

## REACCION LEPROSA CON RECIDIVAS (1)

Por el Dr.

FEDERICO FUERTES

La lepra es una enfermedad infectocontagiosa crónica, que evoluciona con períodos de brote agudo que están separados por espacios llamados de calma. Este brote agudo se conoce también con los nombres de Poussée Leprosa, Fiebre Leprosa y Reacción Leprosa, y es una complicación que se observa más frecuentemente en los casos moderados y avanzados de la afección, que en los leves.

Rogers y Muir,<sup>1</sup> dicen que una lesión leprosa puede ser descripta como atravesando tres fases: 1º) La fase *quiescente* o *inactiva* durante la cual los bacilos pueden multiplicarse y las lesiones se extienden localmente, pero durante la cual no existen síntomas generalmente toxémicos; 2º) la fase *reaccionaria* o *inflamatoria* durante la cual las lesiones se inflaman y aparecen signos generales de toxemia; y 3º) la fase de *resolución* que sigue a la cesación de la reacción.

Estas fases descriptas para una lesión, son perfectamente aplicables a la lepra como enfermedad y así tenemos, tal cual lo aplicamos hoy, que la segunda fase *reaccionaria* o *inflamatoria* es en realidad lo que llamamos *reacción leprosa*, que puede aparecer en cualquier período de la enfermedad y en cualquiera de sus formas clínicas, acompañadas de un cuadro sintoma-

---

(1) Fué presentado como trabajo de adscripción.

tológico que puede manifestarse en forma ruidosa o bien en forma apagada.

Según Pecoraro,<sup>2</sup> todavía no se ha llegado a una conclusión exacta en lo que se entiende por reacción leprosa; y dice que “Green, Muir, Lara y otros también, que se ocupan de la Reacción Leprótica, no llegando todavía a una conclusión”.

Las causas etiológicas, o favorecientes, o predisponentes, o desencadenantes de la Reacción Leprosa, son múltiples: así tenemos, que la edad y, sobre todo la pubertad, favorecen su aparición; lo mismo tenemos con el embarazo, el puerperio, las intoxicaciones intestinales, las parasitosis, las enfermedades agudas, algunas insuficiencias orgánicas, la alimentación que provoque acidez, el alcoholismo, las enfermedades intercurrentes, el exceso de trabajo, etc. Según L. M. Bechelli,<sup>3</sup> son causas predisponentes de reacción leprosa, las siguientes afecciones intercurrentes: la constipación crónica, los vermes, los focos dentarios, los trastornos hepáticos, la sífilis, la tuberculosis, la neumonía, el paludismo, las afecciones de las vías urinarias, la glomérulonefritis, la epilepsia, los disturbios menstruales, etc.

Algunos medicamentos también son capaces de intervenir por su acción en la etiología del brote agudo y, entre ellos, tenemos uno que es muy conocido por su participación directa y común, en la provocación de reacciones más o menos intensas y es: el Ioduro de Potasio, que se usó como medicación curativa de la lepra; y también por Muir y, entre nosotros, por Fidanza y Schujman,<sup>4</sup> para provocar estos brotes que se creían beneficiosos para la enfermedad, siéndolo en realidad las pequeñas pero no las grandes reacciones. Muchos enfermos tienen una intolerancia manifiesta para esta medicación y pequeñas dosis les provoca reacción febril con brote agudo posterior. En cuanto al aceite de chaulmoogra y sus derivados son capaces, sobre todo los segundos, de dar éste síndrome por intolerancia medicamentosa; pero también, la primera es capaz de provocarlos por la misma causa. Yo tengo enfermos (dos) que tanto el aceite de chaulmoogra inyectable como los derivados, aún usa-

dos á pequeñas dosis, a la larga o rápidamente les producen reacción leprosa.

Entre los enfermos internados en mi Servicio, he observado además de algunas de las causas desencadenantes anteriormente anotadas, otras como el caso de una enferma con forma lepro-matosa moderada de lepra, que en el curso de un *absceso peri-amigdalino* hizo su reacción leprosa; otros dos casos fueron provocados por la *vacunación antivariólica positiva* y en aquellos pacientes en que la misma vacunación fué negativa, en ninguno de ellos apareció esta complicación. Algunas veces también he observado esta contingencia en enfermas coincidiendo con su período menstrual, y, sobre todo, en una internada que describiré después; esto se hacía la mayoría de los meses durante mucho tiempo. En los casos que he tenido complicados con erisipela,<sup>5</sup> —13 casos y 4 recidivas—, no he observado ninguna vez que esta afección fuera factor desencadenante de la Reacción Leprosa; y en dos casos de embarazo he observado que, ni durante éste ni durante el puerperio se hizo presente la misma.

En cuanto a su patogenia, apuntamos que las opiniones son diversas a este respecto: Así, según Sinclair, debemos atribuirle un significado como si fuera una reacción de anafilaxia. Para Wade, Hopkins, Lowe, etc., es considerada como una reacción alérgica por sensibilización al bacilo. Según Muir, sería producida por infecciones o por la acción de medicamentos, entre ellos el Iodo, lo cual provocaría una disgregación de las células leprosas con invasión de toxinas y bacilos en el organismo, lo que originaría la reacción leprosa. Para Canan, es causada por la reacción del organismo, producida ya por la toxemia, ya por la bacilemia. Fidanza y Schujman,<sup>6</sup> piensan como Canan, pues dicen que muchas veces en los brotes no se constata el bacilo en la sangre. Yo opino como ellos, pues no siempre he constatado los bacilos en la sangre, a pesar de haberlos encontrado, muchas veces, en ausencia de reacción leprosa.

Este brote agudo se presenta en todas las formas de lepra, tanto en la *lepromatosa*, como en la *incharacterística* de la clasificación Sud Americana (Neural de la clasificación del Cairo) y en la *tuberculoide*. Sus manifestaciones más comunes son las que asientan en la *piel*, en los *nervios*, en las *mucosas* y en el *sistema linfático*, pero también suelen asentarse en los órganos, en los aparatos y demás sistemas de la economía.

Sucintamente daremos los síntomas que presenta este proceso, que se caracteriza en la piel por dar lesiones inflamatorias agudas, congestivas, con todas las características comunes de ellas, es decir, que, desaparecido el proceso, desaparecen las lesiones sin dejar comúnmente ninguna alteración anatómica, cuando éstas evolucionan sin ninguna otra complicación.

La reacción leprosa tiene un período prodrómico que es común en todas sus formas, cuando éste se presenta; pero no siempre es perceptible, porque, muchas veces, la instalación del síndrome es rápido y brusco. Cuando no sucede así, este período puede dar fiebre ligera (febrícula), astenia, quebrantamiento general, vómitos, diarreas, estreñimiento, cefalalgias, vértigos, etc., es decir, que son los síntomas de comienzo de un proceso toxí-infeccioso general.

Las lesiones cutáneas son máculas, papulas, tubérculos y ampollas, caracterizándose las primeras por ser congestivas, eritematosas y desapareciendo por la vitropresión; y algunas de las manchas son muy infiltradas y también de diferentes tamaños, forma y coloración, que por lo común, va desde el rosado rojizo hasta el rojo intenso. Estas lesiones pueden ser nuevas y se consideran como tales, cuando aparecen sobre piel aparentemente sana y que no tenía lesiones visibles anteriormente, o bien, pueden ser debidas a reagudización o reactivación de lesiones ya existentes y, esta reactivación puede ser total o parcial para la lesión. Lo más común, es que, el síndrome se componga de lesiones nuevas y de lesiones reactivadas al mismo tiempo. Estas manifestaciones pueden ser dolorosas al tacto y también espontáneamente, dar sensación de

quemadura o ardor, y también acusar sensación de calor local por el tacto.

Algunas veces sobre las manchas puede aparecer una pequeña vesícula, o flictena, con líquido ligeramente turbio y dejando generalmente una discreta ulceración como consecuencia de su abertura espontánea, que de acuerdo con su profundidad y extensión, más tarde, cuando cicatriza, puede dejar una cicatriz más o menos bien marcada. Otras veces, estas máculas son muy grandes (gigantes) y muy infiltradas, con un marcado relieve pero con bordes difusos. Y en algunos casos, la mácula es una lesión eritematosa única que toma parte de un miembro o todo él y, sobre todo los inferiores.

También en la piel, la reacción leprosa puede tener como único elemento el tubérculo, cuyo tamaño generalmente es desde el de un grano de maíz hasta el de un garbanzo y aún mayor; su coloración es desde rosada hasta roja intensa, y son perfectamente limitados, eritematosos, pudiendo acompañarse de zonas dérmicas infiltradas y ser dolorosos al tacto. Cuando este elemento es el único que se presenta semeja el cuadro del eritema nudoso y es fácilmente confundible con él.

De acuerdo con lo descripto el cuadro de la reacción leprosa cutánea, puede darnos los tipos, de: *eritema*, *eritema nudoso*, *eritemapapuloso* y el de *eritema polimorfo* (manchas, pápulas y tubérculos) y este último es el que más comúnmente se observa.

Las manifestaciones nerviosas están dadas por la neuritis, que puede afectar a un solo tronco nervioso o, a más de ellos al mismo tiempo. Esta neuritis puede doler espontáneamente, o bien, ser el dolor provocado por la palpación del nervio afectado. Este dolor es lo que generalmente domina el cuadro y, a veces, es tan intenso, que se hace insoportable e impide la ejecución de movimientos al enfermo que lo padece, ya de los miembros superiores si son los nervios *cubitales* o los *medianos* o los *radiales* los afectados; o bien, ya de los miembros inferiores si son los nervios *ciáticos* o los *ciáticos poplíteos*.

los atacados. Otras veces, el dolor es poco intenso, soportable, o no aparece casi, y la reacción se limita a un espesamiento mayor que el común del nervio y a un aumento de su sensibilidad, la cual apreciamos por medio de su palpación.

Unida a las manifestaciones cutáneas y nerviosas va casi siempre la *adenitis*, que se caracteriza por el aumento de volumen de los ganglios linfáticos, de por sí ya infartados, y que son dolorosos al tacto. Uno de los casos que describo presenta casi siempre en sus reacciones leprosas, la particularidad de acusar como su primera manifestación la reacción de su sistema linfático, haciendo adenopatias inguino-crurales y axilares, unas veces primero en una y después en otra o conjuntamente en las dos regiones, y con la característica de ser ganglios muy infartados y dolorosos espontáneamente y sobre todo al tacto y, siendo apreciados perfectamente por medio de la vista, pues el relieve que hacen es grande en la región inguino-crural y son del tamaño de un huevo mediano de gallina. Estos ganglios nunca supuraron.

La *fiebre* casi siempre acompaña a la reacción leprosa, aunque algunas veces en las formas muy discretas puede faltar; pero generalmente es desde ligera  $37^{\circ}.5$ , hasta la muy acentuada de más de  $40^{\circ}$ . El *quebrantamiento general* puede ser desde el más leve, hasta el más intenso y acompañarse de gran estupor y adinamia. Igualmente las *neuralgias* pueden ser insoportables por su gran dolor.

Lo más común y corriente es que, en el cuadro de la reacción leprosa estén presentes los dos tipos de manifestaciones: las cutáneas y las nerviosas, acompañadas del demás cortejo de síntomas descriptos; y algunas veces, también, se acompañan de artralgias y de artritis con derrame que puede ser muy abundante. También acompaña al cuadro una modificación del índice de *eritrosedimentación*, pues siempre he encontrado que éste aumenta con esta complicación, sobrepasando a veces, en mucho, al habitual del enfermo. Según Fernández,<sup>7</sup> el índice de la eritrosedimentación nos puede anunciar

el comienzo y el fin de una reacción leprosa o la recidiva de la misma.

Por su intensidad, Fernández divide el síndrome, en: reacciones leves, moderadas e intensas o graves; y Fianza y Schujman, en leve, mediana y severa.

### REACCIONES PARCIALES

Este cuadro de la reacción leprosa que hemos descripto en forma resumida, no siempre se presenta con esta claridad y variedad de síntomas, sino que, muchas veces, no todos están presentes y sí, hacerse presentes las llamadas reacciones parciales, que según la clasificación de Lara, las más importantes son las siguientes:

- 1) Reacción de las lesiones antiguas con o sin fiebre apreciable.
- 2) Erupción de las lesiones nuevas ya maculosas, papulosas, nodulares, vesiculosas, etc.
- 3) Erupción de lesiones nuevas sin reactivación de las viejas.
- 4) Reacciones sucesivas separadas por cortos intervalos.
- 5) Ataques febriles con reacciones cutáneas retardadas.
- 6) Ataques febriles severos sin erupciones cutáneas.
- 7) Neuritis y dolores neurálgicos sin lesiones nerviosas apreciables o con ellas.
- 8) Manifestaciones reumatoides musculares, articulares o asociadas.
- 9) Iritis, conjuntivitis y otras manifestaciones agudas de los ojos.
- 10) Orquitis agudas atacando uno o más testículos.

En mi Servicio de Leprología del Hospital San Juan de Dios de La Plata, he observado pacientes que como única manifestación han sido dolores neurálgicos sin lesiones aprecia-

bles en el nervio afectado, pero con intenso dolor por la palpación que cedió sin dejar secuelas aparentes. En cambio, en otros, la neuritis con intensos dolores neurálgicos al poco tiempo se acompaña de aumento de las amiotrofias de los músculos inervados, sobre todo, en las manos y en los pies, dejando como secuelas la parálisis y deformación de esos sectores (semi-garra y garra cubital). Otras veces, la única manifestación observada fué el panadizo analgésico, que también lo he visto acompañado de ligera reacción cutánea en forma de eritema. También he visto como única reacción la inflamación aguda de un pie solamente, o ya, conjuntamente, con el tercio inferior de la pierna seguida de supuración con eliminación de secuestros óseos, que pueden hacer la mutilación total —como lo he observado en un caso— o casi total del pie; este mismo proceso lo he observado en las manos atacando el carpo, el metacarpo y los dedos, dejando como secuelas extensas mutilaciones.

Las reacciones parciales que más frecuentemente he visto producirse son las de los ojos, y de éstas, las más comunes son la conjuntivitis y la iritis, que suelen acompañarse de neuralgias, a veces de tal intensidad dolorosa que son un verdadero problema terapéutico. También he observado orquiepididimitis parecidas a la blenorragica, aunque, a veces, la inflamación es menos intensa y dramática.

Las mastitis, observadas como reacción parcial lo fueron siempre unilaterales, aunque, más tarde, apareció el proceso en la otra mama y se acompañaron algunas de gran inflamación y dolor, y otras de síntomas menos intensos, pero nunca llegaron a la supuración. Algunas de estas mastitis fueron las precursoras de la ginecomastia que se instaló más tarde.

He visto también, que en algunos casos, la reacción parcial puede ser la forma inicial —si no cede en un tiempo prudencial— de una reacción general cutánea o cutánea nerviosa, como he podido ver en procesos oculares y ganglionares; aunque es común que una reacción leprosa empiece con



adenopatias discretas o intensas y ruidosas. También es común, que el cuadro no pase de ahí y que se acompañe o no de temperatura.

### REACCIONES RECIDIVANTES

Muchas veces esta reagudización de la enfermedad puede presentarse en algunos enfermos, pero en otros puede aparecer en una o dos oportunidades en forma leve o moderada, sin afectar el estado general ni cambiar el ritmo del proceso, o bien, estableciendo una evolución favorable del mismo. Pero en otros pacientes, parece que después de un tiempo, se desarrollara en ellos una modalidad especial por causas personales de su propio mal o de su organismo para la aparición de la reacción leprosa; y tal es así, que en ellos, se siente reacia o sorda a las voces de mando que se le dirigen en forma de la acción terapéutica que se realiza, para que desaparezca y no deje nuevas localizaciones que puedan agravar el pronóstico futuro o de vida, para el enfermo.

La reacción puede ceder, pero también, puede al poco tiempo repetirse, y estas repeticiones o recidivas que pueden ser con poco intervalo de días, pueden prolongarse cada una de ellas por mucho tiempo y ser muchas las que se suceden durante este estado, que puede durar un año o más, con el consiguiente peligro para el enfermo por el gran quebrantamiento de su estado general; y por la gran disminución de las resistencias orgánicas, que son tan necesarias, para la lucha que se entabla en los procesos toxi-infecciosos. Como así, por las enfermedades intercurrentes que se pueden instalar complicando una enfermedad, de por sí ya complicada en su evolución, en su pronóstico y en su terapéutica. Como también, por las nuevas localizaciones que se pueden hacer en regiones u órganos aparentemente no afectados hasta entonces. Y por modificar el psiquismo en forma tan desfavorable, que el paciente, por su pérdida de voluntad y de lucha, contribuye

a que la eficacia de la acción terapéutica, de por sí escasa, se transforme en casi nula.

Esta modalidad de reacción leprosa puede llevar al han-seniano a la muerte; pues, cuando yo, atendía el Servicio de Lepra de Mujeres del Hospital Muñiz de Buenos Aires, dependiente de la Cátedra de Patología y Clínica de las Enfermedades Infecciosas a cargo del Profesor Titular Dr. Fonso Gandolfo, observé un caso de reacción leprosa con recidivas que al cabo de 8 ó 9 meses, terminó con la vida de la enferma.

### OBSERVACIONES PERSONALES

**Caso 1.** — Historia Clínica Nº 50. Raquel R. Argentina. 24 años. Soltera. Ingresó al Servicio el 14 de enero de 1940. Tipo de Lepra: L<sub>2</sub>.

#### *Reacciones Leprosas.*

Año 1941. Se inicia el 15 de mayo, con el tipo de *eritema nudoso* compuesto por tubérculos aislados, de color rojo, no dolorosos y sin temperatura. El día 6 de junio aparece fiebre y al mismo tiempo se transforma el proceso en el tipo de eritema polimorfo, que toma con más intensidad los miembros y extendiéndose también a la cara; al mismo tiempo la temperatura va en aumento y aparecen dolores intensos en las manos, los antebrazos, los pies y las piernas. La fiebre duró hasta el día 31 de agosto, es decir 2 meses y 7 días. La repercusión sobre el estado general fué bastante marcada. Su peso el 10 de mayo 63,500 Kgrs., el 29 de agosto fué de 54 Kgrs. El índice de *eritrosedimentación* fué mayo 28, de 38; junio, de 25,75; julio 21, de 81,37; septiembre de 52. *Diciembre 3*, nueva reacción del mismo tipo y de menor intensidad; su temperatura duró hasta el día 31 o sea 18 días.

Año 1942. *Recidiva* el día 8 de enero, la fiebre dura hasta el día 26. *Recidiva* el día 15 de febrero y la temperatura

dura hasta el día 14 de marzo. Peso: 13 de febrero, 55 Kgrs.; 8 de marzo, 51,500 Kgrs. y el 28 de marzo, 54,500 Kgrs. Se continúa tratamiento desensibilizante y a pesar de ello el día 10 de agosto, aparece Reacción Leprosa del tipo *eritemapolimorfo* con neuralgias e hiperestésias en los pies; la fiebre se prolonga hasta el 24 de agosto. Peso: Junio 20, de 57,500 Kgrs.; septiembre 5, de 51 Kgrs. Se sigue continuando con tratamiento desensibilizante y el día 29 de noviembre aparece Reacción Leprosa, de tipo igual al anterior y que su temperatura dura hasta el día 21 de diciembre. Peso: 20 de noviembre, 56 Kgrs. *Eritrosedimentación*: Marzo, índice, 65,37; julio 16, 78,75; septiembre 9, 38,75 y en noviembre su índice fué de 37,50.

Año 1943. Reacción Leprosa, que se inicia con temperatura el día 29 de enero y cede el 1º de marzo; es del tipo eritemapolimorfo y se acompaña de neuralgias intensas. Peso: 15 de enero, 54 Kgrs.; marzo 12, 48,500 Kgrs. El día 26 de febrero se inicia tratamiento con Leche Estéril (Lácteo-proteína). *Reacción Leprosa* del tipo anterior, que se inicia con fiebre el día 12 de abril y se prolonga hasta el 12 de mayo. Peso: 8 de abril, 54 Kgrs. y 14 de mayo, 47,500 Kgrs. *Agosto 14*, se inicia con temperatura R. L. eritematosa moderada, que cede el día 28, es decir, a los 15 días. Peso: Agosto 13, 57 Kgrs.; septiembre 3, 53,500 Kgrs. y diciembre 19, 57 Kgrs. *Eritrosedimentación*, su índice: 13 de enero, 44; 1º de febrero, 67; 24 de marzo, 38; 14 de mayo, 61,25; 14 de julio, 21; 14 de septiembre, 30,75 y 5 de noviembre, 12,25.

Año 1944. *Enero 3*: Reacción Leprosa tipo eritemapapuloso de la cara y de los miembros, acompañada de dolores intensos de las manos, antebrazos, pies y piernas, con temperatura hasta el día 9 que empieza a declinar para producirse la apirexia el día 15. *Junio 12*: Reacción Leprosa igual a la anterior; apirexia el día 20; fiebre más alta 39°.5. *Noviembre 4*: Reacción Leprosa eritematosa leve localizada en los muslos, se inicia con temperatura de 37°.2, la más alta el día 9 es de 37°.5; apirexia el día 10. *Diciembre 1º*: R. L.

Tipo eritemapapuloso de miembros, con artralgias de pies, rodillas y manos; se inicia con temperatura de 38°.5 y la más alta 39°.4 el día 4; apirexia el 10; duración de la fiebre 9 días.

**Caso 2.** — Historia Clínica N° 71. Enrique G. Argentino. 35 años. Viudo. Jornalero. Ingres a al Servicio: el 25 de marzo de 1941. Tipo de Lepra: L<sub>2</sub>.

Año 1941. Ingres a con Reacción Leprosa tipo eritemapapuloso, cuya fiebre dura hasta el día 30. *Agosto 14*: R. Leprosa de tipo igual al anterior, pero acompañada de adenitis dolorosas inguino-crurales y axilares y, de neuralgias de miembros. La fiebre cedió el día 31. Peso: Día 12 fué de 91 Kgrs. y el día 2 de septiembre de 82 Kgrs. El estado general desmejoró. *Recidiva* el día 29 de septiembre, cuya fiebre dura hasta el 11 de octubre; y su tipo es papulo-nudoso acompañado de gran reacción ganglionar muy dolorosa. Nueva recidiva con las mismas características el día 27 de octubre, que da fiebre hasta el 5 de noviembre. *Reacción parcial ganglionar* con temperatura y dolor el día 20 de diciembre, se instala reacción leprosa general el día 26 y dura la fiebre hasta el 13 de enero de 1942. Peso: Diciembre 2, 85 Kgrs. y 30 de diciembre, 80 Kgrs. *Eritrosedimentación*: Mayo 18, índice 7,50; julio 14, 6,26; septiembre 10, 21,25 y noviembre 12, 18,75.

Año 1942. *Recidiva* el día 20 de enero hasta el 5 de febrero, duración de la fiebre 16 días. *Recidiva* el 19 de febrero, hasta el 25, duración de la temperatura 6 días. En ambos casos tipo eritemapapuloso y reacción ganglionar. *Reacción Leprosa* que dura desde el 14 de abril hasta el 6 de mayo y siendo su estado febril de 23 días; y de tipo eritema-polimorfo con maculo-papulas con flictena central, dolorosas y gran reacción ganglionar. *Recidiva*: Mayo 18 hasta el 30 (duración de la fiebre 12 días). *Nueva recidiva* el día 23 de junio que dura hasta el 5 de julio; tiempo febril 12 días. Ambas del mismo tipo y características de la anterior. *Reacción L.* el día 10 de octubre hasta el 30 (duración de la fiebre 16 días). Tipo eritema-polimorfo, lesiones maculo-papulosas con flictema central

y dolorosas; gran reacción ganglionar inguino-crural con mucho dolor. *Eritrosedimentación*: 14 de enero, índice 81,25; 4 de marzo, 35; 11 de mayo, 22; 3 de julio, 42; 11 de septiembre, 45 y en noviembre, 48 de índice.

Año 1943. Reacción Leprosa desde enero 23 hasta el 6 de febrero (duración de la fiebre 14 días); tipo eritemapapuloso con fuerte reacción ganglionar y dolor. Se inicia tratamiento con *Leche Estéril (Lácteoproteína)* el 20 de febrero. *Peso*: 16 de febrero, 78 Kgrs. y el 20 de julio, 90,500 Kgrs. *Eritrosedimentación*: Enero, índice 25; 1º de febrero, 60; 5 de marzo, 8,75; 12 de mayo, 10,75; 12 de julio, 7; 14 de septiembre, 8,50; y 3 de noviembre, 5,75 de índice.

Año 1945. En los primeros días del mes de enero, le aparece *Reacción Parcial* localizada en el ojo izquierdo caracterizada por inflamación y dolor neurálgico insoportable, no respondiendo a la medicación analgésica y tiene días con fiebre y días sin ella, la más alta el 31 con 38°. Revisado el día 13 por el oftalmólogo Dr. Aicagüer, diagnosticó: escleritis en período de comienzo en ambos ojos; y puesto en tratamiento cedió poco el dolor. El día 2 de febrero la temperatura asciende a 38° y, se instala Reacción Leprosa Cutánea de tipo eritema-papuloso, localizada en tercio superior de los brazos, en los hombros y en la región escapular. Las lesiones se acompañan de mucha infiltración y de mucho dolor. Temperatura más alta el día 8 de febrero, 39°. Apirexia el día 14; este día se inicia la descamación y cesan totalmente los dolores. *Eritrosedimentación*: Año 1944, 5 de enero, índice 7,50; 10 de marzo, 6,75; 4 de abril, 8; 15 de mayo, 11,25; 12 de julio, 5; 18 de septiembre, 12 y el 14 de noviembre, 16 de índice. Año 1945: 23 de febrero, 42,40 de índice. El método usado fué el de Westergreen.

**Tratamiento.** — La conducta que hemos seguido en los casos presentes para el tratamiento de la Reacción Leprosa, ha sido la siguiente: 1) Supresión del tratamiento por el aceite de Chaulmoogra y sus derivados si se estaba haciendo. 2) Reposo

en cama. 3) Purgante salino. 4) Dieta láctea, 24 horas. 5) Alimentación lácteo-vegetariana. 6) Emuntorios libres. 7) Medicación desensibilizante (adrenalina, efedrina, alcalinos, sales de calcio, etc. 8) Tártaro estibiado, solución al 1 %, 1 ó 2 cc., por vía venosa. 9) Auto-hemoterapia.

También en estos dos pacientes, la repercusión que ha tenido el proceso sobre su estado general y los intensos dolores provocados, nos ha obligado hacer tratamiento general, tratamiento sintomático y medicación analgésica y antinervina. Habiéndonos visto obligados, muchas veces, a recurrir a la morfina para calmar el dolor, para el descanso físico y para provocar el sueño reparador.

Sarkar S. L. y Bhattacharya B. M., dicen,<sup>8</sup> en resumen, refiriéndose a la lácteoproteína, que: “Tanto la lácteoproteína en 5 a 12 series de inyecciones como la asociación de vacunas estafilo y estreptocócicas, mejora los dolores reumatoides, úlceras, edemas de las extremidades y eczemas, en 8 casos de lepra. Esos tratamientos no tienen acción sobre los dolores de la lepra nerviosa”.

En mis dos casos, hice inyecciones de leche estéril buscando la desensibilización por medio de la acción proteínica por vía intramuscular dos veces por semana, empezando con 1 cc. y elevándolo progresivamente hasta llegar a 10 cc. y, continuando con esa cantidad hasta completar series de 150 o hasta más de 200 cc., con un mes de descanso para volver a reiniciar. En el caso N° 1, vemos que con este tratamiento acortamos el tiempo de duración de las reacciones leprosas y alargamos el espacio de aparición entre una y otra y, le disminuimos también la dramaticidad. En el caso N° 2, los resultados han sido más halagadores, pues no se había vuelto a repetir la complicación desde que se inició este tratamiento, hasta casi dos años después, y sin casi repercusión sobre el estado general y con enorme acortamiento del tiempo de evolución de la reacción leprosa general y con suma discreción de lesiones aparecidas.

## CONCLUSIONES

1º La Reacción Leprosa es una complicación frecuente en la lepra y puede presentarse en cualquiera de sus tipos.

2º De acuerdo con la evolución de la enfermedad, su presencia se acusa, casi exclusivamente, en las formas moderadas y avanzadas.

3º Es más frecuente que la Reacción Leprosa se haga presente en el tipo *Lepromatoso* que en los otros. Y es también más frecuente, que haga *recidivas* en este tipo, pues yo, únicamente las he observado en él.

4º La *lácteoproteína*, como hemos visto, es una medicación útil para el tratamiento de esta forma grave de Reacción Leprosa. Pues debemos tenerla en cuenta para su tratamiento, por la utilidad que nos puede prestar haciendo desaparecer la complicación o bien, restándole peligrosidad a la misma.

## RESUMEN

El autor describe en forma sucinta la más frecuente de las complicaciones de la lepra: la Reacción Leprosa en su forma generalizada, en sus formas parciales y sus recidivas, haciendo una reseña de su etiología, de su patogenia, del aspecto clínico de sus lesiones y de su tratamiento. Deteniéndose en el estudio de los enfermos con Reacción Leprosa Recidivante, puesto que ésta forma por su prolongación, por la facilidad con que produce nuevas localizaciones y por su repercusión sobre el estado general y, con la consiguiente disminución de las resistencias orgánicas, prepara el terreno para las enfermedades intercurrentes que pueden ser de fatales consecuencias para el enfermo. También, en el estudio del tratamiento, describe el resultado favorable que ha obtenido con la Lacteo-proteína, en estos dos enfermos con reacción leprosa recidivante, haciéndola dos veces por semana en inyecciones intramusculares y en dosis progresivas de 1 a 10 c.c., y totalizando series de 150 a 200 ó más centímetros cúbicos.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Rogers y Muir*: "Lepra". Traducción portuguesa de Hamilton Palermo. Brasil. 1937.
2. *Pecoraro, Vicente E.*: "As manifestações cutaneas agudas da Lepra". Revista Brasileira de Leprologia. Vol. IX. Nº 3. Setiembre 1941. San Paulo. Brasil.

3. *Bachelli, L. M.*: "Molestias intercorrentes como causas de reação leprotica". Revista Brasileira de Leprologia. Vol. VI. N° 4. Diciembre 1938. San Paulo. Brasil.
4. *Fidanza y Schujman*: "Lepra Reacción". Actualidades Médicas. Año II. N° XXIII. Setiembre 1933. Buenos Aires.
5. *Fuertes, Federico*: "La erisipela complicación frecuente de la lepra". Trabajo de adscripción presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, en marzo de 1943.
6. *Fidanza y Schujman*: En lo citado.
7. *Fernández, José M. M.*: "El cuadro clínico de la Reacción Leprosa". La Semana Médica. Año XLIV. N° 3. Mayo 20 de 1937, Buenos Aires.
8. *Sarkar y Bhattacharya*: "The effects of the injections of milk preparations in leprosy". Indian Med. Gazzete 72: 398-401, 1937. (Resumen de la Revista Brasileira de Leprologia. Vol. VI. N° 4. Pgs. 503 y 504. San Paulo. Brasil. Diciembre de 1938.)

#### R E S U M E

*Dr. F. Fuertes*

L'auteur décrit, en forme concise, la complication la plus fréquente de la lèpre; la réaction lépreuse dans sa forme généralisée, ses formes partielles et ses récidives. Il commente son étiologie, sa pathogenie, l'aspect clinique de ses lésions et son traitement. Il étudie 2 malades atteints de réaction lépreuse récidivante, puisque cette forme, par sa prolongation, la facilité de produire de nouvelles localisations et par sa répercussion sur l'état général, prépare le terrain pour les maladies intercurrentes qui peuvent être mortelles. Dans l'étude du traitement, il décrit aussi, le succès qu'il a obtenu chez ces malades avec la lactéo-protéin en l'injectant par vie intramusculaire 2 fois par semaine et en doses progressives de 1 à 10 c.c. complétant les séries de 150 à 200 ou plus c.c.

#### A B S T R A C T

The autor describes briefly the most frequent complication of leprosy: leprous reaction in its usual and partial forms and recidivations. He reviews its etiology, pathogeny, the clinical aspect of its lesions and its treatment. He studies 2 patients enduring leprous relapsing reaction, since that form, by its prolongation, its easiness in producing new localizations and by its repercussion on the general state, prepares the ground to intercurrent diseases, which may be mortal. He also describes, in the study of the treatment, the favourable result obtained with the lacteo-protein in these 2 patients with leprous relapsing reaction, administering it, twice a week, by intramuscular injections and in progressive doses from 1 to 10 c.c. and ending the series from 150 to 200 or more c.c.