

ESTUDIO HECHO EN EL INSTITUTO FEDERICO LLERAS ACOSTA DE INVESTIGACION MEDICA

REACCION LEPROSA Y SINDROME ERITEMA NUDOSO Y E. POLIMORFO SIMULTANEOS CON DESCAMACION ERITRODERMICA GENERALIZADA

Por el doctor *J. Ignacio Chala H.*

Profesor agregado de Clínica Dermatológica en la Facultad de Medicina de Bogotá. Jefe de la Sección de estudios clínicos y terapéuticos en el "Instituto Federico Lleras Acosta".

Antes de iniciar el estudio de las observaciones de R. L. de tipo E. nudoso y E. polimorfo, quiero resumir los signos clínicos de estos episodios agudos, aprovechando algunos apuntes que, sobre "R. L." "Brote agudo" o "fiebre leprosa", recopiló el autor en el Lazareto de Agua de Dios y que no han sido publicados (4).

La reacción leprosa (R. L.) es un episodio agudo que se observa en ocasiones como primera manifestación de la lepra o durante su evolución crónica. Está caracterizada por fenómenos generales y síntomas localizados en la piel, en el sistema nervioso periférico o en ambas partes. Al mismo tiempo que las manifestaciones existentes de la enfermedad en la piel, los nervios y algunas vísceras se agudizan, se observan efluorescencias cutáneas nuevas de evolución rápida, acompañadas de manifestaciones generales, independientes del cuadro clínico de la lepra. Es un episodio infeccioso que sobreviene con alguna frecuencia, en el transcurso de la dilatada evolución de la enfermedad.

En ocasiones la reacción leprosa (R. L.) "brote agudo de lepra", "la nerviosa" como la denominan los enfermos de Agua de Dios, surge sin causa alguna; pero en la mayoría de los casos se observa con frecuencia después de tratamientos antileproso mal dirigidos, y del empleo del yoduro de potasio (8).

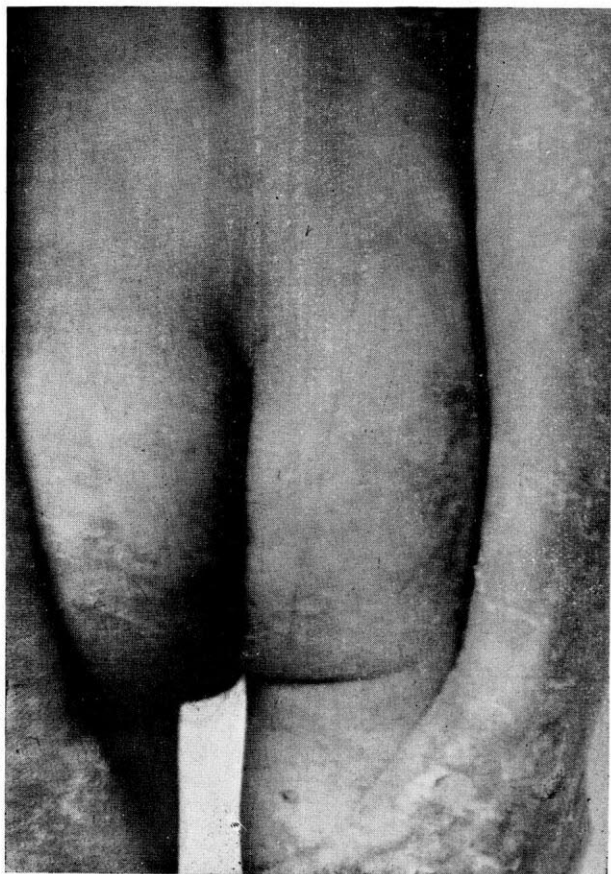
En Agua de Dios observé que las R. L. eran muy frecuentes en ciertos meses del año, coincidiendo con la época de las lluvias y el aumento del estado higrométrico de la atmósfera (4).

Los excesos de todo género, el abuso en la alimentación y bebidas alcohólicas; las enfermedades intercurrentes; ciertos estados fisiopatológicos como la pubertad, embarazo, parto, puerperio, menstruación son causas ocasionales que frecuentemente figuran entre los antecedentes suministrados por los enfermos. Pero a no dudar, el embarazo, el parto y la administración del IK, que en algún tiempo se empleó en nuestros lazaretos, con fines diagnósticos, y como tratamiento, son causas ocasionales, factores importantes de los "brotes agudos". La observación respecto a los yoduros es tradicional en los enfermos de nuestros lazaretos, hasta tal punto, que todos repudiaban imperiosamente las preparaciones medicamentosas que llevaran entre sus componentes el I. K. Empero, en los años en que comenzó la liberación de los casos de lepra como curados socialmente "paroled", los enfermos aceptaron el I. K., pero administrado a pequeñas dosis y de acuerdo con el estado patológico de cada enfermo, pues las disposiciones legales sobre la materia, ordenaban practicar esta prueba, antes de concederles la "libertad con fianza" para salir de las leproserías (3).

¿El I. K. obra como reactógeno, alergeno desencadenante de estos episodios agudos lepróticos o su acción se limita a ocasionar un síndrome toxicodérmico, fácil de producir en individuos predispuestos? No se puede afirmar nada sobre el particular. La doctrina más aceptada por todos aquellos leprólogos que han estudiado la acción del I. K. en los tejidos leproso, es la de que esta sustancia obra sobre la célula leprosa, destruye la envoltura de los bacilos, los moviliza dando origen a fenómenos generales y locales que recuerdan los observados en las R. L. (11). En este caso las masas bacilares desempeñarían el papel de reactógenos.

La acción que pueden tener los tratamientos antileproso, en el desarrollo de la reacción leprosa, se ha hecho resaltar en demasía, por lo menos entre nosotros. En efecto, durante mi permanencia en el lazareto de Agua de Dios en el año de 1925, época en que los tratamientos eran muy escasos, pude observar la frecuencia entre los enfermos de reacciones leprosas.

En ese entonces el pesimismo que con razón dominaba al enfermo respecto a curaciones, influía en ellos para desechar el tratamiento por el chaulmoogra, que bajo distintas formas farmacéuticas se les ofrecía. Por esta circunstancia el número de enfermos en tratamiento era muy



Caso No 1.—L. R.

reducido; solamente un escaso grupo se aplicaba la medicación bajo el control del doctor Ricardo F. Parra, médico ilustre quien por su dilatada experiencia en materia de lepra, es respetado como autoridad en la materia (4).

A pesar de que en esa época por lo menos el 90% de los enfermos no se trataba, la frecuencia de la reacción leprosa era más o menos la misma que la observada en años posteriores, cuando la casi totalidad de los enfermos, entusiasmados por los resultados alentadores y halagados con las perspectivas de su liberación, acudían a recibir su tratamiento. La terapéutica por el chaulmoogra y las medicaciones auxiliares, científicamente dirigidas, no parece que tengan la influencia que señalan algunos leprólogos, como principal causa de la R. L.

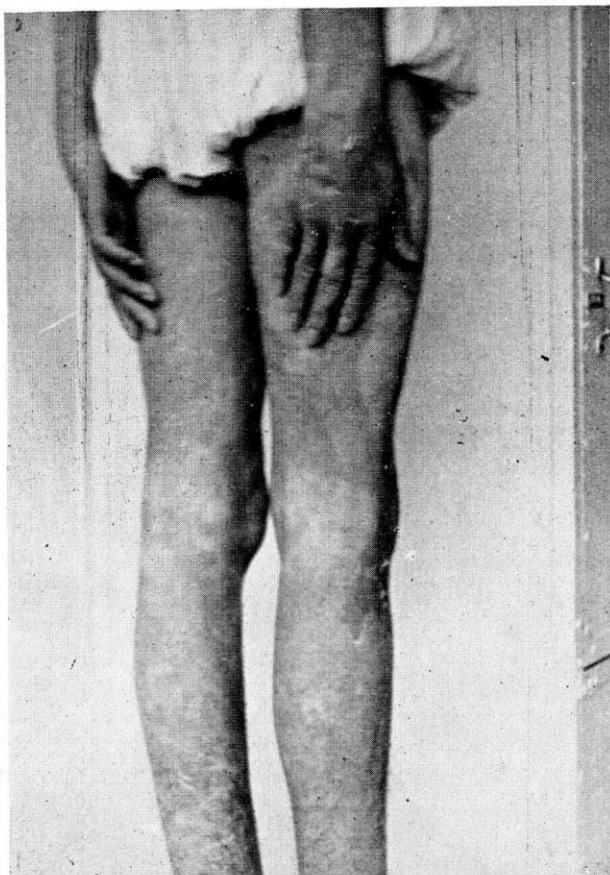
Lo que acontece es que el complejo sintomático de la reacción leprosa se ha estudiado mejor en estos últimos tiempos, los episodios agudos aún en sus formas frustras y atípicas, se diagnostican con relativa facilidad, no se confunden con otras dolencias intercurrentes como sucedía en tiempos pretéritos; de ahí que aparentemente se crea que los casos de R. L. hayan aumentado en algunas leproserías. Muchas de las erisipelas que se diagnosticaban antes como simples epidermitis estreptocócicas, son manifestaciones dermatológicas de la R. L. Hoy se sabe que la mayoría de estos tipos erisipelatoides, son fases que se presentan durante la evolución de la R. L.

En cuanto a la patogenia no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva. Muchas de las teorías lanzadas para tratar de explicar el mecanismo de la producción de las lesiones locales y generales muy protiformes de la R. L., son cautivadoras, pero todavía no han tenido ninguna confirmación. Algunos consideran la R. L. como manifestaciones dermatológicas semejantes a los síndromes alérgicos, observados en otras dermatosis en individuos sensibilizados; los cuerpos bacilares o sus toxinas desempeñan el papel de alérgenos, de reactógenos que producen modificaciones del organismo del leproso. El estudio de las reacciones humorales y del factor terreno, tan importante en patología general y particularmente en dermatología, puede esclarecer muchos interrogantes en la patogenia de la R. L. Rabello del Brasil considera la R. L. como un caso particular de sensibilización polivalente, sensibilización aumentada en ocasiones *por la tuberculosis coexistente con la lepra*, según lo demuestran los estudios y estadísticas de Wayson (10). Este leprólogo de las islas de Hawaii, muy conocido del autor, ha observado que el 70% de las R. Leprosas aparecen en los leprosos sospechosos de tuberculosis, en tanto que en aquellos que no presentan ningún síntoma de actividad bacilar, sólo da un 15%. También ha comprobado y esto es muy importante para el estudio que nos ocupa, *que las R. L. en los enfermos sospechosos de bacilosis por el B. de Koch, ordinariamente toman el tipo de eritema nudoso*.

Esta misma tesis, confirmada por otros investigadores, sostenía el distinguido leprólogo cuando el autor de este trabajo visitó el Hospital de Kalihi en Honolulu y las leproserías de Molokai en las islas de Hawai (2).

Algunos investigadores insisten sobre el papel que en la R. L. desempeña el sistema retículo endotelial (8). Este reacciona de dos maneras: forma, sustancias que neutralizan las toxinas del bacilo de Hansen y fija este bacilo dando origen a las lesiones cutáneas que algunos consideran como reacción de defensa del organismo contra la bacilemia o contra las toxinas del *Mycobacterium leprae* (Barrera y Peña Ch.) (1).

Esta teoría indujo al autor de estas observaciones, a ensayar desde el año de 1938, las suspensiones coloidales *de carbón de benceno* en



Caso Nº 1.—L. R.

el tratamiento de la Reacción leprosa y entre otros propósitos, para exaltar la actividad del "S. retículo endotelial". Los resultados obtenidos son satisfactorios. En la literatura médica nacional sobre lepra, no se menciona el empleo de la granuloterapia para el tratamiento de la R. L.

Se sabe, que en las infecciones crónicas los agentes específicos, al mismo tiempo que provocan lesiones locales, producen inmunización o sensibilización; estos estados son frecuentes en las distintas fases de la evolución leprosa, de tal manera que en esta enfermedad que es el tipo de las crónicas, y en donde las reacciones humorales son tan frágiles, también se observan diversos grados de alergia. Personalmente considero que el bacilo de Hansen o sus toxinas sensibilizan al leproso, dándole una sensibilidad que puede ser humoral o tisular, dermo-epidér-

mica, lo cual explica el mecanismo de los fenómenos que caracterizan la reacción leprosa.

Los signos principales de la R. L. en los 67 casos que tuve oportunidad de estudiar en el Lazareto de Agua de Dios, puedo resumirlos así: *Período inicial*: manifestaciones generales semejantes a las causadas por cualquier enfermedad aguda y que no son características: Calofríos, fiebre elevada, 39° a 40° (en las formas crónicas fluctúa entre 37° y 37½°), cefalalgia, astenia, dolores articulares y musculares, hiperestesia de los nervios superficiales y de manera especial del cubital y raquialgia. Después de tres o cuatro días, en ocasiones antes, rara vez después, se manifiestan las lesiones cutáneas y extracutáneas que los enfermos llaman gráficamente "brote o nerviosa".

Período de estado: Se caracteriza por manifestaciones cutáneas protiformes, desde el simple eritema banal hasta las verdaderas ampollas que recuerdan las manifestaciones de los pénfigos agudos; las pápulas, los nódulos, las vesículas y aun las pústulas dan al síndrome dermatológico de la R. L., un aspecto polimorfo muy singular. Las reacciones focales de lesiones leprosas pre-existentes a la R. L., bien sean cutáneas como manchas, lepromas, léprides, nódulos, etc., o extracutáneas, como alteraciones oculares y de las mucosas, nasal, faríngea; lesiones testiculares u ováricas, hipertrofia de los nervios superficiales, infarto del hígado, bazo y ganglios linfáticos, *poliartritis pseudo-reumatisal*, etc., son síntomas frecuentes, los cuales aun en ausencia de lesiones nuevas, permiten diagnosticar estos episodios agudos. El aumento del volumen del bazo y del hígado, frecuente en la forma aguda, tiene su explicación en la reacción del tejido retículo endotelial; se observa en el 30% de las reacciones agudas de evolución rápida y en un 10% en las formas benignas sub-febriles y monosintomáticas prolongadas.

Las manifestaciones cutáneas y extracutáneas descritas anteriormente, se combinan unas con otras dando origen a variados tipos clínicos de la R. L., distintos en su morfología, pero de patogenia y etiología idénticos. Las formas mixtas, es decir, cuando los signos cutáneos y extracutáneos se combinan en proporciones variables, son las más frecuentemente observadas; sin embargo los tipos cutáneos o extracutáneos puros, no son raros. Los primeros se presentan especialmente en la forma lepromatosa y los segundos en la nerviosa. En esta última, la R. L. no adquiere por regla general el carácter sobreagudo que se observa en la forma lepromatosa y mixta de la enfermedad; por el contrario, evoluciona sin fiebre o solamente con una temperatura sub-febril. Las manifestaciones neuríticas más o menos intensas están caracterizadas por neuralgias, especialmente de los cubitales, del ciático poplíteo interno y plejo cervical superficial; los ramales nerviosos inflamados, están hipertrofiados y muy sensibles a la presión. Cuando el ataque del nervio es muy intenso o de larga duración, al final de la evolución del "ataque agudo" surgen como consecuencia de estas neuritis, alteracio-



Caso Nº 1.—L. R.—Descamación eritrodérmica.

nes de la sensibilidad, amiotrofias y otras perturbaciones tróficas. Algunas veces en las formas lepromatosas o mixtas y en enfermos agravados en estado de anergia, la R. L. es muy pobre en manifestaciones clínicas; su evolución es lenta y el pronóstico grave. (Casos frecuentes en las leproserías colombianas).

Evolución: La duración de la R. L. en los enfermos estudiados en el Lazareto era muy variable; por término medio de 20 días a un mes y medio en los casos agudos y mayor tiempo en los sub-agudos. El descenso o desaparición de la fiebre coincidiendo con la presencia de las erupciones cutáneas, detalle estudiado por algunos investigadores, no se comprobó en los casos observados en el lazareto; por el contrario, la hipertermia dominaba en los días posteriores al "brote". El caso de E.

R., recientemente estudiado en el Instituto, es muy demostrativo. Llama la atención que la erupción se presentó en pleno período de hipertemia y no se notó cambio alguno apreciable en la curva térmica, ni en los días que precedieron ni en los que siguieron inmediatamente a las manifestaciones cutáneas.

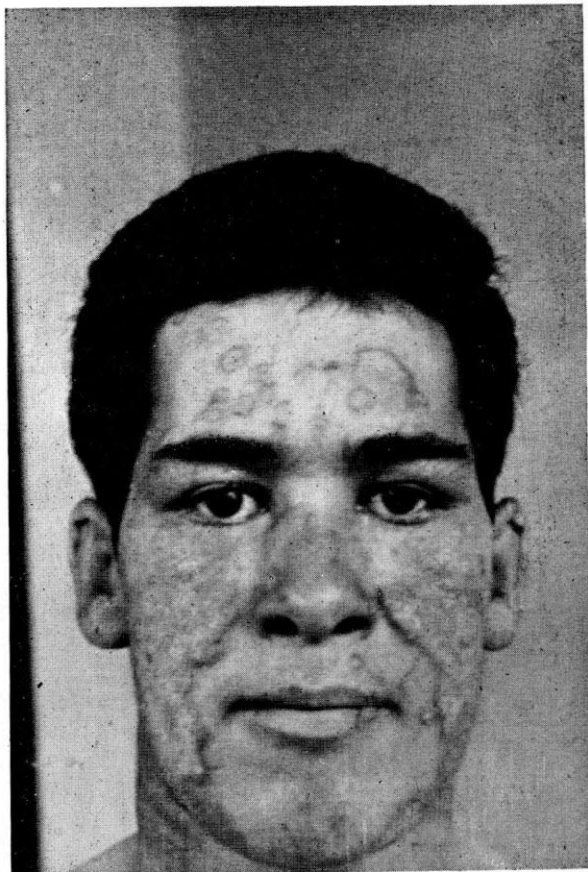
La forma dermatológica de la reacción leprosa, que observé con más frecuencia, estaba caracterizada por manchas eritematosas, ligeramente infiltradas, de tamaño variable; en ocasiones se fusionaban formando grandes placas de color rojo vinoso, al principio hiperestésicas y más tarde, cuando la efluorescencia perduraba después de determinado el proceso agudo, se tornaba hipoestésicas o francamente anestésicas.

Naturalmente estas lesiones nuevas de la piel, coinciden con la reactivación de las lesiones leprosas preexistentes como lepromas, máculas, léprides, nódulos, etc. Igualmente pude comprobar alteraciones cutáneas semejantes al tipo de eritema polimorfo, forma vulgar, especialmente de la variedad eritemato-papulosa más frecuente que la variedad vesiculosa, que es excepcional como manifestación de la R. L. La localización de los elementos dermatológicos es más generalizada en la R. L. que en el E. polimorfo vulgar.

Las lesiones no guardan simetría, pero sí se nota predilección por la superficie de extensión de los miembros y por el rostro. Las efluorescencias son raras en el tronco, en las palmas y plantas y los fenómenos generales muy marcados. Las mucosas excepcionalmente están afectadas.

En cuanto a la modalidad eritema nudoso clásico de que hablan algunos leprólogos no tuve oportunidad en esa época, de observar sino muy pocos casos en el lazareto (3) y (4); las lesiones papulosas o nodulares observadas, se agrupan mejor entre los eritemas polimorfos. En los enfermos estudiados en el Instituto, he observado tres casos singularmente interesantes.

Cuando esta manifestación cutánea, especialmente del tipo "eritemato-papuloso" o lesiones de naturaleza leprótica preexistentes a la R. L., se localizan en sitios de elección del E. nudoso, los médicos sin práctica ni experiencia suficiente, cometen el error de confundir lo uno con lo otro. En tales condiciones el porcentaje de casos del síndrome eritema nudoso como manifestación de las reacciones leprosas particularmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, es muy elevado, lo cual naturalmente está en contradicción con los resultados de las investigaciones de autoridades en la materia (3). Pero no basta diagnosticar morfológicamente la lesión para concluir a su origen leproso, es necesario eliminar las demás causas del síndrome (si es que se acepta esta teoría) y especialmente la tuberculosis, por medio de cuidadosas y bien conducidas investigaciones. Mientras esto no se verifique sería anti-científico concluir en favor del origen hanséniano del síndrome E. nudoso que se presenta en el curso de la R. L., tanto más cuanto que



Caso Nº 1.—L. R.

la *coexistencia de lepra y tuberculosis*, bajo cualquiera de sus formas, es frecuente (3), (2) y (10).

En épocas pretéritas, algunos médicos creían que eritema nudoso y salicilato eran sinónimos; el origen reumatismal figuraba como causa de exclusión.

Los brotes de las efluorescencias son sucesivos; ordinariamente entre los 20 y 50 días los elementos se atenúan o desaparecen después de una ligera descamación furfurácea casi imperceptible, dejando en ocasiones manchas de color violáceo que algunas veces perduran por mucho tiempo y se vuelven anestésicas (4).

Después de este breve resumen de las características de la R. L. que observé en algunos enfermos de Agua de Dios, quiero presentar varios

casos que con especial atención he estudiado en estos últimos tiempos en el "Instituto Federico Lleras de Investigación Médica".

Estas observaciones las considero de singular importancia para los dermatólogos por varios motivos:

1º Porque en estos casos de *leprosos jóvenes* (15 y 21 años) he comprobado la presencia de manifestaciones del tipo clásico eritema nudoso, morfológicamente análogas a las del eritema nudoso común, y asociado en 2 de los enfermos al E. polimorfo;

2º Porque la R. L. terminó con descamación del tipo eritrodérmico, muy diferente de aquella que, de cuando en vez, se presenta como episodio final en los eritemas nudosos de tipo común;

3º Porque en uno de los pacientes mi compañero de labores, el distinguido bacteriólogo, señor Federico Lleras Restrepo, logró aislar por hemocultivo en período febril, un bacilo parcialmente ácido-alcoholo resistente cuyos caracteres biológicos y morfológicos están al estudio y será motivo de posterior comunicación;

4º Porque en las *lesiones nuevas* eritemato-papulosas, en contra de la opinión de algunos leprólogos, (1) logré después de repetidos exámenes y empleando el procedimiento de coloración lenta preconizado por Klingmüller, poner de manifiesto gérmenes bacilares que poseen las características morfológicas y tintoriales del B. de Hansen. Los bacilos son escasos, granulosos, algunos agrupados en globies.

También hallé gránulos disgregados, ácidos resistentes muy semejantes a los descritos por Marchoux con el nombre de B. pulveriforme;

5º Porque la granuloterapia, como tratamiento de la reacción leprosa, que desde hace algún tiempo estoy ensayando, dió buenos resultados en estos enfermos. (Este estudio de terapéutica de la R. L., por las soluciones coloidales de carbón de benceno "Carbón-Nil" se continúa en el Instituto);

6º Porque si el diagnóstico morfológico del síndrome E. nudoso y E. polimorfo simultáneos, se hizo sin mayores dificultades, en cambio ha sido más laborioso precisar el diagnóstico etiológico, como podrá apreciarse por el estudio clínico y las pruebas de laboratorio practicadas, con el propósito de esclarecer este punto de singular importancia científica, y que todavía no se ha resuelto (17). Las diversas Escuelas dermatológicas no se han puesto de acuerdo sobre el particular.

Por otra parte, las observaciones minuciosamente hechas en el servicio de enfermos de lepra del "Instituto Federico Lleras Acosta" por espacio de varios meses, son importantes como contribución al estudio etiopatogénico del síndrome E. nudoso, tanto más, cuanto que algunos dermatólogos consideran el *eritema nudoso* del adulto, no como entidad clínica propiamente hablando, sino como un síndrome eruptivo de origen toxi-infeccioso que sobreviene como complicación periódica, en el curso de enfermedades infecciosas de causa bien determinada (17). Se



Caso Nº 1.—L. R.—Foto tomada durante la R. L.

presenta de manera frecuente en el reumatismo, las tricoficias, la lepra, sífilis, tuberculosis, etc.

Por el contrario, otros especialistas muy respetables sostienen que el eritema nudoso es una erupción de tuberculides nodulares. Distinguen dos clases de E. N. Uno idiopático de origen tuberculoso considerado, *tanto en el niño como en el adolescente y el adulto joven, como manifestación de primo infección tuberculosa*: y otro como síndrome eruptivo toxi-infeccioso formado por efluorescencias nodulares clínicamente homólogas a las del eritema nudoso idiopático, de patogenia idéntica pero de etiología distinta (21).

Para el estudio de las observaciones clínicas que presento, interesa sobre manera descubrir la relación que existe entre el eritema nudoso

idiopático y el E. nudoso leproso que he observado en estos pacientes, adolescentes y adulto joven, como manifestación de R. L. Clínicamente la analogía entre el síndrome observado en estos casos y el del E. nudoso común es impresionante. El diagnóstico de R. L. no es difícil si se tiene en cuenta los antecedentes del enfermo y las condiciones como se manifestó la erupción; pero cuando se presenta el eritema nudoso aislado o en combinación con el eritema polimorfo como primer síntoma revelador de la infección leprosa, lo cual no es raro, las dificultades aumentan. (Caso N° 3) y los errores de diagnóstico son frecuentes.

Deliberadamente no me detengo en discusiones sobre los caracteres clínicos de la R. L. en los casos estudiados, porque considero que el diagnóstico morfológico de las lesiones cutáneas, no ofrece dificultad alguna para los especialistas; en cambio, a continuación de las historias clínicas, expondré los resultados de mis investigaciones en relación con el diagnóstico etiológico de *los síndromes dermatológicos* observados y sus posibles relaciones con la lepra.

Caso N° 1.—L. R., 21 años de edad, blanco, soltero, natural del municipio de Bolívar (Santander del Sur). Ha residido en Bolívar, Bogotá y Suaita (Sder.); allí descubrió el caso de lepra el doctor César Tello.

Antecedentes hereditarios: El padre murió leproso. *Antecedentes personales:* Vivía en malas condiciones higiénicas. Profesión: talabartero. Convivencia con leprosos: con el padre. *Antecedentes patológicos:* viruela, tifoidea, pulmonía y paludismo. *Lesiones iniciales de la enfermedad:* Hace un año comenzó a sentir adormecimiento y dolores en el antebrazo izquierdo. Afirma el paciente que 10 meses después y estando en plena salud, sobrevino una erupción maculosa en el rostro, miembros superiores e inferiores, igualmente notó en las piernas, nudosidades pequeñas, todo esto acompañado de fiebre, dolores articulares y transpiración abundante. El estado agudo duró un mes más o menos. Posteriormente su mano izquierda adelgazaba (atrofia de los músculos y temblor) y por primera vez observó insensibilidad en el tercio inferior del antebrazo izquierdo y borde cubital de la mano correspondiente.

L. R. fué admitido en el Servicio de leprología del Instituto el día 10 de julio de 1939.

Examen del enfermo: Peso: 157 k. estatura: 1,72 cm.; estado general: bueno. Examen clínico: Temperatura 36,4° C. Aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo y urinario; nada anormal. Sistema nervioso: Alteraciones de la sensibilidad: termo-anestesia y analgesia en la parte inferior del antebrazo izquierdo y región interna de la mano del mismo lado. Hipertrofia del cubital izquierdo. Lesiones cutáneas: manchas pequeñas, hipercrómicas e hipocrómicas discretas, tamaño variable; las más grandes alcanzan las dimensiones de una moneda de 0,50 ctvs. Localización: región dorsal, glútea y miembros inferiores. Lesiones de las mucosas: rinitis crónica. Alteraciones tróficas: atrofia de los



Caso Nº 1.—L. R.—Foto tomada en plena R. L.—Lesiones de E. nudoso y E. Polimorfo.

nteroseos de la mano izquierda. Ganglios: inguinales ligeramente infar-
ados.

Exámenes de laboratorio: Investigación del B. de Hansen: Moco y linfa (+ +) escaso en las manchas; punción ganglionar (+ + +) abundante. Las Reacciones Lleras, Wassermann y Kahn, practicadas en el Instituto por el señor Federico Lleras Restrepo, el 12 de Julio dieron el siguiente resultado: Lleras, positivo, Wassermann y Kahn, negativo. Sedimentación globular, técnica Westergreen 63. Examen coprológico para investigación de protozoarios y huevos de parásitos, negativo. Orina: nada anormal.

Diagnóstico clínico: Lepra mixta (L_1N_1).

El 7 de Julio este enfermo ingresó en el grupo de los tratados por el azul de metileno. Tolerancia completa al medicamento.

El día 8 de agosto sintió malestar general, anorexia, decaimiento, dolores musculares, articulares y ligera reacción febril $37,3^{\circ}$ C. Dos días más tarde el examen clínico dió el siguiente resultado: $38,6^{\circ}$ C. de temperatura, dolor fuerte en el antebrazo izquierdo, viva sensibilidad e hipertrofia del nervio cubital del mismo lado; transpiración abundante, cefalea, estado general, bueno. Aparato respiratorio: nada especial: apa-

rato digestivo: lengua saburral, anorexia, hígado sensible a la palpación; aparato urinario: Oliguria; Sistema nervioso: Neuralgias, especialmente del cubital izquierdo; Aparato circulatorio: aceleración del pulso (110), T. A. (110 mx. 7mn.)

Día 16 de agosto: Presenta en la cara anterior de las piernas lesiones eritematosas en placas, de color rosado en la periferia y rojo oscuro en el centro e hiperestésicas. La erupción se extendió a los muslos (véase foto); antebrazo, cara dorsal de las manos, región posterior de los brazos, mejillas y frente. Las lesiones en el rostro están constituidas por las placas eritemato-escamosas, semejantes a las del lupus eritematoso agudo; (véase fotografía) en el resto del cuerpo los elementos eritematosos no son escamosos. Algunas de las placas presentaban un hermoso tinte rojo claro que resaltaba en la piel blanca del paciente. La erupción respetó el tronco, las palmas y las plantas. Además de estas efluorescencias, aparecieron elementos nudosos, discretos, dolorosos a la presión, unos de color rojo oscuro y otros violáceo, localizados en la parte antero interna de las piernas y en la cara de extensión de los antebrazos. Las últimas lesiones, después de una duración de 18 días, comenzaron a resolverse siguiendo el mismo orden de su presentación: las nudosidades de las piernas disminuyeron de tamaño y por último desaparecieron, dejando en la piel una coloración amarillo sucio. (Semejante a las manchas de equimosis).

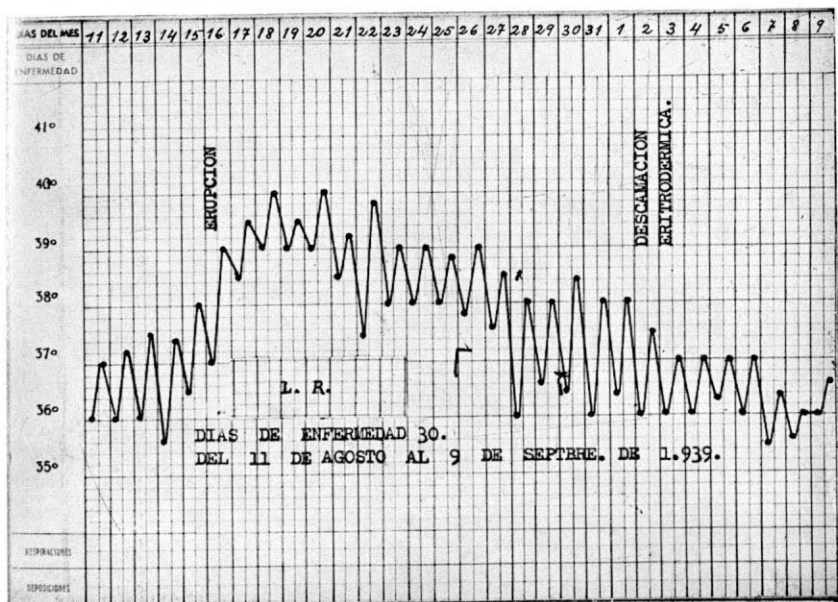
En este período de la enfermedad observé la descamación eritrodérmica, fenómeno sobre el cual llamo la atención, porque esta clase de descamación no se presenta en el eritema polimorfo, ni en el E. nudoso y no es frecuente en las R. L. Terminada la descamación, observé la presencia de manchas rojizas pigmentadas en el rostro, antebrazo y muslos.

La literatura médica sobre el particular menciona 4 casos de R. L. con descamación eritrodérmica publicados en el "Monthly Bull. Bur Health 1936" y en la "Revista Brasileira de Leprología" 1938. Los primeros estudiados por "Tolentino" y los últimos por "L. Baptista" (20). El doctor R. Parra ha observado 3 casos en Agua de Dios (3).

Diagnóstico clínico: R. L. de tipo E. polimorfo y E. nudoso simultáneos con descamación eritrodérmica.

Exámenes de laboratorio: Practiqué frottes del exudado de las nudosidades, de las lesiones eritematosas y de la piel cercana a las manchas y nódulos. Investigación del B. de Hansen: Coloración lenta, técnica de Klingmüller. En los nódulos y manchas se encontraron gérmenes bacilares ácido resistentes con las características morfológicas y tintoriales del B. de Hansen; los bacilos escasos, granulosos, con tendencia a agruparse en globias. También se hallaron gránulos disgregados, ácido resistentes, muy semejantes a aquellos que Marchoux denomina "B. pulveriforme". En las preparaciones de linfa, tomada en piel aparentemente sana, vecina a las lesiones y después de repetidos exámenes, no se logró poner de presente gérmenes ácido resistentes.

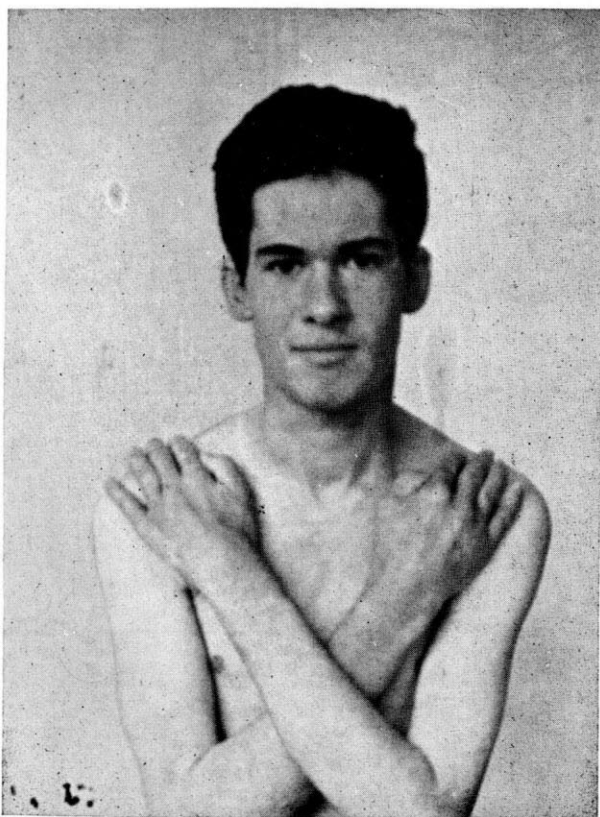
CUADRO DE TEMPERATURA



Por los caracteres anotados anteriormente y teniendo en cuenta que los bacilos ácido resistentes saprofitos y los gérmenes tuberculosos que algunos investigadores han encontrado en las lesiones de E. nudoso, no presentan las mismas características y sobre todo su hallazgo en las nudosidades es la excepción, creo que el germen encontrado es el B. de Hansen.

Examen de la orina: nada anormal. Sedimentación globular en plena R. L., técnica de Westergreen 85. Hemocultivos verificados por el señor Lleras Restrepo en medio de Petragnani y caldo glicerinado y siguiendo la técnica del Profesor Lleras Acosta, negativos después de 30 días. Cuti-reacción a la tuberculina: Negativa. Esta prueba la repetí 2 semanas después, con el mismo resultado. La radioscopia pulmonar practicada en el laboratorio del Hospital de San Juan de Dios por el doctor Falla Orozco dió lo siguiente: "FACULTAD de MEDICINA. Hospital de San Juan de Dios. Laboratorios de Rayos X, No 29285. Bogotá, 12 de septiembre de 1939. Servicio del Profesor: Inst. Lleras. Nombre del enfermo: L. R. Diagnóstico clínico: Lepra. Resultado del examen radiológico: En la Radiografía del tórax aparecen ambos campos pulmonares con buena transparencia y no se observan hasta el momento sombras de lesiones bacilares. PEF. (Fdo.) . Falla Orozco".

Inoculación al curí de sangre citratada, siguiendo la técnica aconsejada por A. Sáenz y R. Broca (16). Resultado: primera inoculación

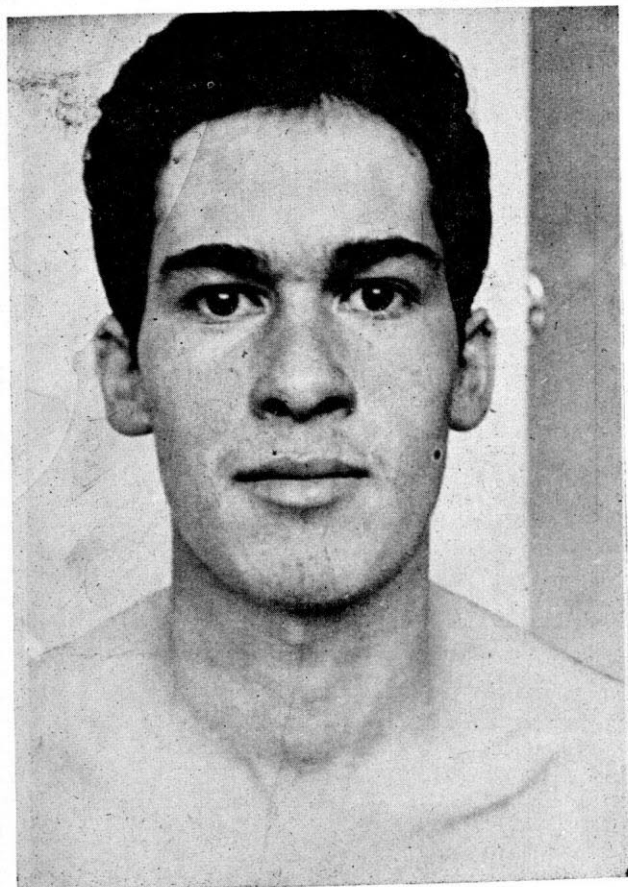


Caso Nº 1.—Foto tomada en la convalecencia de la R. L.

en serie. Negativo. Examen bacterioscópico de los esputos. Investigación de bacilos ácido resistentes: Negativo.

Esta prueba la repitió el señor Lleras Restrepo empleando el método de la antiformina con el mismo resultado. Los espuntos se inocularon al curí. Resultado: (—), Reacción de Vernes a la resorcina 24. Imagen de Arneth normal. Calcemia: Técnica de Clark, 14 miligr. %.

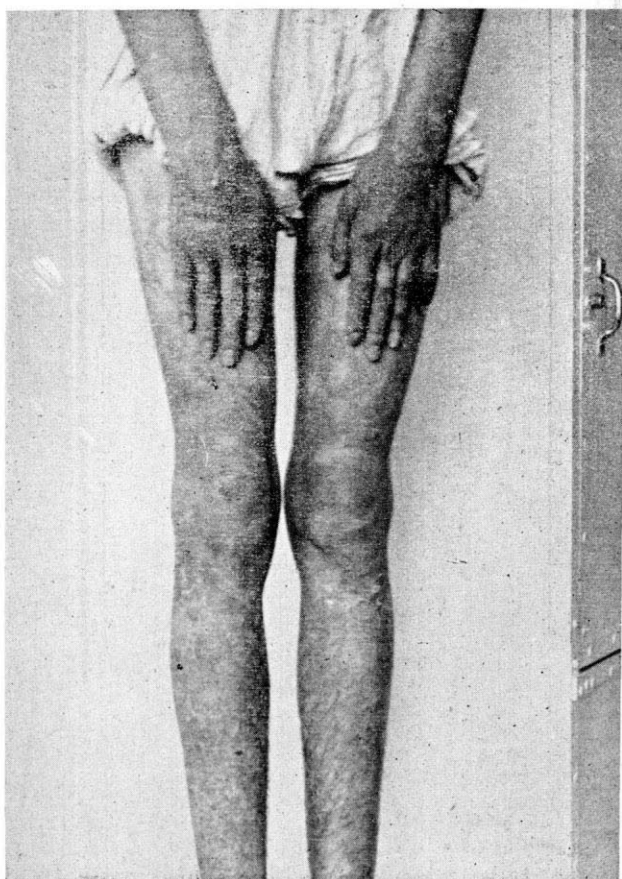
Tratamiento de la R. L.: Reposo en cama, dieta ligera, compresas frías para bajar la temperatura, laxante salino, suspensión del tratamiento por el azul, administración de preparados de calcio y alcalinos. Además, se ensayó con éxito la granuloterapia. El día 19 de agosto se comenzó a inyectar por vía intravenosa carbón extraído del benceno en suspensión coloidal "Carbón-Nil" (este preparado se está ensayado en el Instituto desde 1938).



Caso Nº 1.—L. R.—Foto tomada después de la R. L.

El día 28 de agosto baja la temperatura y mejora rápidamente el estado del enfermo (véase cuadro térmico). Las efluorescencias de tipo eritema nudoso y E. polimorfo, no dejaron huella alguna. Solamente persisten algunas de las manchas iniciales de la enfermedad. El enfermo permanece en el servicio y continúa en el tratamiento antileproso antes mencionado.

Caso Nº 2. — E. R. De 15 años de edad; mestizo; natural de Bogotá. *Lugares de residencia:* Bogotá y Madrid (Cund.) *Antecedentes hereditarios:* sin importancia; no hay ningún caso de lepra en su familia. *Antecedentes personales:* Vivía en condiciones higié-



Caso N° 1.—L. R.—Obsérvese las manchas dejadas por el E' nudoso y la descamación.

nicas y económicas regulares: *Profesión*: Pintor. *Antecedentes patológicos*: Sarampión, viruela, tos ferina. *Lesiones iniciales de la enfermedad*: Hace más o menos año y medio notó varias manchas eritematosas localizadas en la cara de extensión del muslo izquierdo, en la región antero-externa de las piernas y ampollas en la región postero-inferior del brazo derecho. Estos últimos elementos desaparecieron pronto, pero dejaron cicatriz.

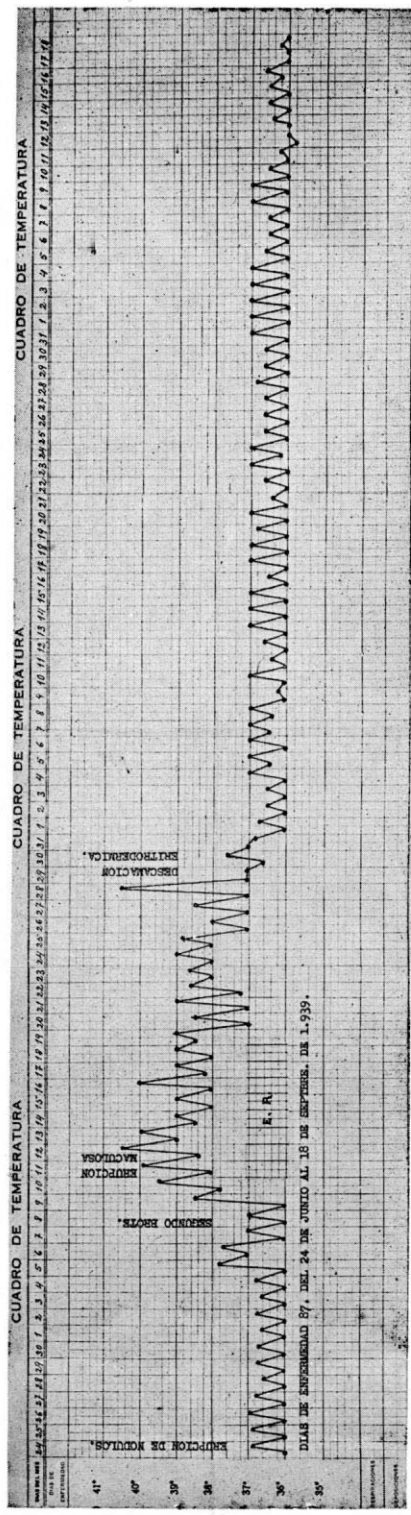
E. R. ingresó al servicio de enfermos del Instituto el día 23 de enero de 1939.

Examen clínico: Peso: 54½ k. Talla: 1.61 cmts. *Estado general del enfermo*: Muy bueno. *Aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo y uri-*



Caso No 2.—E. R.—Eritema polimorfo en el rostro.

nario: Normales. Sistema nervioso: No hay alteraciones de la sensibilidad. Ligera hipertrofia de los cubitales. *Descripción de las lesiones dermatológicas y su localización:* Manchas de centro acrómico y bordes ligeramente pigmentados, tamaño variable, localizadas en las regiones escapulares, parte posterior de los brazos y antebrazos, en los codos y región pectoral. Manchas hiperacrómicas en la cara antero-externa de los brazos, muslos y región interna de los antebrazos. Lépride eritematosa en la parte media de la cara de extensión del muslo derecho. Cicatrices acrómicas en la región postero-inferior del brazo y postero-superior del antebrazo derecho. Lepromas del tamaño de una cabeza de alfiler, en la parte postero-interna del brazo derecho. Ligera infiltración de la piel de la frente, mejillas y lóbulos del pabellón de





Caso Nº 2.—E. R. Lesión de E. polimorfo.

las orejas. *Lesiones de las mucosas*: Rinitis crónica, sin ulceración de la mucosa nasal. Alteraciones tróficas: Piel seca lustrosa y escamosa de las piernas y pies. Sistema linfático: Hipertrofia de los ganglios inguinales. No se palpan ni los axilares ni los del cuello. *Exámenes del Laboratorio al ingresar al Servicio*: Investigación del bacilo de Hansen: Resultado: Moco (—); linfa y jugo del ganglio inguinal (positivo). Reacciones serológicas practicadas por el señor Lleras Restrepo el día 27 de enero: Wassermann y Kahn (—), Lleras, (positiva). Sedimentación globular: 25 (Westergreen). Examen coprológico: Investigación de protozoarios y huevos de gusanos (—). Análisis de la orina: nada anormal.

Diagnóstico clínico: Lepra. Forma — L. 1.

El día 21 de febrero de 1939 ingresó al tratamiento por el azul de metileno. Las lesiones cutáneas se tiñeron en azul. Tolerancia: buena.

El día 22 de junio comenzó a evolucionar la R. L. Aparecen sobre las dos piernas algunas nudosidades pequeñas; se extienden rápidamente y algunas adquieren el tamaño de una moneda de 20 centavos; se localizan en la parte antero-interna de las piernas y lados de la articulación de las rodillas. Al principio la piel que cubre las lesiones no presenta nada anormal pero rápidamente las nudosidades toman, unas color rojo y otras un tinte violáceo; son muy dolorosas al tacto. En la región antero-inferior de la pierna derecha, confluyen y forman una extensa placa infiltrada, cianosada y muy dolorosa. Dos días después del principio de la erupción, el enfermo siente malestar general, raquialgia, cefalea, dolores musculares y sensación de frío. La fiebre comienza el 5 de junio. (Véase cuadro de temperatura).

Más tarde el día 8 del mismo mes aparecen otros elementos morfológicos, semejantes a las nudosidades de las piernas, en las caras de extensión del muslo derecho y de los antebrazos. En los días siguientes observo otras efluorescencias nuevas, formadas por máculas ligeramente infiltradas, de color rosado, hiperestéticas, de tamaño variable, muy discretas y situadas en la cara posterior de las piernas, en los muslos, en los miembros superiores, en la frente y en la región malar. (Véase foto N° 11) (*). Las efluorescencias no se presentan simultánea sino sucesivamente y con varios días de intervalo.

La resolución de las nudosidades se hace en la misma forma. La erupción evolucionó en 36 días. El 29 de Julio comenzó la descamación eritrodérmica, morfológicamente igual a la observada en el enfermo N° 1. Principió por los miembros inferiores e invadió sucesivamente los superiores y el rostro. (Véase foto). Conviene anotar que tanto las lesiones dermatológicas descritas como la descamación, respetaron el tronco, y el cuero cabelludo. Duración total de la R. L. 41 días. Los elementos nodulares se resolvieron sucesivamente sin dejar huella alguna. (Véase foto N° 18). Convalecencia rápida.

Diagnóstico clínico: Reacción leprosa, tipo eritema nudoso con descamación eritrodérmica.

Investigaciones del laboratorio: Se tomaron frottes del exudado de las nudosidades situadas en los miembros inferiores y de las máculas infiltradas presentes en otras partes del cuerpo.

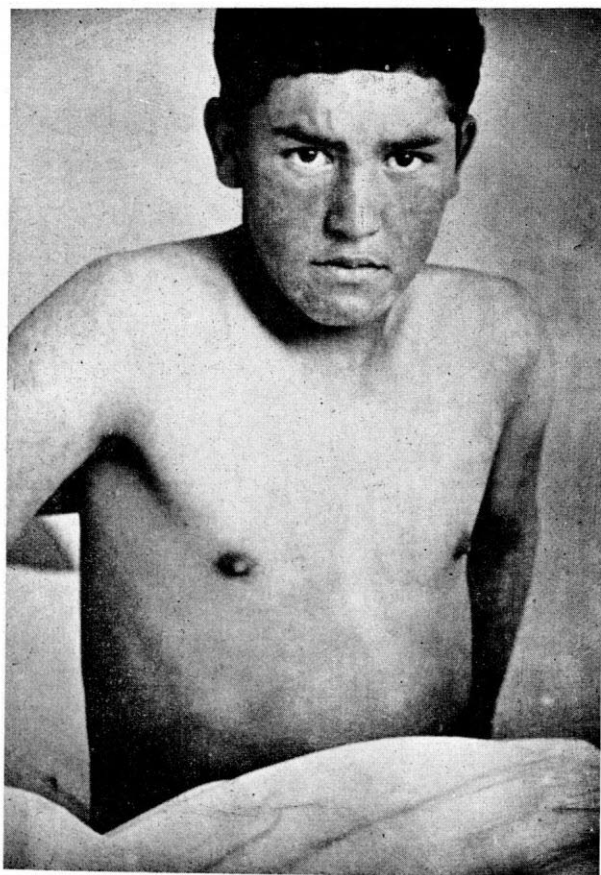
Coloración por el procedimiento lento que he mencionado antes. Después de repetidos exámenes se logró descubrir en las máculas y en las nudosidades un germen ácido resistente, que presenta las características morfológicas del B. de Hansen, escaso y muy granuloso.

(*) (Todas las fotografías presentadas en este estudio, son tomadas personalmente por el autor).



Caso No 2.—E. R.—Foto tomada al final de la descamación.

Examen de la orina: nada anormal. Sedimentación globular según la técnica de Westergreen: 90. El señor Lleras Restrepo practicó hemocultivos de la sangre de E. R. tomada en plena Reacción Leprosa. Sembró en caldo glicerinado y medio de Petraghani, siguiendo la técnica del Profesor F. Lleras Acosta y obtuvo al cabo de 18 días el desarrollo de colonias cromógenas (color rojo guayaba) de un germen parcialmente ácido alcohol resistente. En los frotos del cultivo examinados al microscopio, después de coloración por el método de Ziehl se observan formas bacilares, unas ácido resistentes y otras teñidas en azul. El germen encontrado en la sangre del enfermo de lepra E. R. por siembras de material en plena R. L. está al estudio en los laboratorios del Instituto, para su clasificación y posterior comunicación. Cuti-reacción a la tuber-



Caso N° 2.—E. R.

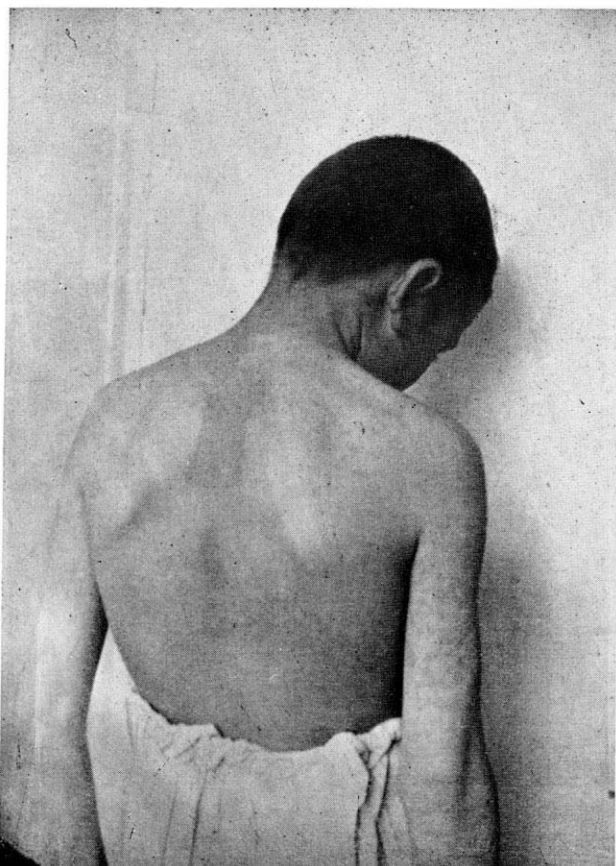
culina: positiva al cabo de 24 horas. El control de la Reacción: negativo. El resultado de la radioscopia de los pulmones practicada en el Departamento de Rayos X del Hospital de San Juan de Dios, fué el siguiente: "Facultad de Medicina. Hospital de San Juan de Dios. Laboratorio de Rayos X. N° 29284. Bogotá, 12 de septiembre de 1939. Servicio del profesor: Instituto Lleras. Nombre del enfermo: E. R. Diagnóstico clínico: Lepra. Resultado del examen radiológico: En la radiografía del tórax se encuentran ambos campos pulmonares con buena transparencia. En los hilos aparecen algunos nódulos de calcificación. PEF. (Fdo.) Falla Orozco". Inoculación al curí de la sangre citratada, tomada por punción venosa, siguiendo la técnica de A Sáenz y Broca, del Instituto Pasteur y de emulsión de raspado de tejidos de las



Caso N° 2.—E. R.—Foto tomada al final de la descamación.

nudosidades, resultado (—) primera inoculación en serie. Reacción de Vernes a la Resorcina 39. Índice de Arneth normal. Calcemia: Técnica de Clark 15 milig. %. Examen de los esputos: B. de Koch negativo. Igual técnica que en el caso N° 1. Inoculación de los esputos al curí. Técnica de Lowenstein. Resultado: (—) negativo.

Tratamiento de la R. L.: Reposo en cama; laxante salino repetido cada tres días durante la primera semana de la fiebre leprosa; suspensión del tratamiento por el azul; administración de preparados de calcio por vía oral y parenteral; alcalinos, suero glucosado. Después de ensayar la terapéutica por el calcio, hiposulfito de soda y metales coloidales sin resultado apreciable, le apliqué por vía intravenosa carbón en suspensión

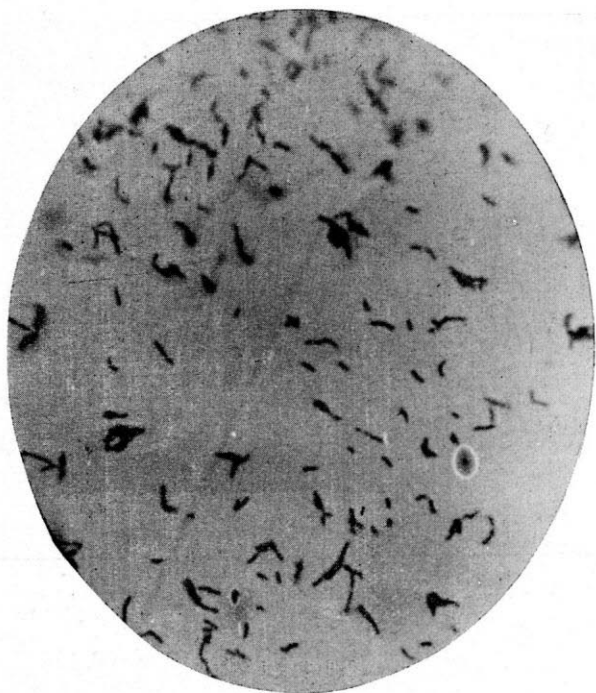


Caso N° 2.—E. R.—Foto tomada el día 29 de junio, antes de la R. L.
Se observan manchas acrómicas e hiperacrómicas.

coloidal “Carbón-Nil” preparado que desde hace algún tiempo ensayo en el Instituto, con resultados satisfactorios.

39 días después del principio de R. L., la hipertermia cedió. (Véase cuadro de temperatura), las lesiones cutáneas, tipo eritema nudoso, se resolvieron sin dejar huellas, a excepción de manchas equimóticas fugaces. Convalecencia rápida.

Caso N° 3. — A. A. 15 años de edad; soltera, mestiza. Natural de Bogotá. Profesión: oficios domésticos. Lugares de residencia: Bogotá. *Antecedentes hereditarios:* sin importancia. *Antecedentes personales:* Reglada a los 13 años. Vivía en malas condiciones económicas e hi-



Microfotografía del Hemocultivo de E. R.

giénicas; últimamente habitaba en la casa del "Buen Pastor", en donde permaneció por espacio de mes y medio. *Antecedentes patológicos*: Sarampión cuando tenía 8 años. No hay antecedentes específicos.

Lesiones iniciales de la enfermedad: Manchas de color rojo que se manifestaron primero en las piernas y posteriormente en los muslos, brazos y rostro. Las manchas de las piernas, dice la enferma, estaban acompañadas de unos "turupes" nudosidades, muy dolorosos a la presión, y de color violáceo. Las lesiones cutáneas acompañadas de fenómenos generales: Fiebre, artralgias, raquialgia, dolores musculares e hiperalgesia en las manchas.

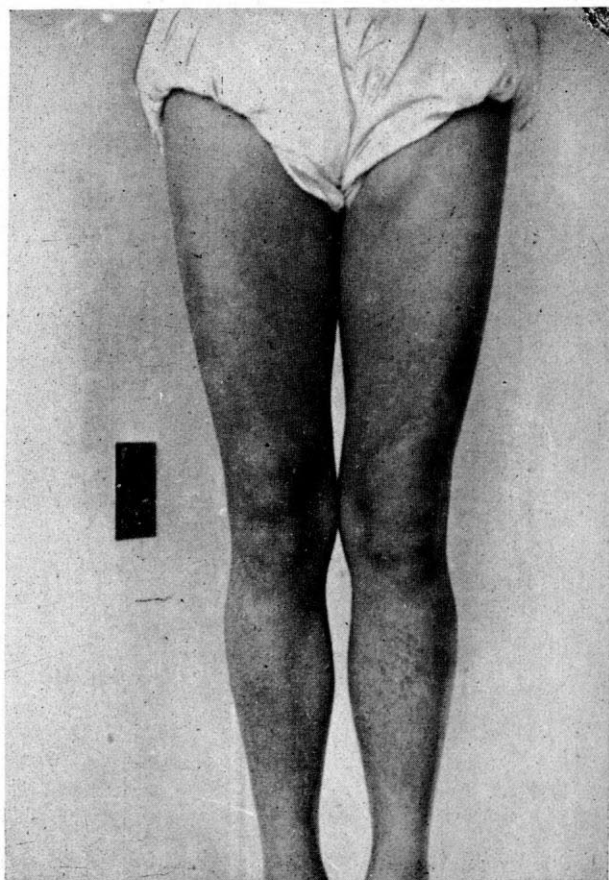
La enferma fué enviada de la casa del "Buen Pastor" al Hospital de San Juan de Dios; allí le practiqué un examen en colaboración con el Profesor Pedro J. Sarmiento, quien desde un principio pensó en la lepra. En vista del resultado se ordenó trasladar la enferma al servicio del Instituto, para su observación y tratamiento.

A. A. se dió de alta en el pabellón de Lepra del Instituto el día 10 de Julio de 1939. *Examen de la enferma cuando ingresó al servicio*: Peso: 44 K. Talla: 1,44. Estado general: Regular. Examen clíni-



Caso Nº 2.—E. R.—Descamación.

co: Temperatura, 37,3° C. Aparato respiratorio: estertores de bronquitis en ambos pulmones. Aparato circulatorio: pulso acelerado, 120 pulsaciones por minuto e hipotenso. Aparato digestivo: lengua muy saburral, constipación intestinal, anorexia completa y ligera hipertrofia del hígado. Aparato urinario: Oliguria. También se observa hipertrofia de los ganglios inguinales y del bazo; *lesiones cutáneas*: Manchas eritematosas ligeramente infiltradas, muy sensibles a la presión, de color rojizo y localizadas en los brazos, antebrazos, muslos, piernas, regiones frontal y malar. En los miembros inferiores y especialmente en las piernas se observan nudosidades, dermo-hipodérmicas, unas rosadas y otras violáceas, sensibles a la presión, duras al tacto y del tamaño de una moneda de 20 centavos, las más grandes. Estos elementos no guardan simetría aprecia-

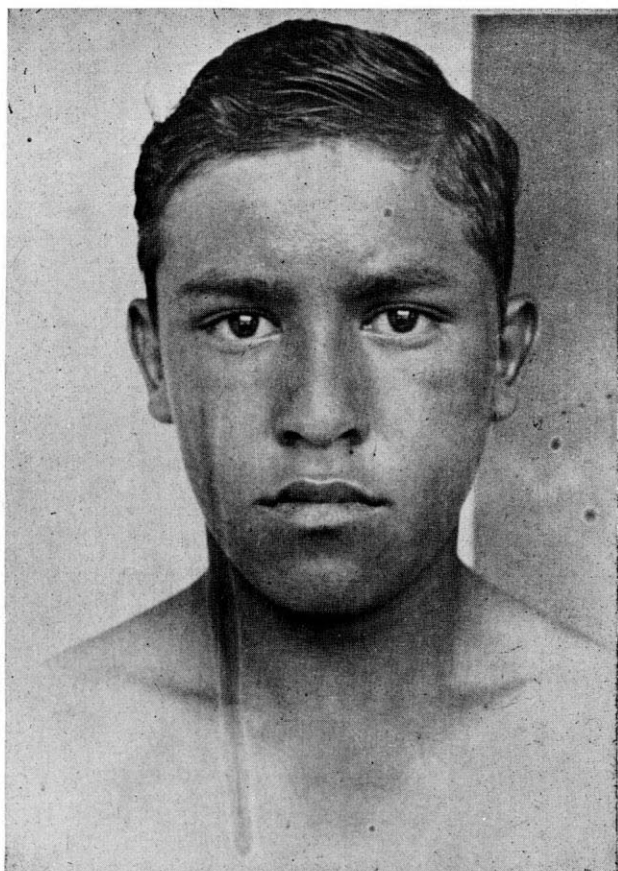


Caso Nº 2.—E. R.—Foto tomada varios días después de la terminación de la R. L.

ble. Posteriormente, pude observar nuevas efluorescencias nodulares, semejantes a las descritas anteriormente, pero más discreta y de tamaño menor, situadas en la cara dorsal de la mano derecha, parte posterior de ambos antebrazos y en el rostro.

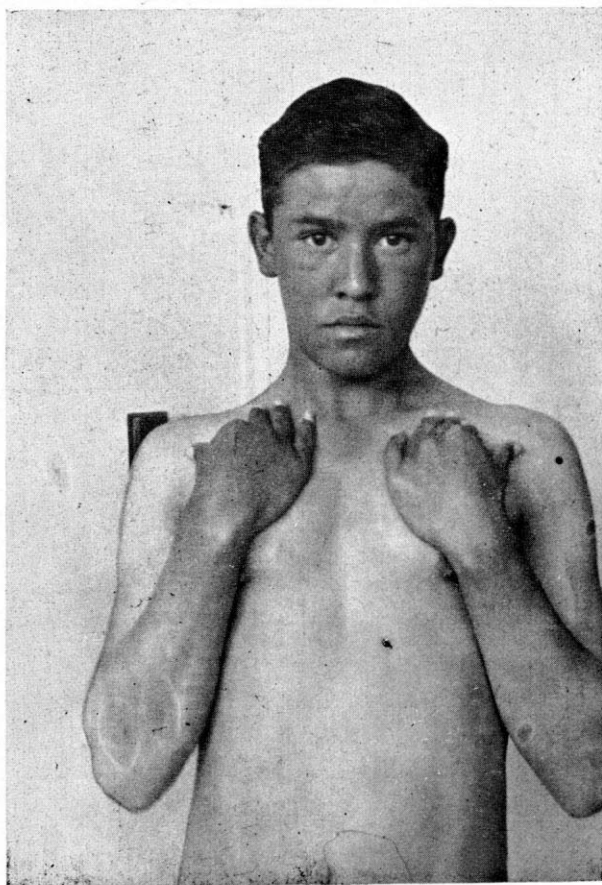
En las regiones dorsal, antero-superior del torax y glútea existe un eritema muy tenue de color amarillo rosado.

Fenómenos generales: Además de la fiebre la enferma se queja de dolores en las articulaciones, hiperestesia cutánea, cefalalgia y transpiración abundante. *Evolución:* Las efluorescencias dermatológicas comenzaron a desaparecer sucesivamente: primero las nudosidades de las pier-



Caso N^o 2.—E. R.—Foto tomada al final de la R. L.

nas y más tarde las del resto del cuerpo. Las manchas eritematosas evolucionaron con lentitud. El 18 de julio, desciende la temperatura y los días siguientes el termómetro marca entre 36° C. y 36,7° C. hasta el día 4 de agosto fecha en que nuevamente se presenta fiebre, acompañada de dolores en las articulaciones y aparición de nuevos elementos nodulares en las piernas y muslos, morfológicamente iguales a los descritos anteriormente. La evolución de este nuevo "brote agudo" duró 19 días. Al final de este segundo ataque de R. L., observé la descamación eritrodérmica, pero en menor grado que en los casos Nos. 1 y 2. Las nudosidades se resolvieron sin dejar huellas a excepción de unas manchas equimóticas que se descoloraron y luego desaparecieron. *Diagnóstico:* Reacción leprosa, tipo eritema nudoso recidivante, asociado con elementos de

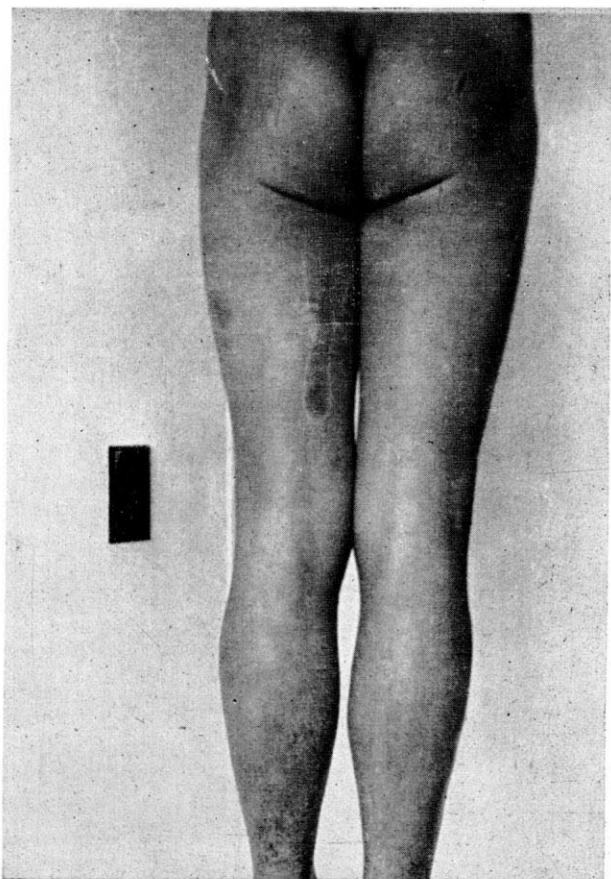


Caso No 2.—E. R.—Foto tomada después de la R. L.

E. polimorfo y descamación eritrodérmica. Se presentó como síntoma inicial de la lepra.

La Reacción leprosa evolucionó en 59 días contados desde la fecha en que la enferma entró al servicio del Instituto. Convalecencia lenta. Posteriormente A. A. ha tenido un ataque de prúrrigo agudo generalizado, pero su estado general es bueno.

Investigaciones de laboratorio: Investigación del B. de Hansen en el moco nasal: negativo. En las lesiones eritemato-nodulares: negativo; en el jugo de la punción ganglionar (+ +). Sedimentación globular según la técnica de Westergreen 110. Cuti-reacción a la tuberculina: negativa. Esta prueba se practicó 2 semanas más tarde con el mismo re-



Caso N^o 2.—E. R.—Foto tomada después de la R. L.
La descamación y las lesiones desaparecieron.

sultado. Repetida 15 días después dió el mismo resultado. Radioscopia pulmonar practicada en el Laboratorio de Rayos X de San Juan de Dios: "Facultad de Medicina. Hospital de San Juan de Dios. Laboratorio de Rayos X. N^o 29283. Bogotá, 12 de septiembre de 1939. Servicio del Profesor: Instituto Lleras. Nombre del enfermo: A. A. Diagnóstico clínico: Lepra. Resultado del examen radiológico: En la radiografía del tórax encontramos satisfactoria la transparencia pulmonar. En los hilos se ven algunos nódulos de calcificación. PEF. (Fdo.) Falla Orozco". Inoculación al curí de la sangre citratada extraída por punción venosa, siguiendo la misma técnica que para los casos Nos. 1 y 2. Resultado: (—) primera inoculación en serie. Imagen de Arneth: normal. *Reaccio-*

nes serológicas: Lleras: positiva. Wassermann y Kahn: negativas. Reacción de Vernes a la resorcina: 20. Examen bacterioscópico de los esputos: B. Koch, negativo. Inoculación al curí: Técnica de Lowenstein. Resultado: (—) Calcemia: Técnica de Clark, 16 miligramos %.

Tratamiento de la R. L. La terapéutica fué semejante a la empleada en el caso N^o 2. La granuloterapia por las inyecciones intravenosas de carbón en suspensión coloidal, dió buenos resultados.

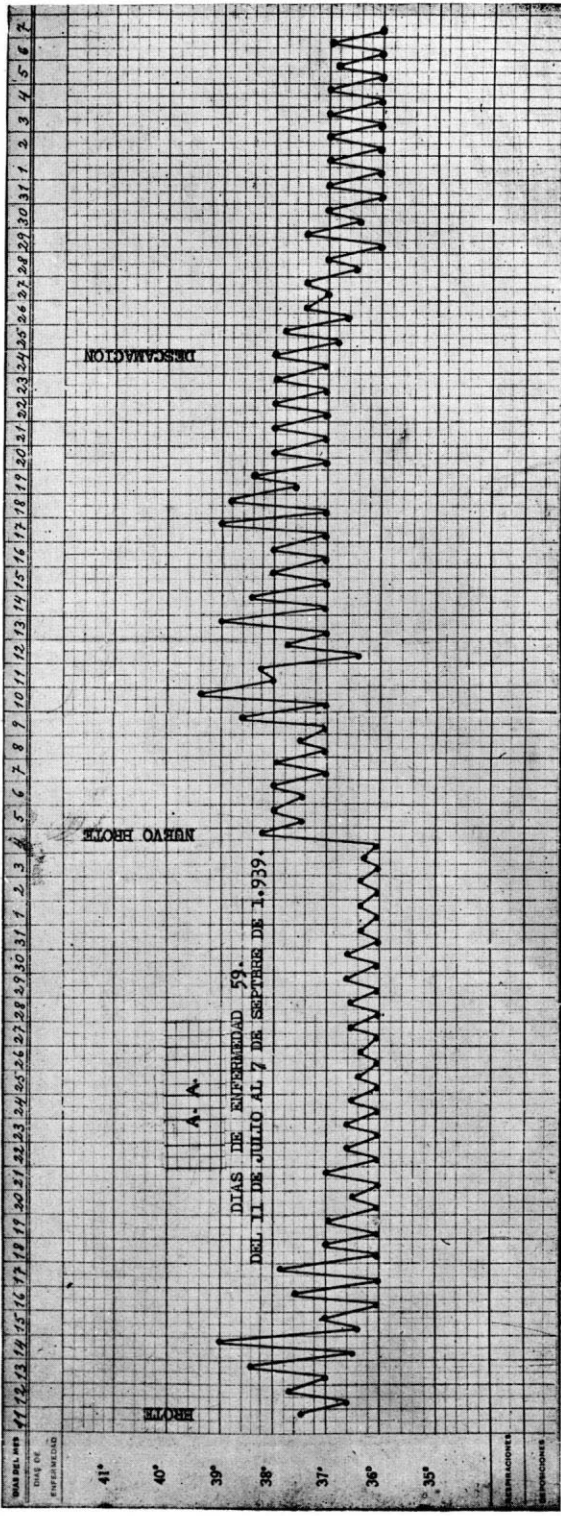
Discusión del diagnóstico etiológico.

La R. L. en los casos estudiados, se inició por fenómenos generales, artralgias, dolores en los músculos, decaimiento y fiebre. (Ver gráficas). Las lesiones cutáneas se manifestaron en dos de los enfermos, primero en las piernas y pies, luego se extendieron a los miembros superiores y al rostro, especialmente a la frente y región malar. Los elementos dermatológicos formados por nudosidades de tamaños diferentes, las más grandes como una almendra, localizadas en la parte antero-interna de las piernas y región dorsal de los pies; como afirmé antes, posteriormente surgieron otros elementos en diferentes partes del cuerpo. La erupción discreta en dos de los casos, se presentó más intensa, en el otro, tanto por el número como por el tamaño de los nódulos. Las nudosidades se hallaban situadas profundamente, adherentes a la piel y a los tejidos cercanos, de consistencia dura, dolorosas sobre todo a la presión; su color cianótico y rojo violáceo. Al final de la R. L. y un poco antes de desaparecer la fiebre, las lesiones cutáneas disminuyeron de tamaño, principiaron a debilitarse en la coloración; el tinte amarillo azulado sustituyó al rojo violáceo y finalmente desapareció. En dos de los enfermos, las nudosidades se diferenciaban claramente de otras lesiones, análogas a las del eritema polimorfo, que también se hicieron presentes en el curso del "brote agudo".

Simultáneamente con la resolución de las efluorescencias, se observó descamación de tipo eritrodérmico, generalizado, epifenómeno excepcional en la R. L. (3) y (4).

En los pacientes E. R. y L. R. las manifestaciones dermatológicas de la Reacción leprosa, estaban constituidas por elementos nuevos, puesto que las lesiones leprosas preexistentes eran de naturaleza distinta: así por ejemplo: en el enfermo L. R. estaban formadas por manchas pequeñas de color plumizo, muy discretas y localizadas en las regiones dorsal, glútea y en la cara anterior de los muslos; y en E. R. por máculas acrómicas, hiperacrómicas y eritematosas, cicatrices y pequeños lepromas situados en la región póstero-interna del brazo derecho. (Estos habían desaparecido por el tratamiento).

En la enferma A. A. la Reacción leprosa de tipo eritema nudoso, asociado a elementos de E. polimorfo, la considero como un episodio



DIAS DEL MES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

TEMPERATURA: 41, 40, 39, 38, 37, 36, 35

DESCAMACION

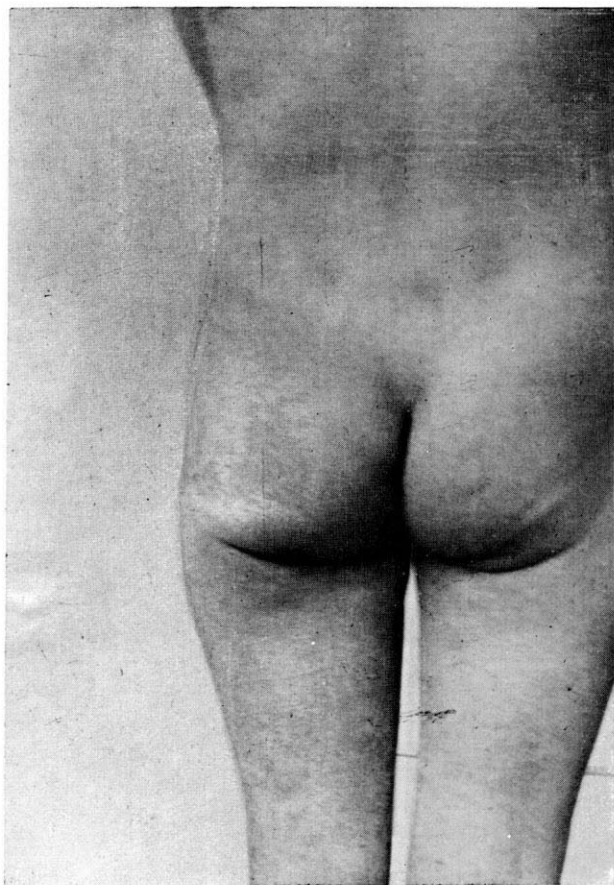
NERVO OROTO

ERIZO

A. A.

DIAS DE ENFERMEDAD 59.
DEL 11 DE JULIO AL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1.939.

TEMPERATURA
ERIZO

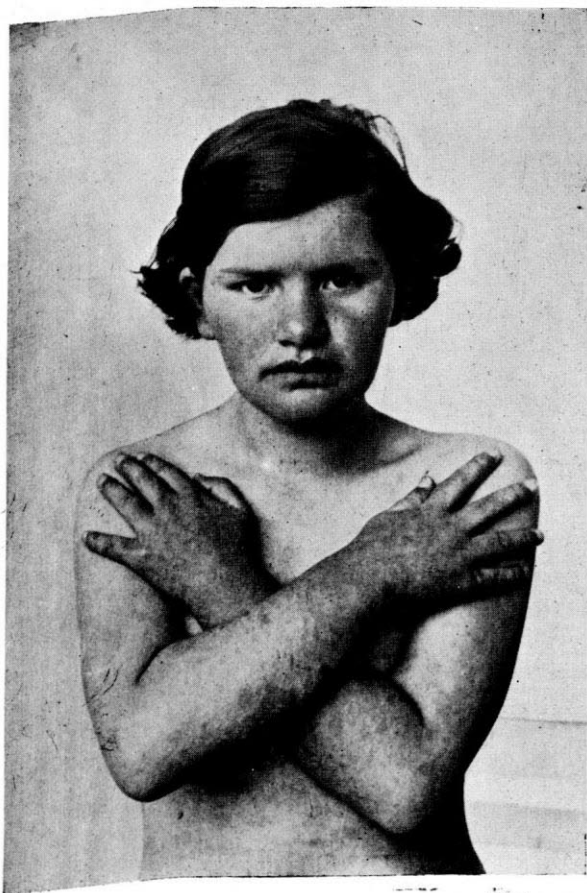


Caso Nº 3.—A. A.

agudo de primo-infección o manifestación leprosa, si se tienen en cuenta los antecedentes. Los nódulos estaban asociados a las máculas del eritema polimorfo.

Con el propósito de investigar y esclarecer el diagnóstico etiológico y establecer si el agente patógeno, causante de estas formas típicas de eritema polimorfo y eritema nudoso, es el bacilo de Hansen u otro distinto, se practicaron las siguientes investigaciones para desechar la tuberculosis.

Hemocultivos. Mi compañero de trabajos en el Instituto, señor Federico Lleras Restrepo, practicó hemocultivos en los enfermos observados, y solamente uno, el correspondiente a E. R. dió resultado positivo. En efecto, siguiendo la técnica aconsejada por el Profesor Federico Lle-



Caso No 3.—A. A.

ras Acosta para el aislamiento del bacilo Lleras, sembró en los medios de Petraghani y caldo glicerinado, material proveniente de la sangre de los enfermos en período febril. En el correspondiente a E. R. y al cabo de 18 días, prendió un germen ácido alcohol resistente distinto del bacilo Lleras tanto por el aspecto macroscópico y cromógeno del cultivo, como por sus características morfológicas, y tintoriales; en efecto, al lado de los bacilos francamente ácido alcohol resistentes, se ven otros que hacen contraste con los primeros por su coloración azul. Se ha repicado en gelosa y Petraghani. (Véase ilustración).

En los repiques sobre caldo glicerinado y Petraghani, presenta el mismo aspecto que el germen primitivo; pero se encuentran menos formas ácido alcohol resistentes. Llama la atención que el bacilo aislado

posee caracteres morfológicos y tintoriales semejantes al de Kedrowsky, que como se sabe, lo aisló este investigador de material leproso.

El germen encontrado por el señor Lleras en la sangre de uno de los enfermos en plena Reacción leprosa de tipo eritema nudoso, está al estudio en los laboratorios del Instituto y es motivo para una comunicación posterior.

Investigación de gérmenes ácido resistentes en las lesiones cutáneas: Los exámenes bacteriológicos repetidos con el propósito de investigar bacilos ácido resistentes en las lesiones del eritema nudoso, dió resultado positivo en dos de los casos estudiados (el de E. R. y L. R.) y negativo en el de la enferma A. A. Conviene anotar que los exámenes bacteriológicos, de frotos tomados por el autor en la piel aparentemente sana que rodean las lesiones, dió resultado totalmente negativo. En el enfermo L. R. se descubrieron también gérmenes ácido resistentes en las lesiones eritemato-papulosas de E. polimorfo, que como dije antes se encontraba asociado con las nudosidades.

Para la coloración de los frotos seguí el procedimiento lento según la técnica aconsejada por Klingmüller (11). Encontré un bacilo ácido resistente escaso, granuloso y agrupado en globios. También hallé en la preparación, gránulos disgregados ácido resistentes, semejantes al B. pulviforme de Marchoux.

Inoculaciones a los animales de laboratorio: Con emulsión en solución salina del cultivo de E. R., inoculé ratoncitos blancos y curies. (Estos hasta el momento no han presentado lesión alguna). Igualmente inyecté varios curies jóvenes con sangre de los enfermos observados, siguiendo la técnica aconsejada por A. Sáenz y R. Broca, del Instituto Pasteur (16). También inoculé curies con triturado de las nudosidades y con los esputos. Para estos últimos se siguió la técnica de Lowenstein. (Los primeros resultados de la experimentación pueden verse en las historias clínicas).

Otras investigaciones: Con el propósito de descartar en lo posible la asociación de tuberculosis y lepra en los pacientes observados, a cada uno de ellos se les hizo un minucioso examen clínico, se practicó la cuti-reacción con la tuberculina, examen bacterioscópico de la espectoración, reacción de Vernes a la resorcina, imagen de Arneth, radioscopia y radiografía pulmonar; además, se investigaron cuidadosamente los antecedentes personales y hereditarios en relación con la tuberculosis. En vista de los resultados suministrados por el laboratorio y de los exámenes clínicos, verificados para dilucidar la causa del eritema nudoso que observé como manifestación dermatológica de R. L., el autor cree, que su etiología, está en íntima relación con el bacilo de Hansen. Las demás entidades susceptibles de provocar el síntoma E. nudoso, reumatismo, sífilis, etc., etc., se descartaron teniendo en cuenta los datos de la clínica y del laboratorio. La discusión, por lo tanto, queda circunscrita únicamente a dos entidades: Lepra o tuberculosis.

El diagnóstico morfológico de estas reacciones leprosas, tipo eritema nudoso, es tan claro, que debemos admitir la relación de causa a efecto. El estudio minucioso de los casos presentados corrobora la opinión de los dermatólogos, que sostienen el origen toxi-infeccioso del eritema nudoso del adulto joven. Este síndrome eruptivo sobreviene en el curso de enfermedades infecciosas de causa bien determinada como la tuberculosis, lepra, sífilis, etc. (J. Nicolás & Gaté).

En el caso número dos, el resultado del examen radioscópico, la prueba positiva de la tuberculina, podría hacer sospechar, por lo menos un terreno tuberculoso, pero esta hipótesis no descarta totalmente la etiología leprosa del eritema nudoso, porque como lo he dicho antes, el notable leprólogo Dr. Wayson de Hawaii, ha observado que el 70% de las R. L., se desarrollaron en leprosos sospechosos de tuberculosis. En éstos es frecuente que el "brote agudo" tome el tipo eritema nudoso (10).

El estudio histo-patológico de las lesiones no fué posible practicarlo. Empero, no lo considero indispensable para el diagnóstico etiológico, porque de acuerdo con las últimas adquisiciones científicas, la comprobación de células gigantes en el eritema nudoso y aún en el E. polimorfo, no prueba su origen tuberculoso. Por otra parte, sabemos que la lepra puede producir alteraciones histológicas de tipo folicular o inflamatorio, por tanto la confusión de las lesiones tuberculoideas de la lepra con las de la tuberculosis, no es excepcional sino frecuente (11). Los trabajos de Jadassohn, Lewandowsky, en Alemania y de Gougerot, Nicolás y Favre en Francia, demuestran que la estructura histológica del tipo tuberculoso, no es específica de determinada infección; se considera en íntima relación con los fenómenos inmuno-biológicos. Además, las lesiones histológicas de naturaleza inflamatoria del eritema nudoso, no permiten concluir en cuanto a su origen tuberculoso, a menos que en los cortes histológicos de las nudosidades se descubra el bacilo de Koch, lo cual es excepcional (17).

CONCLUSIONES:

Primera.—La R. L. es un episodio frecuente en el transcurso de la evolución de la lepra.

Segunda. — Existen R. L. con lesiones cutáneas, morfológicamente semejantes a las del síndrome E. N. y E. P. De cuando en vez, se observa el E. N. o el E. P. o ambos asociados, como primera manifestación de la lepra.

Tercera.—Los resultados de las investigaciones hasta ahora practicadas por el autor y encaminadas a esclarecer el diagnóstico etiológico del síndrome E. nudoso, observado en tres enfermos del servicio de lepro-

logía del "Instituto Federico Lleras Acosta", están en favor de su origen Hanseniiano.

Cuarta.—En los casos estudiados, la R. L. terminó por resolución de las lesiones dermatológicas y descamación del tipo eritrodérmico, fenómeno que excepcionalmente se presenta en la R. L.

Quinta.—En contraposición a la opinión de algunos leprologos que niegan el hallazgo del B. en las lesiones dermatológicas nuevas, que sobrevienen en el curso de la R. L., el autor, comprobó en dos de los casos estudiados la presencia de gérmenes ácido resistentes, morfológicamente iguales al *Mycobacterium leprae*.

Sexta.—El síndrome E. nudoso y E. polimorfo cuando se presenta formando parte del cuadro clínico de la R. L. o también como signo inicial de la lepra, en *niños, adolescentes y adultos jóvenes*, constituye un interesante tópico para la investigación.

Séptima.—Este estudio preliminar, no permite adelantar conclusiones definitivas, en relación con el diagnóstico etiológico de los síndromes dermatológicos observados. Espero el resultado final de las *inoculaciones en serie* en los animales de laboratorio, para descartar la tuberculosis y respaldar más ampliamente mi opinión sobre el posible origen del E. nudoso.

Antes de terminar esta comunicación preliminar de las observaciones que me honro en presentar, a la consideración de los investigadores que se preocupan por los estudios de leprología, quiero dejar constancia de mi expreso reconocimiento, para con el Profesor doctor Luis Patiño Camargo, Director del Instituto, por el apoyo irrestricto que me prestó, por sus eficaces y oportunas indicaciones, lo mismo que para mi compañero de labores, el competente bacteriólogo, señor Federico Lleras Restrepo, por su inteligente, constante y valiosa cooperación, contribuyendo así a la realización de este trabajo que considero de singular interés científico.

Bogotá, septiembre de 1939.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Barrera y Peña Chavarría.—Manifestaciones agudas de la lepra. Rev. Med. Lat. Am. Marzo de 1927. Nº 138.
- 2.—Chala y Barrera.—Profilaxis de la lepra. Rev. de la Facultad de Medicina de Bogotá. Dic. 1938. Vol. VII. Nº 6.
- 3.—Ricardo F. Parra.—Informaciones verbales 1939.
- 4.—Chala J. I.—Apuntes sobre "brote agudo de lepra". 1925. (Inédito).
- 5.—E. Muir.—Diagnosis, Treatment and Prevention. (Fifth Edition).
- 6.—Fernández (J. M. M.).—El cuadro clínico de la reacción leprosa. La Semana Médica. Buenos Aires. 1937. Nº 20.
- 7.—Souza Lima L.—Estudic soore reacção leprotica. Rev. Bras. de Lepr. 1936. Vol. 4.

8. **A. Ferreira Da Rosa.**—Reacção Leprotica. Rev. Bras. de Lepr. Vol. VI. Nº 1 1938.
 - 9.—**L. M. Bechelli.**—Molestias intercorrentes como causas de reaçao, leprotica. Rev. Bras. de Lepr. Vol. VI. Nº 4. 1938.
 - 10.—**Wayson N.**—U. S. Public. Health Report. 1934. Nº 41. Pág. 1201.
 - 11.—**Jeanselme.**—La Lépre. 1934.
 - 12.—**J. Darier, R. Sabouraud, Gougerot Milian, etc.**—Nouvelle Practique Dermatologique. 1936. T. I y T. III.
 - 13.—**M. José M. M. Fernández.**—La réaction lépreuse et L'erythème nouveau. Bulletin de la Societé Française de Dermatologie et de Syphilographia. Julio de 1938. Nº 7.
 - 14.—**M. H. Jausión et Mlle. Simone Thevenot.**—Les visissitudes de l'expérimentation en matière d'erythème nouveau et d'erythème polymorphe. Bull. Soc. Fr. Dermatologie et Syphilographie. Nº 7. Julio, 1938.
 - 15.—**M. Robert Debré.**—Erythème nouveau et tuberculose Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil. 1938. Nº 7.
 - 16.—**M. M. A. Sáenz et R. Broca.**—Recherches bactériologiques sur l'erythème nouveau. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph. 1938. Nº 7.
 - 17.—**M. Ramel.**—Des indications fournies par l'étude étiopathogénique de 38 casos d'erythème nouveau. Clinique dermatologique universitaire. Lausanne. Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph. 1938. Vol. 7. Pág. 1138.
 - 18.—**F. Hayashi.**—Report of a Leprosy Study Tour. Int. Jour. of Lepr. 1935. Vol. 3. Nº 2.
 - 19.—**M. H. Gougerot.**—Erythème nouveau survenant au cours de diverses infections. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. Nº 7. 1938.
 - 20.—**Luis Baptista.**—Un caso interessante de reacção leprotica. Rev. Br. de Lepr. Vol. VI Nº 1. 1938.
 - 21.—**J. Nicolás & J. Gaté.**—Tuberculose cutané. Tuberculides. 1934.
 - 22.—**R. L. Sutton and R. L. Sutton J. R.**—An Introduction to Dermatology 1934.
- NOTA: Explicación de las abreviaturas: L. R.: Reacción leprosa. E. N.: Eritema nudoso. E. P.: Eritema polimorfo.
Bogotá, septiembre de 1939.

