

Lepra tuberculoide (15)

Por los Dres.

JORGE R. DELGADO CAMACHO(16), GUILLERMO
FERNÁNDEZ BAQUERO(17), PEDRO REGALADO ORTIZ
GONZÁLEZ(18), RAFAEL GRILLO MARTÍNEZ(19), JULIÁN
MANZUR KATRIBÍ(****), JORGE PUERTAS
GÓMEZ(*****),
ANGEL ALBERTO ROJAS RÍOS(*****), HUMBERTO
MARTÍNEZ GONZÁLEZ(*****) y Dra. MÓNICA I.
ALVAREZ MESA(*****)

Se hace una revisión breve de la literatura sobre el tema de lepra tuberculoide. Así como que hacemos referencia a la introducción reciente del test de concentración de Khanolkar que permite la demostración más fácilmente del *Mycobacterium leprae*.

CONCEPTO

La lepra tuberculoide es el tipo habitualmente benigno, estable de la enfermedad, es una modalidad contrapuesta a la lepromatosa, llamada antiguamente “neural” o maculoanestésica, que afecta sobre todo a la piel y a los nervios periféricos. Es el tipo polar donde los fenómenos alérgico-inmunitarios que determinan la resistencia del organismo a la diseminación del bacilo alcanza su máxima intensidad, que puede evolucionar hacia la curación espontánea y que ofrece poco peligro de diseminación o contagiosidad, puede debutar como tal o provenir de lesiones incaracterísticas. Se caracteriza en la mayoría de los casos por lesiones eritematosas elevadas marginalmente o en toda su extensión y con frecuencia hipopigmentación o bien infiltraciones planas, la configuración anular es común debido a la tendencia a la regresión central que presentan las lesiones, normalmente existe hipoestesia de las mismas. Los nervios periféricos en especial el cubital, se encuentran engrosados y palpables. Debido a la toma neural, la anestesia, los trastornos tróficos y la parálisis aparecen aquí al igual que en la lepromatosa. En sí, su concepto es clínico e histopatológico.

15 Trabajo presentado en la Sociedad Cubana de Dermatología. Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

16 Interno Vertical de Dermatología. Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay”, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

17 Profesor de Dermatología. Universidad de la Habana. Escuela de Medicina. 1er. Tte. Médico de las F.A.R. Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay”, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

18 Instructor de Dermatología, Escuela de Medicina, Universidad de la Habana. Tte. Médico de las F.A.R. en

Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay”, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(****») Auxiliar de Especialista de Dermatología. Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay”, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(»*****) Residentes de Dermatología. Tenientes Médicos de las F.A.R. Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay” Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(****») Internos Verticales de Dermatología. Hospital Militar Docente “Carlos J. Finlay”, Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

HISTORIA

En 1895 *Hansen y Lloft* la denominan maculoanestésica, aunque con anterioridad manifestaron que si en los estudios histológicos se encontraban células gigantes el corte se trataba de tuberculosis y no de lepra, pues afirmaban no haber encontrado nunca un caso con células gigantes típicas, ni degeneración caseosa, anularon así el buen criterio clínico de otros autores como *Leloir*, que afirmaban haber visto casos con lesiones que no eran otra cosa que los que hoy se diagnostican con toda seguridad de forma tuberculoide. Así como *Virchow* hablaba de que las lesiones lepromatosas resumían todas las posibilidades de la lepra. Para *Gay-Prieto*, es *Ramón y Cajal* el primero que da a conocer la lepra tuberculoide al describir en algunas lesiones leprosas estructuras histológicas tuberculoide con células epitelioides y gigantes de tipo Langhans pero quien la individualiza es *Jadassohn* en 1898 al describir lesiones netamente infiltradas, de forma circular o policíclicas, de aspecto francamente lupoide, difíciles de diferenciar clínica e histopatológicamente del lupus tuberculoso plano. Siendo confirmada esta descripción posteriormente por *Darier Kligmuller*, *Pautrier* y otros muchos. Son trabajos posteriores a la Conferencia Internacional de Estrasburgo de 1923 los que se ocupan extensamente del tema y dan carta de naturaleza a la forma tuberculoide. Poniéndose en evidencia por las aportaciones de *Rabello*, *Motta* y *Portugal*, alcanzando la importancia que más tarde habría de alcanzar con todas sus variedades clínicas.

FORMAS CLINICAS

Antiguamente se hacía la clasificación de las formas clínicas de la lepra tuberculoide por algunos autores, como

Wade al hacer un estudio detenido admitía una forma menor, cuando el proceso se desenvolvía en la dermis exclusivamente y una forma mayor, cuando el proceso abarcaba todo el espesor del tegumento en una forma muy infiltrada.

Actualmente para una mejor exposición se distinguen las siguientes variedades de lepra tuberculoide. (Figura No. 1).

1) *Variedad macular*: En esta variedad se muestran lesiones hipocrómicas y eritematosas, que son difíciles de diferenciar de la variedad macular del grupo indeterminado, diferenciándose sólo por ser levemente infiltradas con límites netos de superficie lisa y seca con forma redonda oval o policíclica.

Dentro de esta variedad se estudian las siguientes variantes:

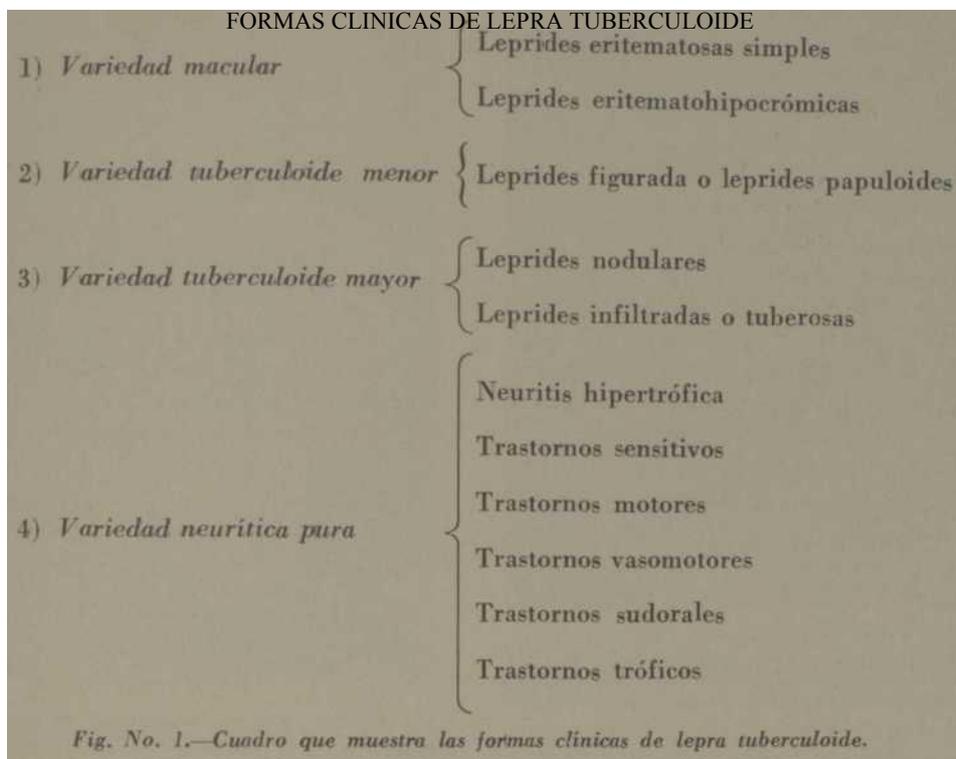
a) Leprides eritematosa simples, se caracteriza las lesiones por una coloración rosa pálido o rojo violáceo, con bordes bien definidos generalmente de tonalidad algo acentuada pero muchas veces ligeramente urticadas y con curación central.

b) Leprides eritematohipocrómicas, se caracteriza por lesiones en placas hipocrómicas policíclicas con bordes más o menos eritematosos y bien definidos.

2) *Variedad tuberculoide menor*: En esta variedad se puede apreciar máculas eritematosas con ligero infiltrado y ocasionalmente de bordes irregulares constituyendo pequeñas pápulas, pudiendo confluir estas lesiones y tomar el aspecto geográfico o arciforme, existiendo anhidrosis y anestesia a nivel de estas lesiones.

Dentro de esta variedad se estudia la siguiente variante:

2) La leprides figurada o papuloide: Las lesiones presentan un aspecto sifi-



loide, según *Rabello*, de forma redondeada o policíclica, el tamaño es variable, los bordes son arciformes, que al examinarlos con una lupa muestra elevaciones papuloides que semiológicamente no son más que una lesión intermedia entre las pápulas y los tubérculos, diferenciándose de las primeras por no ser resolutivas (persisten meses o años) además dejan tras de sí una discretísima atrofia epidérmica hipocrómica que no constituye una verdadera cicatriz (hecho que lo diferencia de los tubérculos), algunas veces estos bordes tienen aspecto liquenoides otras son papulosas mayores de dimensiones variables siendo el centro normal, eritematoso, eritematohipocrómico o atrófico.

3) *Variedad tuberculoide mayor:* (Fig. No. 2). En esta variedad las lesiones cutáneas puede

consistir de nódulos prominentes o de placas con infiltración marcada. Son eritematosas con un color variable desde el rosado al rojo violáceo con una consistencia blanda y de superficie lisa.

Dentro de esta variedad se estudian las siguientes variantes:

a) Las leprides nodulares, son lesiones que clínicamente son indiferenciables de los lepromas diseminados, son propios de la infancia, de tamaño variable, escasas en número, de forma redonda con bordes bien definidos, con superficie lisa, de color rosado y con una infiltración bien manifiesta, que lo hace conservar su estructura típicamente tuberculoide.

b) La leprides infiltradas o tuberosas, son lesiones grandes muy infiltra-



Fig. No. 2.—Se puede apreciar la placa eritematoescamosa con un centro algo atrófico y un borde infiltrado situado en la región del codo.



Fig. No. 3.—Se puede apreciar el engrasamiento marcado de la rama auricular del nervio del plexo cervical superficial en el cuello lado izquierdo.



Fig. No. 4. Se puede apreciar el engrosamiento del nervio cubital en el momento del acto quirúrgico en que se toma una muestra del perinervio para biopsia.

das, de localización variable escasas en número, de forma anular, de superficie lisa con regresión central, a veces imposible de distinguir clínicamente e incluso histopatológicamente de los sarcoides tuberculosos.

4) *Varietad neurítica pura*: Se caracteriza por la toma de los troncos nerviosos periféricos, son insidiosas se constituyen y progresan de manera insensible con curso más estable sin reacciones ni sintomatología subjetiva llamativa (Fig. No. 3 y 4).

Para su diagnóstico debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- A) Estado de los troncos nerviosos.
 - a) Su grosor.
 - b) La sensibilidad.
 - c) Su consistencia.
 - d) La hipertrofia.
- B) El estado de la sensibilidad.
- C) El estado de la motilidad.
- D) Las amiotrofias.
- E) Otros trastornos tróficos.

Dentro de la variedad neurítica pura se estudian las siguientes variantes:

a) La neuritis hipertrófica, caracterizada por el engrosamiento fusiforme o monoliforme, la forma de rosario de los nervios siendo los más frecuentemente afectados el cubital, el ciático poplíteo externo, la rama auricular del plexo cervical superficial y más raramente el mediano y el radial. Debida a la proliferación y fibrosis del tejido conjuntivo de la neuroglia.

b) Los trastornos sensitivos, tales como parestesia neuralgia hiperestesia y anestesia. La hiperestesia son consecuencia del proceso inflamatorio de la fibra sensitiva provocando en ocasiones neuralgia violenta, esta fase

puede pasar desapercibida por el enfermo. La anestesia representa el bloqueo de la percepción sensorial por las lesiones degenerativas en los receptores y fibras aferentes.

c) Los trastornos motores; tales como parálisis de los músculos de la mímica con atrofia de los mismos provocando la llamada *facies "antonina"*, donde existe también afección del orbicular de los párpados, imposibilidad para cerrar los ojos dando, ptosis, ectropión y lagrimeo, conjuntivitis y hasta la cutinización de las conjuntivas. En las manos se ve atrofia de las eminencias tenar e hipotenar y pérdida de la oposición del pulgar dando lugar a la llamada (*mano simiesca*), atrofia de los músculos interóseos de la mano dando lugar a la llamada (*mano esquelética*), la retracción de los últimos dedos de la llamada (*mano del predicador*), o retracción de todos los dedos dando (*la mano en garra*). En el pie por lesión del nervio ciático poplíteo externo se produce parálisis de los músculos peroneos anteriores con caída del pie dando la *marcha en escarbadera*.

d) Los trastornos vasomotores; apreciándose sensación de calor o frío en manos y pies, acrocianosis, éstas son por comprometimiento de las terminaciones simpáticas.

e) Los trastornos sudorales, encontrándose anhidrosis de las zonas anestésicas, lo que se traduce por la mayor sequedad y aspereza de la piel.

f) Los trastornos tróficos como:

1) *Mal perforante plantar*; que se localiza habitualmente en la parte anterior de la planta del pie, lo contrario de lo que pasa en las de origen sifilítico o diabético. La úlcera tiene una forma ovalada, de bordes decolados y fondo atónico.

2) Panadizo analgésico de Morvan; son lesiones tróficas en la que los dedos aparecen de color rojo violáceo y casi siempre con fístulas, existiendo una anestesia total pudiéndose llevar a cabo intervenciones quirúrgicas sin dolor alguno.

3) Reabsorción ósea; se ve una absorción lenta y gradual del tejido óseo predominando a nivel de las falanges, metatarsianos y metacarpianos que le da el aspecto de una pata de foca.

A los Rx. se puede apreciar:

- a) Descalcificación irregular de las extremidades óseas.
- b) Atrofia completa.
- c) Osteítis limitada.
- d) Imagen de espina ventosa.

Además, en el año 1950 el Dr. *Dario Argüelles Casals* llamó la atención de una forma clínica de lepra tuberculoide, que describe como la forma arciforme purpúrica y pigmentada de los miembros inferiores, que observó en nuestro medio con las siguientes características: Lesiones de unos 5 a 6 cms de diámetro de forma circular ú ovalada, de bordes fragmentados en segmentos de círculos, en arcos, generalmente bien delimitada hacia el centro como hacia la periferia. Notando que en los lugares en que la lesión había perdido su actividad la piel tiene apariencia normal o muy ligeramente acrómica o tenuemente pigmentada. En las zonas que estaban activas abundaban los puntos purpúricos y la pigmentación. En la parte central de la lesión observó una apariencia normal o muy ligeramente acrómica a veces existía ligera atrofia, con piel normal alrededor de la lesión, así como alteraciones de la sensibilidad y prueba de la histamina anormal. De evolución lenta durante varios años, con tendencia a curar

en la parte central y que la extensión se hacía insensiblemente hacia la periferia, pudiendo existir sola, estas lesiones sin otra manifestación clínica cutánea de lepra, aunque hubieron casos que además, de estas lesiones presentaban otras lesiones de lepra tuberculoide en otras regiones del territorio cutáneo, señala el hecho de la preferencia de estas lesiones que sólo las observó en las piernas, de personas del sexo femenino, así como exclusivamente en la edad adulta, haciendo notar la lesión por lo común era única pudiendo existir más raramente dos o quizás tres.

Por último, un rasgo de la lepra tuberculoide es la falta de manifestaciones clínicas por parte de vísceras y órganos internos, aunque se han reportado casos con lesiones en médula ósea por *Rabello*, así como que *Campos* ha descrito lesiones hepáticas en biopsias obtenidas por laparotomía. Según *Gómez y García*, aun cuando en el estudio histológico (biopsias, necropsias de sujetos muertos por otras afecciones) se demuestre la existencia de lesiones de carácter tuberculoso y que no pueda ser considerado como tal, no se debe pensar en que sea una lepra tuberculoide.

Histopatología:

Se presenta un infiltrado tuberculoide dado por un tubérculo formado por casi exclusivamente por células epitelioides y moderada adición de linfocitos y células gigantes. (Figs. Nos. 5, 6 y 7).

En la formación de un foco tuberculoide existe primeramente degeneración y necrosis fibrinoide de las fibras conjuntivas (*Bungeler, Fernández, Alayón y Portugal*). En seguida ocurre una movilización de retículoendotelio, células adventicias de los vasos y macrófagos



Fig. No. 5.—Figura microscópica donde se puede apreciar el foco de infiltración de tipo tuberculoide donde se pueden apreciar células epitelioides y moderada adición de linfocitos y células gigantes.



Fig. No. 7.—Aspecto microscópico de la figura No. 5 a mayor aumento donde se aprecia con mayor nitidez el foco de infiltrado de tipo tuberculoide.



Fig. No. 6.—Aspecto microscópico donde se puede apreciar el foco de infiltración de tipo tuberculoide y algunas gigantes, en un nódulo tuberculoide.

que emigran hacia el foco necrosado, se transforman en células epitelioides y se organiza en folículo tuberculoide, esta reacción hiperérgica hística según *Gay* y *Prieto*, se opone a la diseminación de los bacilos acabando por destruirlos.

Se pueden distinguir tres tipos de estructuras tuberculoideas histológicamente:

a) Tuberculoide precoz. Aparece en el estado de transformación de una lepra incarcada a tuberculide, según *Gay Prieto* se puede observar un infiltrado dado por aparición de algunas células gigantes tipo Langhans mostrando en su periferia una barrera linfocitarias.

b) El tipo folicular: Se puede apreciar la existencia de un típico folículo de *Koester*, es decir, un nódulo constituido por una acumulación de células

epitelioides entre las cuales se encuentran algunas células gigantes y rodeadas por una corona de células linfocitarias.

c) El tipo sarcoide: Es la más frecuente según algunos autores, recibe este nombre por el parecido a la estructura del sarcoide de *Schauman-Bock*. está formado casi exclusivamente por las células epitelioides sin el manto o manguito linfocitario, y raramente hay células gigantes estando el foco epitelioides en contacto directo con las fibras colágenas, según *Lever* lo que permite diferenciarlo del sarcoide es que con una buena observación se puede ver la invasión y destrucción de los nervios en la dermis e hipodermis por los tubérculos de células epitelioides, hecho este que nunca ocurre en la sarcoidosis.

Todos estos infiltrados aparecen en el cuerpo papilar y dermis en contacto con la hilera basal epidérmica y en torno a vasos, folículos pilosos, glándulas sudoríparas y filetes nerviosos.

También se señala por algunos autores que las formaciones sarcoideas y foliculares no son puras, en cada caso puede observarse aspecto de las dos con predominio de una de ellas, así en formaciones sarcoideas puede verse zonas y campos de estructuras folicular y a la inversa.

Las mismas estructuras histológicas vista en la piel se hallan en los nervios atacados, siendo frecuente observar en ellos fibrosis y caseosis (absceso del nervio) que engloban al elemento noble y llegan a destruirlo en contraste de lo que sucede en las lesiones cutáneas donde no se da la necrosis y calcificación que se ve en las lesiones neurales de la lepra tuberculoide. (Fig. No. 8).

Bacteriología:

En la lepra tuberculoide las lesiones son estériles, por no poderse observar bacilos en los infiltrados cutáneos con

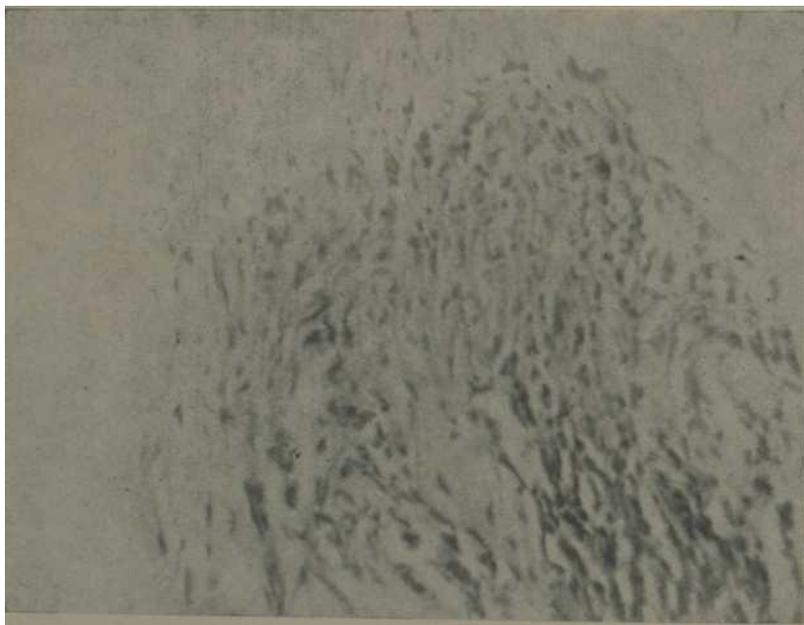


Fig. No. 8.—Aspecto microscópico de la biopsia de nervio cubital donde se aprecia el infiltrado de células epitelioides algunas células gigantes y moderado infiltrado de linfocitos.

las técnicas corrientes, y según algunos autores cuando están habitados es muy escaso el número de bacilos y en estos casos se duda que se trate de lepra tuberculoide y que sea más bien del grupo dimorfo. Según experiencias de *Ala-yón* en el 42% de los casos son estériles, siendo la baciloscopia nasal siempre negativa. Recientemente con la introducción del test de concentración de *Khanolkar* que permite la demostración más fácilmente en preparaciones del *Mycobacterium leprae*, siguiendo la técnica de *Khanolkar* combinado con tinciones fluorescentes y mediante el microscopio de luz fluorescente que permite encontrar fácilmente los organismos ácidos grasos en tejidos cuando ellos 110 pueden ser visto por métodos de tinciones histológicas corrientes, esto ha permitido que en lepra tuberculoide se pueda observar en un número mayor de pacientes la presencia del bacilo, el cual mediante este microscopio y esta técnica se pueden ver los bacilos teñidos de amarillo oro brillante y el fondo de la preparación en azul oscuro.

Inmunología:

La reacción de Mitsuda es generalmente positiva pudiendo llegar hasta la ulceración del nódulo que persiste 2 a 3 meses y deja cicatriz indelebles. Se han demostrado que la realidad no es tan absoluta y que las positividades de las tuberculoides no llegan a constituir el 100% de todos los casos. Pues *Souza Lima* y *Souza Campo* reportan haber encontrado un global de un 86.4% de positividades del Mitsuda en los casos estudiados por ellos, sólo reportan como el 100% los del tipo neural y las infantiles. Lo que va en favor de que no todas las formas tuberculoides tienen la misma significación inmunológica.

Diagnóstico diferencial:

Este lo haremos esencialmente entre las distintas formas existentes de lepras, lo cual nos basaremos en la clínica, la baciloscopia, la inmunología y la histo- patología:

1) *La lepra lepromatosa:*

a) Clínicamente, se caracteriza por la presencia de la lesión fundamental que es el leproma (tumor de lepra) que puede aparecer en cualquier parte, pero tiene predilección por la mucosa nasal, pabellones auriculares, entrecejo, mentón, mejillas, puede aparecer por brotes agudos o poco a poco en piel y órganos internos. La presencia de adenopatías generalizada sobre todo inguinal, presentando los ganglios una consistencia dura, indoloras y movibles.

b) *Baeiloscofia:* Abundantes bacilos en la lesión cutánea y en la mucosa nasal.

c) *Inmunología:* La reacción de Mitsuda es negativa, existe alergia, por el organismo atacado.

d) *Histopatología:* Se aprecia infiltrado difuso en el dermis observándose las células de Virchow, que no son más que macrófagos con su protoplasma con varias vacuolas llenas de gotas de grasa, pudiéndose en ocasiones romperse esta célula y observarse los bacilos sueltos agrupados en forma de mazo de tabaco que recibe el nombre de globi.

2) *Lepra indeterminada:*

a) Clínicamente, son lesiones que se caracterizan por su inestabilidad ya que en el curso de semanas o meses se transforma unas veces en lesiones lepromatosas o tuberculoides o pueden permanecer como tales o incluso pue

den regresar, y la lesión esencial son máculas verdaderas es decir cambios de coloración de la piel sin infiltración y al tacto las lesiones se pueden apreciar que continúan con la piel vecina y tienen bordes pocos precisos, las máculas pueden ser acrómicas, hipocrómicas, eritematosas, hasta eritematohipocrómicas, el tamaño es variable y la localización en cualquier parte, pero principalmente en las nalgas, muslos, espalda y la cara. Una característica fundamental de las máculas es la anestesia, pudiendo existir anhidrosis a nivel de estas lesiones.

b) *Baciloscopia*, en la niuco=a nasal y la lesión cutánea a veces es positiva, con más frecuencia es negativa.

c) *Inmunología*: La reacción de Mitsuda puede ser positiva o negativa, pero en general es positiva no muy fuerte en el 50% de los enfermos.

a) *Histopatología*: Se observa un infiltrado inflamatorio no específico.

3) *Lepra dimorfa*:

a) Clínicamente, se caracteriza por ser este tipo de lepra una forma inestable que se encuentra entre los dos polares, la lepromatosa y la tuberculoide. Los signos cutáneos pueden simular la lepra lepromatosa o la tuberculoide, son lesiones asimétricas, los lóbulos auriculares pueden estar afectados a veces de un solo lado, dadas por placas nodulares o bandas, de consistencia blanda y aspecto succulento, con un borde interno bien marcado cortado a picos, un área central normal y bordes externos borroso infiltrado, que se pierde gradualmente hacia la piel sana.

b) *Baciloscopia*, positiva en la lesión cutánea, y negativa en la nasal, y si los hay son escasos, según la posición del caso entre los

dos polos, así se encontrarán bacilos en la lesión cutánea.

c) *Histopatología*, es variable, depende de la posición del caso más o menos cercano a uno de los dos tipos polares, pero generalmente se aprecia la existencia de faja de Unna, puede haber textura tuberculoide incompleta o lepromatosa no bien desarrollada con numerosas células vacuoladas, células de Virchow, pudiendo observarse infiltración de los nervios.

RESUMEN

Hemos hecho una breve revisión de la literatura sobre la lepra tube-culoide, se revisa el concepto, la historia, sus formas clínicas, la histopatología, la bacteriología, donde se hace referencia a la introducción reciente del test de concentración de *Khanolkar* por el cual se ha podido demostrar más fácilmente la presencia del *Mycobacterium leprae* en tejidos de lesiones de lepra tuberculoide combinado con 2 tinciones fluorescentes y mediante el auxilio del microscopio de lámpara con luz fluorescente, todo lo cual permite encontrar fácilmente los organismos acido-graso en tejidos cuando ellos no pueden ser visto por métodos histológicos corrientes. En la inmunología se hace mención sobre la opinión de algunos autores de que no existe la positividad del Mitsuda en un 100% de los casos solamente en ciertas formas clínicas. También se realiza un breve diagnóstico diferencial de la forma tuberculoide, de las demás formas.

SUMMARY

A brief review of the literature on nodular lepra including its concept, history, clinical forms, histopathology, bacteriology and immunology has been given. Reference has

been made to the recent introduction of the Khanolkar concentration test which has made it easier to demonstrate the presence of *Mycobacterium leprae* in the tissues of nodular lepra lesions when combined with fluorescent staining and using the fluorescence microscope. The combination of these techniques makes it easy to find acid fast microorganisms in tissues when forms cannot be seen by ordinary histological methods. When dealing with immunology mention has been made of the opinion of several authors that positivity of Mitsuda's test does not occur in 100% of cases and only in certain clinical forms. A brief differential diagnosis of the nodular form with the rest of forms has also been made.

RESUME

On y fait une brève révision de la littérature au sujet de la lépre tuberculeuse et 011 en revise le concept, l'histoire, les formes

cliniques, histopathologie, la bactériologie et l'immunologie. On y se rapporte à l'introduction récente de l'épreuve de concentration de Khanolkar au moyen de laquelle on a pu démontrer plus facilement la présence du *Mycobacterium leprae* dans les tissus des lésions de lépre tuberculeuse en combinant cette technique-là avec des colorations fluorescentes et avec l'emploi du microscope à lumière fluorescente. La combinaison de tous ces techniques a permis de trouver facilement les microorganismes acides et gras dans les tissus quand ceux-là n'ont pas pu être vus par les moyens histologiques ordinaires. En se rapportant à l'immunologie on y mentionne l'avis de certains auteurs, que la positivité de l'épreuve Mitsuda n'existe pas dans les 100% des cas et seulement dans certaines formes cliniques. On y fait aussi un bref diagnostic différentiel de la forme tuberculeuse avec les autres formes.

BIBLIOGRAFIA

1. —A. Clinton Andrews, M. D., F.A.C.P. y A. I. V. Dononkes, M. D., F.A.C.P.: Enfermedades de la Piel. Filadelfia, E. U. 1964.
2. —J. Gatti y J. Cordamu: Manual de Dermatología. Editorial Ateneo. 1958.
3. —Gay Prieto: Dermatología. Editorial Científico Médico. Barcelona, España. 1966.
4. —Leveir: Histopatología de la Piel. Editorial Científico Médico. Barcelona, España. 1964.
5. —Dario Arguelles Casals: Boletín de la Sociedad Cubana Derm. y Sifilografía. Vol. VII, Núm. 4, Dic., 1950.
6. —Pardo Castelló: Dermatología. Cultural, S. A. 1953.
7. —Darier: Compendio de Dermatología, 1953.
8. —Arch. Dermatology. Leprosy Tuberculoid type. Vol. 85. Pág. 6534. Mayo, 1962.
9. —J. Gómez Orbaneja y A. García Pérez: Lepra. Editorial Paz Montalvo. 1953.
10. —Lesiones de Dermatología, de la Cátedra de Dermatología, Universidad de la Habana. Escuela de Medicina. 1966.

Ya está impreso

EL CUARTO TOMO DE TEMAS DE LAS RESIDENCIAS

que contiene las tesis:

1. PENFIGOS: PENFIGO VERDADERO

por el Dr. Alfredo Abren Daniel

2. ENFERMEDAD DE ADDISON

por el Dr. Bartolomé Arce Hidalgo

3. RETINOSIS PIGMENTARIA

por la Dra. Hilda Díaz Guerra

editado por el

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

Precio del ejemplar \$2.00

Este libro está a la venta en las Librerías de 27 y L, Vedado, Habana, Lalo Carrasco, Hotel Habana Libre, en las principales librerías del interior de la República, y también se puede solicitar por correo a "La Moderna Poesía", Apdo. 605, La Habana, enviando el importe señalado y \$0.25 adicionales para el franqueo certificado.