

sos, las ha substituído E. Besnier por la cauterización ígnea punteada á favor de una punta fina de termo-cauterio, y mejor todavía por medio del galvano-cauterio, porque este método tiene las ventajas de no exponer á las auto-inoculaciones del lupus, suprimir toda pérdida de sangre y dejar, cuando lo aplica una mano ejercitada, cicatrices lisas y regulares, tan bellas como las producidas por las escarificaciones.

La electrolisis ha sido ensalzada por Gartner, Hardaway, Jackson, etc.

Las inyecciones de linfa de Koch, sobre las que se creyó hace poco poder fundar grandes esperanzas, y cuyo empleo produce una violenta reacción local y después la eliminación de los nódulos luposos más superficiales y la cicatrización rápida de las lesiones ulcerosas, no dan resultados locales más satisfactorios ni más duraderos que los métodos precedentes, y como, además, exponen á los enfermos á positivos peligros, han sido abandonados por todos los dermatólogos franceses.

Sea cual fuere el tratamiento empleado, no hay que olvidar que su efecto no suele ser más que temporal, que se producen casi fatalmente recidivas en la cicatriz y que éstas terminan tanto más pronto, cuanto más cerca de su principio se las ataca.

## LUPUS ERITEMATOSO

DEFINICIÓN.—La afección llamada lupus eritematoso desde Cazenave, está caracterizada por el desarrollo, en las partes descubiertas, de manchas rojas, con marcha centrífuga lenta, acompañadas ordinariamente de hiperplasia epidérmica, y que dejan en su centro, después de desaparecer la rubicundez, depresiones atróficas de aspecto cicatricial.

Desde el punto de vista objetivo, el lupus eritematoso pertenece al grupo de las afecciones con tendencia atrófica y cicatricial, precedidas de eritema, que Unna designa con el nombre de uleritemas.

DESCRIPCIÓN.—Por punto general, el lupus eritematoso reside en la cara; su variedad más frecuente y característica ocupa simétricamente el dorso de la nariz y la parte próxima de las mejillas, sobre las que forma en cada lado un círculo regular, que recuerda el aspecto de las alas de una mariposa; pero puede residir también en otras regiones de la cara, y entonces no suele ofrecer tendencia á la simetría. También se le ve en las orejas, en la piel del cráneo, donde determina la caída del cabello por zonas redondas ó irregulares, cuya naturaleza suele ser desconocida, y rara vez ocupa los miembros, teniendo entonces predilección por los extremos de ellos. Algunas veces se encuentra el lupus en las mucosas, sobre todo en la bucal, bien sea aisladamente, ó bien, que es lo más común, por propagación de lesiones de las partes próximas á los labios. Sea cual fuere su asiento, presenta numerosas variedades en sus caracteres exteriores, que han hecho designar el mal con los diversos nombres de seborrea congestiva, eritema centrífugo, lupus acnéico, escrofúlido córnea (Hardy), herpes cretáceo (Devergie), etc.

Principia por una mancha roja, redonda, poco elevada, del tamaño de una cabeza de alfiler hasta el de una lenteja, un poco deprimida en su centro y cu-

bierta de una escama delgada y muy adherente, cuya cara profunda está erizada de pequeñas elevaciones duras correspondientes á los orificios foliculares, por los que se prolongan. Creciendo la lesión, se agranda la mancha y se deprime su centro, mientras los bordes, de variable anchura, quedan algo salientes, tienen color rojo más ó menos intenso y están cubiertos de escamas secas ó grasientas muy adheridas, y con una serie de orificios glandulares dilatados. La parte central deprimida puede conservar también el color rojo y estar cubierta de delgadas escamas, pero lo ordinario es que pierda el color, se atrofie, se ponga á trechos lisa y blanca y tome aspecto cicatricial; todo esto espontáneamente, por la marcha misma de la enfermedad, sin úlcera previa. Los islotes cicatriciales pueden ser pequeños y quedar disimulados por la rubicundez general de la placa en que asientan, y otras veces constituyen la casi totalidad de la parte central de ésta. Cuando el lupus eritematoso reside en el pabellón de la oreja, la atrofia característica determina deformaciones que á veces son considerables.

Las escamas adherentes que hay siempre, en la superficie de los círculos del lupus eritematoso en vías de desarrollo, alcanzan en ciertas variedades más importancia, y entonces son gruesas, blancas ó grises, de aspecto cretáceo ó yesoso, ó, por el contrario, amarillentas, como costrosas y de aspecto parecido al del acné sebáceo; en los dos casos esta alteración revela la participación exagerada del aparato glandular dérmico en el proceso mórbido.

Los elementos del lupus eritematoso pueden persistir, por bastante tiempo, en estado de pápulas diseminadas en una parte más ó menos extensa de la cara y son entonces bastante salientes. Casi siempre presentan el crecimiento centrífugo, que es el rasgo dominante en la marcha de la afección, y, por sus continuos progresos, los elementos adquieren el diámetro de un duro y hasta el de la palma de la mano, se reúnen entonces y se confunden por los bordes, y se ven placas irregulares de bordes rojos más ó menos elevados, deprimidas y cicatriciales en sus centros, ocupando grandes porciones de la cara, del cuero cabelludo ó de los miembros.

MARCHA Y PRONÓSTICO.—La marcha de la enfermedad es siempre lenta; pues aunque la progresión centrífuga de sus lesiones sea rápida algunas veces, en el principio de ella ó en los brotes agudos que sobrevienen en el curso de una evolución crónica, la dolencia en conjunto es de una extremada cronicidad. La persistencia de lesiones cicatriciales, la propagación, siempre temible, á superficies no invadidas todavía, y la extrema dificultad de su tratamiento, hacen que este mal sea uno de los más desesperantes.

Además, el lupus eritematoso suele ir acompañado de lesiones ganglionares con el tipo de las adenopatías tuberculosas, y pueden sobrevenir en su curso afecciones pulmonares, como pulmonías, congestiones repetidas, sintomáticas ó no de lesiones tuberculosas y la tuberculosis pulmonar (Kaposi, E. Besnier, Dubois-Havenith), y á veces otras manifestaciones tuberculosas extra-pulmonares (meningitis, artropatías, etc.) vienen también á agravar el pronóstico de la lesión cutánea. Esto sin contar con que el lupus vulgar puede asociarse al eritematoso y constituir una forma mixta ó eritemato-tuberculosa del lupus (E. Besnier), que expone á todos los peligros y tiene toda la importancia nosológica de aquél.

ETIOLOGÍA.—El lupus eritematoso se desarrolla, por lo general, en la edad adulta, muy rara vez en los niños y en los viejos, y las mujeres están más expuestas á padecerlo que los hombres.

Es frecuente que los enfermos hayan presentado en su infancia y en su juventud algunos de los atributos del temperamento llamado linfático, pero otros están y han estado siempre en perfecto estado de salud.

Esta afección es más común en los sujetos que viven en el campo, al aire libre, expuestos al calor y al viento, que en los habitantes de las ciudades (E. Besnier), cuyo hecho se relaciona con el de que el lupus reside habitualmente en las partes descubiertas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—La lesión esencial del lupus eritematoso es una infiltración difusa del dermis por células embrionarias, que se agrupan con preferencia alrededor de los vasos y de las glándulas, en medio de cuyas células ha encontrado Schütz, sobre todo en las partes invadidas desde más tiempo antes, un número variable de elementos á los que Ehrlich ha dado el nombre de *Mastzellen*. Los elementos del tejido infiltrado sufren la degeneración gránulo-grasienta y la coloidea, bien estudiada por Leloir, que determina su absorción, su atrofia y, finalmente, su desaparición, de lo que resulta el aspecto cicatricial. Las glándulas pilo-sebáceas, después de un período de hipersecreción, son invadidas á su vez de degeneración gránulo-grasienta, se atrofian y, en algunos casos desaparecen por completo.

La infiltración de células embrionarias principia en las partes superficiales del dermis, donde ofrece siempre su grado máximo, pero se extiende hasta las capas profundas y algunas veces hasta las partes hipodérmicas, así es que las escarificaciones que se hagan contra esta afección, deben penetrar profundamente.

NATURALEZA.—A pesar del nombre con que se conoce el lupus eritematoso, es considerado por muchos autores como de causa diferente de la de su homónimo el lupus vulgar, es decir, que no se le considera de naturaleza tuberculosa.

No solamente Kaposi, que no admite la naturaleza tuberculosa del lupus vulgar, sino los discípulos todos de la escuela de Viena, y la mayoría de los dermatólogos franceses, E. Vidal y Leloir, entre otros, niegan la naturaleza tuberculosa del lupus eritematoso, mientras que E. Besnier continúa sosteniéndola enérgicamente, y Brocq admite que ciertas lesiones de las clasificadas hoy entre las del lupus eritematoso son tuberculosas.

Los argumentos invocados contra la naturaleza tuberculosa del lupus eritematoso son estos: falta en esta afección de nódulos tuberculosos y de los bacilos correspondientes é imposibilidad de determinar la tuberculosis experimental en los animales, inoculándoles fragmentos del lupus eritematoso. Pero á estos argumentos, que serían más sólidos si se apoyaran sobre mayor número de investigaciones bacteriológicas y experimentales, opone E. Besnier la coincidencia *in situ* del lupus eritematoso y del vulgar, la posibilidad de adenopatías en el primero, y la frecuencia de localizaciones tuberculosas (pulmonares, articulares, etc.) en el curso de esta afección, frecuencia que no ha sido negada, ni es discutible. Las inyecciones de la linfa de Koch han dado en el lupus eritematoso resultados (falta ó poca reacción local y reacción general casi

constante) que no pueden citarse categóricamente en apoyo de una ni de otra opinión.

Los argumentos clínicos invocados por E. Besnier tienen demasiado valor para que pueda resolverse la cuestión, fundándose únicamente en los datos histológicos y experimentales actualmente conocidos, dado que, como E. Besnier lo hace notar, no puede olvidarse que durante mucho tiempo se ha combatido la doctrina de la naturaleza tuberculosa del lupus vulgar, empleando argumentos análogos, suministrados por los mismos métodos de investigación y á pesar de los datos de la clínica.

DIAGNÓSTICO.—El lupus eritematoso puede ser confundido por su apariencia exterior con otras muchas afecciones diversas, de las que sin embargo se distingue, aunque el examen sea rápido, por su larga duración y las lesiones atróficas y cicatriciales reconocibles siempre en el centro de las placas eruptivas: dichas afecciones son ciertas variedades de *acné*, de *eczema seborréico*, de *sifilides* y de *eritema pernio*. Cuando el mal reside en la piel del cráneo, hay riesgo de confundirlo con diversas *alopecias* cicatriciales; pero se distingue, sin embargo, porque hay en la periferia escamas adherentes que cubren un borde eritematoso más ó menos claro.

Algunas formas superficiales de *lupus vulgar* presentan parecido objetivo perfecto con el lupus eritematoso; la confusión tiene poca importancia, si se admite la naturaleza del lupus eritematoso; pero debe ser evitada si no se atribuye idéntico origen á las dos afecciones. La distinción descansa sobre los siguientes caracteres: aparición del lupus eritematoso en una edad más avanzada que el lupus vulgar; crecimiento de éste más lento y menos regularmente centrífugo, y sobre todo, menor consistencia de las lesiones, que se dejan fácilmente deshacer y dislacerar por las agujillas de escarificación en el lupus vulgar, mientras que en el eritematoso resisten como si fueran de tejido fibroso.

TRATAMIENTO.—Hay pocas dermatosis cuyo tratamiento sea tan difícil, tan largo y á veces de resultados tan poco satisfactorios, como el lupus eritematoso.

Además del tratamiento general, que consiste, sobre todo, en el empleo de los reconstituyentes, como el aceite de hígado de bacalao, hierro, arsénico y preparados iódicos, principalmente el yodoformo, hay que recurrir al tratamiento local, que deberá ser seguido con método y perseverancia. Los emplastos y los diversos tópicos que tienen por base agentes reductores, en particular la resorcina y el ácido pirogálico, suelen dar resultados satisfactorios; pero por lo común, hay necesidad de recurrir á las aplicaciones de ácido láctico, que han dado buenos resultados á E. Besnier, ó bien á las cauterizaciones con el galvano-cauterio ó á las escarificaciones precedidas de cauterización.

BIBLIOGRAFÍA: G. Thibierge, De la tuberculose cutanée; *Revue des Sciences médicales*, 1891, p. 660, (Bibliogr. très étendue). — Renouard, Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose, Thèse de Paris, 1884. — H. Leloir, Le traitement du lupus; *Bull. médic.*, 7 et 11 janv. 1891, p. 11 et 23 (avec un Index des publications antérieures du même auteur sur le lupus). — J. Hutchinson, On the nature of lupus, with special reference to its relation to tuberculosis; *Lancet.*, 17, 24 et 31 janv. 1891, p. 125, 181 et 287. — Kaposi, *Pathologie et traitement des maladies de la peau*, 2<sup>e</sup> édit. française avec notes

de Besnier et Doyon, Paris, 1891, t. II, p. 43 et 250.—Leloir, Du lupus vulgaire érythématoïde; *Arch. de physiol.*, 1891, p. 309.—Hallopeau et Jeanselme, Recherches sur la nature d'un lupus érythémateux; *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891, et *Annales de dermat.*, 1891, p. 686.

## II

## Lepra.

DEFINICIÓN.— La lepra es una enfermedad crónica, caracterizada por el desarrollo de neoplasias, que afectan sobre todo á los tegumentos y á los nervios y que contienen un micro-organismo especial, el bacilo de A. Hansen.

En otro tiempo se observaba con mucha frecuencia la lepra en todas las regiones del globo, y aun hoy se la encuentra en todos los países, pero no está repartida con uniformidad por todos ellos. No se desarrolla en sujetos nacidos y que han vivido en Francia (excepto en ciertas localidades de los alrededores de Niza) y todos los casos que se observan en la mayoría de los Estados de la Europa Central (Alemania, Austria, Bélgica y Holanda) y en Inglaterra provienen de países más ó menos lejanos. Estos son: en Europa, Italia, España, Turquía y, sobre todo, Noruega; en Asia, China, Imperio de las Indias, Indo-China y en particular el Tonkín, Persia y el Asia menor; en Africa, Mozambique, Cabo de Buena Esperanza, Congo, Senegal, Marruecos y la Tripolitania; en América, algunas regiones de los Estados-Unidos, Méjico, Guatemala, Venezuela, Guayana, Brasil y las Antillas, y en Oceanía, Filipinas, Borneo, Nueva Guinea, Nueva Gales del Sur y Nueva Zelandia. Las relaciones relativamente frecuentes y fáciles con muchas de estas regiones, y la existencia de colonias europeas más ó menos importantes, en varias de ellas, explican el que se vea de modo permanente en todos los países un número más ó menos grande de leprosos.

ETIOLOGÍA.— Según la tradición antigua, la lepra era una de las enfermedades más contagiosas que existían; los leprosos inspiraban horror por las deformidades de su rostro, eran temidos por todo el mundo, tratados como párias y encerrados en asilos especiales.

Esta tradición se ha conservado intacta en algunos países, mientras que en otros se ha llegado á dudar de su exactitud; se han citado ejemplos de sujetos que han vivido años entre leprosos, en contacto con ellos, cohabitando con leprosas y que se han conservado sanos; se ha invocado también el resultado negativo de algunos experimentos de inoculación, y se ha negado resueltamente que la lepra pueda transmitirse del hombre enfermo al sano; pero esta doctrina del no contagio de la lepra, que sostienen todavía algunos médicos de países donde la enfermedad existe, y particularmente Zambaco Bajá (de Constantinopla), y varios médicos ingleses con J. Hutchinson, ha sido muy debilitada por el descubrimiento del bacilo de la lepra.

Hoy, á pesar de la oposición de algunos, que se ha hecho más viva por un fin humanitario muy elevado sin duda, ó por intereses comerciales mucho menos respetables, debe considerarse como resuelta la cuestión del contagio de la lepra. Sujetos nacidos en la Europa central han vivido en países don-

de se padece lepra, y han vuelto siendo leprosos, después de haber estado en contacto con los que lo eran, fuera de un modo accidental, ó permanente, como el padre Damián y los hermanos hospitalarios y la inoculación que Arning hizo al condenado á muerte Keanu de Havai, fue seguida del desarrollo de la lepra. Se ha visto á ésta invadir rápidamente, en las islas Sandwich, por ejemplo, una región antes indemne, á consecuencia de la llegada á ella de sujetos leprosos; pero la transmisión de la enfermedad no es fatalmente necesaria, como lo atestiguan los numerosos casos de elefanciacos que no han contagiado á su consorte.

El papel del contagio en la producción de este mal es indiscutible, mientras que el de la herencia es más difícil de definir con exactitud. Los anticontagionistas, y con ellos la mayoría de las poblaciones leprosas, dan mucha importancia á este modo de transmisión; muchos lazarinis indígenas cuentan entre sus ascendientes uno ó muchos sujetos con lepra; ¿pero es á ellos á los que deben su enfermedad, como sucede en la sífilis, que se hereda del padre ó de la madre? O bien ¿han adquirido el germen del mal accidentalmente y del exterior? En la actualidad, no es posible resolver la cuestión; lo que se puede decir es que muchas pretendidas lepras heredadas son debidas al contagio, que puede proceder lo mismo de un individuo extraño á la familia que de los mismos padres. Lo frecuente del desarrollo tardío (á los cinco ó seis años y más) de estas pretendidas elefancias hereditarias, y la resistencia contra la enfermedad en los niños separados de su familia (Besnier, Boinet) oportunamente, parecen probar bastante bien el poco valor de la herencia.

La poca limpieza, la insuficiencia y mala calidad de los alimentos, la estancia en locales sucios y demasiado estrechos, el hacinamiento — que tanto favorece todos los contagios — y todas las faltas contra la higiene, tan á menudo cometidas en el mayor número de los países donde la lepra existe, facilitan, sin duda, el desarrollo del mal, pero no lo engendran.

Se ha invocado, sin apoyarse en pruebas positivas, la alimentación con pescados averiados, y se ha creído que el pescado, en general, es el agente de la transmisión de la lepra, citando Hutchinson, en apoyo de esta teoría, la predilección de la lepra por las orillas del mar y de los ríos; pero ciertas poblaciones leprosas no consumen jamás pescados y viven distantes del mar y de los ríos.

En resumen: la única causa cierta de la lepra es el contagio, es decir, la transmisión de su bacilo por contacto directo con un sujeto atacado de lesiones leprosas ulceradas, ó por el intermedio de cuerpos diversos sobre los que se hayan depositado secreciones leprosas.

SÍNTOMAS.— La lepra puede presentarse bajo dos formas principales, según que sus lesiones anatómicas se localicen en los tegumentos (cutáneo ó mucoso) ó en los nervios. En el primer caso, se trata de la lepra tuberculosa (lepra sistematizada tegumentaria de Leloir), que corresponde á la descripción de la elefantiasis de los griegos. En el segundo caso, la lepra es anestésica ó trofóneurótica (lepra sistematizada nerviosa de Leloir). Hay una forma mixta más común, que resulta de la combinación de las dos precedentes en proporciones variables y con duración también variable.

Cualquiera que deba ser la forma ulterior, se observa que las manifestacio-

nes características de la lepra son precedidas, durante un tiempo que varía según los casos, de fenómenos prodrómicos idénticos. Consisten éstos en fiebre por accesos de número, duración é intensidad variables, acompañada de abatimiento, debilidad, tendencia al sueño, algunos trastornos digestivos, epistaxis, dolor de cabeza á veces, y vértigos; en algunas ocasiones hay prurito cutáneo con hipertermia más ó menos marcada, y los enfermos experimentan dolores neurálgicos de intermitencia varia (que ocupan particularmente los miembros inferiores) sufren á menudo sensación de cansancio, raquialgia y dolores reumatoideos también en los miembros inferiores.

**Lepra tuberculosa ó sistematizada tegumentaria.** — Los elementos tuberculosos son precedidos, de ordinario, por manchas eritematosas, planas ó ligeramente elevadas, como los elementos del eritema papuloso, de contornos redondos y mal limitados, y con tendencia á ponerse luego más ó menos oscuras; en los sitios donde se hallan las manchas, los tegumentos están anestésicos, y cuando ocupan regiones con pelos, no tardan en caerse éstos; es raro el que sean pigmentarias desde el principio; aparecen por brotes, acompañados á veces de fiebre más ó menos intensa; duran un tiempo variable, y luego desaparecen, dejando en ciertas regiones, como las cejas, una alopecia persistente.

Al cabo de tiempo indeterminado, se presentan los elementos característicos de la lepra tuberculosa, los lepromas (*Leproides tuberculosas* de Bazin, *léprides tuberculosas* de E. Besnier), los cuales rara vez son subcutáneos, pues por lo común residen en el dermis, donde se presentan al principio en forma de elevación papulosa, redonda, con extensión y relieve, que aumentan poco á poco; son de color á veces rojo, como el del eritema nudoso, y más á menudo rojo moreno ó cobrizo, tirando al violeta ó al pardo; su consistencia es grande; la sensibilidad cutánea está casi siempre abolida donde ellos existen, cuya anestesia tiene mucha importancia para el diagnóstico, y además se caen los pelos, y las glándulas sebáceas presentan una hipersecreción notable, que da á los tubérculos aspecto aceitoso, y el sudor disminuye ó se suprime.

El número y volumen de los lepromas son extremadamente variables; á veces están aislados y diseminados, al principio, y después suelen imitar una especie de infiltración difusa de superficie irregular, que deforma las partes atacadas y las desfigura mucho.

Sus sitios de predilección son los miembros y la cara, es decir, las partes descubiertas, cuya localización, dicho sea de paso, no deja quizás de tener relación con el origen parasitario y exterior de la enfermedad. En los miembros, y sobre todo en sus extremidades, producen deformidades grandes y variables, y dificultan singularmente los movimientos de las manos y de los pies. En la cara son simétricos de ordinario; ésta parece abotagada; la frente está abultada, irregular; los párpados se hallan medio caídos; la nariz se presenta ancha y aplastada, como en el negro; el mentón es grande y ancho; las mejillas gruesas y desiguales; los labios gruesos y prominentes, y los pelos de la cara desaparecen casi por completo. Resulta de todo esto un conjunto tal, que, con algunas diferencias de grado, todos los leprosos se parecen, sea cual fuere su edad, sexo y raza, por lo que puede hacerse el diagnóstico á primera vista y á distancia, gracias á tal uniformidad de aspecto.

Los ganglios linfáticos correspondientes á las regiones invadidas, son voluminosos y duros, sobre todo en la ingle.

Los tubérculos leprosos se desarrollan en progresión lenta ó en forma de brotes agudos, acompañados de fiebre y de fenómenos generales más ó menos graves, cuyos brotes, que pueden reproducirse muchas veces durante el curso de la enfermedad, han sido alguna vez confundidos con la erisipela ó el eritema nudoso, al que suelen parecerse mucho, y sucede que los enfermos suelen dar más importancia á estas «erisipelas» repetidas que á las lesiones persistentes de la piel. La induración y engrosamiento paquidérmico de los tegumentos siguen con frecuencia á lesiones linfangíticas, que acompañan á los brotes agudos.

Los lepromas suelen hacerse fibrosos y dejan de crecer; otras veces se arrugan y absorben, ó bien se convierten en abscesos y desaparecen por supuración, quedando, después que se vacía el pus, lesiones que cicatrizan rápidamente. Lo más común es que el leproma se reblandezca, se perfora la piel y se forme una úlcera bastante profunda, de fondo gris, de mal aspecto y con frecuencia de bordes callosos; el pus es espeso, á menudo sanioso, otras veces sanguinolento y con un olor que recuerda el de los anfiteatros de anatomía, y que se comunica á los vestidos del enfermo; también se forman costras verdosas ó parduzcas más ó menos gruesas. Las úlceras suelen tener gran extensión; á veces penetran profundamente y ponen al descubierto tendones, huesos y coyunturas, y por la abundancia del pus que producen, contribuyen á agotar las fuerzas de los enfermos; sin embargo, pueden repararse, dejando en su lugar cicatrices múltiples irregulares, blancas, duras y consistentes, que contribuyen á desfigurar las partes enfermas.

Las mucosas presentan tubérculos análogos á los de la piel, formando pápulas más ó menos salientes, blandas, rosadas, lívidas ó violáceas, ó bien pálidas, grises y algunas veces algo vegetantes, muy parecidas, cuando residen en la mucosa bucal, á las diversas variedades de sifilomas. Se observan con frecuencia tubérculos leprosos en la lengua, faringe, laringe y mucosa nasal, que se ulceran, lo mismo que los de la piel.

Se producen alteraciones oculares frecuentes y graves, tales como el desarrollo de lepromas en la esclerótica ó la córnea, con lesiones semejantes en el iris, que ocasionan iritis de marcha lenta y determinan perforaciones del globo ocular ó pérdida de la vista, consecutiva á la iritis ó irido-ciclitis, y á veces panoftalmía de marcha aguda ó sobreaguda.

La tendencia espontánea y normal de la lepra tuberculosa es la extensión de las lesiones y la tendencia natural de los elementos, en particular, á destruirse por ulceración. El término de la enfermedad es la caquexia, determinada por estas dos causas reunidas y por la invasión de las vísceras, hígado, bazo y ganglios mesentéricos en particular. La vida de los leprosos termina, ordinariamente, por diarrea y lesiones bronco-pulmonares.

**Lepra anestésica ó sistematizada nerviosa ó trofo-neurótica.** — Sus manifestaciones consisten, principalmente, en trastornos de la sensibilidad y en trastornos tróficos que afectan con preferencia los músculos y los tegumentos.

Después de los prodomos, ya expuestos, sobreviene una erupción de manchas redondas, más ó menos confluentes, dispuestas, en general, con simetría,