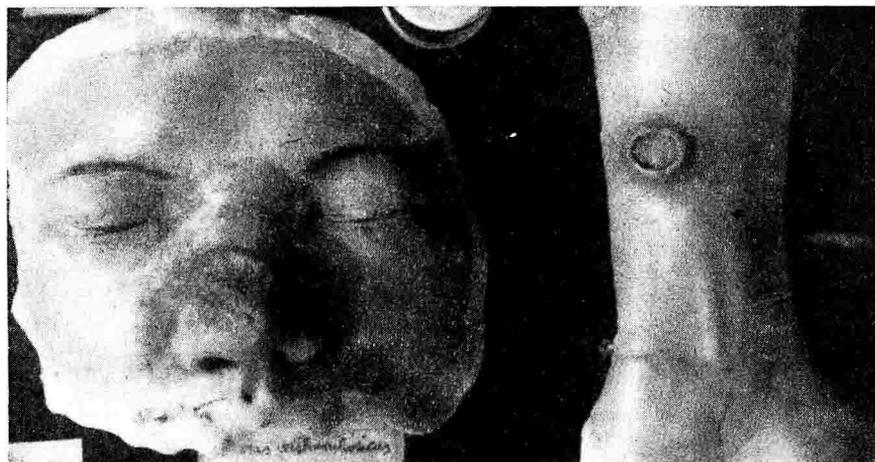


FIGURA 1

Manifestaciones de leishmaniasis que son iguales a la: del Eotón de Oriente. Moldes del Museo de reproducciones Plásticas en cera. Facultad de Medicina. Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.



FIGURA 2

Manifestación de Leishmaniasis, sobre el labio y que presentaba costras con prolongamientos córneos como en el Botón de Oriente. Molde del Museo en cera Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.

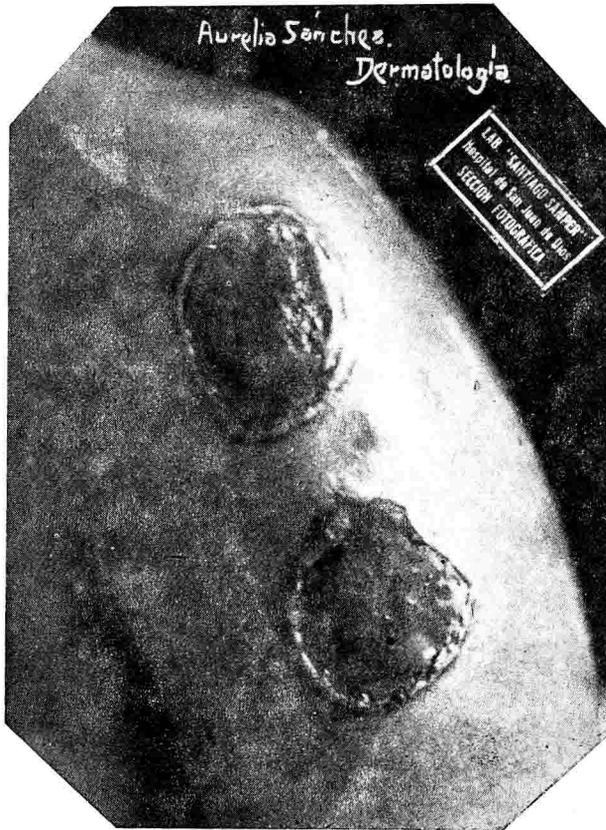


FIGURA 3

Úlceras leishmaniásicas de forma redondeada y bordes cordoneados.



FIGURA 4

Ulcera Leishmaniásica con reacción perióstica de la tibia.
(Molde de Imuseo de reproducciones plásticas en cera.
Hospital de San Juan de Dios).



FIGURA 5

Úlceras leishmaniósicas que siguen las vías linfáticas (Molde en cera, museo de reproducciones plásticas - Hospital de San Juan de Dios).



FIGURA 6

Úlcera leishmaniósica de gran tamaño, que presentaba una falsa membrana semejante a la de la úlcera tropical. (Molde en cera Museo de reproducciones plásticas. Hospital de San Juan de Dios)

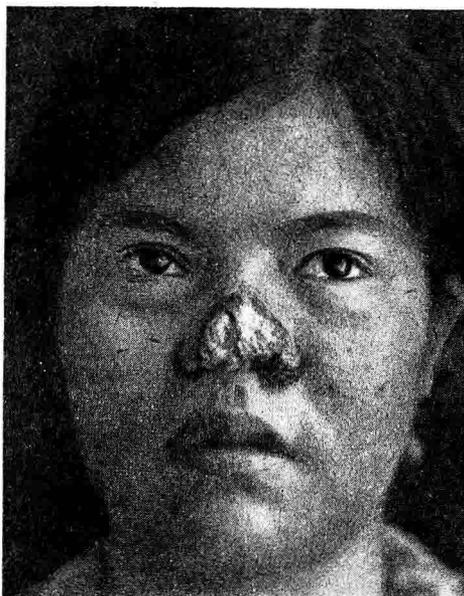


FIGURA 7

Manifestaciones leishmaniásicas de la nariz.



FIGURA 8

Manifestaciones mutilantes de la nariz.
Leishmaniasis. Molde en cera.

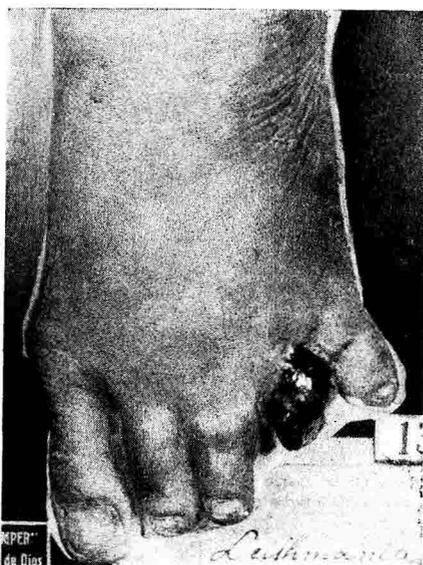


FIGURA 9

Leishmaniasis mutilante, semejante a las mutilaciones del Ahinum. Niña procedente de Villavicencio.

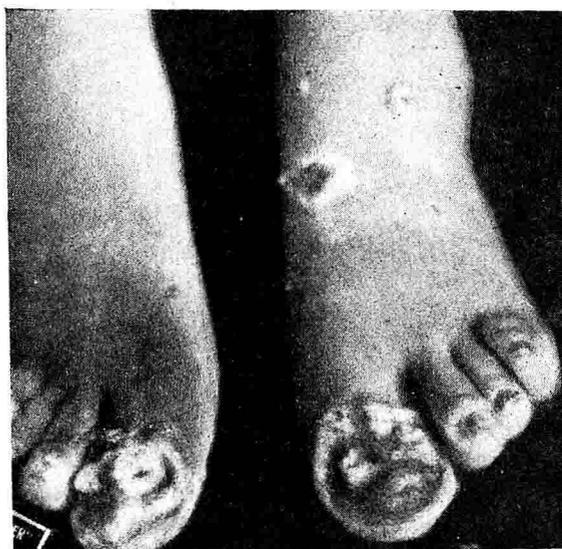


FIGURA 10

Leishmania que ha producido la eliminación de las uñas.



FIGURA 11

Leishmaniasis que tiene el aspecto de granuloma piógeno (Botriomicoma).



FIGURA 12

Aspecto lupoide de leishmaniasis.

390



FIGURA 13

Leishmaniasis verrogosa. Lesiones que pueden confundirse con la cromo-blastomicosis.



FIGURA 14

Leishmaniasis verrogosa. Localización poco frecuente en el borde externo y dedos del pie.

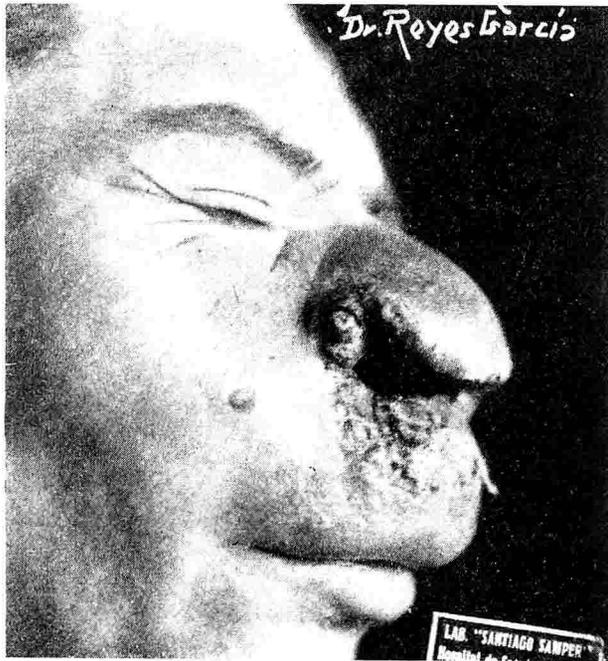


FIGURA 15
Leishmaniasis. Localización
mucosa y condral con des-
trucción considerable de la
nariz.

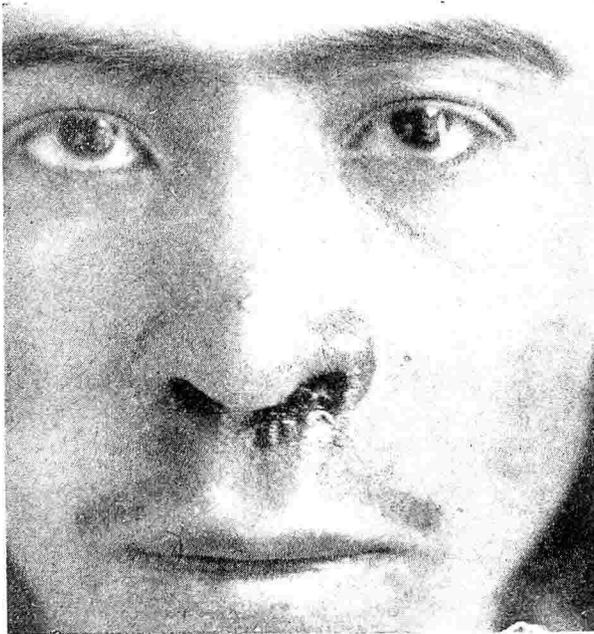


FIGURA 16
Leishmaniasis. Localización
mucosa y condral.