

Comentarios sobre la Lepra en Honduras

LINEAMIENTOS GENERALES PARA UNA CAMPAÑA CONTRA LA LEPRO DE ACUERDO CON LA REALIDAD DE NUESTRO PAÍS

DR. HERNÁN CORRALES P. (*)

DR. CARLOS A. CASTRO (t)

Nuestra actuación en el Departamento de Dermatología del Hospital General San Felipe de Tegucigalpa nos ha hecho comprender la necesidad de emprender un estudio, que haga posible poner a marchar cuanto antes una campaña contra la Lepra en nuestro país. La incidencia, su repartición por zonas, la invalidez, el contagio y la mortalidad, no permiten otra acción que no sea la de medidas modernas y científicas para combatir la Lepra, con el mismo criterio sanitario y social con que ya se han puesto a andar otras campañas en Honduras:

Se divide la exposición así:

- I Breve reseña histórica de la Lepra en algunos países. II Definición; b) Etiología; c) -Inmunología.
- III Formas Clínicas. Anatomía Patológica. Diagnóstico. Pronóstico y Tratamiento.
- IV Algunos casos ilustrativos de nuestra Estadística.
- V Lineamientos Generales para una Campaña contra la Lepra de acuerdo con la realidad en nuestro país. VI Profilaxis. VII Resumen. VIII Bibliografía. »

I. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA LEPRO EN ALGUNOS PAÍSES

Se cree tuvo su origen en la India, Egipto y el Centro del África así como en la China de donde fue importada al Mediterráneo y al Norte del Continente Europeo en donde aparece en el siglo XV a la par que la Sí-

(*) Jefe del Depto. de Dermatología. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, D. C. Honduras. C. A. (t) Fallecido R.I.P. ex-Médico Interno del mismo Depto. de Dermatología.

filis. Hay una disminución de la incidencia por el año 1695, para observarse una recrudescencia en el siglo XVIII sobre todo en España, Italia y Alemania. En la Edad Media se calculan en varios millares las Leproserías. En América sobre todo en México, (9) en 1528 Hernán Cortés establece el primer Hospital en Tlaxpala que no sólo fue el primero en México sino en América. Respecto al origen de esta enfermedad en México hay varias **versiones**, entre ellas: 1o.) Algunos creen existía antes de venir los conquistadores como lo hacen notar los escritos de Francisco Hernández, quien refiere que Moctezuma construyó un anexo al gran Templo en donde eran confinados los Leprosos. Una segunda versión nos habla de la traída de esta enfermedad por los españoles sobre todo los que vivían en lugares en donde era endémica. Quienes sostienen este punto de vista se apoyan en los escritos de Hernán Cortés no mencionan infiltraciones nodulares, ni mutilaciones en los nativos. Una tercera versión se refiere al origen de esta enfermedad por las relaciones comerciales con las Filipinas o las inmigraciones de los chinos a este país. (5).

La primera publicación científica es hecha por el Doctor Ladislao Pascua quien la llamaba "Elefancia de los Griegos". En 1852 los Doctores Lucio y Alvarado dan una magistral descripción de las variedades de Lepra. En 1937 Letapi describe la enfermedad de Lucio y la llama "Lepromatosis Difusa Diseminada" término que es universalmente aceptado en el Congreso de La Habana en 1948 como una forma de Lepra Lepromatosa.

En Cuba (1) se hace el primer reporte oficial de Lepra por el año 1613. En este país se cree que se inició por las inmigraciones de España, China y África. Hay referencias de la creación de Leprosarios en tiempos de la Colonia. En 1938 se organiza un Patronato Central para 3a profilaxis de la "Sífilis, Enfermedades Cutánea y Lepra". En 1948 en el Congreso de Leprología celebrado en La Habana se aceptan las Sulfonas como específicas en el tratamiento de la Lepra, siendo la Diaminodifenil Sulfona el medicamento de más efectividad. Es de observar la labor que se hace en las cátedras de **Dermatología** Cubanas para el mejor conocimiento de la Lepra así como la campaña que se hace mediante publicaciones (folletos, revistas y el intercambio de impresiones sobre los adelantos en el tratamiento de esta enfermedad). La Argentina, Filipinas y el Brasil son formidables exponentes de la lucha contra la Lepra., hicieron producir los mejores resultados al **Chalmugra** y al **aislamiento** en su tiempo: la experiencia del Estado de Sao Paulo recogidos en trabajos magistrales, sirven de base a las más modernas. para los efectos de estadística comparativa y experiencias en pacientes tratados con aquellas medidas. La Escuela de Rosario (Argentina) no puede dejar de citarse en ningún trabajo serio sobre Lepra en el mundo y los nombres de Fernández, Shujmann, Pierini, etc.. en la Argentina. Sousa, Azulay, Ramos E. Silva y Bechelli en el Brasil. Pardo Castelló en Cuba. Latapi en México son exponentes de la Leprología en América.

En lo que a la historia de esta afección en Centro América se refiere. Costa Rica (3) cuenta del primer caso por el año de 1735; se trata de una criada Josefa Pérez del Muro. A principios del siglo XX había una estadística de 38 leproso en Costa Rica \ en 1832 se construyó la primera Leprosería, se fugaban continuamente y en 1833 se dictó la pena de muerte. En 1909 se funda la "Leprosería Las Mercedes".

IIA) DEFINICIÓN

La Lepra es una enfermedad infectocontagiosa que ataca a la especie humana en todas las latitudes aunque actualmente tiende a prevalecer en regiones determinadas de los climas húmedos y cálidos, especialmente los trópicos.

II B) ETIOLOGÍA

Producida por el *Micobacterium Leprae* que es un bastoncito ligeramente incurvado de 1.5 a 6 micras de longitud por 0.2 a 0.45 de ancho y en cuya parte central se encuentran 2 ó 3 esférulas refringentes, se encuentra formando acúmulos en los Globis de las lesiones Lepromatosas. Es alcohol y ácido resistente en mayor grado que el Tuberculoso, diferenciándose de éste por la coloración según el método de Baumgarten que permite ver el *Leprae* coloreado en rojo en tanto que el Tuberculoso queda incoloro

II C) INMUNOLOGÍA

Debe admitirse la existencia de inmunidad en la Lepra no de otra modo se explica que hayan contactos con Leprosos, que no adquieren nunca la enfermedad. Este hecho que se quiere exagerar demasiado actualmente ha inducido a algunos dudar del contagio de la Lepra. Debemos aceptar que el plazo de incubación es muy variable a veces prolongado lo cual ha inducido a afirmaciones temerarias en algunos casos positivos, pero como quiera los hechos siguientes hablan en favor de una inmunidad en Lepra: Rareza de la Lepra Conyugal. Existencia de formas clínicas de curso abortivo. Casos comprobados de curación espontánea. Transformación de algunos tipos de Lepra Lepromatosa en tipos diferentes. Curación de varias lesiones iniciales características de los niños al separarlos del foco contagioso. En el 50% de sujetos que se infectan se desarrolla la enfermedad. En el otro 50% se desarrolla un estado alérgico inmunitario, que explica por qué se encuentran bacilos en punción ganglionar del personal sano de las Leprosas.

Se ha generalizado el uso de la Lepromina (11) y los resultados se valoran mediante intradermoreacciones con extractos de lepromas ricos en bacilos de enfermos Lepromatosos sin tratar. Cabe considerar varias clases de antígenos Standard así: 1"—Lepromina total compuesta de cantidades variables de bacilos y tejidos desbridados; es el más ampliamente usado y el recomendado en el Congreso de Dermatología de Madrid.

2"—Lepromina Bacilar: Antígenos de Suspensiones purificadas. Recomendada para investigación; y

3"—Lepromina Proteínas, extractos proteicos solubles de purificación menor.

Se practica la reacción con un décimo de Lepromina y su interpretación se refiere a *Positiva Temprana o de Fernández cuando a las 24 o 48 horas*

se ha formado en el punto de inoculación un havón **urticado** rodeado de un halo eritematoso infiltrado de 10 milímetros o más. *Dudoso*: Cuando el halo eritematoso tiene más de 5 milímetros y menos de 10. *Negativa*: Cuando el halo tiene menos de 5 **milímetros**. Este halo desaparece a los 5 días o persiste en forma de un nódulo infiltrado duro del tamaño de un frijol y de color **rojo**, siendo más manifiesto a los 21 días recibiendo en este caso el nombre de reacción tardía o de **Mitsuda** siendo *Positiva*: Cuando el nódulo de infiltración es de más de 5 milímetros. *Dudosa*: Cuando el infiltrado es menor y *Negativa*: Cuando hay ausencia de reacción. Esta reacción es usada a la par de la histología, e inmunología para la clasificación de la Lepra; pero su uso de mayor importancia es con fines pronósticos; refleja un estado de **hipersensibilidad** a las proteínas del bacilo y es debida al contacto **previo** con este o con otros **acidrogas**. La Hipersensibilidad no es obligatoria ni específica. Indica un estado de resistencia a la infección, una habilidad del organismo para reaccionar al contenido del antígeno; puede ser positiva sin sensibilizaciones previas, no específica, porque puede ser positiva en personas que no hayan tenido Lepra y Negativa en casos avanzados **de** esta enfermedad. Es negativa en casos de Lepra Lepromatosa indicando una mala defensa orgánica. Es positiva: En todos los casos de Lepra Tuberculoide, atestiguando defensa orgánica y formando un pronóstico favorable. En la mitad de los casos de Lepra Incaracterística también es **negativa**, lo cual debe hacer sospechar un viraje evolutivo hacia el tipo Lepromatoso, sin que éste sea obligado. La mayor parte de los sujetos sanos que habitan regiones no Leprosas son leprominonegativos, aunque existen sujetos sanos no leproso, leprominopositivos; atestiguando que ha habido contacto con el **Micobacterium**.

Un **50%** de los enfermos de Lepra Incaracterística produce Mitsuda positiva, lo cual puede indicar un viraje hacia la forma clínica tuberculoide o Benigna.

Becheli, Robert (7) estudiando un aspecto epidemiológico de la Lepra en el Estado de Sao Paulo en el Brasil en extranjeros especialmente italianos, han encontrado una resistencia menor, y no la atribuyen a un factor racial. De haber una resistencia racial a la Lepra ésta debería ser mayor en los extranjeros que proceden de países, como Italia, en los cuales la presencia de esta enfermedad data de más siglos. Los autores opinan que es mejor observar el tipo clínico de la enfermedad en los 2 grupos, nativos y extranjeros; porque el tipo clínico puede depender más particularmente de la resistencia y el gran mayor número de casos Tuberculoideos. **en** uno de los grupos, podría indicar mayor resistencia a la infección leprosa. Los autores notaron: 1"—Que el tipo Lepromatoso fue observado más frecuentemente en los nativos y el Tuberculoide en los extranjeros.

2"—Los nativos de ascendencia extranjera desarrollaron el tipo Lepromatoso, más a menudo que los ascendentes nativos de brasileros. La Prevalencia de Lepra fue más alta en los extranjeros; sin ser esta diferencia estadística significativa como este hecho no podría ser atribuido a una mayor susceptibilidad de los extranjeros, tiene que explicarse de otra manera. Muchos de los extranjeros especialmente los Mitsuda negativos pueden tener su resistencia disminuidas por condiciones que interfieren en su adaptación (clima, alimentos, etc.)

III A) FORMAS CLÍNICAS DE LA LEPRA

Según la clasificación del VI Congreso de Dermatología celebrado en Madrid en 1953 se aceptan dos tipos definidos:

1°—El Lepromatoso o Maligno (L.L.) y 2o.—El Tuberculoide o Benigno (I T)

Tipo: Es el conjunto de caracteres clínicos y biológicos bien definidos. y con marcada estabilidad y mutua incompatibilidad. Dos-grupos de casos: 1°—Indeterminado y 2°—Borderline o Dimorfo.

Grupo: Es el conjunto de casos con caracteres comunes, menos definidos, menos estabilidad y evolución incierta.

Variación: Es una subdivisión del tipo o grupo. Los casos Lepromatosos pueden tener las siguientes variedades: Macular. Difusa, Infiltrada, Nodular y Neurítica Pura.

La Lepra Lepromatosa Difusa se manifiesta por Rinitis, pérdida de las cejas y pestañas y del cabello en donde da lugar a alopecia local, anestesia generalizada de la piel, sudoración escasa y baciloscopia positiva de cualquier parte de la piel. La piel es seca, ictiósica. la cara parece transparente como farinácea, con nariz rosada y orejas retraídas (Máscara de Cera) Dilataciones vasculares sobre la frente y mejillas. Hay hemorragias nasales constantes; el septum nasal se destruye y aparecen vegetaciones nasales. Accesos febriles constantes. La presencia del fenómeno de Lucio es constante, en este tipo.

Lepra Lepromatosa infiltrativa en esta forma hay placas infiltrativas en cara y miembros, asociada algunas veces con pérdida de las cejas, pestañas y cabellos. Los nervios periféricos se engruesan y se hacen muy palpables y las lesiones deformantes y multilantes de los dedos son muy frecuentes. Las lesiones cutáneas son placas cobrizas anestésicas e infiltradas.

Lepra Lepromatosa Ondular también en ésta se pueden perder cejas y pestañas. Buen estado general; los lepromas varían de pocos milímetros a un centímetro, aparecen principalmente en cara miembros con anestesia local. El color de la piel es normal o rosado suave, pueden localizarse en la cara, son los que suelen dar a la faz leonina. Puede confundirse este tipo con el Nodular del Sarcoide Boek.

En los casos de Lepra Lepromatosa los troncos nerviosos son invadidos de manera simétrica y dejan secuelas en las etapas avanzadas de la enfermedad. Todas las formas de Lepra pueden tener episodios de reacción o reactivación, en el curso de su evolución los lepromas y las infiltraciones se acentúan. En las mucosas de la nariz se ulceran y son la causa de epistaxis repetidas y continua secreción mucopurulenta muy rica en bacilos. En la laringe la invasión da lugar a ronquera. El paladar se ulcera. Los ganglios Inguinales están frecuentemente engrosados y en ellos se encuentran bacilos **por** la punción. En los ojos se presentan lesiones de conjuntivitis y queratitis. En los testículos dan lesiones crónicas como la Sífilis pero no tienen tendencia ninguna a ulcerarse. En los pulmones dan lesiones parecidas a la T.B.C. pero con mejor estado general.

La Lepra Tuberculoide puede tener las variedades: Tuberculoide Mayor. Menor y Neurítica pura. La Lepra Tuberculoide fue descrita por primera vez por Jodasshon, son lesiones de forma circular o policíclica que

histológicamente presentan células epitelioides y gigantes muy parecidas a las **lesiones** tuberculosas. *La Lepra T Mayor*: está constituida por placas tan infiltradas que pueden confundirse con **lepromas** y están formadas por nódulos confluentes agrupados en figuras arciformes. Invade las capas profundas de la dermis y los nervios periféricos causando alteraciones que son causa de invalidez permanente, ocurre más frecuentemente que invaden los nervios por las ramas nerviosas finas que por invasión hematógena que es rara; en las reacciones o activaciones pueden llegar a producir necrosis y hasta abscesos.

La Lepra T. Minor. Se caracteriza por ligera elevación de las placas características. Su superficie es de aspecto irregular a causa de la distribución focal del proceso; por su estructura recuerda al Liqueen escrofuloso. Con preferencia se encuentra un nódulo de infiltración formado por células epitelioides, células gigantes y linfocitos en tanto que en la Mayor las infiltraciones tienen el aspecto de Sarcoidosicas.

Evolución de la Lepra Tuberculoide. Tiene generalmente una evolución más crónica que la Lepromatosa, comienza con leprides acompañadas de alteraciones pigmentarias (Lepra Maculosa). otras veces con síntomas exclusivamente neuríticos (Neuralgias, parestesias, hipoestesias). Las leprides pigmentarias se localizan especialmente en la cara de extensión de las extremidades superiores y son simétricas. A su nivel son constantes las alteraciones de la sensibilidad que pueden comenzar por hiperestesia para **evolucionar** hacia la anestesia completa, primero desaparece la sensibilidad térmica, después la dolorosa y finalmente la táctil. También se vuelven anhidróticas como puede demostrarse con la aplicación de polvos colorantes y la excitación con la pilocarpina. Otro síntoma cutáneo es el penfigo leproso, ampollas sobre todo en los codos variables en tamaño de contenido seroso o hemorrágico que al desecarse forman costras debajo de las cuales se forma una ulceración que es el principio de mutilaciones o de cicatrices atroficas. En el sistema muscular existen atrofas, parestesias y parálisis sobre todo en las manos (Eminencias tenar e hipotenar) sufriendo por éstas y las deformidades secundarias quemaduras extensas que traen aparejadas infecciones secundarias, retracciones cicatrizales con deformidades óseas y articulares. Otras lesiones de este mismo tipo serían más bien debidas a trastornos de la inervación siendo éstas más notables a nivel de las zonas de mayor presión (Cabeza de los Metatarsianos en los pías y últimas falanges de los dedos de la mano). *En la forma Neurítica Pura de Lepra Tuberculoide*. Se encuentra como lesión inicial la invasión de Nervios tales como el Cubital que a la palpación se encuentra arrosariado sobre todo a nivel del codo dando lugar su parálisis a la deformidad conocida con el nombre de garra cubital (por parálisis de la mayor parte de los músculos de la Eminencia Tenar, músculos largos del pulgar e intrínsecos). La invasión del Radial se efectúa a nivel de la parte superior del codo, como síntomas se presenta una zona de hipoestesias o anestesia en la zona subsidiaria de la inervación, parálisis de los músculos interóseos y de los lumbricales 3^o y 4^o, los intrínsecos del meñique y del aductor del pulgar con las deformidades siguientes: 1^o—Atrofia de la eminencia tenar con la aprehensión disminuida. En el caso de ser la matriz del Radial, las manos presentan un aspecto inerte y tienen la piel cerúlea y brillante (Manos de Muñeca). En

el caso de ser el nervio Mediano el primero invadido tenemos la parálisis del Oponente del Pulgar y un área de hipoestesia que nunca abarca todo el territorio de distribución de este nervio. Cuando es invadido el Facial su sintomatología cuenta con paresia y más tarde la atrofia dando a la cara una expresión característica que asociada a la caída del párpado inferior se denomina facies Antonina o de estupor. *La Lepra Indeterminada* no tiene características definidas y puede evolucionar hacia la Lepra Tuberculoide o a la Lepromatosa, pueden en ella aparecer neuritis más o menos extensas y el *Grupo Borderline* son de hecho incontables y de evolución maligna, son casos de Lepra Lepromatosa con máscara Tuberculoide. En este grupo son también invadidos los troncos nerviosos. *Reacción Leprosa*. Se caracteriza por elevación de la temperatura (42 grados), malestar **general**, artralgias, fenómenos gastrointestinales y neuralgias; este brote dura desde varios días hasta algunas semanas, unas veces empeora el estado general, otras se resuelve espontáneamente quedando el enfermo notablemente mejorado, Jodasshon considera esta reacción como expresión de una respuesta alérgica a una intensa diseminación hematógena de Bacilos. En las formas de Lepra Tuberculoide las lesiones de los troncos nerviosos pueden activarse llegando a **producir** necrosis y hasta abscesos. En los casos Lepromatosos se observa inflamación de las articulaciones como sucede **en** la Artritis Reumatoidea llegando a producir **contracturas** y deformidades conocidas con el nombre de deformidades en Bayoneta. En general debe admitirse que las reacciones leprosas empeoran el curso de la enfermedad y deben evitarse. Un aporte interesante de la escuela Americana y muy especialmente la mejicana, es la introducción a la literatura mundial de la "Lepra de Lucio". (4) En 1851 Lucio y Alvarado describieron un cuadro clínico de Lepra Difusa, grave, que se caracteriza por la presencia de ampollas superficiales hemorrágicas diseminadas, capilaritis y necrosis que observaron en casos de Lepra Lepromatosa.

En 1938 Latapi confirmó la forma descrita por Lucio y Alvarado y la llamó "Lepromatosis **Difusa** pura y **primitiva**" en brotes de vascularitis múltiple necrozante.

III B) ANATOMÍA PATOLÓGICA

La lesión elemental de la *Lepra Lepromatosa* es el Leproma que puede, asentar en cualquier órgano del cuerpo aunque se localiza en la piel de preferencia, en la que están cubiertos de una epidermis normal o ligeramente atrófica; entre ésta y la lesión existe una banda característica de dermis normal. El nódulo granulomatoso reciente está constituido por células Linfoides, Plasmáticas, fibroblastos, células gigantes en escaso número; además de estas células se encuentran las leprosas que son Epiteliodes, poco coloreables y con degeneración vacuolar del protoplasma (Células Espumosas), en estas vacuolas existen gran número de Bacilos agrupados en masas, denominados Globis. *En la Lepra Tuberculoide* las lesiones consisten en una pequeña infiltración perivascular, perifolicular y sudorípara. En ella lo más característico son las lesiones de los nervios que empiezan por ser perineuritis propagándose después al interior de los nervios que acaban por sufrir una transformación fibrosa.

III C) DIAGNOSTICO

Debe explorarse la superficie dérmica así como la sensibilidad, la secreción sudoral, por la prueba de la Histamina fundada en la acción refleja de esta sustancia sobre el tono capilar preconizada por Rodríguez y Plantilla en las Filipinas y Pierini en la Argentina. Consiste: En depositar una gota de Histamina sobre la Lepride y una zona testigo de piel normal. Al hacer una picadura con una aguja, encima de esta zona, la Histamina determina sobre la piel normal la triple reacción de Lewis: 1°) Una mácula del tamaño de una lenteja de color rosada. 2°) Se transforma luego en una plaquita de urticaria debida a la acción linfagoga de la Histamina. 3°) Se rodea de un halo eritematoso redondeado de varios centímetros de diámetro debido al reflejo vaso-motor antidérmico. En las Leprides falta el halo eritematoso debido a que las fibras nerviosas que conducirían el reflejo están destruidas.

Esta prueba es de una gran ayuda para el pronóstico de la Lepra en los casos incipientes. Basadas en los mismos principios han surgido otras pruebas como la de la Acetilcolina y el yodo con almidón.

La Sífilis, en los casos floridos podría confundirse, pero sólo momentáneamente. La T.B.C. cutánea muy raramente puede confundirse.

Algunos exantemas premicóticos plantearían diagnóstico diferencial por corto tiempo. La Siringomielia presenta lesiones que sólo se localizan exclusivamente en vasos. Ayuda a reconocerla la clásica disociación de las sensibilidades y en casos avanzados hay artropatías tróficas. Los nervios Cubitales suelen estar arrosariados en la Lepra. El diagnóstico Bacteriológico, se impone siempre en el moco nasal, en los males perforantes, en biopsias de piel y nervios y aún en ganglios.

III D) PRONOSTICO

Favorable para todos los casos diagnosticados y tratados precozmente.

La Lepra Tuberculoide tiene mejor pronóstico que la Lepra Lepromatosa y como principio debe considerarse como curable la Enfermedad de Hamen.

III E) TRATAMIENTO

Las Sulfonas son en la actualidad en especial la Diaminodifenil Sulfona y sus derivados la Terapéutica Específica, son bacteriostáticas por lo cual hay que suplementar esta medida con higiene. La dosis varía para los adultos de 100 a 200 miligramos al día ó 400 a 600 una vez por semana ininterrumpidamente. Según Latafi dosis menores aún, son útiles.

La tolerancia a la droga se determina por hemogramas, sedimentación, exámenes de orina. El uso de Hierro, Extracto Hepático y Vitaminas está indicado.

La reacción Leprosa debe tratarse con A.C.T.H. y Cortizona. Hay quien indique el Tártaro Emético y el Antimonio Trivalente. El Complejo Vitamínico B y grandes dosis de Vitamina B12 pueden ser útiles en la Neuritis. Los argentinos utilizan la Butazolidem y la irgopinna.

El tratamiento Ortopédico para corregir las **deformidades**, así como la Cirugía para trasplantar tendones, elongaciones de los dedos, que está perfeccionando en Méjico el Dr. Leonardo Zamudio V. (15) es aconsejable en centros especializados. La rehabilitación del Leproso por Psicoterapia y Terapia Ocupacional es indispensable. De la Profilaxis nos ocuparemos más adelante, nos **ocuparemos** también de los lineamientos de un plan de tratamiento **moderno**, basado esencialmente en el concepto de que el Leproso es curable, que la hospitalización debe ser únicamente para los contagiosos y el tratamiento Dispensarial para los que no lo son.

IV EXPOSICIÓN DE CASOS ILUSTRATIVOS DE NUESTRA ESTADÍSTICA

Caso Número Uno

/. R. A. de 55 años, labrador, nacido y vecindado en Amapala. Ingresó al Servicio de Dermatología el 13 de Agosto de 1955.

SÍNTOMA PRINCIPAL: Manchas en el cuerpo (Rosas Generalizadas en el Cuerpo).

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD. Nos refiere el paciente que su enfermedad data de algunos años, manifestándose por la aparición de manchas pequeñas, rosadas y pruriginosas con crecimiento progresivo hasta alcanzar el tamaño de una moneda de diez centavos, localizadas en principio en el abdomen, se generalizan luego a la cara anterior de los brazos, a los miembros inferiores en especial hacia la cara interna de los muslos; y finalmente se hacen aparentes en la cara, en especial los pabellones de las orejas a las que infiltran con nodulos duros y que hacen sentir pesantez al paciente, a su nivel. Decide ingresar al Servicio de Medicina de Honores de este Hospital donde lo tratan como si fuera un Acromegálico con radioterapia de Hipófisis en N° de 41 al cabo de este número manifiesta edema generalizado de la cara por lo que suspende esta terapia. Permanece en este servicio durante dos meses sin manifestar mejoría alguna, hasta que egresa.

Permanece en su casa durante dos años, pero su enfermedad progresa: crecen las manchas y con ellas aumenta el prurito. Ingresó ésta vez al Servicio de Neuro psiquiatría de este mismo Centro donde permanece durante un mes y donde le administran inyecciones ignorando el nombre de las mismas, pero acusa con ellas sensación de calor. Egresa sin ninguna mejoría. En esta ocasión permanece en su casa durante tres años notando al cabo de los cuales y por causa de los traumatismos frecuentes, la formación de un pequeño absceso en la planta del pie izquierdo, que luego se reblandece dejando como secuela una úlcera que se acompaña de sensación de adormecimiento generalizado al tercio inferior de la pierna hasta la rodilla por lo que decide ingresar al Servicio de Dermatología. Como manifestaciones generales se presentan febrícula ligera, esplenomegalia y hepatomegalia así como diarrea mucosanguinolenta la que se trata con remedios caseros.

HISTORIA PASADA: Padres muertos, ignora causa. Enfermedades Anteriores: En su infancia: Sarampión; en su edad adulta: Paludismo.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Cabeza: Cefaleas ocasionales. Oídos: Infiltración por nodulos de los pabellones de los mismos. Garganta. Disfacia

ligera. Hígado y Bazo: *Crecimiento de los mismos con sensación de peso.* Miembros **Inferiores:** *Abscedación y rotura espontánea con formación ulcerosa referida en la historia, en la planta del pie izquierdo.* Piel: *Aparición de las manchas referidas, con los caracteres anclados antes, pérdida de sustancia a nivel de la planta del pie izquierdo.* Infiltración de la de los pabellones de las orejas por nodulos, Neuromuscular: *Perdida de la sensibilidad en el tercio inferior de la pierna izquierda. Sensación de peso de los pabellones de las orejas.*

EXAMEN FÍSICO: *Se trata de un paciente de buena constitución física. Temperatura 37 grados. Presión arteriar Mx: 145. Mn: 85 P: 80. R: 20 por minuto.*

Ojos: *Conjuntivas pálidas.* Oídos: *Crecimiento de los mismos a la palpación duros debido a la infiltración de los mismos nodulos.* Cuello: *Adenitis Bilateral.* Bazo: *Percutible y palpable a un través de dedo del reborde costal.* **Hígado; Percutible** y descendido, doloroso a la palpación. Miembros Inferiores: *En la planta del pie izquierdo, úlcera de fondo y bordes irregulares cubierta de detritus purulentos.* Adenitis inguinal Bilateral. Piel: *Manchas de color amarillo leonado localizadas en la cara anterior del brazo, cara anterior del abdomen, y cara interna de ambos muslos, pérdida de la misma a nivel de la ulceración de planta del pie izquierdo.* Neuromuscular: *Pérdida de la sensibilidad al calor, dolor y temperatura.*

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: *Eritrocitos: 3.500.00. Leucocitos: 1.650. Hg: 60% F. D. Neutrofilos: 54% L: 3%. Orina, Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Reacción: Acida. Densidad: 1018. Microscópico: Células escamosas positivo 3. Regular cantidad de células de pus. Heces: 0.*

DIAGNOSTICO: LEPRA INDETERMINADA.

Tratamiento: Aulosulfón 200 miligramos diarios y cura local del mal perforante con polvo de Aulosulfón. Se le da el alta mejorado. Deberá regresar a control dentro de tres meses.

NOTAS DE REINGRESO DEL MES DE MAYO: *El paciente presenta un buen estado general, dedicase a la agricultura. No hay ninguna manifestación de su enfermedad, más que una erosión en la planta del pie derecho, en el sitio de presión fuerte del dedo mayor. Sale mejorado llevando consigo medicinas. Vuelve a control el 11 de agosto. NOTA: Las lesiones que presentaba en el pie. derecho no han avanzado. En el pie izquierdo han hecho su **aparición** dos ulceraciones: una de ellas localizada en la región plantar del dedo mayor. La otra a nivel del primer metatarsiano. No hay ninguna otra lesión de las descritas en. la historia pasada. El estado general es bueno. Se concluye que hay lesiones tróficas en el pie izquierdo y lepromas no curados en el derecho; se iniciará otro curso de tratamiento. Exámenes complementarios en esta ocasión. Recuento Globular **Eritrocitos:** 3.000.000: **Leucocitos:** 7250 **Hg:** 50% **F.D.N.:** 60% **L:** 40% **T. de S.:** 40" **Orina Color:** Amarillo. **Olor:** Suigeneris. **Aspecto:** Ligeramente Turbio, **sedimento poco.** **Densidad:** 1015; **Reacción:** Acida, **escasas células de pus.** **Reacción de Kahnn y V.R.L.** negativos. **Heces:** Positivo 3 por huevos de Strongiloides.*

TRATAMIENTO: *Aulosulfón, dos tabletas de 100 miligramos diarias,*

desde el 13 de agosto al 22 del mismo mes, día en que se le da el alta. Cura local **del** mal perforante plantar con polvo de Aulosulfón.

REINGRESA EL 14 DE ENERO DE 1957. NOTA: Nos manifiesta que de las lesiones de los pies está bien, pero que siente malestar general, acompañándose, éste de reacción febril. Es sometido a un nuevo examen físico encontrándosele entre otros hallazgos: Presión Arterial Mx: 145 Mn: 85 P. 70 R: 20 por minuto T: 37°.

En el abdomen sobre todo en la fosa ilíaca izquierda hay dolor a la palpación. En el pie izquierdo (región plantar) hay una erosión superficial probablemente debida al traumatismo de la marcha con base a su padecimiento Hanseniano. En el pie derecho hay cicatrización del mal perforante plantar.

EXAMENES DE LABORATORIO DE ESTA OCASIÓN: Recuento Globular Eritrocitos: 2.880.000; Leucocitos: 5.450 Hg: 50% V de S: 7mm en una hora F. D.: Neutrófilos: 69% L: 29% E; 6% Hematozoario. Negativo. V.D.R.L. Negativos. Orina: Amarillo pálido. Aspecto: ligeramente turbio. Reacción: Ácida. Densidad: 1024 Células de pus en escaso número. Heces: Positivo 2 por huevos de Ascárides. Se somete, a tratamiento antianémica hasta el 6 de febrero fecha en que se le practica Recuento de Control con el resultado siguiente: Eritrocitos: 2.850.000 Leucocitos: 5.450 Hg: 50% Hematocrito: 31% P.D. Neutrófilos: 42% L: 52% V de S 15mm en una hora. Se practica al mismo tiempo le. prominoreacción con resultado: Negativo.

NOTAS PROGRESIVAS. El 14 de febrero nota **polaquiria** y Nicturia más acentuadas (ya anteriormente eran manifiestas como nos lo informa al interrogarle sobre este aspecto desde hace seis meses). Se envía a **interconsulta** al Departamento de Urología de donde nos informan: "el paciente necesita un estudio completo del aparato urogenital, siempre que **Uds. no** lo consideren contra indicado con el tratamiento actual, A nuestro examen encontramos por tacto rectal una próstata de consistencia leñosa y de tamaño N° 2. Recomendamos baños de asiento 2 u.d. Gantrisin 2 tabletas cada ocho horas durante dos días, al día siguiente medir orina residual. Sonda de Nelaton permanente. Se siguen las indicaciones y se miden 900 cc de orina residual los que se envían al laboratorio para examen con el resultado siguiente: Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Reacción: Ácida. Densidad: 1015. Escasas células de pus y escasas levaduras. Se practica un nuevo hemograma con el resultado siguiente: Eritrocitos: 4.150.000 Leucocitos: 5.700 H.G.M.: 27 **microgramos** C. de H G: 41% microgramos V. Globular: 70 milimicrogramos. H real; 33% Hematocrito: 29% V de S: 32 mm en una hora F. D. neutrófilos: 56% L: 34% E: 9% M; 1% Hg. 12 grams 82%.

EL 13 DE FEBRERO acusa dolor espontáneo en articulación coso-femoral izquierda así como ligera impotencia funcional. Se le ordena Rad de Pelvis con el resultado siguiente: Se observa proceso de osteoesclerosis en ambas crestas ilíacas y proceso osteolítico alternando con osteoesclerosis en el Izquierdo y Pubis. Se sospechan lesiones del mismo upo en la extremidad superior de ambos fémures. Impresión diagnóstica: Enfermedad metastásica de Próstata. Recordamos investigar en los demás huesos especialmente en la columna Lumbar. Se practica radiografía de esta última con el resultado

siguiente: Se observan intensas lesiones metastásicas del mismo tipo que las descritas en Pelvis. Probablemente existen en Cráneo y otros huesos. Se traslada al Servicio de Urología el 22 de febrero en donde es intervenido quirúrgicamente por Orquidectomía. Se envía el material al Departamento de Anatomía Patológica, de donde reportan: Aparente atrofia de Conductos Seminíferos, Escasos Espermatozoides. Se le practican inyecciones de Dietilbestrol una diaria, antianémicos, antibióticos como poso operatorio. El enfermo actualmente se encuentra en el Departamento de Oncología de este mismo centro hospitalario. Vuelve a interconsulta a nuestro Departamento de Dermatología acusando malestar general y decaimiento del mismo. Se le administran antianémicos y Aulosulfón para continuar su tratamiento.

Caso Número Dos

M. I. L. H. de 34 años, soltera, nacida y vecindada en Orocuina; ingresa al Servicio de Dermatología de Mujeres el 4 de febrero de 1954.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Erupción en la mano izquierda".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere la paciente que hace aproximadamente un año, le aparece una erupción pruriginosa en el cuerpo, la que se trata con aguas vegetales sin obtener resultado alguno; la erupción en referencia se presenta en forma de manchas rosadas, pruriginosas y en diferentes grados de evolución. "Nos dice mientras unas palidecían otra acentuaban su color". Con estos síntomas cutáneos se presenta cefalea frontal y malestar general. Quince días después, le aparecen vesículas en el dorso de los segundo y tercer dedos de la mano izquierda las que al reblandecerse dan salida a un líquido amarillento. En las orejas se forman nodulos que luego se reblandecen y abscedan. Habiendo sufrido quemaduras en el dorso de la mano izquierda nota la pérdida de sensibilidad tanto térmica como dolorosa. Iguales manifestaciones indoloras observa en la región de la planta de los pies con motivo de los traumatismos frecuentes.

HISTORIA FAS ADA: Padre muerto de calenturas, madre vive y es sana. Tiene 4 hermanos de los que uno padece de la misma afección.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Sarampión, Viruela y Tosferina. En su edad adulta. Paludismo.

HISTORIA SEXUAL Y MARITAL: Primer contacto sexual a los 19 años. Tres partos a término el último hace 15 años. Menarquia a los 15 años, regular, indolora, tipo 30/3. Última menstruación hace 15 años.

*REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Cefalea frontal referida. Oídos: Infiltración del izquierdo en la región del hélix por nodulos pequeños que no tardan en abscedarse y **ulcerarse**. Ojos: Fotofobia en ambos. Miembros Superiores: En base de las quemaduras sufridas y de la aparición de vesículas referidas sobre todo el dorso de los dedos 2 y 3 de la mano izquierda hay retracción de estos mismos dedos. Piel: Aparición de las manchas referidas en la historia y con los caracteres apuntados anteriormente, retracción de la de los dedos 2 y 3; pérdida de substancia a este mismo nivel al igual que a nivel de la oreja izquierda. Infiltración nodular generalizada de la cara.*

NEUROMUSCULAR: Pérdida de la sensibilidad doloroso y térmica en el dorso de la mano izquierda y de las regiones plantares de ambos pies.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de una paciente de débil constitución que coopera al interrogatorio. Presión arterial: Mx: 120 mm: 7.5 P: 70 R: 20 por minuto. T: 37°. Encontramos la Oreja Izquierda: Infiltrada y dura con pérdida de substancia. Nariz, región de las mejillas y mentón: Infiltradas por pequeños nodulos, con congestión local de estas áreas. En los miembros Superiores a nivel de la mano izquierda sobre todo en la región dorsal de los dedos segundo y tercero cicatriz retráctil en flexión. En la piel de la cara manchas redondas, variables en tamaño, más acentuadas en su coloración las que se localizan a nivel de la nariz y mejillas y que al tacto dan la sensación de dureza y engrosamiento. Retracción de la misma a nivel de los dedos de la mano izquierda.

NEUROMUSCULAR: Pérdida de la sensibilidad a nivel de la cicatriz retráctil de la mano, y de la cara plantar de los pies. Atrofia de la eminencia tenar e hipotenar, de la mano referida.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. Recuento Globular. Eritrocitos: 3.000.000 Leucocitos: 6.000 Hg: 69% F. D. Neutrofilos: 64% L: 29% E: 2% Reacción de Kahn y V.D.R.L.: Negativos. Orina color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Aspecto: Ligeramente turbio; floculemos escasos. Reacción: Acida. Densidad 1011, Células escamosas positivo 2 Hematíes. Escasas células de pus. Se practica nuevo Recuento Globular el 10 de febrero con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.000.000: Leucocitos: 7.050 F. D. Neutrofilos: 59% L: 38% E: 2% T. de C. 2'15". Recuento Globular del 14 de Febrero Eritrocitos: 3.350.000. Leucocitos: 9.000 T. de C:2-10" T. de S:58" F. D. Neutrófilos: 68% L: 10% M: 5% E: 2%. Recuento Globular del 31 de Marzo Eritrocitos: 3.850.000, Leucocitos: 12.000 Hg: 75% F. D. Neutrófilos: 76% L: 28% Heces: Positivo por Colibacilos. Secreción por Bacilo de Hansen: Negativo. El 13 de Febrero se toma Biopsia de la piel del antebrazo izquierdo a nivel de las manchas nos reportan del Departamento de Anatomía Patológica: Lepra Tuberculoide. Conviene hacer leprominoreacción. Tratamiento: Aulosulfón 0.1 por 4 semanas 0.2 hasta la doceava semana, en la que se concluye dando 0.4. Se suspende luego. Sulfato ferroso. Vitamina B1. Extracto de Hígado. Sale mejorada.

Caso Número Tres

H. F. A. de 54 años, casado, agricultor. Nacido y avecindado en Choluteca. Se presenta a consulta el 24 de noviembre de 1954.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Adormecimiento y retracción de los dedos de la mano izquierda. Adormecimiento del pie izquierdo. Manchas en el cuerpo".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere el paciente que íu enfermedad se inicia desde hace aproximadamente veinte meses con adormecimiento gradual de los dedos meñique y anular coincidiendo con ésto, se presenta adormecimiento del pie izquierdo, manchas rosadas pálidas, redondas, que se localizan en los brazos y tronco.

Dos meses después de la iniciación de los síntomas referidos, se presenta atrofia de la eminencia tenar e hipotenar con retracción de los dedos meñique y anula'; apareciendo al mismo tiempo dos tumoraciones nodulares, duras, del tamaño de un grano de maíz, elásticas, indoloras y móviles

con relación a **los planos vecinos** y de distinta **Idealización**; una de ellas, en el extremo **distal** del Cubito y la otra, en la región **epitroclear** del miembro superior izquierdo.

HISTORIA PASADA: Padres muertos de fiebre de tipo indeterminado. **Un hermano** muerto de diarrea y fiebre.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Sarampión, **Tosferina** y Viruela. En su edad adulta: Paludismo.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Encontramos en Ojos: Disminución de la agudeza **visual**. Oídos: Tinnitus en ambos. Nariz: **Obstrucción ocasional**. En miembros Superiores: En el izquierdo: **Atrofia de las eminencias tenar e hipotenar**, **retracción de los dedos meñique**, y anular. Aparición de las **tumoraciones referidas en la historia con los caracteres anotados**. En miembro inferior izquierdo- **Adormecimiento del pie**. En piel: **Aparición de manchas blancoamarillentas y rosadas en la cara anterior del tórax**, las que actualmente han tomado una **coloración grisácea**. **Retracción de -la misma a nivel de la cara dorsal de los dedos**. Neuromuscular: **Adormecimiento de las regiones dorsales de los dedos meñique y anular de la cara anterior del tórax, del pie izquierdo**, y de las eminencias tenar e hipotenar acompañándose en esta última localización de trastornos tróficos: Examen físico: Se trata de un paciente de constitución fuerte, que coopera **al** interrogatorio. Presión arterial Mx: 160. Mn: 90. p. 90. R: 18 por minuto. T-.37.5 Encontramos en el corazón un **reforzamiento del segundo tono en el foco Aórtico**. En Miembros Superiores: **Atrofia de las eminencias tenar e hipotenar**. **Retracción en flexión de los dedos meñique y anular**. **Dos tumoraciones nodulares, duras movibles, indoloras, (Gomas Cubitales) localizadas la una: En el extremo distal del Cubito y otra en la región Epitroclear**. En ganglionar: **Adenitis Inguinar Bilateral**. **Piel:** **Manchas blanco grisáceas en la cara anterior del tórax**, y en miembro superior, de forma numular, algunas tan leves que parecen **plegamientos de la piel**. **Neuromuscular:** **Gomas Cubitales, pérdida de la sensibilidad al dolor y calor en las zonas de localización de las manchas, en la cara dorsal de la mano izquierda y en el pie homónimo**. **Atrofia de las eminencias Tenar e Hipotenar**. **Retracción en flexión de los dedos meñique y anular izquierdos**.

SE LE PRACTICAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS con los resultados siguientes: Eritrocitos: 4.000.000: Leucocitos: **10.000**. Hg: 86% (14.40 grms.) Fórmula Diferencial Neutrófilos: **46%**. **L: 33%**. **E:17%**. **B: 1%**. **M: 3%**. **Hematozoario:** Negativo. Kahn y V.D.R.L.: Negativos. Orina color. Amarillo pálido. Apariencia: Clara. Olor: Suigeneris. Reacción: Ácida. Ph-5.5. Densidad: 1015. Se envía Biopsia de piel de la región anterior **del tórax con resultado: LEPRO TUBERGULOIDE**.

TRATAMIENTO: Aulosulfón 100 miligramos 2 veces a la semana. Rubratón Elixir durante el primer mes.

NOTAS DE CONTROL Vuelve a control el 18 de- Diciembre. En es-la ocasión se le practica **reacción de la Acetilcolina en el centro de una placa blanquecina de la región del tórax**. Interpretación: **No hay erección de glándulas ni de pelos; pero sí, puntos azulados de lo duro' de Almidón**. **Conclusión:** Negativa. Nos manifiesta tener menos ruido en el oído izquierdo. Continuará con 200 miligramos de Avlosulfón dos veces a la semana.

VUELVE A SU SEGUNDO CONTROL: Ordenándosele **en esta**

ocasión aumentar a 300 miligramos de Avlosulfón, así como se le inyectará Foselite B.

REGRESA EL 19 DE SEPTIEMBRE: Manifestándonos haber terminado sus tabletas de Avlosulfón. Se le indica descanso temporal en este tratamiento.

EL 21 DE NOVIEMBRE VUELVE A CONTROL: NOTA: Hay mejoría de la audición. No hay progreso de las máculas amarillas de los brazos ni del tórax. El sueño es mejor. Acusa dolor lumbar. Se reinicia tratamiento con una tableta (100 miligramos) diaria de **Avlosulfón** durante 45 días más.

NOTA: Este paciente por razones de ser alcohólico crónico murió seis meses después por Idus apoplético.

Caso Número Cuatro

M. C. M. de 45 años, sol/era, lavandera, nacida en la aldea de San-Pedro (jurisdicción de Goascorán) y vecindada en el **mismo**. Ingresa al Servicio de Dermatología el 20 de noviembre de 1955.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Granos en pies y manos. Pérdida de sustancia de los dedos de la mano y pies".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere la paciente que su enfermedad se inicia hace aproximadamente unos 20 años, con la aparición de rosas en el cuerpo, localizadas al principio en la región suborbitaria y en el dorso de la nariz, son de forma redondeada, rosadas y **pruriginosas** y no tardan **en** generalizarse a los miembros y al resto del cuerpo. Debido al progreso de la enfermedad, durante los ocho años siguientes, decide ingresar al Hospital de La Unión en donde **te** administran como tratamiento inyecciones de Bismuto y Neosalvarzán con lo que se estaciona el progreso de la enfermedad. Permanece así cinco años al cabo de los cuales se reanuda la enfermedad con la aparición de ampollas, que al reblandecerse dan salida a líquido amarillento dejando como secuela inmediata ulceraciones profundas que provocan la caída del primer dedo del **pie** izquierdo, siendo invadidos más tarde los del pie derecho y las manos en las que provocan la caída de los dedos con formación de muñones de retracción. Acompañando a estos síntomas se manifiesta la pérdida de la sensibilidad al calor y al dolor. "Se quemaba sin sentir dolor alguno", en las zonas de localización de las rosas y de las ampollas escalofríos, malestar general y fiebre. En esta ocasión decide ingresar al Servicio de Dermatología, de este Hospital.

HISTORIA PASADA: Padre muerto de senilidad; la madre: de los intestinos. Tiene tres hermanos los que son enfermos ignorando la causa.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión y Viruela en su infancia. Historia Sexual y Marital: **Menarquía** a los 14 años, tipo 30/6, abundante, indolora. No da historia de partos ni abortos.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ella **encontramos** cefalea frontal ocasional. Oídos: Infiltración de ambos pabellones. Ojos: Fotofobia. En la Nariz: Obstrucción bilateral, infiltración del dorso y alas, **acompañándose** de secreción muco purulenta abundante, inodora y de color amarillento. Respiratorio: **Tos** seca y disnea ligera. Corazón y **vasos:** Palpitaciones y opresión retro esternal. Gastro intestinal: Diarrea intermitente al principio de la enfer-

medad. Miembros Superiores: Aparición de las ampollas referidas en la historia, ulceración de éstas por escarificación con formación de los muñones de retracción que presenta actualmente. Miembros Inferiores: Ulceraciones que más tarde dan lugar a caída de los dedos de ambos pies. **Piel.** Aparición de las manchas y ampollas diferidas con los caracteres anotados. **Neuromuscular:** Pérdida de la sensibilidad al calor y dolor en las zonas de Idealización de las manchas y ampollas anotadas.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de una paciente de delgada constitución, con escaso panículo adiposo (Caquéctica) que coopera al interrogatorio. Presión arterial Mx: 120. Mn: 90. P: 80. R: 20 por minuto T: 37°.

Oídos: Infiltración y crecimiento de los pabellones. Ojos: Exoftalmos, Mídrasis, edemas palpebrales y pérdida del reflejo fotomotor. Nariz: Deformidad del dorso en catalejo por perforación del tabique, presencia en éste de secreción muco purulenta abundante. Genitourinario: Vulva entreabierta, secreción leucorreica, amarillenta, escasa, inodora. Miembros Superiores: Amputación de los dedos de ambas manos con muñones de retracción. Miembros Inferiores: Escaras en pie izquierdo, mutilación de los dedos y mal perforante plantar. **Ganglionar:** Adenitis inguinar bilateral. Piel: Manchas leucodérmicas en los muslos y brazo derecho. Infiltrada a nivel de la cara y pabellones de las orejas. Pérdida de la misma a nivel del mal perforante plantar, retracción a nivel de los muñones. Neuromuscular: Pérdida de la sensibilidad en antebrazos, manos y pies que no guardan ninguna relación con la distribución de los nervios. Mal perforante plantar.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Recuento Globular. Eritrocitos: 3.840.000. Leucocitos: 5.050. Fórmula Diferencial Neutrófilos: 60% L: 40% Hg: 50%. Orina, color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Reacción: Ácida. Densidad: 1007. Floculemos: pocos. Ligeras trazas de albúmina. Escasas células de pus, células escamosas y Bacterias positivo 2. Kahn y VD.R.L.: Negativos. Heces Q de Giardia Lamblia. Se le practica recuento de control con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.430.00. Leucocitos: 6.450 Hg: 50% T. de C.: 2' f de S: 1'30" F. D.: Neutrófilos: 66% L: 32%. Orina de esta misma fecha (19 de Enero). 'Con iguales caracteres de la anterior teniendo que apuntar únicamente que persisten las células escamosas y hay células de pus positivo 3.

Se le practica un nuevo recuento de control el 2 de Febrero con el resultado siguiente: Eritrocitos: 4.210.000. Leucocitos: 7.950 Hg: 60% T. de C. 2' T. de S: V Neutrófilos: 75% L: 25%. Recuento del 4 de Abril: Eritrocitos: 3.700.000. Leucocitos: 7.800 Hg: 65% Neutrófilos: 68% L: 30% M: 2% T. de C: 3'. Se toma Biopsia de piel y del tejido celular subcutáneo del pie izquierdo y nos reportan de Anatomía Patológica: Nada de particular en los tejidos examinados. Biopsia del mal perforante plantar izquierdo: LEPRO TUBERCULOIDE, Biopsia del Nervio Cubital: Neuritis Crónica del Cubital. Tratamiento: Avlosulfón 100 miligramos diarios desde el 23 de noviembre al 17 de marzo día en que se suspende la droga. Levadura de Cerveza. Extracto de Hígado y Complejo B. Cura del mal perforante plantar con solución de Permanganato de Potasio y Avlosulfón local. Se le da el alta llevando consigo medicinas para la continuación de su tratamiento. Sale mejorada.

NOTAS DE REINGRESO Y CONTROL. Reingresa el 10 de di-

ciembre de 1956. NOTA: Vuelve la paciente, en buen estado -que contrasta con el esquelético y caquético de la primera vez. Tía estado tomando una tableta diaria de Avlosulfón (100 miligramos) hasta la fecha. Solamente hay mal perforante plantar y exulceración de la parte anterior del pie derecho. Se practica recuento globular el 14 de diciembre con el resultado siguiente: Eritrocitos: 4.400.000. Leucocitos: 8.200 Hg: 70% F. D. Neutrófilos: 70% L: 30% E: 2% V de S: 20mm. por hora Hematócrito: 44% Kahnn y V.D.R.L.: Negativos. Heces: Huevos de *Estrongoloides* positivo 2. Orina, Color: Amarillo pálido. Aspecto: Turbio. Reacción: Ácida. Densidad: 1014. Epiteliales escamosas positivo 3 Bacterias: Positivo 2. Cristales de Oxalato de Calcio. Se practica Lecrominoreacción el 17 de diciembre con el resultado: Negativo. Se practica un nuevo recuento el 28 de diciembre con resultados: Eritrocitos: 3.900.000. Leucocitos: 6.000 Hg: 75%: T de S: 2' T de C: 2'30".

NOTAS PROGRESIVAS. El 5 de febrero la paciente presenta reacción febril acompañada de malestar general, escalofríos, vómitos, pérdida del apetito, dolor pulsátil en la planta del pie derecho. Se le administran analgésicos sin resultado satisfactorio hasta que se evacúa mediante punción un líquido negrusco cediendo con ésta la fiebre. Se le trata con Avlosulfón local de Permanganato, se le inyectan 500 cc. de suero glucosado. El 20 de febrero se suspen el Avlosulfón que se administra por la vía oral por pérdida del apetito. Como continúa mejor se le da el alta condicional.

Caso Número Cinco

F. C. V. de 20 años, soltera, de oficios domésticos, nacida en San Juan y vecindada en el Corpus (Departamento de Choluteca). Ingresa al Departamento de Dermatología el 20 de enero.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Granos en los dedos de los pies. Pérdida de substancia de los mismos. Retracción de los dedos de las manos. Aparición de manchas en el cuerpo".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD. Refiere la paciente que su enfermedad se inicia por infiltración edematosa del pie derecho con aumento de volumen del mismo, siendo la infiltración más acentuada en el dedo gordo que más tarde se evacúa espontáneamente dando salida a un líquido amarillento fétido y purulento dejando como secuela una úlcera de bordes irregulares, fondo sanioso y cubierto de detritus purulentos. Observa para este tiempo, la aparición de manchas blanquecidas, periginosas que no tardan en generalizarse y que crecen progresivamente hasta alcanzar las dimensiones actuales (una moneda de un lempira). Algún tiempo más tarde se ulceran los demás dedos del pie. derecho y sufren la amputación espontánea quedando únicamente hasta la fecha los muñones de cicatrización. Este proceso se presenta igualmente en el pie izquierdo pero con una evolución menos acentuada. Hace un año se hace notable la impotencia de los dedos de las manos "se me ponen duros" nos dice la paciente, deformándose y retrayéndose en flexión. A estas manifestaciones anotadas acompañan reacción febril.

HISTORIA PASADA: Padres muertos de fiebre.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Gripes frecuentes y paludismo

en su edad adulta. Historia Sexual: Menarquia a los 14 años, tipo 30/3 abundante, irregular, indolora. Última regla en diciembre de 1955.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Encontramos cefaleas frontales. En nariz: Secresión amarillenta, purulenta, abundante. Abdomen: Dolor en hipogastrio desde hace 15 días. Genitourinario: Secresión leucorreica abundante. Miembros Superiores: Retracción y sensación de envaramiento de los dedos de la mano izquierda especialmente. En la derecha retracción menos acusada de los dedos excepto el índice y Pulgar. Miembros Inferiores: En el pie derecho: Proceso de deformidad de los dedos, aparece en la región plantar a nivel del dedo mayor una úlcera de bordes y fondo con los caracteres anotados en la historia. Piel: Aparición de manchas referidas en los caracteres anotados, pruriginosas y más acentuadas en la cara (mentón, región submaxilar), en el tórax en la región Ínterescapular y hacia las paredes laterales y en ambas caras de los antebrazos.

NEURO MUS CU LAR: Pérdida de la sensibilidad al calor y dolor en las zonas de localización de las manchas y en miembros inferiores y superiores. Pérdida de substancia a nivel de los dedos del pie. Mal perforante plantar.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de una paciente delgada, que coopera al interrogatorio, con psíquico deprimido. Presión arterial Mx: 120 Mn: 80 P: 70 R: 20 T: 37°.

Hay secresión purulenta abundante en la nariz. En el abdomen encontramos que hay dolor a la palpación fin ambas fosas Ilíacas e Hipogástrico. Genitourinario: Vulva entreabierta manando secresión leucorreica abundante., en la región del Introito. Fondos de saco laterales dolorosos. En la mano izquierda hay retracción cicatrizal de todos los dedos. En la derecha retracción igualmente en flexión, pero en ella quedan indemnes los dedos índice, y pulgar. En el pie derecho **mal** perforante plantar de bordes y fondo irregular cubierto de detritus purulento a nivel del dedo mayor Muñones de amputación de los restantes dedos. Infarto Inguinal Bilateral Piel: Manchas e hipocrómicas en las regiones del mentón, submaxilar, tórax, (región de. ambas mamas e Ínter escapular) cara posterior de ambos brazos. Neuromuscular: A la exploración superficial hay anestesia, alternando con zonas de hipoestesia táctil en manos y pies. En la cara la sensibilidad es **normal**. La sensibilidad al dolor y calor francamente disminuida especialmente en la mano izquierda y los pies.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Recuento Globular el 23 de enero. Eritrocitos: 3.220.000. Leucocitos: 12.950. Hg: 50% T. de S: V T de C: 2" Neutrofilos: 78% L: 21% Orina, Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Reacción: Acida. Aspecto: Turbio. Densidad: 1014. Ligeras trazas de Albúmina. Abundantes células de pus. Células epiteliales escasas positivo 3. Kahnn y V.D.R.L.: Negativos. Recuento de control del 9 de febrero: Eritrocitos: 3.840.000. Leucocitos: 6.200. Hg: 65% T de C: 2'. Se **práctica** nuevo recuento el 27 de febrero con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.430.000. Leucocitos: 8.150 Hg: 60% T. de S: V. T. de C: 2'30". Neutrófilos: 78% L: 22%. En marzo 7 se le practica un nuevo recuento Eritrocitos: 3.290.000. Leucocitos: 5.950 Hg: 60% L: 40% T. de S.: 2': T de C: 3'. N: 60%. Se investiga la secresión nasal por bacilo de Hansen

con resultado: POSITIVO. Se practica biopsia de piel de espalda y la cara anterior del antebrazo con resultado: LEPRA TUBERCULOIDE.

TRATAMIENTO: Una tableta de 100 miligramos de Avlosulfón desde el 12 de enero al 17 de abril día en que se le da el alta condicional estando mejorada. Volverá a control dentro de tres meses. Extracto de Hígado, Delta Cortef.

" REINGRESA EL 17 DE SEPTIEMBRE: En esta ocasión lo hace por dolor y fiebre. Notas de Reingreso. Persiste la pérdida de substancia de ambos pies. Hay máculas geográficas en la piel del tronco, miembro y cara. Hay una escoria hemorrágica en un punto inmediato al tercer dedo del pie derecho. Se le practican nuevos exámenes de laboratorio. Recuento Globular. Eritrocitos 2.460.000. Leucocitos: 5.300 Hg: 59% V. de S.: 31 mm. en una hora. Se le practica un nuevo recuento globular el 16 de octubre. Eritrocitos: 3.380.000 Leucocitos: 7.500. Neutrófilos: 66% L: 24% E: 10% T de C: 3' de S: T. Se le da el alta.

EL 16 DE DICIEMBRE REGRESA A CONTROL. En esta ocasión se le practica recuento globular con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.620.000. Leucocitos: 9.400 Hg: 60% T. de C: 3' f. de S: V. Neutrófilos: 76% L: 22% E: 2%. Se practica recuento de control el 8 de enero de 1957! Eritrocitos: 4.400.000. Leucocitos: 8.900. Neutrófilos: 80.% L: 20% Hg: 70%. Se le practica Leprominoreacción con resultado: FERNANDEZ POSITIVA (48 horas) y a los 21 días Mutzuda fuertemente POSITIVA.

TRATAMIENTO: Avlosulfón 2 tabletas de 100 miligramos. Se le da el alta, debiendo regresar dentro de tres meses.

La paciente vuelve por pérdida de substancia de los dedos, infección secundaria y fiebre, el 17 de febrero. Se le aplican paños de solución de Permanganato local y antibióticos. El 28 de febrero se reblandece el punto de inoculación de la lepromina dando salida a líquido amarillento caseoso. El 26 de febrero cede la fiebre y han cicatrizado las lesiones de los dedos del pie. Se le practica un nuevo recuento el 14 de febrero. Eritrocitos: 2.380.000. Leucocitos: 6.450. Hg: 65% T de C: 3'30". Neutrófilos: 84% L: 16%. Tratamiento: Avlosulfón una tableta de 100 miligramos diaria. Ferradol. El 28 de marzo se inicia tratamiento quinseológico de los dedos, se le adapta aparato Moss, permanece con él tres semanas aproximadamente. Se le suprime debido a lesiones tróficas de los dedos. El 30 de mayo presenta síndrome diarreico, se le trata con Kaopectate con Neomicina-Hordenor. Se le da el alta el primero de junio. Deberá regresar a control dentro de tres meses: lleva consigo Avlosulfón para continuar el tratamiento en su casa.

Caso Número Seis

C. B. O. de 35 años, soltera, analfabeta, nacida y vecindada en mon.-jarás. Ingresa al Servicio de Dermatología el 18 de enero de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Manchas en el Cuerpo".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere la paciente que su enfermedad se inicia con la aparición de manchas rosadas, redondas, pruriginosas de crecimiento excéntrico localizadas en especial en las mejillas,

nariz, orejas, espalda, miembros superiores e inferiores. Se somete a tratamiento parenteral de medicinas de las que ignora el nombre, pero con las que se estaciona el proceso durante tres años. Hace dos meses se reinicia m enfermedad con la aparición de una mancha blanca en la cara anterior a la rodilla izquierda, acompañándose ésta de parestesias (hormigueos, calambres dolorosos en las caras plantar y dorsal de los pies) así como con la aparición de ampollas en los mismos.

HISTORIA PASADA: *Padres muertos, ignora causa. Enfermedades anteriores: Sarampión, Viruela y gripes frecuentes en su infancia; en la edad adulta: Paludismo y Neumonía en dos ocasiones. Historia Sexual: Menarquia a los 14 años, escasa, indolora, tipo 30/3. 3 partos a término, todos muertos por causa ignorada.*

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: *Cefaleas ocasionales, infiltración de los pabellones de ambas orejas. Nariz: Infiltración del dorso y alas. Mejillas: Enrojecimiento e infiltración. Tos ocasional. Pirosis y gastralgias, poliuria y disuria, secreción leucorreica blanquecina vaginal. Miembros inferiores: Lesiones ampollares referidas. En Miembros superiores: Impotencia ligera en los movimientos articulares. Piel: Aparición de las manchas referidas en cara en la que tiene el aspecto de infiltrado duro y rojo, en el tórax y cara anterior de la rodilla izquierda. Neuromuscular: Parestesias en las zonas de localización de las manchas, en especial la de la rodilla, calambres dolorosos en miembros superiores. Disminución de la sensibilidad en las manos en donde se ha quemado sin manifestar dolor alguno.*

EXAMEN FÍSICO: *Se trata de una paciente de aspecto triste, no coopera al interrogatorio. Presión arterial Mx: 120 Mn: 80 P: 80 R: 18 por minuto T: 37.5. Ojos: Infiltración de la región ciliar con alopesia local de la cola de las cejas. Oídos: Aumento e infiltración de los pabellones de los mismos y a la palpación sensación de dureza. Nariz: Infiltrado duro de las ventanas y dorso de aspecto rojizo. En el Abdomen: hay dolor en el cuadrante cólico. Vulva entreabierto manando secreción leucorreica abundante. En la mano izquierda (cara palmar) hay cicatriz retráctil. En la mano derecha a nivel de los dedos medio y anular en su cara dorsal hay cicatrices que la paciente atribuye a la rotura de ampollas a su nivel. En los restantes dedos hay ligera impotencia funcional En los miembros inferiores hay lesiones vesiculares, en el dorso de los dedos. Pie: zonas despigmentadas en la región escapular de dos centímetros de extensión en la cara externa de arribos brazos de seis a ocho centímetros. Retracción de la cara palmar de la mano izquierda a nivel de las cicatrices. Cicatrices de los dedos medio y anular de la mano derecha. En los miembros inferiores zonas acrómicas a nivel de la cara externa de ambos muslos, en la cara anterior de la rodilla izquierda y finalmente una de mayor extensión en ambas piernas. Neuromuscular: Pérdida de la sensibilidad al calor y dolor en las zonas de infiltración. Hipoestesia en la cara externa de ambos brazos.*

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: **Recuento Globular del 21 de enero:** *Eritrocitos: 3.860.000. Leucocitos: 11.450. Hg: 60% T de C: T de S: 1\ Neutrófilos: 76<-/o L 24%. Kahn y V.D.R.L.: Negativos. Orina: Color: Amarillo. Aspecto: Turbio. Reacción: Ácida. Densidad: 1014. Escamosas positivo 3. Pocas células de pus. Floculentos pocos. Tricomonas activas.;*

SE LE PRACTICA RECuento DE CONTROL EL 9 DE FEBRERO con el resultado siguiente: Eritrocitos: 2.460.000. Leucocitos: 10.000. Hg: 50%. Neutrófilos: 72% L: 50% E: 26% T. de C: V30" T de S: 2' M: 2%. Recuento del 21 de febrero: Eritrocitos: 3.620.000. Leucocitos: 10.000. Hg: 65% T. de C: 3'15". T. de S: 2' Neutrófilos: 80% L: 20%. Recuento del V> de marzo: Eritrocitos: 3.540.000, Leucocitos: 6.550. Hg: 60%. Neutrófilos: 80% L: 20% T, de C: V30" T. de S:1'. Recuento del 7 de marzo: Eritrocitos: 2.610.000. Leucocitos: 5.500. Hg: 50%. Neutrófilos: 62% L: 38%. Recuento del 21 de marzo: Eritrocitos: 3.640.000. Leucocitos: 9.850. Hg: 50%. Neutrófilos: 69% L: 30% E: 1% T. de C: 2'30" T. de S: 2'. Recuento del 4 de abril: Eritrocitos: 4.120.000. Leucocitos: 8.400 Hg: 70%. Neutrófilos: 43% L: 47% E: 10% T. de C: 2'. Recuento del 26 de marzo -.Eritrocitos: 4.980.000. Leucocitos: 9.450 Hg: 80% T. de C: 2' T. de S: 1'. Recuento del 22 de junio: Eritrocitos: 4.300.00. Leucocitos: 6.100. Hg: 60%, Neutrófilos: 57% L: 34% T. de C: 2'30" T. de S: 4". Biopsia de la pie) del tórax: nos reportan: Probable LEPRA TUBERQUULOIDE.

TRATAMIENTO: Dos tabletas de 100 miligramos- desde el mes de enero al de junio de 1956, de Avlosulfón. Sale mejorada llevando consigo tabletas de Avlosulfón para seguir el tratamiento en su casa.

Caso Número Siete

A. C. M. de 69 años, soltero, sastre, nacido en Choluteca y avecindado en Namasigüe Ingres a al Servicio de Dermatología el 25 de agosto de 1952.

SÍNTOMA PRINCIPAL; "Dedo del pie ulcerado".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere el paciente que hace 10 años, observa adormecimiento del pie izquierdo y sin causa aparente, acompañándose de pérdida de la sensibilidad al calor. No da importancia a esta manifestación durante cinco años al cabo de los cuales se forma un callo en la planta del mismo pie y a nivel del dedo mayor que termina por reblandecerse y dar salida a líquido caseoso, amarillento con formación subsecuente a su nivel de una úlcera de fondo irregular y cubierto de detritos purulentos. Data de este tiempo y la aparición de manchas de color blanquecino en las regiones: Glútea, Lumbar y Escapular. Decide entonces tratarse pero sin ningún resultado trasladándose entonces a este Servicio.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión y Viruela en su infancia. Paludismo en su edad adulta.

HISTORIA PASADA: Padres muertos, ignora causa.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Encontramos en ésta: Tos seca ocasional. En el pie izquierdo la formación de la úlcera con los caracteres anotados en la historia. En la piel la formación y aparición de las placas blancas y que ocupan las localizaciones anotadas. Neuromuscular: Pérdida de la sensibilidad y adormecimiento en el tercio inferior de la pierna izquierda, a nivel de las zonas de despigmentación y a nivel de la úlcera. (Bordes y fondo).

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de delgada constitución, presión arterial Mx: 130 P: 70 R: 20 por minuto T: 37°.

EN PULMONES: hay crepitantes en bases. En el pie izquierdo: Ulcera de fondo y bordes irregulares cubiertos de detritus purulentos, a nivel de la base del dedo mayor. En la piel: placas de despigmentación en las regiones Glúteas, Lumbar y Escapular de bordes irregulares. En Neuromuscular: Pérdida de la sensibilidad al dolor y térmica a nivel de las placas de despigmentación, en el fondo y bordes de la ulceración.

DIAGNOSTICO: LEPROA TUBERCULOIDE.

TRATAMIENTO: Avlosulfón dos tabletas de 100 miligramos diarios. Cura local con polvo de Aulosulfón del mal perforante plantar. Se le da el alta mejorado, deberá regresar dentro de tres meses a control.

NOTAS DE REINGRESO Y CONTROL: Regresa a los tres meses siguientes con sus lesiones sin mostrar ningún progreso. Se controlará dentro de tres meses al cabo de los que debe regresar.

EN OCTUBRE DE 1955 REGRESA: "Presentando en esta ocasión ulceración de los primero y segundo dedos del pie izquierdo, son de bordes y fondo irregular excavado. Se le trata con Avlosulfón tabletas y cura del mal perforante con polvo del mismo (Avlosulfón). Sale mejorado.

Se le practican exámenes de laboratorio. Recuento del 19 de octubre con el siguiente resultado: Eritrocitos: 4.200.000. Leucocitos: 600.000. Hg: 60% (9.4 grms.) Hematócrito: 41% V. de S: 14 mm. en una hora. Neutrófilos: 58% L: 30% E: 6% M: 6%. Orina: Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Densidad: 1010. Reacción: Ácida. Sedimentos: _ Escasos floculentos. Heces: Q de Histolytica.

Sale curado el 5 de diciembre con la recomendación de regresar dentro de tres meses. Se le da Avlosulfón para que continúe su tratamiento en casa.

EL 19 DE MARZO REINGRESA. NOTA: El paciente está en perfectas condiciones de salud; deberá regresar dentro de tres meses. Lleva consigo Avlosulfón.

EN JULIO DE 1956: regresa a control. Para esta fecha se anota lo siguiente: Ya no hay lesiones cutáneas, excepto una mácula en el costado izquierdo. Las lesiones de los pies están cicatrizadas. El estado general es bueno.

EL 20 DE DICIEMBRE DE 1956: Reingresa al Servicio por malestar general, fiebre elevada, y ulceración del dedo medio del pie izquierdo. En esta ocasión se le practica examen físico completo, encontrándose: En Pulmones: Crepitantes en base. En el Epigastrio e Hipocondrio izquierdo una masa de bordes irregulares, dura, dolorosa, móvil en relación a los planos vecinos y con mayor excursión hacia el Hipocondrio izquierdo (al contrario nos informa la ha notado desde hace tres meses aproximadamente). En Miembros Inferiores: Ulceración de bordes irregulares y extendidos hacia el dorso y bordes laterales del dedo medio, de fondo rojizo y húmedo cubierto de detritus purulentos. Los movimientos del dedo son indolores. Hay además estrías blanquecinas en el dorso de los primero y segundo dedos. En la piel encontramos las placas referidas en las regiones Glúteas, Lumbar e Interscapular. La sensibilidad está disminuida en el pie y pierna izquierdas; abolida por el contrario en la piel del dorso y región glútea.

*Se le practican exámenes de laboratorio por la sintomatología presentada al ingresar: Hematozoario y **Welch**; Negativos. Recuento globular con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.300.000. Leucocitos: 8.400. Hg: 60%. Neutrófilos: 67% L: 33% T. de C: 2'. T. de S: V. Orina: Color: Amarillo ligeramente turbio. Reacción: Acida; en químico y microscópico: N de P Kahnn y V.D.R.L.: Negativos. Se envía a Rayos X para Flat de abdomen, nos reportan: No visualizamos la masa que ustedes palpan. Se le practica radiografía con medio de contraste con el resultado siguiente: Fluoroscópicamente observamos infiltrado de la mitad inferior del estómago. De todas maneras envíen a control al paciente. Se le practica Leprominoreacción con el resultado: NEGATIVO. Se le somete a intervención quirúrgica el 21 de enero, el cirujano encuentra: Invasión de la mitad superior del Estómago, ganglios y Píloro, por lo que decide cerrar la cavidad abdominal. Envía biopsia de la cara posterior del Estómago con el resultado siguiente: Carcinoma Mucoso del Estómago. En el postoperatorio no hay ninguna complicación. Pide su alta. Lleva consigo antiespamódicos, antianémicos. Sale el 30 de enero de 1957,*

Caso Número Ocho

P. R. M. de 36 años, soltera, de oficios domésticos, nacida en Langue y avecindada en Progreso. Ingresa al Servicio de Dermatología el 28 de febrero de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Manchas en el cuerpo. Adormecimiento en la cara y los pies"

*HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere la paciente **que** su enfermedad se inicia hace , seis años con la aparición de vesículas en la cara interna de los muslos y la espalda; las que desaparece?! espontáneamente pero de jando domo secuela manchas blanquecinas de crecimiento excéntrico. Para este mismo tiempo nota la aparición de "granos" en la planta de ambos pie* los que te curan sin ningún tratamiento "se me secan", dice la paciente. Es tratada en el Hospital de La Lima por las cicatrices, con Bismuto y Neosalvarzán sin resultado alguno. Hace un año nota la infiltración de la nariz ¿dorso y alas) por nodulos que llegan a desfigurarla. Con estos síntomas cutáneos se presentan parestesias (hormigueos y calambres ocasionales).*

HISTORIA PASADA: Padres muertos, ignora causa.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En "m infancia: Sarampión, Virola, Parotiditis. En su edad adulta: Gripes frecuentes.

HISTORIA SEXUAL: Menarquia a los 14 años, tipo 30/3, regular, constante, indolora. Ha procreado tres hijos.

*REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Hay disminución de la agudeza visual. En el arco superciliar, labios inferior y superior, mejillas, orejas y nariz, nos da historia de la infiltración de éstas por nodulos pequeños y duros acompañándose en la última de estas localizaciones de obstrucción y epistaxis frecuentes. Hay Poliuria y Disuria. En los dedos de las manos hay infiltración por nodulos pequeños y duros que dan a estos el aspecto de almohadillado con ligera impotencia funcional. En los miembros inferiores: "Granos en la planta de ambos pies. En **Piel: la** historia de las vesículas*

en la cara interna de lo.% muslos. Pérdida de substancia a nivel de la planta de los pies. Infiltración a nivel de la cara y espalda por pequeños nodulos. Calambres y hormigueos, así tomo sensación de adormecimiento en el tercio inferior de las piernas en lo que se refiere al neuromuscula.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de una paciente de delgada constitución, triste de aspecto, no coopera al interrogatorio. Presión arterial Mx: 125 Mn: 70 R: 20 por minuta. T: 37°. En los ojos, oídos, mejillas, nariz y labios superior e inferior hay infiltración por nodulos que dan a estas estructuras el aspecto de engrosamiento difuso y llega hasta deformarlas dando al rostro una expresión muy particular (Leonina) acompañándole de alopecia local de la cola de las cejas. En la vulva e introito: Encontramos secreción leucorreica, abundante. En las manos: hay engrasamiento y almohadillado de los dedos con ligera impotencia muscular. Micropoliadenitis Inguinal Bilateral. En piel: De la espalda, cara interna de los muslos y abdomen; zonas de despigmentación de bordes irregulares y distribuidas desordenadamente. La de la cara está engrosada y da aspecto húmedo con saliencias a nivel de los labios, nariz (a la que deforman) y mejillas sobre todo la derecha. En la región plantar hay cicatrices de ulceraciones anteriores. Hay pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa a nivel de las zonas de despigmentación.

EXAMEN ES COMPLEMENTARIOS. Recuento globular del 18 de marzo: Eritrocitos: 3.600.000. Leucocitos: 8.500. Hg: 70%. Neutrófilos: 67% T: 30% L: 1'30". T. de C: 1'30". T. de S: 2'30". Kahn cualitativo positivo 4 V. D. R. L.: Positivo. Orina: Color: Amarillo turbio. Olor: Suigeneris. Floculentos pocos. Reacción: Acida. Lígerísimas trazas de albúmina y abundantes células de pus. Heces: Huevos de Ascárides positivo 3 y H de Tricocéfalos: positivo 2. Recuento del 4 de abril: Eritrocitos: 3.340.000. Leucocitos: 8:250. Hg: 60%. Neutrófilos: 76% L: 24%. T. de C: 1'30". Recuento del 14 de abril: Eritrocitos: 3.600.000. Leucocitos: 3.600. Hg: 60%. Neutrófilos: 66% L: 30% E: 4%. T. de C: 3'. T. de S: V. Orina del 26 de abril: Color: Amarillo turbio, floculentos pocos. Densidad 1025. Reacción: Acida escamosas positivo 3 abundantes células de pus. Lígeras trazas de albúmina. Recuento de control del 26 de abril: Eritrocitos: 3.530.000. Leucocitos: 12.100. Hg: 65%. Neutrófilos: 60% L: 32%. Se le practica nuevo recuento de control el 26 de mayo con el resultado siguiente: Eritrocitos: 3.370.000. Leucocitos: 13.150. Hg: 60. % .Neutrófilos: 76%. T. de C: 2'45". Radiografía de Senos Paranasales el 5 de mayo con el resultado siguiente: Velo marcado de los senos más acentuado en el derecho. Velo en los Senos frontales. Recuento del 16 de junio: Eritrocitos: 3.520.000. Leucocitos: 11.600. Hg. 55%. Neutrófilos: 77% L: 33%. Recuento del 22 de junio: Eritrocitos: 3.360.000. Leucocitos: 11.600. Hg: 60%. T. de C: 2'. T. de S: 45". Orina del 4 de junio: Color: Amarillo intenso. Aspecto: Turbio. Floculentos pocos. Reacción: Acida. Densidad: 1024. Escasas células de pus, bacterias positivo 2. Cristales de Oxalato de Calcio. El 25 de junio: Se practica frotis de secreción leucorreica con resultado: Negativo por Gonococos. Recuento de Control el 27 de julio: 2.670.000 Eritrocitos; Leucocitos: 9.250. Hg: 60%. Neutrófilos: 68% L: 32%. T. de C: 3'.

Debido a que la paciente acusa trastornos gastrointestinales se envía radiografía de tránsito Intestinal con el resultado siguiente: No hay evi-

dencia de patología en el tracto gastrointestinal superior y asas intestinales visualizadas. Orina del 28 de junio. Color: Amarillo. Olor: Suigeneris. Densidad: 1015. Aspecto: Turbio. Floculentos pocos. Reacción: Ácida. Ligerísimas trazas de Albúmina, células epiteliales escamosas positivo 2. Radiografía de Pulmones el 25 de septiembre reportan: Pequeño infiltrado en el aspecto subclavicular del pulmón derecho, que deseamos controlar. Secreción nasal investigando Bacilo de Hansen: POSITIVA. Biopsia de la piel de la espalda y abdomen nos reportan: Probable LEPROSA LEPROMATOSA. Conviene comprobación bacteriológica, haremos coloraciones especiales. Enviarnos a la paciente interconsulta al Departamento de Oftalmología con el resultado siguiente: No hay evidencia de lesiones Lepromatosas en el aparato visual.

TRATAMIENTO: Dos tabletas diarias de Avlosulfón (100 miligramos) desde el 12 de marzo al 18 de abril día en, que se suspende la droga. Se reinicia el tratamiento el 21 de mayo hasta el 7 de junio. Notas progresivas: Este día presenta reacción Hanseniana (elevación de la temperatura, erupciones de diversa morfología, decaimiento general físico y depresión psíquica) ¿Intolerancia a la droga? Se le indican tabletas de Doca y Deltacortef Benzoped por el prurito generalizado. Sangre, Arnigen y Camoquín tabletas Hematógenas, Polibromurada.. El 15 de agosto se le administra media tableta de Avlosulfón hasta el 24 del mismo mes en que se aumenta la dosis a una hasta el 17 de septiembre día en que se modifica la dosis dándosele entonces dos tabletas hasta el 24 de septiembre día en que se le da el alta. Deberá regresar dentro de dos meses, lleva consigo Avlosulfón para continuar el tratamiento en su casa.

Caso Número Nueve

P. M. R. de 79 años, soltero, Labrador, nacido en Minas de Oro y vecindado en Tela. Ingresó al Servicio de Dermatología el 26 de agosto de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: -Úlcera en ambas piernas".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere el paciente que su enfermedad data de dos años, iniciándose por la aparición de vesículas en el tercio inferior de ambas piernas; las que luego se evacúan dando salida a líquido amarillento y ulceración subsecuente. Estas últimas permanecen estacionarias 22 meses, acompañándose hace dos meses de franca reacción edematosa extendida a los pies y piernas, más acentuada en el izquierdo y acompañándose en esta última localización de vesículas y úlceras secundarias a la evacuación del contenido de las primeras; se localizan de preferencia en el cuarto y quinto dedos, región plantar, en el borde interno y extremo distal del primer metatarsiano llegando finalmente, a la amputación espontánea, de estos dos dedos. Hace ocho días nota la caída de las cejas así como la infiltración de las orejas.

HISTORIA PASADA: Padres muertos, ignora causa.

HISTORIA SEXUAL Y MARITAL: Ha procreado cuatro hijos, que son sanos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión, Viruela y Tosferina en su infancia. Paludismo y Disentería Amibiana en su edad adulta.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ella encontramos cefaleas ocasionales, alopecia de las cejas y disminución de la agudeza visual. Infiltrado y engrosamiento de las orejas con aumento de tamaño. Obstrucción ocasional e infiltrado del dorso y alas de la nariz. Miembros Inferior: Edema, Ulceras y mutilación de los dedos. **Adenitis Inguinal Bilateral** dolorosa. Infiltración de la piel de las cejas, pabellones de, las orejas, engrosamiento e infiltrado de la del dorso y a las de la nariz, por nodulos pequeños. Aparición de manchas a nivel del dorso del pene. Sensación de **adormecimiento** de las piernas con pérdida de substancia a nivel de la planta del pie izquierdo.

EXAMEN FÍSICO: Páctenle de débil constitución, coopera al **interrogatorio**. Presión arterial: Mx: 120 Mn: 80 P: 70 R: 20 por minuto. T: 37°.

Aumento de volumen de la cola de las cejas, con alopecia local. Los pabellones de las orejas están aumentando de volumen e infiltrados. La nariz: Está igualmente infiltrada en el dorso y alas con un aumento moderado de tamaño. Hay infiltración dura del tercio inferior de las piernas y el pie izquierdo. Mutilación parcial del dedo gordo y total del cuarto; ulceración de fondo y bordes excavados a nivel del extremo distal del primer **metatarsiano** del tamaño de un centavo. Ulcera pequeña que sustituye a la uña del tercer dedo. Adenopatía inguinal bilateral dolorosa. En la piel: Máculas geográficas a nivel de la espalda y cara dorsal del pene, erosiones y costras serohemáticas en las piernas. Pérdida de substancia a nivel de las ulceraciones. Hay pérdida de la sensibilidad térmica, dolorosa y táctil a nivel de las costras serohemáticas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. Recuento globular: Eritrocitos: 1.190.000. Leucocitos: 9.400. Hg: **40fo**. Neutrófilos: 68% L: 32% T. de C: 3'. Orina: Color: Amarillo pálido. Olor: Suígeneris. Aspecto: Transparente. Sedimento: Escaso. Ligeras trazas de albúmina. Cristales de Oxalato de Calcio. Kahn: Positivo 3 V.D.R.L.: Positivo. Heces: Positivo por H. de Uncinaria. Recuento de Control el 4 de septiembre: Eritrocitos: 2.000.000. Leucocitos: 7.150. Hg: 60%. Neutrófilos: 68% L: 42%. Recuento del 13 de septiembre: Eritrocitos: 2.410.000. Leucocitos: 10.500. Hg: 65%. Neutrófilos: 70% L: 40%.

BIOPSIA DE LA PIEL DEL MAL PERFORANTE DEL PIE IZQUIERDO RESULTADO: Dermatitis Inespecífica del pie. Biopsia del ganglio inguinal resultado: Adenitis Crónica.

DIAGNOSTICO: LEPRO TIPO INDETERMINADO.

TRATAMIENTO: Tabletillas de Avlosulfón (100 miligramos) desde el 4 de septiembre al 13 de noviembre. Extracto de Hígado. Sale mejorado el 13 de noviembre lleva consigo medicinas para continuar su tratamiento en casa, deberá regresar a control dentro de tres meses.

Caso Número Diez

M. Z. M. de 25 años de edad, soltero, labrador, nacido en Concepción de María y vecindado en Monjarás. Ingresó al Servicio de Dermatología el 12 de julio de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Sombras en el cuerpo" . .

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere el paciente que hace aproximadamente 8 años se inicia su enfermedad con la aparición de manchas en la cara posterior del tórax, así como en la cara interna y externa de ambos antebrazos. Son secas, redondas, escamosas, confluentes y pruriginosas acompañándose de pérdida de la sensibilidad térmica y táctil. Es tratado por un médico en la ciudad de Choluteca con inyecciones que le producían calor pero de las que ignora nombre y con las que se estaciona el proceso durante un año, al cabo del cual se reinicia su enfermedad acompañándose en esta ocasión la aparición de las manchas, de retracción de los cuatro y quinto dedos generalizándose en poco tiempo a los segundo y tercero acentuándose igualmente la pérdida de la sensibilidad al calor (sufrió una quemadura sin manifestar dolor alguno).

HISTORIA PASADA; Padres muertos, ignora causa. Tiene dos hermanos sanos en apariencia.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión en su infancia; Paludismo en su edad adulta.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ella encontramos: La retracción de los segundo, tercero, cuarto y quinto dedos acompañándose de impotencia funcional, adenitis inguinal bilateral. En la piel de la espalda y cara anterior de los antebrazos, manchas con los caracteres anotados anteriormente. Pérdida de la sensibilidad dolorosa y térmica a nivel de las manchas y en la cara dorsal de los dedos.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de delgada constitución y baja, estatura. Presión arterial Mx: 120 Mn: 80 P: 80 R: 20 por minuto T; 37"

Al físico encontramos: Crepitantes en bases pulmonares. Refuerzo del primer ruido en el foco tricuspideo. Retracción en flexión de los dedos de la mano izquierda e impotencia funcional. En los miembros inferiores: Herida del dedo medio del pie izquierdo. Adenitis Inguinal bilateral, epitroclear y subclavicular. En la piel del dorso, antebrazos y abdomen: Manchas serohemáticas en las que hay pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa.

EX AMENES COMPLEMENTARIOS. Recuento globular del 13 de julio: Eritrocitos: 3.980.000. Leucocitos: 6.700. Hg: 70%. Neutrófilos: 54% L: 40% E: 6% Kahnn: Positivo 4. Orina. Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Aspecto: Turbio. Sedimento: Floculentos escasos. Densidad: ρ 009. Reacción: Anfotera. Cristales de Carbonato Amorfo. Heces: Negativo. Radiografía de los dedos de la mano con resultado; No hay lesiones óseas de la mano. Radiografía de Pulmones: Campos Pulmonares Libres. Biopsia de piel del tórax: Resultado: LEPRA TUBERSGULOIDE.

TRATAMIENTO: Una tableta de Avlosulfón de 100 miligramos, diaria. Hematógenas. Sale el 25 de junio con alta condicional. Deberá regresar cuanto antes a control. Notas de Reingreso y Control: Reingresa el 30 de julio: NOTA: Las lesiones muestran signos de estacionamiento. Se le practica recuento de control con el siguiente resultado; Eritrocitos: 3.200.000. Leucocitos: 5.300 Hg: 75% Neutrófilos; 60% L: 26% E: 4%. Orina: Color: Amarillo pálido. Olor: Suigeneris. Aspecto: Transparente. Sedimento: Escaso. Densidad: 1011. Reacción: Ácida. Escasas células de pus. Heces: Negativo, Recuento del 20 de septiembre: Eritrocitos; 3.000.000

Leucocitos. 5.500. Neutrófilos: 40%. Hg: 60% L: 60% V. de S: 4 mm. en una hora. Hematócrito: 33%.

Se reinicia tratamiento con una tableta diana de Avlosulfón. Se le da el alta llevando consigo medicinas para continuar tratamiento en IU casa. Deberá regresar dentro de tres meses a control.

Caso Número Once

T. G. A. de 18 años, soltero, analfabeta, nacido en Santa Inés y vecindado en Macaome (Departamento de Valle). Ingresa al Servicio de Dermatología el 26 de enero de 1954.

SÍNTOMA PRINCIPAL. "Sombras en el Cuerpo".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Hace un año; se inicia su enfermedad con la aparición de manchas en el tórax, blanquecinas, planas, regulares con anestesia en ti tugar de su ubicación y precedidas de vial-estar general, escalofríos y fiebre elevada. Desaparecen espontáneamente quedando apenas un número reducido de ellas (10 a 12). Permanece con su proceso estacionario, pero pasado algún tiempo reaparecen generalizadas esta vez en el pecho, abdomen, brazos y manos (izquierda sobre todo) teniendo siempre el carácter de ser anestésicas al calor (se quemó varias veces sin sentir el calor del cigarrillo). Hace tres meses se forma un pequeño absceso en el quinto dedo del pie derecho, evacuándose más tarde y dejando como secuela una úlcera.

HISTORIA PASADA: Padre muerto, ignora causa. Madre viva y es sana en apariencia.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Sarampión en su infancia.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ésta encontramos: Lesión infiltrativa e inflamatoria del labio inferior, eritematosa y de bordes levantados. En el mentón. Lesiones igualmente eritematosas levantadas. En los dedos de la mano derecha: Retracción en flexión y aparición de rosario Cubital. Ulceración del dedo mayor del pie derecho y edema secundario; aparición en el Escroto de dos tumoraciones. En la piel del labio inferior, mentó, tórax, miembros superiores, ¡ ara dorsal del pene y tercio inferior de las piernas manchas blanquecinas y con los caracteres anotados en la historia. Atrofia de las Eminencias Tenar, e Hipotenar, pérdida de la sensibilidad al calor y dolor a nivel de las áreas de localización de las manchas. Mal perforante plantar a nivel del dedo mayor del pie.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de constitución regular, coopera al interrogatorio. Presión arterial Mx: 120 Mn: 80 P: 80 R: 20 por minuto. T. 36.5

Observamos: en el labio inferior aumento de volumen por infiltrado erimatoso. En el mentón: Infiltrado eritematoso igualmente, con la presencia de manchas a su nivel. Subcrepitantes finos en ambos vértices. Dolor: En cuadro cólico y borboritmos. Bazo: Ligeramente percutible. En el escroto se palpan dos tumoraciones duras y dolorosas. Adenitis inguinal bilateral. En el pie derecho presencia de una -úlcera a nivel del dedo mayor y engrosamiento del mismo acompañado de edema que alcanza el tercio medio de, la pierna homónima. En el antebrazo y la mano derecha hay cicatriz blanquecina y en la corredera bicipital del mismo lado goma

Cubital que a la palpación provoca en el paciente sensación fulgurante. En la piel del tronco presencia de manchas ferruginosas de aspecto Sarcopteósico y de bordes regulares. A nivel del mentón tiene una distribución lineal. Infiltración de la misma a nivel del tercio inferior de la pierna derecha y del dedo mayor. Disminución de la sensibilidad en las zonas de localización de las manchas a nivel del miembro superior. Hay disminución de la fuerza muscular, persiste sin embargo, la coordinación. Disminución de volumen de los miembros inferiores pero es más acentuada a nivel del izquierdo. En las caras dorsales de los brazos, hay disminución de la sensibilidad táctica de conservación de la misma en un área pequeña. La abolición y disminución son más marcadas a nivel de las máculas. En los antebrazos la sensibilidad está completamente abolida. En el tórax no hay discriminación de temperatura (Confunde lo helado con lo caliente) Hay atrofia de las eminencias Tenar e Hipotenar.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: HEMOGRAMA DEL 28 DE ENERO Eritrocitos: 3.890.000 Leucocitos: 7.700 Hg: 35% (6Grms) V de S: 17 mm en una hora. Hematíes Empacados: 36% V Globular: 0,6 índice Volumétrico: 0,7 V.G.M: 92 mm 3 Concentración G. Media: 16% Hg real: 15 micro gramos. Índice Ictérico: 5 unidades. Neutrófilos: 66% L: 34%.

DIAGNOSTICO: Hipocitemia Normocítica, Hiperocrómica Hipoconcentrada. Orina: Color Amarillo. Olor: Suigéneris. Aspecto turbio. Reacción: Ácida. Densidad: 1021. Escasas células de pus, bacterias positivo 4. Kahn: negativo. Hece: abundantes colibacilos.

DIAGNOSTICO: LEPRA TIPO INDETERMINADO

TRATAMIENTO: Avlosuflón una tableta diaria, se inicia el 31 de enero al 24 de febrero.

NOTA: Este paciente se fugó del servicio por lo que no se continuó el tratamiento.

Caso Número Doce

A. A. L. 25 años de edad, soltero, nacido en Namasigüe y vecindado en Choluteca. Ingresó al Servicio de Dermatología en julio de 1953.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Sombras en el cuerpo y ampollas en los dedos"

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere el paciente que su enfermedad se inicia con la aparición de manchas blanquecinas, regulares y generalizadas en el cuerpo, que a los tres meses siguientes se asocian con la formación de vesículas en las manos y los pies, llenas de líquido claro, espeso y fétido el que al ser evacuado espontáneamente es substituido por ultrastornos parestésicos (Calambres, hormigueos, pesantez y entumecimiento).

HISTORIA PASADA: Madre muerta de una vacuna. El padre vive, padece de tos persistente. Tiene cinco hermanos que son sanos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Sarampión y Viruela. Paludismo y Disentería, en su edad adulta.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ella encontramos cefaleas frecuentes; ulceración y retracción en flexión de los dedos de la mano izquierda. Lesio-

nes vesiculares y ulcerosas en la planta y dedos de los pies. En la piel y con el carácter de generalizadas aparecen manchas referidas en la historia y con los caracteres anotados; pérdida de la sensibilidad térmica y dolorosa a su nivel.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de constitución delgada con presión arterial Mx; 195 Mn: 55 P: 70 R: 18 T: 37'-'.

Encontramos en la corredera Bicipital la presencia de una goma, acompañándose de retracción en flexión de los dedos (Garra Cubital) Atrofia de las eminencias Tenar e Hipotenar; úlceras pequeñas en los dedos de la mano.

Hay Infiltración edematosa del dedo mayor y del tercio inferior de la pierna derecha. En la piel manchas acrómicas, más acentuadas en la espalda y acompañándose de pérdida de la sensibilidad, a su nivel, la que es igualmente manifiesta a su nivel del tercio inferior de las piernas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: HEMOGRAMA DEL 19 DE JULIO Eritrocitos: 4.000.000 Leucocitos: 6.000 Hg: 60% V de S: 6 mm en una hará. Hematías Empacado: 43% V Globular: 0,7. V. G. Medio: 102 mieras cúbicas, hemoglobina G Media: 25 microgramos. H. G. Real: 16% micro gramos. Índice Ictérico: 7 Unidades. Diagnóstico: Hipocitemia Macroscítica, Hipoconcentrada Hipocrómica. Kahn: Negativo. **RECUESTO DEL 20 DE JULIO:** Eritrocitos: 5.7000.000 Leucocitos: 11.500 Hg: 70% Neutrófilos: 70% L: 28% M:2% T de C:1` Recuento Diferencial 100. **EXAMEN DE ORINA.** Color Amarillo Pálido. Olor: Suigéneris. Densidad: 1019. Aspecto: transparente. Biopsia de Goma Cubital: Resultado: Se observan lesiones no específicas de Polineuritis. **BIOPSIA DE TEJIDO APARENTEMENTE NORMAL:** Resultado: Intensa colagenización dérmica. No encontramos lesiones específicas. Convendría nueva biopsia. **FRAGMENTO DE TEJIDO ACRINICO con el resultado siguiente:** Intensa colagenización dérmica. Filetes nerviosos con marcado edema.

DIAGNOSTICO: LEPRO TIPO INDETERMINADO.

TRATAMIENTO: Avlosulfón, dos tabletas diarias. Hematógenas. Complejo B. Aspirina tres tabletas diarias. Se le da el alta por indisciplinado.

Caso Número Trece

B.C.T. de 45 años, soltero, jornalero, nacido en el Valle de Estero Hermoso y vecinado en Nacaome, Depto. de Valle. Ingresa al servicio de Dermatología el 25 de enero de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Granos en el pie derecho y manchas en el Cuerpo"

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere el paciente que su enfermedad data de seis años, iniciándose por la aparición de manchas blancuecinas localizadas en las caras del tórax (anterior y posterior) y en los antebrazos. Para ese mismo tiempo se presenta una lesión vesicular que al evacuar se deja una úlcera, dolorosa, acompañándose de reacción febril y adenopatía Inguinal Derecha. Permanece estacionaria durante dos años, a partir de los cuales aumenta en extensión y se hace manifiesta una nueva lesión ulcerosa secundaria pero de localización en el pie izquierdo cu-

bierta de detritus purulentos y que por su extensión en profundidad provoca la caída del segundo dedo. Se trata con **Rábano** lodado. Penicilina y Depurol sin obtener resultado alguno, por lo que decide ingresar a este Hospital.

Historia Pasada. Padres muertos de fiebre. Tiene cinco hermanos que son sanos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Sarampión. En su edad adulta: Disentería y Paludismo.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En esta encontramos: La aparición de las lesiones acrómicas en las caras del tronco, antebrazos y las lesiones ulcerosas referidas en la historia, de localización: en los miembros inferiores con pérdida del segundo dedo, adormecimiento de los mismos, abolición de la sensibilidad térmica y dolorosa y anhidrosis sobre todo en el tronco.

EXAMEN FÍSICO: Paciente de delgada constitución que coopera al interrogatorio, con presión arterial Mx:115 Mn:65 P:65 R:20 por minuto T:37'--'

Al practicarse este examen encontramos: Deformidad de la muñeca derecha, mal perforante cubierto de detritus fétido y purulentos con edematización secundaria del tercio inferior de la pierna. En el pie izquierdo encontramos mal perforante plantar de bordes y fondo regulares, cubiertos estos de detritus purulentos, caída del segundo dedo. Adenitis Inguinal Bilateral dolorosa y del tamaño de un limón. Manchas de color amarillo leonado en ambas caras (anterior y posterior) del tronco y de los antebrazos acompañándose en estas localizaciones de anhidrosis más marcada en las tronco y del antebrazo izquierdo, pérdida de la sensibilidad al calor y dolor en las mismas localizaciones.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. RECUENTO GLOBULAR DEL 24 DE ÑERO DE 1956:

Eritrocitos: 3.500.000 Leucocitos: 7.600 Hg: 60% Neutrófilos: 65% L: 42% Orina: Color: Amarillo Pálido. Olor: Suigéneris. Aspecto: Turbio. Sedimentos: Floculentos. Reacción: Anfótera. Densidad: 1020. Células Escamosas y Bacterias positivo 3. Reacción de Kahnn y V.D.R.L.: Negativos. Heces: Q de Giardia. Biopsia del Nervio Cubital resultado: Tejido con lesiones inflamatorias inespecíficas.

DIAGNOSTICO: LEPRA TIPO INDETERMINADO.

TRATAMIENTO: Aulosulfón tabletas de 100 miligramos diariamente desde el 25 de enero al 24 de febrero día en que se le da el alta por enfermedad de su hijo. Deberá regresar cuanto antes. Lleva consigo medicinas.

Notas de Reingreso y Control Regresa a control el 28 de abril con sus lesiones plantares cicatrizadas, persisten las máculas de color amarillo leonado en el tronco. El estado general es bueno y el paciente está dedicado a su trabajo (agricultura). Volverá a control dentro de tres meses.

Caso Número Catorce

A.M.G. de 60 años, nacido en Agua Fría y avecindado en Campamento, Depto. de Valle. Ingresa al Servicio de Dermatología el 6 de octubre de 1952.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Vesículas en los dedos del pie." **HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:** Nos refiere el paciente que hace seis años se inicia su enfermedad con la aparición de vesículas en el dorso del pie derecho, las que se evacúan espontáneamente dando salida a líquido amarillento y a ulceración subsecuente. Es tratado en este Servicio de Dermatología con Contebén curándose de sus lesiones al cabo de cinco meses. Sale curado, pero al cabo de cierto tiempo (el paciente no señala fecha exacta) aparecen nuevas úlceras que provocan la caída de las unas. Hace un año aproximadamente se forma una nueva ulceración en la planta del pie derecho, con el carácter de progresiva en su crecimiento. Diez meses después, se forma una nueva a nivel de la segunda falange del índice izquierdo. Con la formación de estas lesiones se **presenta:** adormecimiento de las manos y pies. Ingres a este Servicio por las lesiones apuntadas el 12 de junio- de 1953.

HISTORIA PASADA: Padres muertos: Ignora causa. Tiene un hermano qué es sano en apariencia.

ENFERMEDADES ANTERIORES: Disenterías y gripes en su infancia. En su edad adulta: No nos da historia, sino de la enfermedad actual.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ella encontramos: Cefaleas ocasionales — Disminución de la agudeza visual, palpitaciones y retortijones. Aparición de vesículas y úlceras en el dorso del dedo índice izquierdo. Aparición de vesículas y úlcera en la planta **del** pie derecho. Cicatrices anteriores y pérdida de la sensibilidad <a nivel de las vesículas y úlceras.

EXAMEN FÍSICO: Paciente de constitución regular; presión arterial Mx:120 Mn:80 P:70 R:18. A nivel del dedo índice izquierdo y en la segunda falange se presenta una úlcera de bordes regulares, levantados, fondo pálido y tomentoso. En el pie derecho falta de la segunda **falange** del dedo mayor. Presencia de mal perforante de un centímetro de longitud por uno de ancho de bordes pálidos y regulares. En el pie izquierdo): cicatriz blanquecina en el dorso del mismo, caída de las uñas de los dedos primero, segundo y tercero, quedando en su lugar superficies irregulares. Cicatrices de lesiones anteriores. Pérdida de la sensibilidad a nivel de los bordes y fondo de las úlceras.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS RECUENTO GLOBULAR DEL 20 DE JULIO: Eritrocitos: 3.680.000 Leucocitos: 10.500 Hg: 60% Hematocrito: 27% V de S: 29 mm en una hora. N: 82% L: 18%.

RECUENTO GLOBULAR DEL 22 DE OCTUBRE DE 1953: Eritrocitos: 3.250 Leucocitos: 9.800 Hg: 70% L: 22% T de C: 1'30" T de S: 1' Kahnn: Negativo. **ORINA:** Color: Amarillo pálido. Olor: Sui-géneris. Aspecto: Transparente. Densidad: 1010. Ligeras trazas de albúmina. **HECES:** H de Strongloides positivo. **2 BIOPSIA DE LA PIEL A NIVEL DEL MAR PERFORANTE DERECHO, Resultado:** Dermatitis inespecífica del dedo mayor. **BIOPSIA DE PIEL APARENTEMENTE NORMAL, Resulta-do** Epidermis Queastósica.

DIAGNOSTICO: LEPRA TIPO INDETERMINADO.

TRATAMIENTO: Avlosulfón (100 miligramos diarios) durante 24 días. Sale del servicio mejorado. Deberá regresar dentro de tres meses.

Caso Número Quince

A. A. V. de 45 años, soltero, jornalero, nacido en La Montaña y vecindado en San Lorenzo. Ingresó al Servicio de Dermatología el 14 de Septiembre de 1954.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Amputación de los dedos de las manos. Deformidad de los existentes y granos en los pies",

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere el paciente que su enfermedad se inicia hace 18 años, con la aparición de manchas de color rosado pálidas en la palma de la mano y planta de los pies, son de crecimiento progresivo y terminan por su confluencia por fundirse en una de mayores dimensiones. Al poco tiempo de aparecidas estas lesiones, se presentan úlceras que por su crecimiento provocan la amputación de las falanges distales de los dedos de ambas manos, por lo que ingresa al Servicio de Medicina de Hombres de este mismo centro hospitalario en el que es tratado, pero sin ningún resultado. Regresa a su casa para luego internarse en nuestro Servicio de Dermatología.

HISTORIA PASADA: Padres 'muertos, ignora causa. Tiene dos hermanos en apariencia sanos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: No da historia alguna.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: En ésta encontramos: La caída de las falanges distales de los dedos, con retracción de las falanges restantes; retracción igual en los dedos de los pies pero en éstos son las proximales las afectadas. Equino varo del pie. Aparición y generalización de las manchas referidas en la historia acompañándose de formación de vesículas y con trastornos de la sensibilidad.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de buena constitución física, que coopera al interrogatorio; presión arterial de Mx:120 Mn:70 P.-76 R:16 T:36'

En el sistema cardiovascular aumento de las pulsaciones de los vasos del cuello y desdoblamiento del primer ruido en la punta. Pérdida de las falanges distales de los dedos de la mano y retracción de los, muñones que persisten. En los pies deformidad en Equinovaro. Retracción de las falanges proximales en mayor grado que las distales. Vesículas y manchas serohemáticas más acentuadas en el lado derecho del tórax. Pérdida de la sensibilidad al calor, dolor y táctil a nivel de las falanges que persisten en manos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. RECuento DEL 20 DE SEPTIEMBRE: Eritrocitos: 3,820.000 Leucocitos: 8.750 Hg: 80% Neutrófilos: 70% L: 28% E:6% M:6% T de C:3'25". **ORINA.** Color: Amarillo pálido. Olor: Suigéneris. Aspecto: Turbio. Sedimentos floculentos pocos. Reacción Ácida. Densidad: 1020. Ligerísimas trazas de albúmina. Pocas células de pus. Bacterias positivo 2 Cristales de Oxalato de Calcio. **HECES.** Positivo por quistes de Histolytica y H de Uncinaria.

Diagnóstico: LEPRA TUBERCULOIDE.

Tratamiento: Avlosulfón 100 miligramos diarios. Antianémicas. Sale mejorado. Deberá regresar a control dentro de dos meses.

Caso Número Diez y Seis

R.M.P. de 32 años, soltero, labrador, nacido y vecindado en Aguanqueterique, Depto, de La Paz. Ingresó al Servicio de Dermatología el 23 de mayo de 1956.

SÍNTOMA PRINCIPAL: *"Úlceras en las piernas y granos en el cuerpo".*

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: *Nos refiere el paciente que su enfermedad se inicia hace tres años con adormecimiento y prurito de las piernas y tronco, provocado por el raspado continuo excoreaciones en las primeras y en número de cuatro a nivel de la derecha, en la izquierda; por el contrario son en número de dos. Los bordes y fondos son excavados, irregulares, cubiertos de detritus purulentos, espesos y amarillentos. Aparecen luego al poco tiempo infiltraciones nodulares en las orejas a las que aumentan de tamaño, en el arco superciliar en el que provocan la caída de las cejas y en los labios superior e inferior dando ja nivel de estas localizaciones la sensación de peso.*

HISTORIA PASADA: *Padre vive y es sano. Madre muerta de Reumatismo. Tiene ocho hermanos sanos.*

ENFERMEDADES ANTERIORES: *Sarampión y Disentería, en su infancia. Paludismo y Gnorrea, en su edad adulta.*

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: *En ella encontramos: El infiltrado referido en la historia, y que es manifiesto en las distintas localizaciones anotadas (orejas, arco superciliar, labios superior e inferior) Epistaxis frecuentes, Crecimiento y dolor del borde hepático. Excoreaciones en las piernas, manchas y costras grisáceas en los antebrazos, piernas y dorso con pérdida de la sensibilidad al calor y dolor a su nivel, lo que es manifiesto igualmente a nivel de las excoreaciones.*

EXAMEN FÍSICO: *Paciente de fuerte constitución física. Presión arterial: Mx:120 Mn:80 P:80 R:18 por minuto T:37°*

Al practicar este examen observamos: Que hay a nivel del arco superciliar alopecia de las cejas, aumento de tamaño y sensación de dureza de las orejas y labios, infiltraciones nodulares pequeñas, redondeadas que dan en conjunto la clásica facies leonina. El Hígado es palpable y percutible a un través de dedo del reborde costal, Adenitis Inguinal Bilateral y Epi-trocLEAR. Úlceras de bordes y fondo irregular, cubiertas de detritus purulentos y amarillentos en número de cuatro en la pierna derecha y de dos a nivel de la izquierda. En la piel de los antebrazos y manos, tronco, piernas y regiones glúteas manchas grisáceas, escamosas, secas, en las que es manifiesta la pérdida de sensibilidad al calor, táctil y dolorosa; ésta en menor grado que la térmica que está más bien disminuida que abolida sobre todo a nivel de los antebrazos y manos.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: *Recuento Globular con: Eritrocitos: 3.67 0.000 Leucocitos:11.050 Hg:50% T de L:2'40" Neutrófilos: 70% L: 30% Kahn y V.D.R.L.: Negativos. ORINA: Color: Amarillo pálido. Olor: Suigéneris. Aspecto: Ligeramente turbio. Densidad: 1017. HECEs: H. de, Ascárides. BIOPSIA DEL INFILTRADO SUPERCILIAR Resultado: LEPROMATOSA.*

Tratamiento: Avlosulfón local a nivel de las úlceras. Tabletas de 100

miligramos por vía oral desde el 19 de junio al 14 de julio. Sale mejorado el 17 de julio. Lleva medicinas consigo para continuar tratamiento en su casa. Deberá regresar a control dentro de tres meses.

Caso Número Diez y Siete

M.V.M.C. casada, de oficios domésticos, nacida en Manta y avencinada en Gatacamas, Depto. de Olancho. Ingresa al Departamento de Dermatología el 18 de marzo de 1957.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Úlcera de la planta del pie derecho". "Adormecimiento de los miembros inferiores".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Nos refiere la paciente que su enfermedad data de cuatro años, iniciándose con adormecimiento de la pierna derecha y parestesia (mordiscos). Para algún tiempo al cabo del cual se presenta este mismo adormecimiento en la pierna izquierda lo que la induce a buscar tratamiento médico {inyecciones de penicilina en N° de 22} sin obtener ningún resultado. Hace ocho meses se hace manifiesta una lesión vesicular la que no tarda en evacuarse espontáneamente dando salida a líquido amarillento y que deja como secuela una úlcera situada a dos centímetros aproximadamente de la extremidad distal del quinto dedo, persiste algunos días para finalmente cicatrizar.

Hace dos meses se 'presenta una nueva formación ampliar teniendo en su interior líquido negrusco que al evacuarse es sustituido por detritos purulentos sobre un fondo y bordes irregulares, -a esta sintomatología se agregan acentuación de los mordiscos y que para su alivio la paciente recurre a remedios caseros de entre ellos: un plancha caliente la que se aplica con la quemadura subsecuente.

HISTORIA PASADA: Padre vive y es sano, la madre murió pero ignora causa. Tiene cuatro hermanos sanos en apariencia.

HISTORIA SEXUAL: Primer contacto a los 22 años, ha tenido ocho hijos nacidos a término. Da historia de dos abortos.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Sarampión, Viruela y Tosferina. En su edad adulta: Paludismo y gripes frecuentes.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Encontramos disminución de la agudeza visual, palpitaciones, y la aparición de las lesiones ampulares referidas con su ulceración consecutiva a nivel de la cara plantar del pie derecho. Adormecimiento de la extremidad inferior de ambas piernas.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de una paciente delgada, pálida y de psíquico un tanto alterado, que coopera sin embargo, al interrogatorio. Presión arterial: Mx:;10 Mn:70 P:75 R:20 T:37?

A nivel del cuello aumento del istmo del Tiroides EN LOS MIEMBROS INFERIORES: En el derecho, úlcera de bordes y fondo irregular, localizado en la planta y a dos centímetros del quinto dedo, cubierta de detritos purulentos, fétidos, exudado serosanguinolento y rodeado de halo eritematoso inflamatorio. EN EL PIE IZQUIERDO: A nivel de la cara dorsal de los dedos primero y segundo extendiéndose hasta el tercio inferior de la articulación tibiotarsiana, cicatriz en forma de una V invertida con el vértice hacia atrás y afuera. ADENITIS INGUINAL BILATERAL dolorosa a la palpación. EN PIEL: Manchas acrómicas en la cara exter-

na del muslo derecho de color rosado a nivel de la cicatriz de la quemadura, Hay pérdida de la sensibilidad al calor, dolor y táctil en el tercio inferior de la pierna derecha, (La biopsia se practicó sin anestesia).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS. RECuento DEL 19 DE MARZO. Eritrocitos: 3.630.000 Leucocitos; 10.500 Hg: 65% Neutrófilos: 74% L: 24% E: 1% B: 1%. **EXAMEN DE ORINA.** Color. Amarillo. Olor: Suigéneris. Reacción: Anfótera. Ligerísimas trazas de albúmina. Epiteliales Escamosas positivo. Pocas células de pus. Kahn y V.D.R.L.: Negativos. **HECES:** Q de Histolytica positivo 3. Secresion nasal por bacilo de Hansen: Negativo. Se le envía a Rayos X investigando Espina Bífida oculta por el mal perforante plantar nos reportan: No hay patología congénita ni adquirida de la columna Sacrolumbar. **EL 13 DE ABRIL** se le toma recuento de control con el resultado siguiente: Eritrocitos; 3.500.000 Leucocitos: 7.245 Hg: 75% Neutrófilos: 63% L: 35% E: 4% T de S:1 T de C: 3'. **EL 07 DE ABRIL SE LE TOMA UN NUEVO RECuento** con el siguiente resultado: Eritrocitos: 2.400.000 Leucocitos: 4.000 Hg: 55% Neutrófilos: 70% L: 30% T de S:1, T de C:2\ **SE PRACTICA BIOPSIA DE LOS BORDES Y FONDO DE LA ULCERA DEL PIE DERECHO** con el resultado siguiente: Hemorragias intersticiales, colecciones vasculares, acantosi se hiperplasia parenquimatosa. **EL 26 DE MARZO** se le practica Le promenoreacción leyéndose a las 48 horas así: Hay una zona eritematosa alrededor del punto de inoculación, de unos cinco centímetros de largo por tres de ancho. En base del punto de inoculación hay un infiltrado 'duro'. Interpretación: **LEPROMINOREACCION DE FERNANDEZ POSITIVA.**

NOTAS PROGRESIVAS: El 26 de abril acusa dolores reumatoideos que no le permiten conciliar el sueño, se le indica Dracinal tabletas, Salicilato de Sodio, Aspírina. El primero de mayo se presenta asociada a los dolores referidos, alza de la temperatura, tos productiva y decaimiento general, se le indica Penicilina y Estreptomicina. El cuatro de mayo se hace manifiesta una erupción generalizada más acentuada en la cara y miembros de tipo eritematopapulosa sequedad de la lengua, saburra en la misma y depresión más acentuada del estado general, permaneciendo así hasta el 1º de mayo día en que cae la fiebre y la erupción está en regresión, se diagnostica: Reacción Leprosa.

TRATAMIENTO: Avlosulfón tabletas 100 miligramos 2 vitaminas, suero, cortadren, ecuanil, cura local del mal perforante con Avlosulfón local. La paciente muere en el Servicio el 11 de mayo.

DIAGNOSTICO: LEPRA TIPO INDETERMINADO.

Caso Número Diez y Ocho

E.O.O. de 19 años, soltero, agricultor, nacido y avecindado en Orocuina. Ingres a al Servicio de Dermatología el 14 de mayo de 1957.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Manchas rojizas, adormecimiento del tercio inferior di: ambas piernas. Infiltración y engrasamiento de la cara".

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Refiere el paciente que hace aproximadamente dos años, se inicia su enfermedad con la aparición de "ronchas en forma variable y rodeadas de una zona eritema más acentúa-

das en el pecho y mejillas, haciéndose extensivas a la cara posterior del tórax, miembros superiores (cara interna del brazo derecho) y miembros inferiores en donde son menos acentuadas y en 'menor número; desaparecen luego, dejando como secuela manchas acrómicas". No presta ninguna importancia a las manchas referidas Sino hasta que nota se acentúa el infiltrado en la cara en donde adquiere el aspecto de un empastamiento difuso de crecimiento progresivo y abarcando para este entonces el mentón, la frente y las orejas, zonas que se vuelven hierstésicas y dolorosas. Observa para este tiempo adormecimiento' de las piernas en especial la derecha, y anestesia de la región plantar de este mismo miembro.

HISTORIA PASADA: Padre muerto ignora causa. Madre vive y es aparentemente sana. 'En su familia ha habido el caso de un tío quien padecía de su misma enfermedad.

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES: Hace dos meses en el Hospital de Choluteca por la misma afección.

ENFERMEDADES ANTERIORES: En su infancia: Parasitismo Intestinal. Gripes frecuentes, disentería en su edad adulta.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: OÍDOS: Tinnitus y Otagias frecuentes. NARIZ. Obstrucción nasal ocasional. CASTRO INTESTINAL: Dolor en cuadro cólico y epigastrio. MIEMBROS INFERIORES: Adormecimiento referido en la historia así como anestesia al dolor sobre todo en la cara plantar del pie derecho (no siento los tropezones) dice el paciente. Aparición de manchas equimóticas que luego se infectan 'secundariamente situadas en la cara anterior de la pierna derecha y otra más pequeña hacia la cara interna de este 'mismo miembro. Se presenta igualmente una de menor extensión que las anotadas en la cara anterior de la pierna izquierda y 'ja nivel del tercio superior.

EXAMEN FÍSICO: Se trata de un paciente de talla delgada, coopera bien al interrogatorio. Presión arterial: Mx:llo Mn:60 R:20 por minuto P:74 por minuto T:36"5.

Infiltración nodular difusa de la cara más acentuada en las regiones superciliar, frente, mentón, nariz y ambas mejillas, que al mismo tiempo se presentan eritematosas. LAS OREJAS se hallan infiltradas y dan al tacto una sensación de dureza y resistencia. EN MIEMBROS INFERIORES: En la pierna izquierda y en el tercio inferior de la cara interna- hay disminución de la sensibilidad al calor y dolor. En el tercio inferior de la pierna derecha sobre todo en las caras anterior e interna la sensibilidad está abolida en una extensión de unos cinco centímetros de ancho por 20 de longitud siendo en esta región más notable la abolición de la térmica que la dolorosa. PIEL: Infiltrado eritematoso referido en la cara, manchas acrómicas de bordes arciformes en la cara anterior del Tórax, cara posterior del mismo y cara entero interna del brazo derecho. Adenitis Inguinal bilateral y submaxilar. NEURO MUSCULAR: Abolición de la sensibilidad referida en el físico de ambas piernas y cuya extensión se ha señalado. En las Leprides la sensibilidad está conservada. Hay ligera queratosis plantar.

Se le practican exámenes complementarios. RECUESTO GLOBULAR: Del 15 de mayo. Eritrocitos: 3,150.000 Leucocitos: 7.500 Hg: 70% Neutrofilos: 65% L: 35% Kahnn y V.D.R.L.: Negativos. ORINA. Color:

Amarillo. Reacción: Anfotera. Densidad: 1021. Aspecto: Turbio, ligeras trazas de albúmina. HECES: H. dé Uncinaria positivo 2. Al sernos presentado si caso en referencia y por la similitud clínica de las lesiones con las del Sarcoides de Boeck hacemos dos diagnósticos de presunción: 1") Se trata de Sarcoides de Boeck? 2") Se trata de un Hansen Sarcoidiforme? Practicamos en el paciente los siguientes exámenes complementarios: Radiografía de Pulmones buscando lesiones que a veces se presenta/i en la primera de las enfermedades apuntadas; nos reportan: Campos Pulmones libres. Se le practica Tuberculinoreacción el 25 de mayo con resultado: 12 milímetros de extensión a las 72 horas. El 16 de mayo se envía biopsia de la piel del mentón con resultado: Probable Sarcoides de Boeck. Para la segunda de estas enfermedades se le practica Leprominoreacción en la cara anterior del antebrazo derecho el 20 de mayo con resultado a las cuarenta y ocho horas: Le prominore acción de Fernández Positiva. Se practica reacción de la acetilcolina el 29 de mayo. Del fenómeno de Lewis observamos el Havón urticado, y la reacción de los arrector pili -pero no se presenta el infiltrado eritematoso. A los 30 segundos aproximadamente .se hace notable el punteado del Yoduro de almidón. Interpretación y resultado: Negativo. (NOTA: Esta prueba se practicó en las supuestas leprides de las caras anterior y posterior del tórax, en las del antebrazo derecho y cara). A las dos semanas el nódulo del punto de inoculación de la Lepromina mide doce milímetros y está indurado es decir, se trata de una Mitsuda POSITIVA.

Se inicia tratamiento el primero de mayo con Avlosulfón dos tabletas de 10P miligramos diarias.

NOTAS PROGRESIVAS: El día que se inicia tratamiento con Avlosulfón desarrolla una erupción de tipo varioloides en la cara, tórax y antebrazos, acompañaése ésta de fiebre 39°, tos, rinorrea, diarrea y prurito sobre las regiones en las que es manifiesta la erupción. Se le indican: expectorante, penicilina y streptomina, antidiarreica, colirio. Al principio se creyó ser una **reacción** a las Sulfonas por lo que se le indican 100 miligramos de Cortizona. Actualmente se encuentra en el Servicio y continúa tratamiento, al que asocia antianémicos y levadura de cerveza.

Se le envía a nuevo recuento el 4 de mayo con el resultado siguiente: Eritrocitos: 4.130.000 Leucocitos: 3.750 Hg: 80% Neutrófilos: 80% L: 20% V de S: 15mm por hora. Hematocrito 51 ce. Se le toma biopsia de infiltrado nodular del antebrazo derecho con el resultado siguiente: **LEPRA TUBERCULOIDE**.

Se presentan además de los casos descritos, otros, que por no estar organizada la estadística sino hasta hace tres años, constan únicamente en la estadística propia del Departamento de Dermatología, ellos son:

PRIMERO:

F.B. de 20 años, soltero, Labrador, originario del Despoblado y vecindado en el mismo. Ingresó al Departamento de Dermatología de Hombres el 20 de septiembre de 1952. Se le diagnostica: LEPRA LEPROMATOSA con Baciloscopia positiva por Hansen. Se le da el alta por indisciplinado el 24 de septiembre del mismo año.

SEGUNDO:

L.Z.R. de 30 años, procedente de Cedeño, labrador, ingresa al Departamento de Dermatología el 25 de febrero de 1955. Diagnóstico: LEPRÁ TUBERCULOIDE. Se le trata con 100 miligramos de Avlosulfón diarios, antianémicos. Sale con sus lesiones cutáneas bastante planas, algunas casi han desaparecido. La torpeza en manos y miembros inferiores ha disminuido. Sale el 26 de ese mismo año, lleva consigo 90 tabletas de Avlosulfón para continuar tratamiento en su casa. Deberá regresar a control dentro de tres meses.

TERCERO:

R.R.L. de 32 años, soltero, procedente de Humuya (Coma-yagua) ingresa al Servicio de Dermatología de Hombres el 9 de marzo de 1953. Diagnóstico: LEPRÁ LEPROMATGSA. Tratamiento: 100 miligramos de Avlosulfón diarios. Sale mejorado el 13 de agosto de 1953. Regresa a control el 27 de julio de 1955. Sale en esta ocasión el 15 de agosto de 1955. Vuelve nuevamente a control el 11 de mayo de 1957, en esta fecha se le practica Leprominoreacción con resultado: NEGATIVO FERNANDEZ.

CUARTO:

J.O. de 63 años, soltero, labrador, nacido en Langue y avecindado en Choluteca. Ingresó al Servicio de Dermatología el 26 de noviembre de 1952. Diagnóstico: LEPRÁ TUBERGULOIDE. Tratamiento: Tabletas de Avlosulfón de 100 miligramos diarios. Sale mejorado el 19 de abril de 1953. Regresa a control el 30 de junio de 1953. Sale mejorado el 23 de noviembre de 1953. Deberá regresar a control dentro de tres meses.

QUINTO:

P. R. de 30 años, soltero, labrador, nacido en Choluteca y avecindado en Amapola. Ingresó el 9 de mayo de 1953. Diagnóstico: LEPRÁ TUBÉRCULO IDE. Tratamiento: Avlosulfón 100 miligramos diarios. Sale mejorado el 5 de diciembre de 1953. Deberá regresar a control dentro de dos meses.

SEXTO:

S. O. de 34 años, soltero, labrador, procedente de Orocuina. Ingresó el 26 de mayo de 1953. Diagnóstico: LEPRÁ TUBERCULOIDE. Tratamiento: Tabletas de Avlosulfón. Sale mejorado llevando consigo medicinas el 13 de agosto de 1953. Deberá regresar a control dentro de tres meses.

SÉPTIMO:

A. C. de oficios domésticos, de 17 años, soltera, nacida en El Despo-
blado y avecindada en Choluteca. Ingresa el 23 de junio de 1953. Diag-
nóstico: LEPRÁ TUBERCULOIDE. Tratamiento: Tabletas de 100 mi-
ligramos de Avlosulfón. Se fugó mejorada el 4 de agosto de 1953.

OCTAVO:

1. Ch. de 28 años, soltero, procedente de la China y avecindado en
Tegucigalpa. Llega a consulta el 8 de junio de 1957.

SÍNTOMA PRINCIPAL: "Erupción en las manos y la cara"

Con tres meses de evolución, como síntomas: Nodulos en las orejas,
mejillas, y palma de las manos; placas anestésicas, ferruginosas en el ante-
brazo derecho y región glútea: Se le practican: Reacción de la Lepromina
con resultado: FERNANDEZ MITSUDA: NEGATIVA.

Prueba de la acetilcolina con resultado: NEGATIVO. Biopsia de piel de
la oreja derecha con resultado: Granuloma no Tuberculoide, probable
LEPRÁ LEPRÓMATOSA.

Actualmente en tratamiento con Avlasulfón dos tabletas de 100 mili-
gramos, diarias.

ESTADÍSTICA DE LOS CASOS ESTUDIADOS**TIPOS**

Tuberculoide	13
Lepromatoso	5
Indeterminado	7
<hr/>	
Total de Casos según el Tipo	25

SEXO

Hombres	17
Mujeres	8
<hr/>	
Total de Casos según el Sexo	25

EDAD

De los 17 a los 30 años	15
De los 40 a los 45 años	4
De los 50 a los 80 años	6
<hr/>	
Total de Casos según la Edad	25

LUGAR DE PROCEDENCIA

Departamento de La Paz (Aguanqueterique)	1
Departamento de Olancho (Manto)	1
Departamento de Francisco Morazán (Tegucigalpa)	1
Departamento de Choluteca: (Choluteca: 1. Orocuina: 3. Namasigüe: 2. Monjarás: 2. El Despoblado: 2. El Cedeño: 1, San Juan: 1) Total Casos.....	12
Departamento de Valle (Amapala: 2. Langue: 2. Goascorán: 1. San Lorenzo: 1. Santa Inés: 1. Campamento: 1). Total Casos	8
Total Casos según la Procedencia.....	
	25

CASOS TRATADOS:

Fugados.....	2
Mejorados	14
Rehabilitados	3
Se les da el alta por indisciplinados.....	2
Muertos	2
Actualmente en tratamiento hospitalario	2
Total de los Casos tratados	
	25

V. LINEAMIENTOS GENERALES PARA UNA CAMPAÑA CONTRA LA LEPRA DE ACUERDO CON LA REALIDAD DE NUESTRO PAÍS

La lucha contra la Lepra en otros países como España, Italia en Europa; Méjico, La Argentina, Brasil, Cuba y las Filipinas en América son realidades perfectamente planeadas y que han ido suprimiendo modificaciones en cada uno de ellos, todos con distintos orígenes, con logros en diferentes épocas y diferente importancia han llegado a ser entidades debidamente organizadas que cuentan con Patronatos, con sus cuadros de Médicos, enfermeras y técnicos, con Leprosarios para los contagiosos, dispensarios para los evacuados en tratamiento ambulatorio, con censos de Lepra debidamente organizados! Las sociedades de Dermatología y Leprología pura son fuentes inagotables de progresos científicos y sociales para la campaña promoviendo la enseñanza de la Lepra, celebrando congresos y conferencias nacionales sobre esta enfermedad.

Estas organizaciones que suelen no tener vínculos económico? con el Estado o que gozan de cierta autonomía, son verdaderas vigilantes que tienen a rava tan antigua y tan incapacitante enfermedad, que de no DARLE LA IMPORTANCIA QUE MERECE EN NUESTRO PAÍS en este momento en que un esfuerzo del Departamento de Dermatología del Hospital San Felipe pone en manos de las autoridades un plan mínimo para controlarla entre nosotros, llegará a ser problema insoluble por lo menos

en el Sur de la República, en donde gran número de compatriotas, jóvenes de ambos sexos, viven entre la indiferencia de las autoridades y de la sociedad, bajo el peso de una enfermedad curable.

Pero nuestra intención no es delinear una campaña perfeccionada como la de los países citados, sino seguir a grandes rasgos aquellas derivando el mayor provecho posible al sustituir el engranaje científico y social por los puntos cardinales bien desarrollados de dicha campaña en nuestro país.

Hay dos aspectos esenciales que deseamos hacer resaltar relativos a una campaña contra la Lepra. Uno de ellos seguro y controlable, cual es la mejoría clínica y la curación de los casos hospitalarios. lo cual incluso es barato, pues las drogas son de bajo costo. El otro aspecto es la prevención de la enfermedad, este es difícil de solucionar en nuestro medio pues aún en el ambiente médico existe el prejuicio sobre esta enfermedad, que es el resultado del desconocimiento científico de ella, para no hablar del prejuicio de los profanos que dificulta el hallazgo y examen de los contactos.

El desconocimiento de la enfermedad hace que muchos médicos, con los casos en las manos los dejen perder, pues tienen únicamente la idea de esa Lepra Lepromatosa desfigurante y mutilante que les enseñó el estudio elemental sobre esta enfermedad, descuidando por tanto, los casos incipientes que se manifiestan por signos dermatológicos, por características histológicas e inmunológicas fáciles de realizar.

De no ser la escasa contagiosidad de la Lepra, nuestro país sería a esta hora un foco formidable de Lepra en América, pues somos quizá los únicos que no hemos encarado este problema cuando aún es posible el éxito.

He aquí cómo nosotros por razón de nuestra realidad Sanitaria, no porque sea lo más aconsejable, proponemos un sistema en la fórmula siguiente: (3)

A) Como no disponemos ni dispondremos en fecha próxima de un Sanatorio para internamiento de leprosos, el Departamento de Dermatología, podría tener como ya lo está haciendo en forma limitada la función de Centro de Internamiento de los casos contagiantes y casos para diagnóstico.

Desde luego que esta función la desempeñaría en un pabellón especial del Hospital General San Felipe de los que se habilitan con mucha frecuencia para las nuevas especialidades que se crean en dicho Centro. Uno de los Subjefes del Departamento de Dermatología (habría que crear ese puesto, pues en la actualidad sólo hay un Subjefe) se haría cargo directamente de ese pabellón, contando para desempeñar su trabajo, con un personal similar al de cualquier otro servicio del Hospital San Felipe. El entrenamiento técnico se imparte en el Departamento de Dermatología, desde hace varios años, con la mejor buena voluntad y estudiando siempre lo mejor posible cada problema. De manera que el Jefe del Servicio de Dermatología tendría una sección más de las que componen actualmente el Departamento; en esa forma la Sección de Lepra estaría sujeta, a las reglamentaciones que en forma espontánea han nacido y prosperado en el Departamento de Dermatología, tales como discusiones científicas periódicas, desarrollo de trabajos prácticos y de investigación, etc., dentro de la modestia de nuestro conocimiento y nuestro ambiente.

Nos apresuramos a declarar desde ya, que esta nueva dependencia, que ya funciona en el Departamento de Dermatología en forma no aislada por

falta de otro pabellón, no significa un nuevo sueldo para el Jefe de Dermatología, que no aspira sino a integrar lo mejor posible su Departamento, y colaborar en el alivio de una enfermedad que aflige a los más humildes de nuestros compatriotas.

Huelga decir que contamos con el laboratorio, la colaboración del Otorrinolaringólogo y el Oftalmólogo, el Ortopeda, la Farmacia, Rayos X y Fisioterapia, etc., del mismo Hospital San Felipe y tendremos como resultado práctico un "Sanatorio" dentro de nuestro hospital con sólo habilitar un pabellón y nombrar un Subjefe más en el Departamento de Dermatología. Hasta la fecha siempre hemos contado con las drogas necesarias y agradecemos al Dr. Abelardo Pineda Ugarte (R. I. P.) por habérsela proporcionado en buena cantidad cuando iniciamos la formación de esta pequeña dependencia en nuestro Departamento, como parte de la campaña antileprosa.

B) La Oficina del Departamento de Dermatología ha venido haciendo las veces de "Dispensario Dermatológico", puesto que allí, en los días de consulta externa del Departamento, se recibe a los enfermos en tratamiento ambulatorio (Tuberculoides) o los que tenemos en alta condicional (enfermos de Lepra que han Egresado del Departamento por considerarlos bacteriológicamente negativos) en donde se les hace un nuevo examen clínico, se les proporcionan las Sulfonas necesarias para tres o cuatro meses, época en que les hacemos venir nuevamente para control.

Sería de desear que hubiera una Oficina Central de Control, que podría funcionar en el mismo pabellón para Lepra, y dependiente del Ministerio de Salubridad, que se encargaría de llevar los archivos de esta pequeña campaña, y que por sus fáciles relaciones con el Ministerio podría promover la impresión y difusión de la campaña y ayudar en la difusión y elaboración de la literatura científica que se produzca en el Departamento, así como la biblioteca especializada, pues el objeto de todo este movimiento no debe olvidar el aspecto científico, que es lo que da lustre e inspira a las generaciones para estudiar, producir literatura y ampliar los proyectos que ahora ponemos a andar.

Sería deseable que una Enfermera, que a la larga se especializaría en los pequeños detalles técnicos que luego se hacen rutinarios en los servicios médicos, fuera a su vez una especializada en Servicios Social o que hubiera mejor una visitadora social en la oficina que sería la única persona realmente responsable de poner en manos de los médicos los datos, concernientes a los contactos, etc. ya que los enfermos confían únicamente en las personas que los saben abordar y tienen tiempo para ello.

Deseamos reforzarlos hechos hasta aquí apuntados, diciendo que en la Cátedra de Dermatología de la Universidad de La Habana (profesor Pardo Castelló) funciona anexa gran parte de la campaña contra la Lepra en Cuba, y no se han separado porque los Dermatólogos de la Cátedra con los Dermatólogos de la Campaña Antileprosa forman una unidad que estudia mucho mejor los problemas y así es como han podido producir y difundir muchos conocimientos concernientes a la Lepra, de amplia aceptación en el mundo.

Ocurre entonces, como lo deseamos para nosotros, al proponer este tipo de organización, que el espíritu científico e investigador de un Depar-

tamiento de Hospital Clínico, comunica inquietud y hace más provechosa a una campaña, que ser eminentemente sanitaria suele ser por virtud de la rapidez de trabajo, y de la sistematización del mismo, etc., fría y poca didáctica.

UNIDAD MÓVIL: Para el control de los casos convivientes y aun de los evacuados del hospital debe existir una unidad móvil que sistemáticamente visite las zonas rurales en 'que viven aquéllos.

Esta unidad móvil estaría bajo las órdenes del Subjefe encargado de la Sección de Lepra de; Departamento de Dermatología. Como la zona sur de la República es el área más afectada siguiéndole Comayagua, Paz, Olancho, los casos que la unidad móvil descubriera en estos sitios, podría conducirlos provisionalmente a los hospitales o dispensarios que el Ministerio de Sanidad hace funcionar en dichos sitios para conducirlos a esta capital o no, según el caso.

Sería ideal que se formara una Junta de Protección o Patronato o como se le quiera llamar, que promoviera la percepción de medios económicos para la campaña, y aliviar en esta forma la carga que el Ministerio de Salubridad soportaría al crear esta pequeña organización.

PROFILAXIS: Empezaremos por hacer una breve reseña histórica de' las distintas fases por las que ha pasado la profilaxis de la Lepra. En un principio se recurrió al aislamiento de los enfermos como único recurso contra la diseminación de esta enfermedad, la historia nos muestra la creación de Leprosías en Europa y algunos países de la América. En 1921 MacDonald y Dean hacen estudios sobre la preparación del Chalmogra; con este progreso los enfermos a más del internamiento son tratados. Con la aparición de las Sulfonas, las Tiozaminocarbarsonas, la Rongalita y el Paraminosalicílico en 1943 toma un nuevo viraje este aspecto que luego viene a reforzarse con mejores conocimientos en Leprología; es así, que se estudian mejor las formas clínicas simplificándose con esto, la vigilancia de los convivientes y concretándose más de preferencia a los casos leprominonegativos, permitiendo un mejor ajuste pronóstico. La aplicación de la prueba de Pierni en la Semiología precoz permite diferenciar lesiones incipientes que antes pasaban inadvertidas o confundidas. Y como último paso en los progresos de inmunología cabe señalar el viraje que ha tomado la protección de los casos leprominonegativos y aun las personas sanas con la aplicación del B.C.G.

En una moderna campaña los principales postulados se refieren: a) Aislamiento de los casos Bacilíferos o Abiertos, b) Tratamiento de los casos cerrados o no bacilíferos, c) Contralor y protección de los convivientes. d) Investigación científica, e) Educación sanitaria del público. Todos estos postulados pueden cumplirse con la creación del Dispensario que viene a ser un centro de tratamiento, de diagnóstico, profilaxis, investigación científica y de cultura sanitaria. En él se descubren nuevos casos, se tratan los conocidos, se examinan convivientes, se recogen datos epidemiológicos, se entrena personal técnico en el diagnóstico precoz y se educa al público. En segundo lugar la creación de un Hospital Urbano o de tránsito y finalmente el Instituto de Investigaciones Científicas. Puede concretarse el plan de campaña en estos tres puntos: 1) Aislamiento condicionado. 2)

Tratármelo preventivo e intensivo de los convivientes sospechosos y 3) Control y premunición de los convivientes.

1) **AISLAMIENTO CONDICIONADO**; La **lucha** contra una enfermedad infecto-contagiosa depende del mecanismo de contagiosidad de la misma, en el caso de la Lepra, se sabe se propaga preferentemente entre los convivientes con enfermos Bacilíferos; desprendiéndose de éste el valor profiláctico del aislamiento que llena dos cometidos: El primero sustrae del ambiente social al paciente y el segundo le ayuda moral y materialmente, pero hay que hacer notar que de ser selectivo, es decir, concretarse a los casos Bacilíferos o Abiertos los que más tarde y al hacerse bacteriológicamente negativos, lo tendrán condicionado desde **luego** ésto se logra con la ayuda del tratamiento, control y protección sobre todos los niños. Como un ejemplo en favor del tratamiento condicionado citaremos el fracaso **que** en esta campaña tuvo el aislamiento indiscriminado en las Filipinas por Los Americanos. Se recurría a la violencia creando en el paciente temor al mismo y dando lugar con ésto, a la diseminación de la enfermedad (entre los conviviente, parientes o no). **Las** autoridades sanitarias filipinas comprenden la magnitud de este error y se valen de mejores medios, como la persuasión en el internamiento para llegar hasta el presente a tener una campaña modelo en el mundo.

El aislamiento solo, no puede impedir ni disminuir la incidencia de la Lepra en breve plazo por los motivos siguientes: 1) Cada enfermo que se interna ha convivido con cierto número de personas de las que se contagiaron de un 3 a 5%. 2) Estos casos a su vez serán una fuente de contagio antes de ser descubiertos. 3) Agréguese a este número de fuentes, el contagio que tengan los convivientes con los enfermos que huyen de las leproserías y los que teniendo alta condicional recaen. 4) No menos importante es el aporte de los pacientes bacilíferos que por temor al aislamiento conviven y se esconden entre sus parientes y amigos.

Es pues imprescindible e importante el tener en mente que el aislamiento llenará el cometido de selectivo en los casos Bacilíferos siendo el lugar determinado para lograrlo el Sanatorio en tanto **que** para los casos de características indeterminadas lo será el Hospital Urbano de Tránsito. Hay **que** tratar al "Enfermo de Lepra" como un ser humano, con cariño y sin violencia; convencerlo de que tiene una enfermedad curable como cualquier otra y el éxito es seguro.

2) **TRATAMIENTO**: En éste hay que considerar: *El Tratamiento Intensivo de los casos conocidos* y 2) *Tratamiento Preventivo de los casos sospechosos*.

TRATAMIENTO INTENSIVO DE LOS CASOS CONOCIDOS: En la Lepra el objetivo profiláctico es doble: 1) Negativizar los casos abiertos o bacilíferos internados en los sanatorios; 2) Mantener negativos estos casos cerrados que asisten ambulatoriamente a los Dispensarios.

Las Sulfonas con sus propiedades Bacteriostáticas y Bacteriolíticas cumplen estos dos objetivos, pues se ha comprobado que a los dos meses se estaciona el proceso y a los dos años se negativizan bacterioscópicamente.

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONVIVIENTES SOSPECHOSOS (2). Se sabe por la experiencia que los convivientes con un caso Bacilífero en una cierta proporción adquieren la enfermedad; de entre

ellos, cabe establecer tratamiento preventivo: 1) En los casos Lepromi-nonegativos y 2) En los pacientes que presentan lesiones sospechosas y en los que no se han agotado las investigaciones **diagnósticas**. Son las Sulfonas igualmente las que cumplen en el doble cometido, si es cierto, que no se oponen a la invasión del organismo, evitan el establecimiento de la enfermedad leprosa actuando en un período **preclínico** y de incubación en los que son más halagadores los resultados terapéuticos. Stewar refiriéndose a estos resultados interpreta el papel de estas drogas como estimulantes del sistema reticuloendotelial y con ello de las defensas del organismo.

CONTRALOR Y PREMUNIGION DE LOS CONVIVIENTES:

(8) El examen sistemático de todo conviviente con un foco leproso es una medida profiláctica necesaria; deberá ser clínico e inmunológico. El primero nos informa de la sintomatología visible, el segundo, lo hace ilustrándonos sobre la capacidad defensiva del organismo, mediante la prueba de la Lepromina. Lo; pacientes que tienen Mitsuda positiva no adquieren la Lepra o la adquieren en una forma benigna, limitándose su vigilancia y contralor a dos veces por año, en tanto que a los casos Leprominonegativos o de reacción incierta se les dará tratamiento preventivo Sulfónico o se modifica con tendencia al viraje positivo mediante el B.C.G. dicha reacción. Fernández en 1930 demuestra este hecho mediante pruebas personales en niños y convivientes adultos de leproso proponiendo en base de sus experiencias la vacunación de todo conviviente con el B.C.G. para la obtención de una inmunidad relativa, protegiendo con ella a éstos y aun a las personas sanas, de una infección maligna.

Rosember, Sousa Campos y otros demuestran la estrecha relación que media entre los fenómenos inmunológicos de la Lepra y la T.B.C.; queda por demostrar si mediante el B.C.G. se logra la resistencia a la adquisición de la Lepra. Si ésto se lograra se habrá dado un gran paso en la profilaxis de la enfermedad que nos ocupa.

RESUMEN

1) Los autores exponen conceptos necesarios sobre la Lepra, a fin de crear conciencia en las autoridades competentes de su país para iniciar una campaña contra la Lepra de acuerdo con la realidad económica y sanitaria de Honduras. Advierten que no se trata de los lineamientos de una campaña modelo, sino para poner a andar cuanto antes, la lucha contra la Lepra, previendo modificaciones sustanciales en el futuro, cuando la realidad económica y social sea otra.

2) Hacen una reseña histórica de la Lepra en países de Europa y América.

3¹ Exponen brevemente sobre etiología, inmunología, formas clínicas, diagnóstico, pronóstico y profilaxis de la Lepra.

4) Se consignan veinticinco historiales clínicos resumidos de Leprosos fichados en el Departamento de Dermatología del Hospital General San

Felipe; procedentes de] Departamento de **Choluteca**, 12; del Departamento de Valle, 8; de Comayagua, 2; de La Paz, 1; del Departamento de Olancho 1 y del Departamento de Francisco Morazán 1.

El número de pacientes registrados en el Departamento de Dermatología no determina en manera alguna, una base para deducir el número de leproso de la República, para lo cual es indispensable levantar un censo minucioso en cada uno de los Departamentos de la República. Tenemos datos de colegas competentes de una gran incidencia de Lepra en los Departamentos del Norte y Centro de la República que no llegan a este Hospital, porque el sólo diagnóstico formulado en los centros asistenciales de aquellas regiones los hace determinar una conducta aislacionista, quizás por una conciencia ancestral que se ha hecho crear al enfermo de Lepra sobre la inutilidad de todo tratamiento. Esto hoy día es falso a todas luces. Los enfermos de Lepra se rehabilitan y se curan. Personalmente uno de nosotros (H. C. P.) conoce lugares como los Mangles, El Carrizo, Los Llanitos, etc., en que un porcentaje aterrador de esos habitantes tiene Lepra.

Hay que imaginarse cuántos convivientes estarán adquiriendo la Lepra y la adquirirán aún, pues no hay hasta la fecha ni la más elemental medida de tratamiento o profilaxis para esos semejantes a quienes se priva de la asistencia a que tienen derecho.

5) Se delinean los puntos básicos para una campaña contra la Lepra en Honduras siguiendo de cerca la lucha de Costa Rica, pero adaptando los hechos a los que ya tenemos en Honduras. Los autores están seguros de que una campaña concebida con mayor amplitud y más apego a los cánones científicos actualmente vigentes, es sencillamente imposible en Honduras, pues hasta ahora no hay una predisposición para una lucha antileprosa como la que se tiene por ejemplo contra la T.B.C, la Sífilis, etc.

6) Se resumen los hechos aceptados hoy día para la profilaxis de la Lepra y se consignan los conocimientos fundamentales para la premunición hasta la fecha.

7) Se insiste en que al enfermo de Lepra debe tratarse como a un enfermo de cualquier otra afección curable y sin prejuicio. Esta noción desarta la represión y la fuerza; este concepto es básico para el triunfo en una campaña antileprosa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1°—Fariñas G. P.: Síntesis Histórica de la Lucha Antileprosa Cubana. Gaceta Sanitaria. Año XI N° 1 42-45, 1956.
- 2^—Fernández, J. M. M.; Carboni E. Bases de la moderna profilaxis de la Lepra. Arch, Arg. Derm. 2:167-179, 1952.
- 3^U—Gutiérrez, M. M. Elizondo S.: Organización de la Lucha contra la Lepra en Costa Rica. «Tercer Congreso Médico Centro Americano», Tegucigalpa, Honduras, 1954.

- 4°—**García** Miranda, A. Rodríguez Pineiro, A. Lepra Tuberculoide Ulcerosa (Lazarina) Reporte de un caso. Boletín de la Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía: 12:161-175, 1955.
- 5°—Gay Prieto, F.: Lepra, Dermatología y Veneriología. Editorial Científica Médica. Barcelona, 1952.
- 6°—Latapi F.: Acción, contra la Lepra. Dermatológica 1:73:77. 1956.
- 7°—Marino Bechelli, L. y Colaboradores. B.C.G. por vía oral e postitivocao remota do teste leprominico en escolares saos. Revista Brasileira de Leprologia 24:1-8, 1956.
- 8°—Martins de Borros J.: Educao Sanitaria e Lepra. Revista Brasileira 24:69-76. 1956.
- 9°—Obermeyer, M. E. Méjico. A. Story of its contributions to Dermatology. Aren, of Dermat. 73:533-552, 1956.
- 10.—Paulo Souza, R. y Colaboradores: B.C.G. vivo, de 15 días e morto em escolares saos e viragem ou intensificao de Lepromino reacao. Revista Brasileira 24:9-22, 1956.
- 11.—Schujman, S.: Valor de la Leprominoreacción en el diagnóstico de las Brasileira 24:9-22, 1956.
- 12.—Schujman, S.: El valor de la Thiosenicarbarzona (T.B. 1) en el tratamiento de la Lepra. Arch. Arg. Derm. 3:7-25, 1953.
- 13.—Schmidt. F. A.: Clinical selectivs in Dermatology and Mycology. Charles C. Thomas. Springfields.
- 14.—Simons, L. D. G.: Leprosy. Handbook of Tropical Dermatology and Medical Mycology 464-457 Elsevier-1952. New York, enfermos Hansenianos. Dermatológica 1:23:50, 1956.