

do, carentes de título, en realidad no puede defendérseles porque también ellos carecen de título. Su nombramiento debe corresponder a la situación universitaria o académica que guardan: "pasantes".

Ojalá que estos modestos comentarios despierten algún interés en la H. Academia Nacional de Medicina, y que auspiciando mis puntos de vista o haciendo sugerencias por cuenta propia, influya ante las instituciones conectadas con este importantísimo Servicio Social, a cargo de pasantes de medicina, para que, con más amplios elementos y con mejores bases, en un futuro próximo se dejen sentir ampliamente los opimos frutos que de él se esperan desde hace tiempo, y traigan beneficios reales y positivos a los pueblos desprovistos de médicos, así como también a nuestros futuros galenos.



### **Nota preliminar sobre la histopatología de las manifestaciones cutáneas de la "forma de Lucio", de la lepra \***

Por el Dr. MANUEL MARTINEZ BAEZ

Laboratorio de Anatomía Patológica. (Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales).

En el año de 1851, el ilustre médico mexicano don Rafael Lucio, en colaboración con el doctor don Ignacio Alvarado, publicó su "Opúsculo sobre el Mal de San Lázaro o Elefanciasis de los griegos" en el cual, como se dice en la introducción de tan notable obra, Lucio condensó el resultado de las observaciones hechas durante ocho años desde la dirección, a él encomendada, del Hospital de los Lazarinos en esta ciudad de México. El opúsculo citado contiene la descripción de las formas de lepra estudiadas por el autor del mismo, con observaciones sagaces y curiosas sobre la evolución del padecimiento. El autor pone especial interés en la descripción de una de las formas que suele revestir la lepra entre nosotros, "la que está caracterizada por la presencia de manchas rojas y dolorosas en la piel". En la misma introducción, don Rafael Lucio expresa que

(\*) Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 23 de julio de 1941.

quiso que otro profesor en Medicina se asociara a él, por algunos meses, para observar a los pacientes, para "sacar la historia" de la mayor parte de los mismos y para que, comparando sus observaciones con las hechas antes por el propio doctor Lucio, comprobase la verdad de lo asentado por este último. El opúsculo a que me refiero fué leído en esta Academia, en las sesiones del 31 de diciembre de 1851 y de enero de 1852.

Hace, pues, ya noventa años que la voz del doctor Lucio resonó en un ambiente parecido a éste, para hablar de un tema que con justicia se estimaba de interés. Nada sabemos del tono ni del timbre de aquella voz, pero las palabras quedaron escritas y al leerlas hoy apreciamos la exactitud de los hechos que ellas refieren y admiramos al clínico eminente que supo hacer observaciones precisas y apreciaciones justas sobre una especial forma de la lepra, que hoy con justicia llaman los leprólogos mexicanos contemporáneos "lepra de Lucio".

En la introducción de su opúsculo, Lucio se excusa ante sus colegas diciendo que "deberán ver con indulgencia estos trabajos y disimular lo incompleto de algunas de sus partes, sobre todo la anatomía patológica", y exhibe como razón para presentar sus observaciones en la forma en que lo hace, la idea de que "ha creído necesario publicarlas más bien incompletas, que hacer caer en el olvido observaciones nuevas y curiosas, importantes por tratarse de una enfermedad propia de México".

Resisto a la tentación de hacer un comentario de las ideas expresadas por Lucio, de su disciplina científica puesta de manifiesto al pedir que otro médico compruebe las observaciones que él ha hecho, de su recto criterio al considerar importante la omisión del estudio anatomopatológico de los casos observados, de su justo aprecio del interés que tienen sus observaciones, de su correcta información al calificar a éstas de nuevas, y hasta de su recto sentido del patriotismo, al considerar que una enfermedad propia de nuestro país merece la mayor atención de nuestra parte. De todo esto quiero hacer resaltar sólo un detalle: el que se refiere a la falta de estudios anatomopatológicos sobre la forma de lepra que Lucio describió, falta que, según todo parece indicarlo, subsiste aún, ya que quienes se dedican a la leprología entre nosotros no han en-

contrado que se haya explorado la histopatología de la "lepra de Lucio".

No es esta la ocasión y tampoco soy yo el indicado para plantear la cuestión de si la forma de lepra que Lucio describió ha de ser considerada como una forma bien individualizada, además de las generalmente admitidas, o si debe ser considerada como una variedad de alguna de éstas. Esperemos que más tarde, cuando se hayan conocido mejor los aspectos todos de tal forma, alguno de nuestros leprólogos se plantee tal problema y nos ofrezca una resolución satisfactoria. Es, pues, sin prejuzgar sobre si Lucio tuvo o no razón para hablar de una "forma manchada", que, según él, debería añadirse a las clásicas "forma elefanciásica" y "forma anestésica", como he de recordar las palabras del maestro y como presento el resultado de algunas observaciones sobre la histopatología de la citada "lepra de Lucio".

Distingue Lucio, de entre la enorme variedad de aspectos que se puede observar en los leprosos, tres formas esenciales del mal: la elefanciásica, la anestésica y la manchada, y estima que las diferencias entre estas formas son de tal manera notorias, que "para cualquier observador que no hubiere visto un gran número de enfermos serían consideradas no como formas de una misma enfermedad, sino como enfermedades diversas". Recuerda que es bien conocida por todos los que se ocupan de la lepra, la forma elefanciásica así como la anestésica, pero insiste en que "ningún autor, que nosotros conozcamos, ha descrito hasta ahora la elefanciasis con manchas".

Al hacer la descripción de los cuadros clínicos que presentan los casos de lepra, comienza por los síntomas cutáneos, y, refiriéndose a su forma manchada, dice: "La forma manchada es la más digna de atención, porque la piel sufre cambios notables según el período del mal. Muy al principio, cuando aun no está caracterizada, hay en general supresión del sudor y disminución más o menos completa de la sensibilidad. La supresión del sudor puede faltar o no ser notable; pero las personas en quien lo había habitualmente en los pies, advirtieron que cesó al empezar la enfermedad, siendo de notar que en dos enfermas, en quienes según probabilidades hubo calenturas intermitentes, faltó o era muy incompleto el período del sudor; pero no le damos a este signo toda la importan-

cia que merece, por no ser cosa constante, por no haber podido observarlo directamente y por lo mismo haber sido preciso atenernos a lo que los enfermos nos han dicho. Pero en cuanto a la disminución de la sensibilidad, que debe considerarse como uno de los primeros síntomas y también como uno de los más constantes, debe fijarse en él la atención, porque además de persistir en muchos durante toda la enfermedad, es uno de los signos diagnósticos más preciosos. Esta disminución de la sensibilidad, está precedida y anunciada por adormecimientos y hormigueo en las manos y en los pies, que se propaga en poco tiempo al resto de los miembros; es raro que sea completa, casi siempre la facultad táctil se ejerce aunque imperfectamente. Persiste durante toda la enfermedad”.

“Por la misma época en que aparecen los fenómenos de que hemos hecho mérito, comienza la caída de las cejas, de las pestañas, del vello de los brazos, del tronco, y muy rara vez del de la cabeza: en esta última parte sólo lo hemos notado en el punto que ocupa la raya en las mujeres. La alopecia se hace notar más, al principio, en la extremidad externa de las cejas y en las pestañas; sigue una marcha lenta hasta quedar la piel correspondiente a la ceja enteramente lisa y de color rosado. En algunos enfermos la falta de ellas es completa, mientras que otros conservan algunos pelos lisos y suaves en la extremidad interna; siendo tan notable esta predilección de la alopecia por la extremidad externa, que no hemos visto un solo enfermo que tenga pelo en ésta sin tenerlo en la interna, mientras que lo contrario es lo constante. En general, la caída de las cejas es de tanto valor para el diagnóstico, que unida con la disminución de la sensibilidad y con el padecimiento de la mucosa nasal que mencionaremos después, sin que haya ninguna otra alteración, se puede asegurar que un individuo está atacado del Mal de San Lázaro y que éste se manifestará muy probablemente bajo la forma manchada. Es un fenómeno que nunca falta; de mucha utilidad para el diagnóstico, y por consiguiente para el tratamiento”.

“Desde la aparición de estos fenómenos hasta uno, dos y tres años después no se manifiesta ningún otro; pero en cualquiera de dichas épocas empieza a caracterizarse la forma, esto es, a aparecer las manchas. Esta aparición se efectúa de dos modos. Primero: los enfermos tienen repentinamente dolor y sensación de

ardor quemante en algún punto de la piel de los extremos, al mismo tiempo que aparece una nudosidad o endurecimiento de la piel de color rojo claro, duro, doloroso al tacto, poco más grande que un alverjón y de forma oblonga, en cuyo vértice hay una manchita de color rojo oscuro o violado, que algunas horas después se extiende y ataca toda la piel que estaba levantada, dándole un color obscuro en vez del rosado que tenía. Segundo modo: Sin haber endurecimiento anterior de la piel, aparece una mancha de color rojo escarlata muy vivo que después de poco tiempo se oscurece o se hace cenicienta, dolorosa, con sensación de ardor quemante, y que se rodea poco después de una fajita de color rosado claro".

"Una vez aparecida la mancha, exceptuando el endurecimiento del tejido en que descansa, los demás caracteres y marcha son iguales. Como decíamos antes, las manchas tienen al principio un color rojo muy vivo tirando al violeta, que en poco tiempo se oscurece y se vuelve ceniciento, cuyo color no desaparece por la presión ni momentáneamente, no sucediendo lo mismo con la faja rosada que lo circunscribe, en la que se puede, a voluntad, hacer desaparecer y aparecer el color. Su forma es oblonga, linear, circular como las vetas del mármol; unas tienen de extensión solamente unas líneas cuadradas, y otras hasta más de una pulgada, teniendo las otras los tamaños intermedios. Su aparición se hace en el orden siguiente: en los pies, en las piernas, en las manos, en los antebrazos, y por último en la cara, aunque en este punto son raras. Aparecen de preferencia en el sentido de extensión de los miembros, así es que en el dorso del pie, de la mano, de los antebrazos y brazos y en la cara anterior de la pierna y muslos hay siempre muchas, mientras que en la corva y parte posterior de la pierna y muslo, en la cara anterior del antebrazo y pliegue del codo, en la palma de la mano y planta del pie, son en extremo raras".

"Unas se resuelven, y al hacerlo van oscureciendo de color hasta tomar en morado obscuro, y después se hace tan ligero, que se puede ver debajo de él la piel un poco roja; y por último, sólo quedan unas cuantas manchitas muy poco perceptibles de este color, y algunos días después la piel completamente sana. A veces toda la parte que ocupa la mancha, se seca y se desprende bajo la forma de una escara moreno oscura, y tan delgada que parece constituída solamente por la epidermis, quedando la piel corres-

pondiente de un color rojizo más o menos ligero que después se borra sin dejar señal alguna. Otras que se supuran presentan fenómenos diversos. Poco después de su aparición, la epidermis muy adelgazada es desprendida en una extensión mayor que la de la mancha, por serosidad turbia, amarillenta y algo pegajosa, que al escurrir, picando la ampulita en que estaba contenida, deja una ulceración superficial; más bien dicho, una escoriación de color rosado, sembrada de multitud de puntos pequeños de un rojo más encendido. Otras veces se forma una pústula de un tamaño proporcionado de la mancha, se concreta el pus que contiene, se forma una escara blanco-amarillenta y muy gruesa; la faja de color rosado que circunscribía a la mancha se hace más grande y más encendida; la piel se hincha en ese punto, y por último, se presentan en ella todos los fenómenos flegmáticos que determinan la eliminación de una escara. Al caer ésta, queda una ulceración más grande que la mancha que la ha precedido, interesando todo el espesor de la piel y parte del tejido celular subcutáneo, comúnmente de bordes verticales, como si hubieran sido hechos con un sacabocado, de fondo rojo, y secretando pus, al parecer, de buena naturaleza”.

“Todos estos fenómenos, desde la aparición de la mancha hasta la eliminación completa de la escara, duran poco más o menos quince días. La duración de las ulceraciones es variable; en algunos casos al mes empieza a formarse la cicatriz, y en otros un poco más tarde, siguiendo la ulceración de este intermedio la misma marcha que cualquiera otra de buena naturaleza”.

“La cicatriz al principio es de color rosado claro; pero después se pone de un color blanco gris, lisa, muy lustrosa y transparente, pues que en algunos casos en los que se desarrollan capilares debajo de ella se perciben de un modo muy claro. En muy poco tiempo se rodea de una faja de dos o más líneas de ancho, de color de café oscuro, que hace resaltar el blanco de la cicatriz, que sigue todos los contornos de ésta, y que es en extremo raro que falte. Llamamos la atención sobre este carácter de la cicatriz, porque es, con algunos otros fenómenos, uno de los mejores medios diagnósticos”.

“Hay ocasiones en que la piel no presenta mancha alguna, y parece que la aparición de éstas se hace como por accesos, pues que en algunos enfermos brotan muchas simultáneamente, en todos los

miembros y de un modo repentino. Hubo en el hospital un caso de éstos y que se desgració en veinticuatro horas. Pero no por esto se crea que son confluentes; las más veces sólo se presenta una que otra aisladamente”.

Hasta aquí lo esencial de la descripción clínica que de la forma manchada de la lepra hace en forma verdaderamente magistral, como se ha visto, el doctor Lucio. Creo que se me perdonará el tiempo que he tomado en repetir esta descripción en gracia al interés que la misma tiene.

Desde hace algunos meses, y debido al empeño del doctor don Fernando Latapí para todo lo que se refiere al estudio de la lepra entre nosotros, afán en el que lo secunda con eficacia y entusiasmo iguales su colaborador, el doctor González Chávez, comencé a interesarme por la histopatología de la forma manchada de la lepra, por la “Lepra de Lucio”, como creo que debemos decir los mexicanos, y principié a estudiar el material que me fué suministrado por los doctores que acabo de mencionar. Posteriormente, despierto ya mi entusiasmo por este asunto, acudí al Leprosario “Dr. Pedro López”, dependiente de la Secretaría de la Asistencia Pública, y, gracias a las facilidades que amablemente me proporcionó el Director de tal establecimiento, el distinguido dermatólogo doctor don Julio Bejarano, pude estudiar algún otro material, tanto de muestras de piel como de sangre de pacientes, y con las observaciones hechas en estos casos he formulado esta nota, la que tiene carácter de preliminar, ya que no me atrevo a sacar conclusión alguna de las observaciones que he hecho, por no considerar éstas suficientemente numerosas y por estar careciendo hasta ahora de la literatura necesaria para obtener la información necesaria acerca de los modernos estudios sobre histopatología de la lepra, en general, y, por lo mismo, para poder definir lo que en las imágenes histológicas de la lepra de Lucio haya de peculiar y lo que en las mismas deba considerarse común con las que ofrecen las formas clásicas del padecimiento.

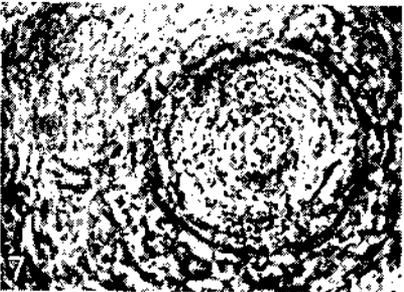
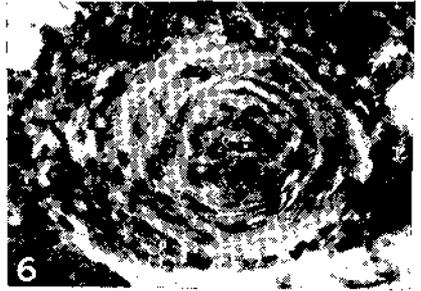
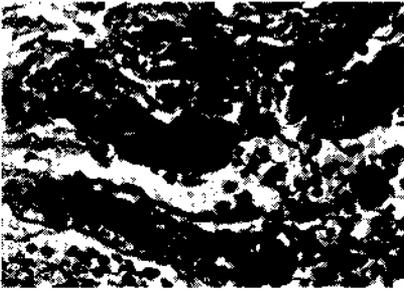
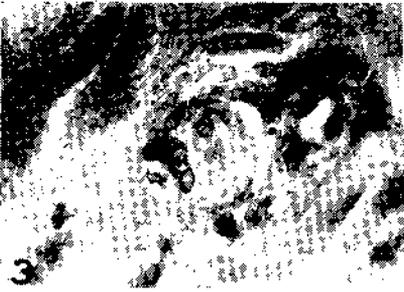
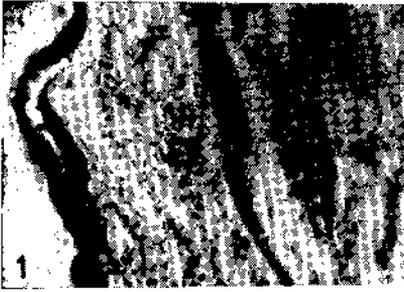
Hasta ahora he dispuesto de material tomado para biopsias de cinco casos. Los fragmentos de piel corresponden a lesiones en diversas etapas evolutivas, desde aquella, inicial, en que la lesión consiste en una simple mancha congestiva, hasta las que se presentan con desprendimiento de la capa más superficial de la epi-

dermis, comprendiendo, por supuesto las que se manifiestan en forma de mancha irregular, estelar a veces, de color amarotado oscuro, que no palidece ya bajo la presión. No he dispuesto, en cambio, de material que represente las lesiones cuando ya se ha desprendido la epidermis y queda una costra cubriendo una superficie ulcerada, ni de las úlceras ya plenamente constituídas. Tengo el propósito de buscar nuevo material y presentar, dentro de algún tiempo, una nueva nota con algunas conclusiones debidamente fundadas en la observación de casos suficientes en número y en variedad para representar debidamente a las lesiones típicas de la forma del padecimiento, en todas las fases evolutivas de la misma.

El material de que dispuse fué cortado después de congelación simple, de congelación precedida por inclusión en gelatina y de inclusión en parafina. Las tinciones empleadas fueron las habituales en histopatología rutinaria, más la histobacteriológica con Ziehl seguida de tratamiento con alcohol ácido y con coloración de fondo con hemalumbre-eosina, y algunas variantes de la impregnación con carbonato de plata según Del Río Hortega.

El examen general de las preparaciones, a débil aumento, muestra alteraciones en la epidermis, algunas veces, y en la dermis constantemente. En el caso de E., que corresponde a una mancha violácea, plenamente constituída, de la piel de un antebrazo, la epidermis parece normal en parte del corte, pero en una zona, bruscamente limitada, se miran alteraciones muy marcadas. En conjunto, en la zona afectada, la epidermis se mira adelgazada, de espesor irregular, rota por una solución de continuidad paralela al plano de la capa epidérmica, y poco tingible. Mirando atentamente y con aumento mayor se advierte que en esa zona del corte las células malpighianas, no se tiñen ya; que de sus núcleos solamente quedan huellas y que su forma y tamaño están muy modificados. Se ha producido una necrosis localizada en la epidermis, que ha traído todos esos cambios, y de las células epidérmicas solamente quedan restos con pigmento que, a veces, parece ser más abundante que el que existe en las células normales. Se produce entonces una ruptura, de mayor o menor extensión, en la continuidad de la capa epidérmica, ruptura que se hace a veces en el límite dermo-epidérmico mismo, y otras en el espesor de la epidermis.

En la dermis se presentan alteraciones de tres tipos principales:



## Leyendas de las láminas

- 1.—Aspecto general de un corte de la piel, tomado como una lesión característica, de color rojo vinoso. Muestra las alteraciones de la epidermis y el exudado en la dermis.
- 2.—Imagen, a mayor aumento, de un corte de piel, con alteraciones en la epidermis iguales a los de la figura anterior.
- 3.—Capilar sanguíneo con una célula leprosa en formación, aparentemente en la pared del vaso.
- 4.—Un acúmulo perivascular en el principio de su formación.
- 5.—Glándula sudorípara englobada en un acúmulo inflamatorio y que revela alteraciones necróticas.
- 6.—Arteriola con alteraciones en todo el espesor de sus paredes y que han producido oclusión del vaso.
- 7.—Otra arteriola, con gran proliferación de los elementos celulares de la íntima y de la media.
- 8.—Frotis de sangre que revela la presencia, entre eritrocitos, de una célula con un pequeño grupo de bacilos de Hansen.

acúmulos de células inflamatorias de ubicación perivascular; dilatación de los vasos sanguíneos; alteraciones de las paredes de las arteriolas, a lo cual se añade, en algunos casos, la existencia de alteraciones necróticas en los acúmulos de células inflamatorias. Los vasos sanguíneos de la dermis, en la zona correspondiente a la mancha cutánea, aparecen envueltos en acúmulos de células inflamatorias, más o menos voluminosos. Los vasos mismos presentan alteraciones de su pared. En los capilares se aprecia turgencia notoria de las células endoteliales y proliferación de los elementos periteliales, los cuales, más o menos profundamente transformados, forman una buena parte de las células que constituyen el acúmulo perivascular. En las preparaciones adecuadamente coloridas se encuentran constantemente bacilos ácido-resistentes con los caracteres del bacilo de Hansen en las células endoteliales, algunas de las cuales están muy abultadas por la presencia, en su interior, de masas bacilares comparables a los "globi". No es que todas y cada una de las células endoteliales estén ocupadas por bacilos, pero siempre que se encuentra una imagen vascular se observa que en una o en algunas de las células del endotelio están los bacilos mencionados. Alrededor de los vasos se encuentra el acúmulo celular, formado, como se dijo, por células parietales más o menos profundamente modificadas, por elementos linfoides, por histiocitos relativamente voluminosos, de contorno irregular, de protoplasma homogéneo. A estas células se añaden, en corto número, lambrocitos de forma irregular, a veces con prolongamientos largos. Cuando los acúmulos son más voluminosos, a los elementos anteriores se añaden, en gran abundancia, las clásicas "células leprosas". En algunos de los casos estudiados se encontraban también, de cuando en cuando, células multinucleadas, parecidas a las de Langhans pero relativamente pequeñas. Todos estos elementos celulares que forman el nódulo están contenidos en las mallas de una tupida red de reticulina que los métodos argénticos revelan con gran nitidez. En los nódulos más voluminosos se encuentran, además del que parece ser el vaso alrededor del cual se formó inicialmente el nódulo granulomatoso, otros vasos capilares neoformados.

No es raro, cuando menos en los nódulos de medianas y de grandes dimensiones presentes en algunos de los casos estudiados, que una parte de tales nódulos revele alteraciones características

de necrosis: aspecto pulverulento del citoplasma de muchas células con gran afinidad acidófila, núcleos hipercromáticos, en franca picnosis o en cariorrexis, y hasta desintegración celular completa, con restos informes de células entre las mallas del retículo y residuo de paredes vasculares que aparecen como meras siluetas. En tales casos se encuentran también, entre los restos celulares de estas zonas necróticas, leucocitos polimorfonucleares en abundancia variable.

Nódulos iguales a los antes descritos se suelen encontrar también rodeando a los folículos pilosebáceos y a las glándulas sudoríparas, pero todo hace suponer que tales nódulos no deben ser considerados como diferentes de los que se miran alrededor de los vasos, sino que son los mismos, ya que se formarían también alrededor de vasos, de los que constantemente acompañan a los folículos y a las glándulas mencionados. Es de mencionar la ocurrencia frecuente de alteraciones profundas en las glándulas sudoríparas englobadas en tales nódulos; tales tubos glandulares se ven delgados, con su luz casi por completo obstruída u ocupada a veces por una masa con aspecto de substancia albuminoide coagulada, con sus células mioepiteliales y epiteliales pequeñas y muy amononadas. Otras veces hay necrosis en masa de las células mioepiteliales y epiteliales de los tubos sudoríparos, los cuales aparecen con una masa irregularmente pulverulenta, poco tingible, en la que no quedan ya ni huellas de núcleos, contenida en una envoltura, la vítrea. En una de las preparaciones que examiné se veía que la necrosis existente en la porción glomerular de la glándula se extendía al tubo excretor, al paso de éste por la dermis reticular, como si el agente que determinó tal necrosis hubiera afectado a todo el tubo, como una unidad, y no solamente a la parte de él comprendida en determinada zona. El mismo tipo de exudado celular he encontrado envolviendo a las ramas nerviosas en lo más profundo de la dermis y creo que también en este caso la reacción celular se ha originado en los vasos de los nervios.

En todos los casos que he estudiado y en los cuales las muestras eran suficientemente gruesas para comprender todo el espesor de la dermis y alcanzar hasta la zona en que se encuentran las arteriolas del plexo vascular subdérmico, las arteriolas existentes en la zona correspondiente a las manchas presentan constante-

mente lesiones avanzadas de sus paredes. La arteriola aparece con una luz muy estrecha y sumamente irregular por las salientes que hacen las células endoteliales. A veces hay oclusión completa de la luz vascular. Hay hiperplasia de las células endoteliales, las cuales se ven formando varias capas, hasta tres y cuatro, lo que hace que la íntima aparezca muy engrosada. Siguen luego elementos conjuntivos, fibroblastos y fibrocitos, con algunas células pequeñas mononucleadas, encerrados en estrechas mallas de reticulina, formando en conjunto una capa de espesor igual hasta cinco y seis veces el diámetro de la luz vascular. La capa muscular aparece muy delgada, por contraste con la íntima, y está formada de una o dos hiladas de fibras musculares delgadas y largas y, finalmente, la adventicia está también muy engrosada, en forma muy semejante a la íntima, y en proporciones todavía mayores que ésta. Hay así arteriolas cuya pared tiene un espesor total que es equivalente hasta veinte veces el diámetro de la luz vascular, cuando normalmente el espesor de la pared es menor que el diámetro de la luz, al menos en muchos casos. En las preparaciones teñidas con Ziehl seguido de alcohol ácido, se encuentran bacilos con los caracteres del de Hansen en tales arteriolas, tanto entre las células endoteliales como en los demás elementos de la pared.

El esbozo de descripción que antecede lo he formulado tomando los datos resultantes de los exámenes de las diversas muestras que recibí. Las alteraciones de la dermis han sido sensiblemente iguales en todas, con excepción de las alteraciones necróticas, que en alguna faltaban. En cambio, la necrosis de la epidermis la observé solamente en uno de los casos, en el que la mancha era de un color amoratado oscuro. Otros casos han revelado cambios mínimos en la epidermis, que acaso sean la expresión histológica del aspecto peculiar que presenta la piel en los pacientes de la lepra de Lucio. La capa córnea es muy delgada y está formada por laminillas paralelas entre sí, formando una capa relativamente compacta en vez de la esponjosa que se encuentra en la piel normal; el stratum lucidum es también muy delgado y es en él donde parece hacerse la exfoliación de las laminillas córneas y no en la zona más superficial del stratum corneum; el stratum granulosum es, en cambio, más bien grueso ya que aparece hecho de cuatro o cinco hiladas de células gruesas, abundantemente llenas

con granulaciones; el stratum malpighii ofrece poco de peculiar, como no sea la aparente facilidad que parecen ofrecer los núcleos de sus células para deformarse y arrugarse, ya que tal cosa no se ve en las zonas del corte fuera de la correspondiente a la mancha. También he observado que las células del estrato germinativo suelen ser notoriamente más altas y más angostas de lo que es común, y que tales células no parecen contener pigmento alguno (en preparaciones teñidas con hemalumbre-eosina)

He de añadir que habiendo estudiado muestras de sangre de los pacientes a quienes se hicieron biopsias de la piel, sangre obtenida por punción de la piel del lóbulo de la oreja, preparada en frotis fijados debidamente y teñidos primero con Ziehl, tratados después por alcohol ácido y a los que finalmente se aplicó coloración con hemalumbre-eosina, pude observar, constantemente, la presencia en la sangre de bacilos ácido-resistentes con los caracteres morfológicos de los de Hansen, contenidos en células mononucleadas, algunas de las cuales presentaban su citoplasma con vacuolas redondas de tamaños diversos lo cual les daba el aspecto espumoso de las células leprosas. He encontrado estas células bacilíferas en proporción de 4 a 15 por millar de leucocitos. Cada una de estas células contiene de dos a diez o doce bacilos, perfectamente nítidos. Existe, pues, la bacilemia, en los enfermos con lepra de la forma de Lucio, y no es de extrañar que así sea cuando se ha visto la frecuencia con que las células endoteliales vasculares están invadidas por los bacilos, algunas de las cuales los contienen en número muy crecido.

Estos son los hechos observados al estudiar las muestras de piel que hasta la fecha he podido obtener. No me atrevo a presentar conclusión alguna por las razones que en un principio mencioné. De todos modos me ha parecido que tal vez valdría la pena de presentarlos en una nota preliminar, que sea como el comienzo del estudio de la histología patológica de la lepra de Lucio y que venga a llenar, siquiera en parte, la deficiencia que Lucio señalaba en su opúsculo de 1851, cuando decía que su trabajo estaba "incompleto en algunas de sus partes, especialmente en la anatomía patológica".