

## EL PRONÓSTICO DE LA LEPRO EN ESPAÑA

Dr. FÉLIX CONTRERAS

Director de la Leprosaría de Fontilles

**D**URANTE muchos lustros se consideraba a la lepra como el prototipo de enfermedades incurables. Sólo por milagro podían alcanzar la curación estos desgraciados enfermos. Este pronóstico tan funesto continuaba transmitiéndose desde la antigüedad perdurando en todos los siglos sin admitir condiciones ni paliativos. Fué excepcional la opinión de ALIBERT, al publicar en el año 1825 su tratado de enfermedades de la piel, por considerar que la *elefantiasis de los griegos* era "casi constantemente incurable". Probablemente se empleaba por primera vez este adverbio de cantidad, contrastando con la opinión más generalizada y extendida según la cual la lepra no puede curarse en ningún caso: "*Une fois lépreux, lépreux pour jamais*".

Continúa persistiendo en libros y monografías el criterio de incurabilidad, en que el pronóstico es siempre desesperado y en que la caquexia es el fin natural de estos enfermos, del que sólo puede librarles la presentación de otra enfermedad intercurrente que anticipe su fin. Se citan como sumamente excepcionales algunos casos de curación, como el del célebre rey de Birmania, Rama de Benares, que logró su curación internándose en la selva de la alta Burma y alimentándose con las semillas del árbol *Kala Vatti*, nombre que dan los siameses al *Teractogenos Korzzi*. Pero estos casos, además de poco frecuentes, solían interpretarse pensando en la posibilidad de errores en el diagnóstico, porque es sabido que en la antigüedad se mezclaban con la lepra otras muchas enfermedades que podían ser curables.

En el año 1885, en un congreso celebrado en Wiesbaden, UNNA fué el primero que presentó con carácter científico un presunto caso de curación, en un enfermo tratado con un cerato de pirogalol. En la primera Conferencia Internacional de la Lepra, celebrada el año 1897 en Berlín, EHLERS presenta el primer caso de curación espontánea por pase del tipo cutáneo al neural. Tanto a final del siglo pasado como al comenzar el actual se publican algunos casos más de pretendidas curaciones, que podrían ser muy discutidas. En 1906, en un Congreso Internacional de Medicina

que se celebra en Lisboa, insiste UNNA en la posibilidad de la curación, planteando el problema de distinguir las verdaderas curaciones de las latencias.

De todos los trabajos que conocemos del siglo pasado y comienzos del actual, para nosotros el de mayor mérito es el de BROCC, porque en su excelente tratado de dermatología, publicado en 1907, dice textualmente: "Il y a des formes frustes et abortives de lépre; c'est incostestable. Elles peuvent ne pas évoluer, surtout lorsque les sujets se transportent dans de pays où la lépre n'es pas endémique. Il semble même que ces symptômes puissent disparaître et ne pas se reproduir. *De là à admettre que la lépre dans ses formes les plus bénignes puisse guérir, il n'y a qu'un pas*". Han transcurrido ya cerca de los cincuenta años, cambiaron muchos conceptos y algunos bien radicalmente, pero estas palabras de BROCC han sido confirmadas por todos los más experimentados y, como luego veremos, son las que nos permiten asegurar la curación, porque podrá discutirse la curabilidad de los casos avanzados, de aquellas que se conocían con el nombre de lepra cutánea, o el de lepra neural; pero es más fácil afirmar la posibilidad de la curación de las formas iniciales de la enfermedad, que son de conocimiento bien reciente, constituyen la base de una de las más importantes bases de la profilaxis, que ha tardado en rendir sus frutos porque la observación de BROCC ha sido confirmada veinte años después.

En 1914, ZAMBACO PACHA, en su conocido libro, afirma que en Jerusalén ha visto varios enfermos curados, o por lo menos en situación bien comparable a la curación. En 1919, describe LEBEUF con todo detalle un caso de curación espontánea. En un Congreso de Ciencias celebrado en Calcuta en el año 1921, se citan varios casos de curación, conseguidos con el aceite de Chaulmogra, algunos de ellos confirmados después de cuatro años de observación, sin ninguna terapéutica. En las conclusiones aprobadas en este Congreso figuran las condiciones que permiten afirmar la curación: a) Regresión de todas las lesiones; b) Desaparición total de los bacilos de Hansen en las biopsias de partes enfermas, y c) Desaparición de los bacilos en secreciones, incluso después de la reactivación con yoduro. En la Tercera Conferencia Internacional de la Lepra, celebrada en Estrasburgo en 1923, son muy numerosos los trabajos referentes a las considerables mejorías alcanzadas con los aceites de chaulmogra, coinciden todos en la eficacia de la medicación, aun cuando no en la posibilidad de alcanzar la curación. En esta reunión destacan por lo muy documentadas dos excelentes comunicaciones del leprólogo japonés KENSUKE

MITSUDA, una con numerosas fotografías demostrativas de los éxitos alcanzados con el aceite de chaulmogra en las formas lepromatosas; en la otra comunicación, sobre reacciones de curación de la lepra, se confirma, ya con mayor experiencia, la realidad de las observaciones de BROcq y se considera a la forma maculosa como una forma inicial, comparable al secundarismo sífilítico, que puede desaparecer completamente algunas veces y otras incompletamente dejando algunos estigmas residuales. También GOUGEROF, en 1927, expone una opinión análoga, describiendo las formas localizadas y fijas de la lepra, preconizando la conveniencia del diagnóstico precoz y el tratamiento enérgico de las formas iniciales, con lo que considera grandes las posibilidades de conseguir la curación. Continúan aumentando los casos de regresión más o menos influenciada por los tratamientos, considerados como curaciones, o detenciones, según el mayor o menor optimismo de los observadores, dando lugar a que en diciembre de 1930, en la Conferencia Internacional celebrada en Bangkok se propusiese clasificar a los leprosos en curables e incurables; decidiéndose esta cuestión en la Cuarta Conferencia Internacional de la Lepra, celebrada en Manila, con la conclusión de que no se hablase de curaciones, pero sí de detenciones de la enfermedad "arrested".

Además de las cifras anteriores son bastante numerosos los casos publicados en diferentes épocas, en los que se dan a conocer curaciones alcanzadas merced a la medicación y algunas veces espontáneamente. HANSEN, DANIELSEN, KAURIN, BARGHER, CARTHIE, HOPKINS y HALLOPEAU, HUTCHINSON, BERGMANN, BABES y KALINDERO, MAGALHAES y GAUCHER, y otros varios, han publicado casos de curación, empleando distintas medicaciones y con desigual comprobación.

Pero en contra de los que creen en la posibilidad de curación de la lepra se pronuncian la mayoría de las opiniones. En el año 1916 decía nuestro gran AZUA: "No he visto curar ningún leproso. La enfermedad mata siempre después de un plazo largo". En 1923, SAMPELAYO y DE BUEN, a los que debemos reconocer el mérito de hacer un censo muy superior a los realizados posteriormente, continúan afirmando que el pronóstico de la lepra es siempre muy grave y que puede considerarse que esta enfermedad es siempre incurable. Coinciden con estas opiniones la mayoría de las pronunciadas en aquella época. Nos llama sobre todo la atención que en la *Pratique Dermatologique*, publicada en 1902, bajo la dirección de BESNIER, BROcq y JAQUET, en el capítulo de la lepra escrito por JEANSELME y SÉE, pueda ponerse en duda la existencia de las formas frustra-

das y abortivas, que con tan señalado acierto habían sido descritas por Brocq. En 1930 y 1934 se publican dos excelentes tratados, dedicados exclusivamente a la lepra, en los que se recogen todas aquellas opiniones a las que nosotros nos hemos referido, junto con algunas estadísticas referentes a los porcentajes de curación, e incluso trabajos como el de KOBAYASHI, que no encuentra bacilos en las necropsias de los cadáveres de enfermos que llevaban varios años de curación, pero aun con estos datos optimistas, ambos tratados continúan reflejando, en los capítulos dedicados al pronóstico, el pesimismo dominante en aquella época: KLINGMULLER afirma que la curación de la lepra no es nunca segura. Según JEANSELME, este pronóstico es de los más oscuros, al considerar el poder destructivo de las lesiones, su multiplicidad, los sufrimientos físicos y morales, la incapacidad para el trabajo, la ineficacia de los tratamientos, etc. Aun con bastante posterioridad continúan publicándose opiniones análogas a la de COVISA y BEJARANO, que en 1936 no creen en la curación y estiman que las detenciones bacteriológicas son sólo temporales y nunca podrán considerarse como definitivas. En 1944, FONTANA asegura que la terminación de la lepra es siempre fatal, dentro de un plazo más o menos largo y que la muerte sobreviene siempre por caquexia, nefritis, enteritis, tuberculosis, etc. Aun en el año 1945, en contraposición con el criterio que se va imponiendo, se muestran excesivamente pesimistas FUHS y KUMER.

En resumen, si deseamos concretar sobre esta cuestión tan discutida, será preciso reconocer que la lepra ha sido considerada hasta el siglo actual como el paradigma de enfermedad incurable; al comenzar el siglo xx empiezan a pronunciarse algunas opiniones en favor de la posible curación y muy lentamente van aumentando los que así piensan, sin que desaparezcan por ello opiniones muy valiosas de los que consideran a la lepra como una enfermedad siempre incurable. Pero conviene resaltar que han sido dermatólogos insignes los que con sus descubrimientos han marcado los jalones sobre los que debe basarse la opinión actual. Es el primero de estos jalones la existencia de formas abortivas y frustradas, descrita por Brocq en 1907 y confirmada después por MITSUDA, RODRÍGUEZ, FERNÁNDEZ, SCHNIMAN, WADE, LARA, MANALANG, SOUZA, CAMPOS, etc. Consideramos el segundo la confirmación, en 1923, de las formas clínicas tuberculosas, por DARIER y PAUTRIER, como consecuencia de la descripción de JADASHON, que sabemos fué en 1908. El reconocimiento de las formas tuberculoides e incharacterísticas y sus particularidades evolutivas, que principalmente se deben a las leprólogos brasileños y argentinos, han sido los

determinantes del cambio de criterio que estimamos fundamentado y radical. Actualmente los leprólogos más afamados de todo el mundo coinciden en que es necesario tener una experiencia muy considerable para hablar del pronóstico de la lepra. Sólo los que llevan mucho tiempo dedicados al estudio de esta enfermedad pueden pronunciarse con probabilidades de acierto en relación con tan discutida cuestión, que además difiere en relación con muy diferentes factores; principalmente la forma clínica, como es sabido relacionada con el terreno inmunitario; el período o grado de invasión de la enfermedad; el grado de resistencia del organismo; junto con otros factores individuales de importancia secundaria que también deben tenerse en cuenta cuando se trata de decidir sobre el pronóstico de estos enfermos que con mayor intranquilidad que en otras enfermedades tratan de aclarar cuál ha de ser su porvenir.

Antes de analizar las diferentes circunstancias que modifican el pronóstico de cada caso particular interesa destacar que en estos últimos años ha mejorado bien notablemente el pronóstico de la lepra, principalmente merced a las nuevas medicaciones, pero también por el avance conseguido en los conocimientos de patología general y al estudio de la lepra en la infancia. Si tenemos en cuenta todos estos factores creemos que actualmente se puede afirmar sin vacilaciones que la lepra puede curarse en algunas ocasiones. Ya en el año 1936 decía RABELLO que, desde un punto de vista puramente biológico, la lepra es el paradigma de enfermedad curable, como lo demuestran los esfuerzos que el organismo infectado desenvuelve para alcanzar la curación, algunas veces con resultado fructífero; añadía entonces que aun no se disponía de medicación eficaz para lograr la curación en gran número de casos. Hoy que disponemos de medicaciones mucho más modernas, nosotros creemos que puede mantenerse la afirmación de RABELLO. Conocemos algunos casos de enfermos avanzados que regresaron notablemente con la ayuda de las nuevas medicaciones, que llevan algunos años sin manifestaciones clínicas y que se mantienen también negativos todos los datos analíticos, a estos enfermos se les concedió el alta condicional y nos costaría trabajo pronunciarnos por el alta definitiva; nos parece mejor hablar de detención de la enfermedad. Pero también recordamos algunos otros en los que hicimos el diagnóstico precoz, con sólo muy discretas manifestaciones iniciales, en las que no logramos encontrar bacilos y que desaparecieron al poco de iniciar el tratamiento y en estos casos, sin ningún escrúpulo, nos atrevimos a asegurar que lograron la curación, exactamente con las mismas reservas con las que debemos hablar de curación en todas las infecciones

del organismo. Siempre nos faltan medios que permitan asegurar un diagnóstico de curación, pero no por ello debemos privar al enfermo de los beneficios que supone que se le conceda el alta. Según nuestro criterio, todo aquel que tiene una enfermedad contagiosa debe ser tratado hasta conseguir su blanqueamiento clínico y su negativación analítica. Logrado esto deben hacerse los tratamientos llamados de consolidación y continuar después una vigilancia prudencial, que el médico y el sanitario deben prolongar cuanto sea posible. Pero en ningún caso esta vigilancia sanitaria debe suponer que el vigilado es un enfermo. Después de aclarado esto nosotros afirmamos que la lepra es tan curable como cualquier otra infección crónica. Veamos ahora qué factores y circunstancias son los que influyen en la curación y en el pronóstico de esta enfermedad.

### PERÍODO O GRADO DE INVASIÓN DE LA ENFERMEDAD

Actualmente es forzoso reconocer que en todas las infecciones ocurre que no son afectados todos los organismos que se ponen en contacto con los gérmenes, ni tampoco son iguales las diferentes formas de reaccionar los organismos infectados; en la lepra, como en la tuberculosis y en las demás infecciones crónicas, puede tener lugar el *contagio inmunizante*, que puede demostrarse por las pruebas alérgicas y que consiste en que el organismo se defiende completamente de las infecciones. En la lepra ocurre esto con frecuencia; según WADE y COCHRANE, el germen fracasa en su agresión y es eliminado, quedando el organismo inmunizado y alergizado. Estos casos son la ratificación de la veracidad de las formas abortivas descritas primero por BROcq y después por MITSUDA, RODRÍGUEZ, COCHRANE, etc.

En algunos casos, también bastante frecuentes, el germen penetra en el organismo, pero es dominado sin llegar a provocar síntomas o son tan discretos que pueden pasar inadvertidos; es lo que se llama infección latente.

En otras ocasiones, precedidas o no del período de latencia anteriormente descrito, aparecen los primeros síntomas clínicos, que suelen consistir en insignificantes alteraciones de la pigmentación cutánea o de la sensibilidad periférica, pero bien espontáneamente o con la ayuda de la terapéutica, se logra que estos síntomas discretos permanezcan siendo incharacterísticos, regresen y desaparezcan sin evolucionar siquiera momentáneamente a ninguno de los dos tipos polares de la enfermedad. Es lo que puede llamarse infección clínica abortiva.

Por último, la infección precedida de alguno de los períodos anteriores, o también directamente, da lugar a alguna de las dos reacciones típicas de la enfermedad, de las que después nos ocuparemos, la benigna o tuberculoide y la maligna o lepromatosa.

Claramente se comprende que en el caso de ponerse en contacto con la infección, lo mejor es lograr inmunizarse, que también es excelente el pronóstico de una infección latente y asintomática; que continua siendo bueno el pronóstico de una infección abortiva en la que se logra comprobar la regresión, antes de que la enfermedad acuse síntomas característicos. Después nos ocuparemos del pronóstico de las diferentes formas clínicas de la enfermedad, en las que también será conveniente tener en cuenta el grado de invasión, que debe tenerse en cuenta en cada caso particular, porque naturalmente que la extensión de las lesiones influye poderosamente en el pronóstico.

### FORMAS CLÍNICAS

Al referirnos a formas clínicas, consideramos absolutamente preciso atenernos a la Clasificación Internacional de la Habana y nos parece conveniente recalcar la gran diferencia que existe entre las dos llamadas formas polares, alérgica y benigna la tuberculoide y anérgica y maligna la lepromatosa; pero para continuar el orden más corriente, empezaremos primero por la llamada:

*Lepra incaracterística*, inflamatoria simple o inespecífica es la forma inestable de la enfermedad, en la que siempre debe tenerse en cuenta que puede evolucionar hacia la forma benigna o tuberculoide o hacia la maligna o lepromatosa. Como después veremos, las reacciones alérgicas pueden aclararnos estas dudas, pero además existe la posibilidad de persistencia en forma incaracterística y la regresión y curación, bien espontánea, o por la acción de la terapéutica. También debemos distinguir, dentro de las formas incaracterísticas, las lesiones iniciales, probablemente las más frecuentes de esta variedad, que se confunden con las formas abortivas de que antes hablamos y las formas de regresión o residuales que pueden verse en la última fase de un proceso ya vencido.

Ateniéndonos exclusivamente a la clínica, también podemos orientar el pronóstico: Son las más benignas las manchas acrómicas, o, con más precisión, hipocrómicas, las llamadas *macula alba* o *whitish patch*, lesiones iniciales o primarias de RODRÍGUEZ, que, con gran frecuencia, del 30 al 40 %, regresan espontáneamente. Cuando estas manchas acrómicas van a continuar su evolución progresiva suelen sufrir una reacción eritema-

tosa limitada algunas veces a la periferia de la mancha, sobre todo en los casos que la evolución va hacia la forma tuberculoide. Otras veces la reacción eritematosa es total y, en estos casos, la mutación puede ser a cualquiera de las dos formas polares o también estacionarse en forma eritemato-hipocrómica. Estas manchas eritemato-hipocrómicas suponen siempre un grado más avanzado y mayor gravedad que las manchas exclusivamente hipocrómicas; cuando las descubramos por primera vez con este carácter debemos pensar en la posibilidad de que primitivamente fuesen hipocrómicas y evolucionaron haciéndose, además, eritematosas, o también pueden ser manchas en regresión o residuales que fueron anteriormente tuberculoides y perdieron poco a poco los caracteres de esta variedad y se acercan al final del periodo regresivo. En las manchas eritemato-hipocrómicas no regresivas hay que admitir tres posibilidades evolutivas: la mutación a tuberculoide, que ya hemos dicho, suele ir precedida del carácter eritematoso marginal; la mutación a lepromatoso que suele ir precedido de la reacción eritematosa de la totalidad de la mancha y también algunas veces de elevación de la misma y, por último, el estacionamiento que con bastante frecuencia da lugar a la regresión que casi siempre se inicia por la desaparición del eritema, persistiendo las alteraciones pigmentarias que sólo muy lentamente suelen regularizarse. Las manchas eritematosas son siempre del peor pronóstico, es más corriente su evolución a la forma lepromatosa, sobre todo en las eritematosas elevadas; claro que no puede excluirse en estos casos la posibilidad de la mutación al tuberculoide, ni tampoco que sean manchas en regresión, sobre todo por la acción de las medicaciones.

*Lepra tuberculoide.* — En contraposición con la variedad incaracterística, la lepra tuberculoide constituye uno de los tipos quiescentes o estables de la enfermedad, en el que son poco frecuentes las mutaciones y el pronóstico es casi siempre benigno, sobre todo cuando las manifestaciones son exclusivamente cutáneas y no existen, o son poco perceptibles, los trastornos polineuríticos. El pronóstico bueno de la lepra tuberculoide es aún mejor cuando se descubre en el niño, sobre todo en los casos de la primera infancia, antes de los cinco o seis años, y del tipo "reaccional".

La observación clínica nos permite también, en el tipo tuberculoide, hacer algunas distinciones con respecto al pronóstico: la variedad que más corrientemente vemos en España es la llamada leprides figuradas, de forma redondeada, oval o figurada, con contornos bien delimitados, en los que se observan las pequeñas pápulas que permiten hacer la distinción

con la variedad incaracterística. Estas manchas son de muy buen pronóstico, siendo corriente observar la desaparición de la infiltración marginal, bien en su totalidad o por partes; cuando esto ocurre, suele terminar por desaparecer la lepride, quedando sólo una mancha hipocrómica que, histológicamente, se puede demostrar que continúan algunas alteraciones de la sensibilidad y sudoración que son las últimas en desaparecer. Cuando las máculas están elevadas en toda su superficie, sean tuberculoides o incaracterísticas (que sólo la historia lo puede aclarar), son siempre de peor pronóstico y de regresar ha de ser con mayor lentitud y persistiendo zonas atróficas residuales con las alteraciones sensoriales y sudoríficas mencionadas. Las lesiones nodulares tuberculoides, en contra de lo que pudiera suponerse por la analogía con las formas lepromatosas, son de mucho mejor pronóstico que las leprides maculares, siendo bastante corriente que desaparezcan totalmente y con bastante rapidez. También son de excelente pronóstico los casos de coexistencia de lesiones nodulares tuberculoides y máculas típicas con sus papulitas marginales, pero con el centro de las máculas acrómico, hipocrómico o normal.

Aun cuando no tenemos nosotros experiencia sobre la lepra intermedia o "bordeline", que para algunos es un estado intermediario entre la tuberculoide "mayor" y la lepromatosa, creemos conveniente señalar que esta variedad es de peor pronóstico que las demás formas de lepra tuberculoide, porque en el sentir de algunos esta variedad puede regresar y desaparecer, pero también puede transformarse en lepra lepromatosa.

*Lepra lepromatosa.* — Es la forma más genuina y grave de la enfermedad, es también la más estable y si la dejamos evolucionar espontáneamente aumenta la gravedad porque tiene gran tendencia a la generalización y agravación progresiva. En la infancia es también la forma lepromatosa la de peor pronóstico, pero las nuevas medicaciones demuestran su actividad, sobre todo en los niños, que las toleran magníficamente, así como en todos los casos lepromatosos iniciales.

Dentro de la forma lepromatosa merece mención especial la variedad manchada de Lucius que ha sido durante mucho tiempo considerada como una de las formas más graves de la enfermedad, pero actualmente ha mejorado este pronóstico porque suele dejarse influenciado espléndidamente por las sulfonas, con lo que podemos obtener actualmente resultados que no se conseguían con ninguna de las medicaciones anteriormente empleadas.

En resumen, y de acuerdo con PORTUGAL, creemos que actualmente

el pronóstico de la lepra es sombrío y aun es posible afinar más si distinguimos la lepra lepromatosa generalizada con lesiones neurales y viscerales, que era la forma más conocida en la que creemos se puede mantener el criterio clásico de enfermedad fatal que en plazo más o menos largo ha de terminar con el enfermo, bien por la llamada caquexia leprosa o por la afectación específica de algún órgano vital, como lo vemos frecuentemente, y que corrientemente se atribuye a enfermedades intercurrentes, que también se pueden presentar, pero no con la frecuencia que muchos creían, porque muchas de las que así se consideraban demuestra la necropsia que se trata de amiloidosis específicas de diferentes vísceras; y las lepras lepromatosas iniciales con afectación exclusivamente cutánea y nerviosa periférica que tendrá siempre un pronóstico reservado, pero de las que vemos curar bastantes casos con la ayuda de tratamientos bien dirigidos.

### LOCALIZACIÓN, GENERALIZACIÓN Y DIFUSIÓN

Con independencia del período o grado de invasión y del tipo o variedad clínica, cuando tratamos de hacer un pronóstico tiene gran valor el dato de que existan pocas manifestaciones localizadas o que el proceso tienda a su difusión con invasión de distintos aparatos.

En las variedades más benignas, incarcacterística y tuberculoide, es corriente que existan pocas manifestaciones y que se encuentren limitadas a la piel y algunas veces al sistema nervioso periférico. En la tuberculoide la difusión en algunos casos es ya mayor y pueden producirse lesiones neurales de troncos nerviosos que ensombrecen el pronóstico tanto más cuanto más importante sea la participación neural. En la lepra lepromatosa inicial continúa marcándose la preferencia y selectividad de la piel y de los nervios periféricos en esta infección, pero conforme avanza y progresa se acentúa la difusión, la enfermedad se generaliza por continuidad, por vía linfática y por vía sanguínea y tiene importancia pronóstica la mayor o menor cantidad de lesiones lepromatosas cutáneas; tiene también importancia su localización, porque cuando existen numerosos lepromas en la cara tenemos que pensar en la posibilidad de que por continuidad ha de llegar la invasión a los ojos, con todas sus lamentables consecuencias; pero aun de mayor importancia es la invasión de otros tejidos y órganos; en primer lugar, la invasión neural, que si no se consigue dominar la infección dará lugar, a invalideces y mutilaciones; también, y por la misma razón, son de temer las manifestacio-

nes óseas; pero sobre todo son de gran importancia las manifestaciones viscerales, cualquiera que sea el órgano afectado, porque ésta es la razón de que en algunos enfermos no podemos establecer una terapéutica activa. Actualmente tenemos nuevas y poderosas armas con las sulfonas, que son particularmente activas en la forma lepromatosa, pero cuando la afectación visceral es considerable las sulfonas no se muestran activas y en algunos casos sólo se consigue con su empleo precipitar el desenlace. Las manifestaciones laríngeas que hace pocos años eran de considerable gravedad y causaban algunas defunciones han dejado de ser tan temibles por lo rápidamente que se mejoran con el uso de las sulfonas; algo análogo podríamos decir de las manifestaciones oculares que ocasionaban frecuentemente la ceguera. Actualmente estas manifestaciones son muy temibles cuando van acompañadas de importante participación visceral.

#### EDAD Y SEXO

Ninguno de estos factores influye directamente en el pronóstico de la enfermedad, aunque aparentemente pudiera hacerlo pensar, porque ambos influyen sobre la receptividad, que es mayor en la infancia y, también, en los hombres que en las mujeres, pero probablemente por la mayor intimidad y grado de relación. Pero realmente, insistimos, ni la edad ni el sexo tienen influencia en el pronóstico, aunque si pueda tenerla el tiempo de antigüedad de la infección.

#### INMUNIDAD Y ALERGIA

Admitida actualmente la posibilidad de la existencia de una inmunidad individual, casi siempre adquirida en forma análoga a lo que ocurre con la tuberculosis, producida por el contacto con enfermos y por la existencia de las infecciones abortivas o latentes a las que anteriormente nos hemos referido, se comprende fácilmente la importancia que estos estados tienen en el pronóstico de la enfermedad, hasta el punto que puede asegurarse que el estado inmunoalérgico es junto con la forma clínica de la enfermedad lo que más nos sirve para sentar un pronóstico, y cómo la forma clínica de la enfermedad depende del estado inmunoalérgico; el mejor método de conocer las perspectivas de la infección es el que nos aclare la capacidad de resistencia de los organismos, o sea la forma de reaccionar a la lepromina. Es sabido que en los casos de in-

fección benigna reaccionan positivamente, estando en relación la intensidad de la reacción con el mayor grado de defensas y también con la importancia de los tejidos invadidos. En la lepra maligna, lepromatosa, la reacción es negativa. Además, los casos de mutación suelen ir precedidos de la transformación de la reacción de Mitsuda. Aun pueden perfeccionarse estos conocimientos desde que FERNÁNDEZ describió la reacción precoz, observada entre las 24 y las 48 horas. Aun cuando no podamos asegurar rotundamente la patogenia de estas dos reacciones, encontramos acertada la interpretación de FERNÁNDEZ: la reacción tardía se interpreta como la expresión de la capacidad orgánica que reacciona *alérgicamente* ante el primer contacto con el bacilo o sus toxinas. La reacción precoz demuestra la existencia de una *sensibilización previa* por un contacto anterior con el mycobacterium de la lepra, con el de Koch o también por la vacunación con B. C. G. Ateniéndonos a esta interpretación, pueden presentarse tres posibilidades: 1.<sup>a</sup> Los individuos no sensibilizados previamente, pero con capacidad para reaccionar alérgicamente, deben responder con *Fernández negativa* y *Mitsuda positiva*; 2.<sup>a</sup> Los organismos con capacidad para reaccionar alérgicamente, que habían sido sensibilizados previamente por contactos con los mycobacterium, o con el B. C. G., responderán con ambas reacciones *positivas*, y 3.<sup>a</sup> En los individuos sin capacidad para reaccionar alérgicamente, y sin defensas ambas reacciones son *negativas*.

En la práctica la reacción a la lepromina es de extraordinario valor pronóstico. Las reacciones *positivas* nos permiten afirmar que existen defensas proporcionadas por contactos anteriores con el germen o con otros del grupo y que el organismo que así reacciona se defenderá de la enfermedad o, todo lo más, padecerá una infección benigna. La reacción *negativa* indica la falta de defensas, por no haber estado en contacto con el bacilo o porque se carece de ellas y, en esta última eventualidad, de estar infectado se padecerá la forma maligna o lepromatosa. Es muy raro que podamos observar casos con reacciones positivas que dejen de serlo, lo que sería de muy mal pronóstico. Simplemente, la disminución en la intensidad de las positividades es de mal pronóstico. Es bastante frecuente que aumente la intensidad en las positividades y esto puede favorecerse con la repetición de las pruebas de lepromina y también con el B. C. G., porque puede considerarse como de muy buen pronóstico. De excelente pronóstico hay que considerar el paso a positivo de un resultado inicialmente negativo.

## BACTERIOLOGIA

Hasta hace pocos años cuando se trataba de valorar la importancia de una infección, o su pronóstico, siempre se analizaban los factores relacionados con la virulencia del agente productor y los que dependían del terreno. Actualmente puede asegurarse que es el enfermo y su capacidad defensiva lo importante y, por lo tanto, no juega la virulencia del germen productor, pero aun siendo esto así siempre podremos valorar algunos datos que nos demuestran la existencia de una mayor invasión, por lo que convendrá tener en cuenta la evolución en los exámenes bacteriológicos; distinguiendo la existencia de globis, de bacilos normales, bacilos en involución, en división, acusando degeneración y a las formas esporulares; tiene también importancia la mayor o menor cantidad de cada una de estas variedades y la pérdida del carácter ácido-alcohol resistente que tienen estos bacilos y también sus formas de resistencia. En los casos lepromatosos muy afectados por la enfermedad suele encontrarse el bacilo fácil y abundantemente en todas las localizaciones y cuando les tratamos debidamente asistimos a la regresión que conviene conocer: comienza por la desaparición de los bacilos de las lesiones cutáneas y mucosas, que posteriormente cicatrizan, y también de las secreciones y humores y con bastante posterioridad de los ganglios. Siempre será un gran indicio de mejoría la disminución de bacilos y es desagradable que éstos aumenten en número o en localizaciones.

## HISTOPATOLOGÍA

Son bien conocidas las diferencias considerables que existen en la estructura histológica de los dos tipos polares, que en lo morfológico podríamos decir definen: la anergia o ausencia completa de defensas cuando vemos células vacuolizadas y células de Virchow, junto con bacilos agrupados en los clásicos globis; por el contrario la presencia de células epitelioides, células gigantes tipo Langhans y linfocitos, agrupadas en la disposición conocida con el nombre de folículo de Köster es bien demostrativo de la existencia de una respuesta orgánica inmunodefensiva que ha de impedir la difusión bacilar. Junto a estas dos formas típicas que caracterizan a las dos formas polares se ve con alguna frecuencia la existencia de una inflamación banal, infiltrados celulares perivasculares que respetan los vasos, formados corrientemente de linfocitos, algunas células cianófilas y otros elementos histiocitarios del tipo de las células adventiciales.

Pero estas formas típicas y características no se encuentran siempre en forma que permita definir con toda exactitud qué nos encontramos ante uno de los dos tipos polares o en la variedad intermedia, que puede ser transitoria, de comienzo o regresión; pueden verse los dos tipos polares en un mismo enfermo e incluso excepcionalmente en una misma preparación, esto es lo que justifica que la histología, como la clínica, tenga que recurrir algunas veces a hablar de casos prelepromatosos o pretuberculoides. La histopatología nos demuestra la progresión en bastantes ocasiones y en otras la regresión, con reabsorción del tejido inflamatorio y aparición de fibroblastos y la reacción fibrosa perfectamente descrita por VILANOVA.

En resumen, la textura morfológica microscópica muestra tanto o más que la morfología microscópica la evolución de la enfermedad y nos suministra datos muy valiosos que permiten clasificar cada uno de los casos y adelantar con grandes posibilidades de acierto la posible evolución de la enfermedad, y es un dato de los más valiosos para el pronóstico que siempre debemos hacer atendiendo al conjunto de las impresiones que podamos recoger.

#### OTROS FACTORES

Antes de decidarnos a sentar un pronóstico en una enfermedad considerada de la mayor gravedad, pero que hemos visto que puede curarse en bastantes ocasiones, deberemos empezar por estudiar a fondo cada uno de los casos, tendremos muy en cuenta la existencia de otras infecciones o enfermedades concomitantes, las insuficiencias hormonales o viscerales, los datos analíticos, especialmente la V. de S. globular, la cantidad de hematies y leucocitos así como la fórmula, la presencia de elementos anormales en orina y no sólo estos datos somáticos sino también otros ambientales, como el clima en que ha de continuar viviendo el enfermo, la alimentación y medicación a la que podrá ser sometido, etcétera, etc. Todo ello tiene valor y deberá ponderarse en su justa proporción, por eso encontramos muy justificada la opinión, en la que coinciden muchos leprólogos, de que sólo el que tiene una gran experiencia en esta cuestión puede sentar un pronóstico, que será sumamente variable de unos casos a otros, grave en casos lepromatosos con afectación visceral, sombrío en casos lepromatosos con buen estado inmunoalérgico, reservado en casos incaracterísticos avanzados y benigno en los casos incaracterísticos iniciales y en los tuberculoides, pero todo este rudimen-

tario esquema puede ser modificado y matizado al valorar minuciosamente todo aquello psíquico, somático o accesorio que pueda influir, en bien o en mal, a modificar las posibilidades de alcanzar la curación en esta enfermedad considerada como una de las más temibles y por ello es de tanto valor que nosotros podamos anticipar un pronóstico con posibilidades de acierto.

CORSETERIA ORTOPEDICA CIENTIFICA  
TRABAJOS MEDICOS

“LA ESCOCESA”

CENTRAL:

Hospital, 133 - Teléf. 22 04 33 - BARCELONA · Hcspital, 17 - Teléf. 22 34 74

SUCURSAL