

## NOTA SOBRE LA LEPROA

Redactada por el Profesor E. JEANSELME, Presidente de la Sociedad Internacional de Leprólogos.

Traducción del DR. FRANCISCO PEÑA TREJO, de la Facultad de Medicina de El Salvador, América Central.

En el curso de una lectura hecha en la sesión del 26 de junio de 1928, el Señor Decano Spillmann (de Nancy) después de haber demostrado cuanto los conocimientos de los prácticos en leprología son insuficientes, sugirió la proposición de redactar una nota sumaria que sería dirigida a los médicos para los cuidados de los inspectores departamentales de higiene. Esta nota contendría conocimientos precisos sobre la Lepra e indicaría al práctico la conducta que debe observar cuando se encuentre en presencia de un caso de esta enfermedad en período evolutivo.

Sobre la proposición de uno de sus miembros, la Academia ha encargado a su Comisión de la Lepra de someterle un proyecto de esta nota. Este proyecto fué adoptado sin modificación en la sesión del 6 de noviembre de 1928. He aquí su tenor:

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por un agente específico: el bacilo de HANSEN. De evolución lenta y paroxística, ella está caracterizada por brotes de máculas y de tubérculos, por trastornos sensitivos, amiotrofias y mutilaciones.

En razón de las comunicaciones fáciles y rápidas que unen hoy en día la Europa occidental a las regiones exóticas donde la lepra es endémica, la importación de esta enfermedad en Francia es bastante común.

La lepra reina en casi todas las colonias francesas. En Extremo-Oriente ella constituye un enorme foco que ocupa la India Británica, la Península Indo-China, las Indias Neerlandesas, las Filipinas, la China y el Japón.

Ella flagela todas las Islas del Pacífico, especialmente el archipiélago de las Hawaii y la Nueva Caledonia. Reina en la mayor parte de los estados de la América Latina, en particular en México, en la América Central, las Antillas (Cuba, Haití, Guadalupe, Martinica, etc.) las tres Guayanas, Venezuela, Colombia, el Brasil y el norte de la República Argentina. Esparcida en todo el Africa, se observa con violencia en Abisinia y en el Harrar, en el Africa ecuatorial y en el Congo, en las posesiones inglesas sudafricanas, en Ma-

dagascar, en la Reunión y en la Isla Mauricio. En Europa, la lepra no ha cesado de retrogradar después de la Edad Media. Sin embargo, tres centros epidémicos subsisten aún: un foco escandinavo (fjords de la Noruega y de Islandia), un foco situado a lo largo del golfo de Finlandia en las antiguas provincias bálticas de la Rusia, un foco balcánico (litoral del Mar Negro y del Mar de Azow, Estados Danubianos, Turquía de Europa, Grecia peninsular y Archipiélago Helénico). Además, existen numerosos casos de lepra en Portugal y algunos pequeños grupos de leprosos autóctonos en Sicilia, en Francia y en España.

El período de incubación, o más bien el período latente de la lepra es muy largo. Tiene un término medio de cinco a diez años. A veces la enfermedad no es reconocida sino a un período más tardío.

El bacilo de la lepra puede invadir todo el organismo, pero se estaciona de preferencia, sea en la piel y las mucosas o ya en los nervios periféricos. Sobre la piel, las primeras manifestaciones son los elementos eritematosos, las máculas, anillos o circinaciones que gradualmente devienen más oscuros, de tinte gris o cobrizo que no desaparecen más que imperfectamente a la presión del dedo. En general, el brote maculoso, es precedido de un estado febril más o menos acusado, de hormigamientos o de dolores pungitivos. Los elementos se reparten con una cierta simetría, ocupando de preferencia la cara, la vertiente externa de los miembros, el dorso de las manos y de los pies. A medida que los brotes maculosos se repiten, las nuevas manchas que se observan en general en los mismos puntos que las antiguas se infiltran progresivamente y se transforman en tubérculos circunscritos o difusos. Se conglomeran en ciertas regiones de la cara; sobrecargan las arcadas superciliares, la nariz, los pómulos, las orejas, de las cuales alteran el modelado. A menudo las napas de infiltración empastan la cara y espesan las facciones. Cuando la erupción alcanza su más alto grado, gruesos tubérculos cuboides, oprimidos los unos contra los otros y separados por pliegues profundos, pueden cubrir la frente haciendo a la persona desconocible. Es a esta máscara extraña, bestial y repugnante a que se da el nombre de leontiasis o facies leonina.

Los brotes de tubérculos repartidos sobre los miembros son acompañados de fiebre y de artralgias y pueden simular el eritema polimorfo pápulo-nudoso.

Las erupciones eritemato-pigmentarias o tuberculosas de la lepra copian un gran número de dermatosis, en particular los accidentes secundarios de la sífilis. Ellas poseen sin embargo un signo que les pertenece en propio. Es la superposición de trastornos sensitivos a

las manifestaciones cutáneas. A una fase de hiperestesia efímera que pasa a menudo inadvertida sigue el debilitamiento, después la abolición de las sensibilidades térmica y dolorosa, con conservación más o menos perfecta de la sensibilidad táctil.

Al mismo tiempo que estos brotes eruptivos se suceden sobre la piel, lesiones análogas se producen sobre las mucosas. Ellas se traducen por ulceraciones de la pituitaria que destruyen el tabique cartilaginoso de las fosas nasales, acompañándose de epistaxis, de un escurrimiento mucopurulento y terminando por producir el hundimiento de la nariz. Los tubérculos se desarrollan también sobre la mucosa buco-faríngeo-laríngea. Sobre la boca, cuando son discretos y superficiales, toman el aspecto de nódulos de superficie grisácea y opalina que simulan apariencia de placas mucosas hipertróficas; cuando son numerosos y profundos, recuerdan fuertemente las alteraciones de la glositis terciaria esclero-gomosa. El proceso puede destruir o destruir el velo del paladar, la úvula, la faringe y la laringe. Estas lesiones, que son tomadas casi siempre por accidentes terciarios, se acompañan de trastornos de la deglución, de alteraciones de la voz y aun de afonía completa.

Brotos de conjuntivitis de repetición, después de queratitis y de iritis conducen muy a menudo a la pérdida de vista.

Los tubérculos ulcerados que existen sobre el glande se asemejan a los chancros o a las placas mucosas; la infiltración lepromatosa del prepucio realiza una fimosis poco diferente de la que acompaña a menudo la sífilis primaria. La hipertrofia de los testículos llenos de tubérculos leproso ofrece grandes analogías con el sarcocele sifilítico.

La penetración directa y la proliferación del bacilo de Hansen en los nervios provocan una neuritis hipertrófica. Este espesamiento, fuere regular o fusiforme, es fácil de comprobar sobre el cubital encima de la gotera retro-olecrania. No es raro que una rama del plexo cervical superficial, la auricular en particular, esté transformada en una cuerda indurada y nudosa que rueda bajo el dedo. Esta neuritis preside a numerosos trastornos sensitivos, motores y tróficos. La anestesia precedida de un corto período hiperestésico, remonta gradualmente de la extremidad libre de los miembros hacia su raíz.

Las amiotrofias que se observan sobre los músculos de la cara pueden producir la inculación de los párpados y hasta la inmovilidad absoluta de las facciones de la cara (máscara Antonina); en los miembros superiores, ellas se traducen por la garra cubital del tipo Aran-Duchenne, por la mano simiana; en los miembros inferiores

por deformaciones y actitudes viciosas análogas, por la incorrección de la marcha y, en particular, por el *steppage*.

Los trastornos vasco-motores y tróficos predominan en las extremidades. Revisten las formas más diversas: acrocianosis, síndrome de Raynaud, pigmentación de un tinte oscuro o de un gris metálico, mano potelada o succulenta, aspecto arrugado y senil de la piel, cualquiera que sea la edad del sujeto, esclerodactilia, paquidermia, etc.

Los panadizos múltiples del tipo Morvan que se terminan por necrosis, la reabsorción progresiva e insensible de las falanges sin eliminación de ninguna parcela ósea, los males perforantes y las fisuras cutáneas profundas que pueden abrir las articulaciones o seccionar las falanges, realizan mutilaciones considerables de las manos y de los pies.

Tal es brevemente resumido el cuadro de la lepra mixta o completa. A veces las manifestaciones hansenianas predominan sobre la piel y las mucosas: es la forma llamada sistematizada tegumentaria; o ellas recaen casi exclusivamente sobre los nervios periféricos: es la forma anestésica, trofoneurótica o sistematizada nerviosa. En esta forma, las manifestaciones cutáneas son discretas; ellas están reducidas a algunas manchas eritemato-pigmentarias que no se transforman en tubérculos, a máculas acrómicas poco aparentes sobre los sujetos de raza blanca, pero que se destacan en claro sobre la piel normalmente muy pigmentada del indígena, en fin, a vesículas de diversos tamaños.

La lepra lazarina principia por una erupción de manchas eritematosas repartidas sobre las extremidades y la vertiente externa de los miembros. Al principio fuertemente hiperestésicas, ellas no tardan en volverse insensibles. Toman entonces un tinte lívido, transformándose en escaras apergaminadas o se cubren de flictenas penfigoides a las cuales suceden ulceraciones serpiginosas. Esta forma evoluciona lentamente por brotes irregulares: la mezcla de estas manchas eritematosas, de las cicatrices pigmentarias, de ulceraciones y de cicatrices nacaradas que les suceden dan a los sujetos atacados de lepra lazarina un aspecto muy especial.

Cuando el examen de un sujeto sospechoso de lepra nerviosa no muestra ninguna mancha sobre los tegumentos, el diagnóstico con la siringomielia es muy difícil, tanto más que, en las formas puras de la lepra nerviosa, los troncos nerviosos no han sufrido más a menudo ninguna modificación de su forma y de su diámetro.

La lepra, enfermedad esencialmente crónica, procede a saltos y por golpes. Las treguas a veces muy largas pueden durar meses y aun años. Durante estos períodos de silencio, es necesario para des-

pistar la lepra investigar los estigmas que subsistan fuera de las fases de actividad, a saber:

1. La caída de las cejas que es uno de los signos más precoces y más constantes de la lepra;

2. La anestesia dispuesta en islotes al nivel de las manchas pigmentarias o acrómicas, repartidas simétricamente a las extremidades de los miembros;

3. El hinchamiento y el estado moniliforme de los nervios accesibles a la palpación y sobre todo de los cubitales;

4. Los pequeños tubérculos subcutáneos perdidos en el lóbulo de la oreja y constatables a la palpación;

5. La rinitis, o, en su ausencia, la perforación de las fosas nasales que ella ha producido durante sus períodos de actividad;

6. Las cicatrices insensibles, unidas y de un blanco nacarado, que dejan después los tubérculos y las vesículas de pénfigus al nivel de los codos y de las rodillas;

7. Las alteraciones de los órganos genitales.

El examen bacteriológico, siempre útil para confirmar el diagnóstico, se impone en buen número de casos ambiguos. El bacilo de la lepra, como el de la tuberculosis, es ácido-resistente. El difiere a veces por su modo de agrupamiento. Raramente aislado, constituye a menudo aglomeraciones o GLOBI que infiltran los tubérculos desarrollados sobre la piel o las mucosas. Además, hasta el presente, todas las tentativas hechas para cultivar el bacilo de Hansen o para inocularlo a los animales han sido vanas.

Una investigación que es necesario no descuidar jamás de hacer es el examen del mucus nasal. En las formas llamadas tuberculosas y aún en la forma máculo-anestésica, la sangre de las pequeñas epistaxis, el escurrimiento muco-purulento y las costras, signos del coriza leproso, son a menudo bacilíferos desde el período inicial de la lepra, tanto que un simple frotis puede transformar una duda en certidumbre. Pero es necesario saber bien que la rinitis no es constante, aun en los períodos de actividad, y que no se puede concluir en la inexistencia de la lepra basándose únicamente sobre la ausencia del bacilo de Hansen en las secreciones nasales.

Si el examen del mucus nasal es negativo, el diagnóstico podrá establecerse por medio de una biopsia que se hará de preferencia sobre un tubérculo donde los globi bacilares existen siempre en gran número. La investigación de los bacilos en las manchas eritematosas es mucho más laboriosa. Es más a menudo imposible ponerlos en evidencia en las máculas pigmentadas o acrómicas sobre todo en las ulceraciones tróficas tales como los males perforantes.

La poliadenopatía es muy común en la lepra. En caso de ausencia de todo accidente cutáneo, se hará la punción sistemática de todo ganglio hipertrofiado, inspirándose en el método empleado para hacer el diagnóstico de la enfermedad del sueño.

En suma, la permanencia prolongada del sujeto en un país leprígeno es un elemento de presunción.

La constatación de una termo-analgnesia superpuesta a los tubérculos o a las manchas eritematosas, pigmentadas o acrómicas, la existencia de una neuritis hipertrófica acompañada de trastornos sensitivos, de amiotrofias, de actitudes viciosas de los dedos o de los artejos, de mutilaciones considerables de las manos y de los pies, son los signos clínicos de alto valor. Únicamente la presencia del bacilo de Hansen en los tejidos es un signo de certidumbre.

Las principales vías de emisión del bacilo de la lepra son los tubérculos ulcerados de la piel y el mucus nasal. A veces la saliva, más raramente las secreciones conjuntivales, pueden ser bacilíferas. El esperma contiene, al principio de la infección un gran número de bacilos. La leche de una mujer que está atacada de mamitis leprosa o que tiene tubérculos sobre los mamezones puede ser contaminada. Es completamente excepcional que el bacilo de Hansen salga del organismo por la orina o las materias fecales.

Las vías de acceso son insuficientemente conocidas: son las lesiones cutáneas superficiales, por ejemplo aquéllas que resultan de la vacunación de brazo a brazo, las erosiones de las mucosas, de la pituitaria en particular. Se puede suponer con exactitud que los órganos genitales de la mujer son a veces infectados por el esperma bacilífero.

Es necesario someter a una exacta vigilancia a las personas que viven en vecindad de un leproso y practicar periódicamente el examen de su mucus nasal. Los sujetos que viven en contacto con los leprosos pueden en efecto albergar los bacilos de Hansen a la superficie de su pituitaria bien que ésta aparezca intacta. Estos individuos sanos son en realidad los porta-gérmenes que pueden diseminar la infección sin estar ellos mismos afectados.

Todas las soluciones de continuidad, aún las más pequeñas, que existan sobre un sujeto sospechoso deben ser esterilizadas o, a lo menos, cubiertas con una curación oclusiva.

El médico vigilará de que las fosas nasales y las cavidades buco-laríngeas sean desinfectadas cada día. Los utensilios de tocador y de mesa del enfermo le pertenecerán en propio. Sus vestidos serán periódicamente pasados a la estufa y las piezas de curación de poco valor serán destruidas por el fuego.

Las personas que viven en contacto habitual con un leproso deben ocluir, sobre el mismo lugar, las menores erosiones que podrían servir de puertas de entrada a la infección. La cohabitación con un leproso debe ser tenida por peligrosa. En efecto los tubérculos ulcerados del glande y del prepucio no son raros. Del meato urinario puede salir un escurrimiento en apariencia insignificante, pero que puede contener un verdadero purée bacilar (uretritis leprosa). Como, en los casos de infección reciente, el esperma vehícula un gran número de globi bacilares, todo leproso debe hacer su lecho aparte y, si es posible, tener una cámara y una letrina personales.

Es preferible que el niño nacido de una leprosa sea separado de su madre desde su nacimiento y sometido a la alimentación artificial. Esta regla se vuelve imperiosa, si la madre tiene una forma abierta, si ella es portadora de tubérculos del mamelón o si su leche es baci-lífera.

En ningún caso el niño nacido de una leprosa será confiado a una nodriza, porque puede haber sido contaminado durante el parto, o aún infectado por vía transplacentaria en el curso de la vida intra-uterina.