

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Carlos Esguerra.—2º, Dr. Alberto Restrepo H.

SECCION EDITORIAL

LEPRA

Convencidos de la importancia que tiene entre nosotros el estudio de la lepra, por ser esta enfermedad endémica en diversas localidades del país y por la extensión que parece ha tomado en los últimos años y su aparición en lugares en donde antes no se conocía, no dejaremos pasar ocasión de difundir todas las nuevas nociones que la ciencia vaya adquiriendo respecto de esta enfermedad, tanto por los trabajos de los sabios europeos como por las observaciones y estudios de nuestros colegas del país. Con tal objeto comenzamos á reproducir en el presente número de la REVISTA un artículo muy interesante del doctor Zambaco Pacha, publicado en el número 37 de la *Semaine Médicale*, correspondiente al mes de Junio de 1893, y reproducimos también un extracto del discurso que el doctor Miguel Rueda pronunció en el Congreso Médico en la discusión sobre aislamiento de los leprosos. En ambos trabajos se encuentran hechos nuevos que si no podemos aceptar todavía como verdades demostradas, dejan ver que aún hay mucho que estudiar en el campo de la lepra para marcar de una manera rigurosa sus límites clínicos, y para poner fuera de discusión la herencia y el contagio de esta enfermedad, estudios todos de vital importancia si se tiene en cuenta que deben ser el fundamento científico sobre que repose toda medida que se tome con el objeto de libertar el país de este terrible azote.

Estamos muy lejos de participar de todas las ideas que el doctor Zambaco desarrolla en su citado artículo, pero no pode-

mos desconocer que el nombre del sabio que las patrocina, sin duda uno de los más autorizados en esta materia, hace que no se las pueda rechazar sin un estudio muy concienzudo de los hechos que han servido de base á sus conclusiones.

El doctor Zambaco no niega que la lepra sea una enfermedad microbiana, bacilar; la cree transmisible por herencia, pero sí pone en duda, y aun pudiéramos decir que niega que sea transmisible por contagio. Es este uno de los puntos en que no estamos de acuerdo con el autor del artículo, pues los estudios que á este respecto se han hecho entre nosotros, son todos favorables á la noción del contagio. El doctor Zambaco cree que la Siringomielia y la enfermedad de Morvan son variedades de lepra, y otro tanto asevera respecto de la esclerodermia, la esclerodactilia, la enfermedad de Raynaud, la gangrena de las extremidades, etc. Respecto de la enfermedad de Raynaud, Zambaco reconoce que no es una entidad morbosa en el sentido estricto de la palabra, sino simplemente un síndrome que puede tener también un origen distinto de la lepra.

Si estas ideas de Zambaco llegaran á demostrarse, la lepra dejaría de ser una enfermedad rara en la Europa central, pues todas estas formas que él pretende agregarle se ven con bastante frecuencia en los hospitales de las grandes capitales, y adquiriría mayor fuerza su teoría de la atenuación de la lepra, por el transcurso de los siglos y los progresos de la higiene general y especial de las poblaciones y de los individuos. Además, la contagiosidad de la lepra, á lo menos de estas formas atenuadas, se haría más dudosa, pues hasta ahora nadie había creído que la siringomielia, la enfermedad de Morvan y todas las otras entidades patológicas que él pretende incorporar á la lepra, fueran transmisibles por contagio.

Entre nosotros se ha discutido también mucho la naturaleza leprosa del Mal de San Antonio, y en el último Congreso este punto dio lugar á un debate bastante interesante. En nuestra opinión, los luminosos trabajos del doctor Castañeda y la tesis reciente del doctor Miguel Rueda, titulada *Estudios clínicos sobre algunos casos de Lepra nerviosa de los países tropicales*, ponen fuera de duda que el Mal de San Antonio pertenece á la Lepra nerviosa de Leloir, y es la misma lepra Antonina de México, descrita por Poncet. Con la sola incor-

poración de la enfermedad de San Antonio á la verdadera lepra, podemos asegurar que se dobla el número de elefanciácos que se ha calculado que hay en todo el país, y se convierten en focos de lepra localidades en donde apenas se sospechaba que tal enfermedad existiera; muchos de los mendigos que recorren nuestras calles mostrando sus miembros mutilados, para implorar la caridad del que pasa, son verdaderos leprosos que no sabemos hasta dónde estén contribuyendo á la propagación del mal cuya extinción es la gran preocupación del día, tanto de la prensa y de las autoridades como de las corporaciones científicas.

TRABAJOS ORIGINALES

AISLAMIENTO DE LOS LEPROSOS

POR EL DR. MIGUEL RUEDA A.

El hecho de ejercer la profesión de médico en Colombia, y el de ocupar un puesto en este Congreso, me autorizan y me imponen el deber de justificar mi voto en esta cuestión de vital interés para el país.

Debo principiar por declarar que soy partidario de la especificidad, y esto á pesar de no estar demostrada rigurosamente. Doy una grande importancia á esta idea, porque solamente ella puede guiarnos de un modo seguro en la investigación de las medidas de profilaxia de la lepra y servirnos de base para el establecimiento de un tratamiento racional para la enfermedad.

Se conocen los buenos efectos del tratamiento local del tubérculo leproso, persiguiendo el bacilo con el cuchillo, el termocauterio y los antisépticos, como se persigue el bacilo de Koch en el lupus. Todo el mundo conoce también los satisfactorios resultados que Crammer ha alcanzado curando las placas leprosas de una lepra sistematizada nerviosa, por el raspado de las nudosidades de los nervios mediano y cubital, en un caso cuyo diagnóstico se comprobó por la presencia del bacilo en los productos del raspado.

Alguno de mis honorables colegas me recordó en sesiones anteriores, que aún no se habían llenado las condiciones necesarias para establecer la especificidad de la lepra. Esta es la verdad. No se han llenado estas condiciones por dos razones. Es la primera, que no se conoce un procedimiento seguro para el cultivo del bacilo. Y es la segunda, que no hay animal reactivo para hacer esta inoculación.

En el año de 1888, en la discusión sobre contagio de la lepra en la Academia de Medicina de París, decía M. Cornil (Profesor de Anatomía Patológica de la Facultad de París): "Estos bacilos (los de la lepra), no han sido cultivados hasta hoy en ningún medio. Varios observadores creen haber tenido éxito en estos cultivos, Ufrenduzzi en particular; pero esto es dudoso. Roux (uno de los jefes de trabajo del laboratorio Pasteur), Nocard, Chantemesse (Profesor agregado de la Facultad de París), y yo, hemos intentado, sin éxito, los cultivos en una serie de medios, entre otros la gelosa glicerizada." Posteriormente sabéis que Byron, por ejemplo, cree haber cultivado el bacilo hasta la cuarta generación. Sin embargo, M. Cornil repetía el año pasado, en sus lecciones de Anatomía Patológica, algo semejante á lo que decía en 1888. Estos medios de cultivo no han adquirido, pues, derecho de domicilio en los grandes laboratorios europeos que llevan la palabra en los trabajos de bacteriología. Las inoculaciones hechas en Scandinavia, las hechas en Sicilia, las posteriores de Arning, se hicieron sin las precauciones de antisepsia que exige esta clase de investigaciones, y se hicieron con productos tuberculosos, no con cultivos del bacilo. De modo que ni los primeros con su resultado negativo lograron echar por tierra la especificidad de la lepra, ni el último con su resultado positivo logró demostrarla. Admito, á pesar de esto, la especificidad de la lepra hasta el punto de creer, con Besnier, que si el paludismo y el cólera pueden adquirirse en un terreno palúdico ó colerígeno, en donde no haya coléricos ni individuos con afección palúdica alguna, la lepra no puede adquirirse sino en donde haya leprosos. Sin embargo, no se ha dado la demostración bacteriológica, y por consiguiente, irrefutable del contagio de la lepra, por las mismas razones que no se ha demostrado su especificidad: *por la falta de animal reactivo y de cultivos puros del bacilo.* La moral

prohíbe hacer uso del único reactivo de la lepra que se conocè, porque este reactivo es el hombre.

Fue una observación clínica la que me hizo contagionista: la del doctor Hautrey Bensson. Todos la conocen. Un irlandés importó la lepra á su país y la comunicó á su hermano, el que no había salido de Irlanda, en donde no hay lepra. Ambos enfermos fueron sucesivamente presentados á la Academia de Medicina de Dublín. Son para mí menos demostrativas las observaciones del contagio tomadas en un país en donde la lepra es endémica como en el nuestro.

Sentado esto, veamos el aislamiento.

Las medidas de aislamiento forzoso de los leprosos en Colombia no pueden justificarse sino en dos casos: 1.º Cuando pueda demostrarse que ellas serán eficaces para corregir el mal; 2.º Cuando no haya otras medidas menos graves que pudieran oponerse á la propagación de la enfermedad.

Para que el aislamiento de los leprosos sea eficaz se necesita aislarlos á todos y nada más que á ellos. Sostengo que eso no es posible hoy en Colombia. Para hacer este aislamiento se necesita diagnosticar la lepra, y esto es no solamente difícil sino imposible en una multitud de casos. La lepra no es diagnosticable durante los prodromas y los primeros tiempos de su invasión. La invasión es la de una enfermedad infecciosa, y nada la distingue de otras de la misma clase. Las primeras manifestaciones de la lepra pueden estar separadas por períodos de calma que pueden durar años, y durante los cuales nada dice que se trate de una lepra. No podemos, pues, aislar á los leprosos sino cuando yá su mal esté perfectamente caracterizado. “El leproso—nos dice Besnier—no puede ser convencido de lepra y aislado sino cuando yá la enfermedad está fuera de duda.” Ahora bien: nadie conoce cuál es el período en el cual esta enfermedad empieza á hacerse contagiosa; acaso lo es desde sus primeras manifestaciones, y esto explicaría la sucesiva aparición de casos de lepra en una misma familia aun cuando se haya aislado al primer leproso de ella desde el momento en que se hicieron evidentes los primeros síntomas del mal. Hé aquí un número no despreciable de leprosos que no pueden aislarse.

Pero tomemos la lepra tuberculosa en sus primeras manifes-

taciones cutáneas. Todos saben cuál es la dificultad de su diagnóstico con todos los eritemas, desde el solar, medicamentoso y alimenticio, con muchas otras manifestaciones cutáneas, como el vitiligo y la esclerodermia. El eminente dermatólogo Zambaco no conoce ningún carácter que pueda distinguir el vitiligo y las morfeas de las manchas de la lepra. En su última comunicación á la Academia de Medicina nos asegura la existencia de casos de lepra sin turbaciones de la sensibilidad, apreciables por los medios ordinarios. Es bien sabido que hay casos en que Quinquaud demostró solamente variaciones acusadas por una diferencia de unos pocos gramos en su instrumento. Esas diferencias no las podemos comprobar nosotros. Pero admito que se haga el diagnóstico aun en estos casos.

Tomemos ahora la lepra típica en su período neoplásico. Diagnóstico con lupus, sífilis, sarcoma, micosis fungoidea, etc. Muchos de estos casos no pueden decidirse sino por el examen bacteriológico, y cuando éste tiene alguna dificultad, no puede hacerse en Colombia.

Dejemos esta forma de lepra y tomemos la leprasistemizada nerviosa.

Está aceptado que ella es una poli-neuritis específica causada por el bacilo de Hansen Neisser. Veamos en qué casos su diagnóstico es difícil. Para principiar, recordemos las palabras del profesor Zambaco en su última comunicación á la Academia de Medicina de París. " Hay enfermos que se considera que no tienen lepra porque no tienen botones ni manchas pigmentarias. He establecido que la lepra nerviosa puede no presentar á veces ni los unos ni las otras." Esto hace que tengamos que establecer su diagnóstico diferencial con todas las afecciones musculares y medulares que se le asemejan, y con las otras neuritis, desde las infecciosas y tóxicas hasta las causadas por lentitud en la nutrición y las que han llamado poli-neuritis agudas febriles. Concedo el diagnóstico en la mayor parte de las neuritis tóxicas, alcohólica, saturnina, etc.; pero, ¿qué haréis con todas aquellas consecutivas de reumatismo crónico, en que se presenta un enfermo mutilado, con antecedentes que bien pueden atribuirse á la lepra? ¿qué con aquellas formas infecciosas, como el beriberi, de forma paralítica de Balz y de forma atrófica de Schembe, sobre el cual nos dice este autor que si compara su cuadro clínico con

el de la poli-neuritis infecciosa, se puede convencer cualquiera de que se trata de una identidad casi absoluta? Hasta tal punto es así, que se pueden considerar las poli-neuritis agudas de etiología oscura é indeterminada como casos esporádicos de beriberi. Es la misma invasión aguda de la lepra. Recordemos que algunos de los estudios hechos en Europa del beriberi se han hecho en enfermos que iban de Panamá.

No trato de otras formas de beriberi, como las hidrópicas ligera y aguda perniciosas, que no se parecen á la lepra. Todos estos casos podrían diagnosticarse por examen bacteriológico, pero ya indicaremos más adelante que la necesidad de la biopsía lo hace poco práctico. Tenemos nueva cantidad de enfermos que agregar á la lista de los no aislables.

Debo recordar siempre que yo no sostengo la dificultad del diagnóstico en todos los casos, sino en muchos de ellos.

Admito que se haga diagnóstico con todas las lesiones musculares, aun con aquellas que necesitan el uso de la electricidad para que hable la reacción de degeneración.

Pasemos á las lesiones medulares.

En el recinto mismo del Congreso habéis oído á médicos eminentes sostener con Zambaco, Gaucher y su escuela, que la siringomielia se parece á la lepra sistematizada nerviosa, como una gota de agua á otra gota de agua, y habéis oído á otro profesor, que igualmente ha cultivado con predilección el estudio de la lepra, sostener con Charcot y su escuela de la Salpêtrière, que estas dos enfermedades son distintas. Toca también á la bacteriología hacer la debida distinción, si la hubiere. En estos casos la investigación es de tal manera difícil, que el punto no se ha resuelto.

Todos conocen la comunicación de Pittres, Rector de la Facultad de Burdeos, el discípulo predilecto de Charcot, á quien sólo la bacteriología pudo enseñar que el enfermo sobre el cual hacía lecciones de siringomielia era un leproso. Sabéis también que el diagnóstico no se puede hacer sino por una difícil biopsía, pues en casos como el anterior solamente se encuentra el bacilo en las ramas nerviosas de cierto calibre. De modo que, suponiendo que se conociera perfectamente la bacteriología, iríais á obligar á estos enfermos á dejarse diseccionar un fragmento de nervio del brazo para examinarlo y para decidir luego si

deben ser arrancados del seno de su familia y arrojados en una leprosería. A la pena del aislamiento perpetuo se agregaría la de la mutilación, para los infelices que no han cometido otro crimen que el de ser sospechosos de leproso.

No puedo continuar en el estudio de este diagnóstico diferencial, que me llevaría muy lejos, y que si creemos al eminente profesor de Constantinopla, doctor Zambaco, podría desmembrar muchas entidades de entre las trofoneurosis de Leloir. Acaso él haga revisar el estudio de las esclerodermias, males perforantes, ciertos estados ictiósicos y turbaciones de la pigmentación cutánea, así como las gangrenas simétricas de las extremidades, que bien pudieran colocarse entre las formas degeneradas de la lepra. Estas ideas se las oímos emitir examinando un paciente de enfermedad de Raynaud en el servicio del profesor Potain. Posteriormente las ha dejado entrever en sus comunicaciones á la Sociedad de Dermatología. “La piel puede considerarse esquemáticamente como una expansión terminal del aparato nervioso.” “Hay relación íntima demostrada por la Clínica, la Anatomía patológica y la Patología experimental, entre las alteraciones cutáneas y las afecciones del sistema nervioso.”

La lepra nerviosa es una poli-neuritis específica: no lo olvidemos. Verdad que hay una gran diferencia entre una lepra tuberculosa y una asfixia local de las extremidades, pero también la hay entre la tuberculosis de los ganglios mesentéricos y el lupus de la cara, y ambas enfermedades se deben al bacilo de Koch. Es que las manifestaciones patológicas son muy variadas. Por eso han encanecido tantos sabios en el estudio del diagnóstico, y en muchos casos apenas principia á precisarlo la ciencia de la bacteriología.

No se crea que la lepra anestésica es poco frecuente. La estadística de la comisión inglesa de la India indica 56,6 por 100 de anestésica y el 12 por 100 de tuberculosa. El resto es mixta. Entre nosotros se encuentran á cada paso enfermos de éstos cuando se los sabe reconocer. Según el cálculo hecho por el señor doctor Osorio, hay entre nosotros un 50 por 100 de lepra anestésica, poco más ó menos, á juzgar por su práctica particular. Creo que si él ha pecado en este cálculo ha sido por defecto. De modo, pues, que con un 5 á 6 por 100 de diagnósti-

co difícil, tendríamos yá un gran número de enfermos que podrían escapar al aislamiento.

El dilema es este: ó aisláis á todos estos enfermos y os exponéis á colocar entre los leprosos á individuos sanos, ó no los aisláis y os exponéis á los mil desagradados que ocasiona la terrible medida sin conseguir el objeto deseado.

2.º ¿Puede haber otras medidas menos fuertes que el aislamiento forzoso que puedan producir efectos análogos?

Para establecer medidas de profilaxis hay que conocer las circunstancias precisas en que puede hacerse el contagio. Estas circunstancias sostengo que no pueden establecerse en el estado actual de la ciencia.

Para conocer las condiciones del contagio en una enfermedad bacilar, hay que conocer las condiciones biológicas del bacilo, y estas condiciones no las conocemos. Aún están discutiéndose sus movimientos ó inmovilidad; aún no hay seguridad de si está vivo en el tubérculo, de si puede vivir fuera del hombre; cuáles son las condiciones de temperatura, alimentación, etc., que le corresponden. No podemos, pues, determinar las condiciones del contagio. Ni siquiera puede sostenerse que estas condiciones de contagio puedan determinarse por la calidad bacteriana del parásito, porque entre las enfermedades bacterianas hay diferencias grandes en las condiciones del contagio, desde el cólera que se introduce en el organismo por las vías digestivas, que no es contagioso por contacto inmediato del enfermo, ni aun por inoculación, hasta el pus del flegmón, que no pueden reproducirlo sino por inoculación.

Pensemos por un momento en los datos que nos puede dar la Clínica á este respecto: Las observaciones más demostrativas, como la de Hautrey Bensson, demuestran siempre un contacto íntimo entre el individuo sano y el enfermo: el lecho, los vestidos, los utensilios de alimentación eran comunes. Todo conduce á creer que para que haya contagio se necesitan condiciones de comunidad completa entre el enfermo y el individuo sano. Recordemos, en fin, que aunque la lepra debe colocarse entre las enfermedades contagiosas, nos dice la Comisión que estudia la lepra en la India: “El riesgo del contagio es tan pequeño, que puede prácticamente desecharse, y la atención del legislador ó reformador debe por consiguiente dirigirse á alejar los factores de predisposición.”

Reconozco, sin embargo, que en nuestro país no pueden propagarse los conocimientos higiénicos necesarios para establecer un aislamiento individual riguroso; sobre todo en la clase pobre la vida de todos los miembros de una familia, sanos ó enfermos, se hace en la comunidad más completa; pero las razones expuestas no me permiten opinar por el aislamiento sin restricción ninguna. Creo, con el señor doctor Uribe Angel, que de este aislamiento debe excusarse á aquellos individuos que tengan cómo y se sometan al aislamiento individual: es que con ellos es más difícil la reducción al lazareto. Acaso se necesite apelar con estos individuos á las medidas violentas, mientras que los infelices están siempre dispuestos á aceptar el socorro que les ofrece la caridad pública. Es cierto que se necesita ejercer una continua vigilancia sobre los no aislados en lazaretos.

Juzgo que el Gobierno debe nombrar una comisión de médicos instruídos y consagrados solamente á recorrer la República para llevar á cabo el aislamiento, establecer las condiciones en que deben colocarse los no aislados en lazaretos, y ha er un estudio formal de la lepra, que hasta hoy se ha hecho únicamente con los datos aislados suministrados por cada médico.

Mis conclusiones claras y netas son las siguientes:

1.^a No soy partidario del aislamiento forzoso de todos los leprosos.

2.^a Pueden fundarse lazaretos para las personas que no puedan demostrar que tienen cómo someterse al aislamiento individual.

3.^a Sean cuales fueren las medidas tomadas, es indispensable la creación de una comisión permanente para el estudio de la lepra en Colombia y para hacer efectivas las medidas profilácticas dictadas.

Estas son mis opiniones lealmente manifestadas. Pueden ser erróneas; pero cada uno de nosotros, cuál más, cuál menos, está obligado á allegar su contingente á la labor común.

REPRODUCCIONES

ESTADO ACTUAL

DE NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEPRO

I

La lepra es una de las enfermedades más contagiosas que han afligido al género humano. Ha invadido casi la totalidad del globo, y hoy mismo hay pocos lugares que estén libres de sus ataques.

Mucho antes de la aparición de la Biblia existía la lepra en Egipto, y esto desde la más remota antigüedad, por lo menos hasta donde pueden llegar los conocimientos humanos en la serie de los siglos.

Papyrus encontrados en las excavaciones demuestran que la lepra existía en las tierras de los Faraones antes del Éxodo. El texto del libro de Moisés prueba claramente que el *tzarahath*, palabra hebrea, que significa insensibilidad y que servía para designar la lepra, era muy conocida en Egipto, puesto que el Eterno dio á su profeta la orden de hacer el milagro de quitar la lepra blanca de su mano delante de Faraón, para convencerlo de que era enviado de Dios. Inscripciones fenicias y babilónicas demuestran la existencia prehistórica de la lepra en los tiempos más lejanos.

En la inscripción fenicia encontrada en Marsella y depositada en el Museo Borelli, se menciona la lepra. Esa inscripción es del siglo xv antes de Jesucristo. Oppert, miembro del instituto, encontró en una inscripción babilónica del siglo xv antes de Jesucristo, la palabra *isrubú*, que parece corresponder á lepra. Se trata de una imprecación grabada sobre un mojón (borne), en Caldea, que se dirigía al primero que la viera.

Debe considerarse el Egipto como la cuna del mal, el cual se propagó luégo por todas partes, primero por los fenicios, primeros navegantes que abrieron la vía del comercio entre los pueblos de la antigüedad, luégo por los hebreos que invadieron la Palestina y, por último, por los jonios, que sucedieron á los fenicios como colonizadores y traficantes y que se confundieron

con los semitas de Tyro y de Sidón. En efecto, las barcas fenicias siguieron el litoral del mar Rojo hasta Ofir, adonde iban á buscar piedras preciosas y aromas que usaban mucho los faraones; visitaron el golfo de Persia y el litoral del Asia y del Africa, hasta las Indias. Por la otra parte, todas las islas del Archipiélago y todo el litoral del Mediterráneo, pasaron de las columnas de Hércules, es decir, de Gibraltar, y llevaron sus excursiones hasta las islas británicas y la Escandinavia. El Helesponto y el Pont-Euxin eran también frecuentados por esos hábiles marinos, los primeros civilizadores que subieron todos los ríos para establecer colonias hasta en el interior de los continentes.

Según historiadores competentes, llegaron aun á la China y á América. Ahora bien: los fenicios tenían el *morbis Phœnicicus*, que era la lepra, y sus coasociados, los helenos, llevaron también la elefantiasis de los griegos. Los hebreos, atacados del *tzarahath*, propagaron también la lepra en el interior de las tierras que recorrían ó que limitaban su imperio, principalmente la Siria, la Asiria y hasta el pie del monte Ararat. Comunicaron también la lepra á los Aryas de Asia, descendientes de Japhet y que hablaban una lengua relacionada con el sanscrito. Los hindus, persas y armenios aún tienen hoy la lepra. Más tarde, después de la destrucción de su imperio por los romanos, los israelitas, esparciéndose por el mundo entero, llevaron consigo la lepra á todas partes y contagiaron principalmente á las naciones que los obligaron á abjurar y confundirse con ellas, como España y Portugal.

Vinieron, en fin, los sarracenos, que tenían el *dzudham* (la lepra). Recorrieron todo el Africa, invadieron la Iberia y la Gotia (siglo VIII después de Jesucristo), y llevaron contingente leproso á diversos pueblos yá contagiados, que los acusan injustamente de haberles comunicado los primeros el *mal árabe*.

En el tercer Concilio de Lyon en 583, los numerosos leprosos de Francia produjeron conmiseración por su estado miserable y por los brutales ataques de que habían sido objeto de parte de los pueblos. Se les colocó bajo la protección inmediata del clero, el que se encargó de proveer á su alimentación, y continuó así, hasta cierto punto, el papel de los levitas entre los hebreos.

A ese Concilio había precedido en sus simpatías por los leprosos, Constantino el Grande, quien poco después de la traslación de su trono á Bizancio, año 330 después de Jesucristo, estableció allí asilos para los extranjeros, los pobres y los enfermos. San Basilio construyó también, en 370, un hospital en Cesárea, fuera de la ciudad, llamado Basiliás, que fue un refugio para los leprosos mutilados, expulsados de todas partes y calificados de cadáveres vivientes.

Gaston de Bearn, á su vuelta de Jerusalén, conmovido con los sufrimientos de los desgraciados que había visto en Palestina atacados de *morbis Sancti Lazari*, estableció muchos asilos ó lazaretos, que colocó bajo la dirección de los hermanos de San Lázaro, su patrón, quien también había sido leproso.

Luégo se multiplicaron mucho las leproserías para dar asilo á las numerosas víctimas del mal. El número de asilos llegó en Europa al guarismo increíble de 20,000, de los cuales 2,000 pertenecían á Francia.

Inútil es insistir en los reglamentos que regían á los leprosos, considerados como muertos civilmente y colocados fuera de la ley, una vez que se les había declarado enfermos. Importa recordar que las leproserías ó ladrerías estaban llenas de toda clase de enfermos, junto con los leprosos, pues desde los faraones y los hebreos se consideraban leprosos todos los que tenían úlceras ó enfermedades cutáneas inveteradas.

Cuando Fracastor y Grombeck llamaron la atención sobre la que consideraron enfermedad nueva, el *morbo gallico*, que es tan antiguo como la creación, es decir, á mediados del siglo XVI, el número de leproserías disminuyó mucho. La lepra disminuyó, pues, y los descendientes de los leprosos, los *cagots* y los *cacous*, *hominis legis sive cacosi*, principiaron á hacer peticiones á los papas, reyes y parlamentos, protestando contra los reglamentos que los aislaban del resto de la sociedad. No fue sino hasta 1695, por decreto de Luis XIV, cuando se suprimieron las leproserías y se declaró la Francia exenta de lepra.

Desde que se suprimieron los asilos, se creyó que la lepra había desaparecido completamente de Francia. Los médicos posteriores á esta época no hacen la menor mención de la enfermedad en sus trabajos. Hay que llegar hasta el primer tercio de nuestro siglo para encontrar en los periódicos algunos hechos

expuestos detalladamente y cuyos síntomas ponen en conflicto á los observadores, porque no saben á qué grupo nosográfico incorporarlos, pues no se parecen á ningún tipo patológico conocido. Los autores se limitan á describirlos con cuidado, con los nombres de *enfermedad extraña, singular, sin nombre* (Mirault d'Angers, Thirial, Pierquin, Forget, etc.).

En 1883 el doctor Morvan, de Lannilis (Finistire), descubrió una enfermedad nueva, que consistía en la mutilación sucesiva de varios dedos, á consecuencia de panadizos analgésicos. Esa entidad mórbida, aceptada por las mejores autoridades médicas, recibió el nombre de enfermedad de Morvan.

Algún tiempo después, observadores distinguidos, notando ciertas deformaciones de las manos, que toman la forma de garras y que están acompañadas de anestesia, disociación de la sensibilidad y algunas turbaciones tróficas, crearon otra entidad mórbida, que llamaron *siringomielia*; algunas autopsias, aunque raras, mostraron la presencia de un canal en la medula raquídea. El doctor Dejerine encontró un exudado de nueva formación, que invadía la medula y dejaba luégo lagunas, y atribuyó la enfermedad á la neoplasia, conocida con el nombre de *glioma*.

Ultimamente otros observadores eminentes han encontrado hechos raros que no se pueden referir á ninguno de los tipos conocidos, y se han visto obligados á crear nuevos cuadros patológicos para estas enfermedades no conocidas hasta entonces.

Así nacieron la esclerodermia, la esclerodactilia, el *aïnhum* mo, las trofosis, la morfea, la asfixia local, con su gangrena simétrica. Todas estas creaciones tienen por causa primitiva la opinión unánimemente admitida de que la lepra no existe en Francia desde la supresión oficial de los asilos, es decir, desde 1695, y la imposibilidad en que se encuentra la Europa central de comprobar el polimorfismo de la lepra, como puede hacerse en los focos leprosos en actividad.

En Oriente, en donde he estudiado durante cerca de veinte años la lepra endémica en numerosas localidades, he encontrado con frecuencia las variedades múltiples que corresponden á las nuevas enfermedades creadas. Los signos objetivos fijados por acuarelas fieles, absolutamente serviles, ejecutadas á medida que la casualidad me favorecía con sus caprichos,—fuera de los

cinco tipos clásicos consignados en los libros didácticos—y las observaciones recogidas minuciosamente por mí mismo, prueban hasta la evidencia que todas esas entidades morbosas nuevas, ya mencionadas, son variedades de una sola y única enfermedad prehistórica, vieja como el mundo, la lepra, que yo designo con el nombre genérico de *leprosis*, á la manrea de la tuberculosis, otra enfermedad general que comprende también un gran número de afecciones, muy distintas entre sí, en la apariencia.

II

Después de mis largas investigaciones y numerosos viajes á Oriente, fui á Lannitis para examinar á los enfermos del mismo doctor Morvan. Busqué, al mismo tiempo, la lepra en diversas partes de Bretaña, con el concurso de varios cofrades de la marina, que viven en Brest y conocen la lepra, por haberla estudiado en las colonias. Esa investigación nos convenció de que existe la lepra en l'Armorique y de la identidad de la enfermedad de Morvan con la lepra mutilante.

No es esta la única forma de lepra que hemos encontrado en Bretaña. También encontramos las variedades ulcerosa, ictiósica y aun tuberculosa: todas indígenas é innegables. La reproducción de un leproso tuberculoso de Belle-Isle-en-Mer, que debo á los distinguidos cofrades doctores Calmette y Jarry, viene en apoyo de mis aserciones. Basta ver el dibujo para hacer el diagnóstico (1).

Dos dibujos insertados luégo, establecen la identidad del mal de Morvan con la lepra mutilante, tal como existe en Oriente y en todas partes donde se la observe. Siempre he observado que la lepra es una enfermedad cosmopolita, que toma constantemente los mismos caracteres é imprime el mismo carácter, la misma fisonomía en todos los países donde se la encuentra, de tal modo que hace perder á la fisonomía su tipo propio, cuando determina manifestaciones faciales avanzadas. Sin embargo, en los países donde la lepra ha perdido su actividad y su violencia—lo que se ve, sobre todo, cuando, gracias á las mejores condiciones generales de los pueblos, la miseria cede

(1) Sentimos no poder reproducir aquí las ilustraciones del texto original.—(N. de los R.).

su lugar á la comodidad, que permite vivir en buenas condiciones higiénicas,—se hace rara, atenuada y aun frustra. Esa atenuación de la lepra y la modificación que sobreviene á veces en sus diversas manifestaciones, contribuyen á hacerla inconocible y dejarla pasar inadvertida.

La lepra fue tan común en Bretaña, que se encuentran á cada paso numerosos recuerdos y denominaciones que se refieren á ella, tales como *La tierra de los Leprosos*, *Puente de los Ladros*, *Cementerio de los Podridos*, *Magdalena* (sinónimo de capilla de los leprosos del nombre de la hermana de Lázaro). Sorprende que no se hubiera pensado en la existencia de la lepra, principalmente al tratar del panadizo de Morvan.

III

En mi primera comunicación á la Academia, en Agosto último, demostré científicamente el hecho de la existencia de la lepra en Bretaña, así como la identidad con el mal de Morvan y la siringomielia actual.

Algún tiempo después, el profesor Pitres, de Burdeos, me dio su testimonio precioso, comunicando á la docta corporación la rectificación de su diagnóstico siringomielia por el de lepra, en un enfermo que había examinado y estudiado minuciosamente antes. Bueno es agregar que Pitres fue excepcionalmente favorecido por la suerte, puesto que encontró en ese enfermo el bacilo de Hansen por biopsía, cosa rara de obtener en formas de la lepra distintas de la tuberculosa.

Las investigaciones análogas se han hecho frecuentes después. Enfermos efectivamente leprosos, pero considerados como siringomiélicos, se han presentado en los servicios de los doctores Potain, Quinquaud, Chauffard, Straus, Raymond. En una de las sesiones de la Sociedad de Dermatología, el doctor Du Castel presentó una diepense atacada de lepra maculosa indígena. En fin, Besnier, tan competente en la materia, dice que ha rectificado el diagnóstico en cuatro enfermos, considerados como siringomiélicos y que son simplemente leprosos.

Creo que estos hechos se multiplicarán cada día más, de modo que pronto la enfermedad de Morvan habrá desaparecido y no quedará de siringomielia sino algunos enfermos mal determinados, que no tienen los signos objetivos de la lepra.

Los médicos que hasta hoy han querido diferenciar la siringomielia de la lepra, se han fundado erróneamente en manifestaciones cutáneas, como los botones y las máculas, creyendo en la constancia de esos síntomas en la lepra. Ahora bien: demuestra la experiencia que muchos leprosos de forma nerviosa y mutilante nunca han presentado nada en la piel. En muchos casos las trofosis y las turbaciones de la sensibilidad son las únicas que manifiestan la existencia de la enfermedad. ¿En qué se fundan, pues, para distinguir estas enfermedades de la leprosis y hacer un grupo distinto, con un nombre nuevo, cuando todos los síntomas que se atribuyen á la siringomielia se encuentran absolutamente idénticos en la lepra nerviosa ó de Danielssen: pérdida ó disminución de la sensibilidad, atrofia de los músculos de las regiones tenar é hipotenar, turbaciones tróficas variadas, garra, etc.? Los dos dibujos adjuntos, uno tomado de mi colección de leprosos de Constantinopla y otro de leprosos franceses considerados como siringomiélicos, demuestran el hecho objetivamente.

IV

Se ha querido sostener que la averiguación del bacilo era el único criterio en estos casos, y que todo enfermo en el cual no se encuentre en la biopsia la bacteria, no puede considerarse como leproso; aserción que no puede sostenerse. Para esto se necesitaría establecer primero que el bacilo de Hansen se encuentra en todos los leprosos. No sucede así. Hemos enviado á los doctores Bouchard, Straus, Nocard, Cornil, Vidal, dedos de verdaderos leprosos caídos espontáneamente ó desprendidos por los leprosos mismos, sin sufrimientos, con unas tijeras ó una azuela. Los han desprendido por supurarles constantemente y ser inútiles. El examen más minucioso no ha mostrado un bacilo á todas estas autoridades incontestables. M. Gombault ha buscado también en vano el bacilo en las manos del enfermo Marés, y dedujo la exclusión de la lepra por el solo hecho de esta ausencia. Ahora bien: Marés era evidentemente un leproso. En efecto, la lepra ha evolucionado después, y bien que, por error, este enfermo fue considerado como atacado de la enfermedad de Morvan durante cerca de diez años en los diversos servicios de hospital en donde estuvo, todos los médicos del hospital

San Luis reunidos en consulta plena: doctores Vidal, Besnier, Fournier, Quinquaud, Du Castel, Tenneson, lo han declarado leproso muy avanzado é incontestable.

Siempre he repetido que la averiguación del bacilo no es indispensable para establecer el diagnóstico de lepra, como no lo es para la sífilis. El proceso clínico de estas afecciones es suficiente. Es cierto que mientras mayores sean las precauciones que se tomen en medicina, más numerosos serán los signos que ayudan á hacer el diagnóstico y se tendrán más datos para evitar errores. Se impone, pues, la investigación del bacilo, pero si no se encuentra, no se puede negar por este solo hecho la existencia de la lepra.

(De la *Semaine Médicale*).

(Continuaré).

REVISTA EXTRANJERA

ACADEMIA DE CIENCIAS (FRANCOESA)

SESIÓN DE 20 DE OCTUBRE DE 1893

Comunicación de M. Potain sobre los movimientos de la superficie del corazón.

El estudio de los movimientos de la superficie del corazón no tenía interés desde que los métodos de Chauveau y Marey permitieron explorar las funciones de este órgano en su cavidad misma. He tenido, sin embargo, que volver á ocuparme en este estudio para obtener la interpretación de los ruidos cardio-pulmonares que la clínica me había hecho conocer, ruidos que resultan de los movimientos comunicados al pulmón por el corazón y de los fenómenos inspiratorios localizados que estos movimientos producen.

Los movimientos de la superficie del corazón han sido explorados directamente sobre un animal con el pecho abierto, y por medio de una combinación instrumental particular que he ideado, y con la cual he podido recoger simultáneamente, en cada uno de los puntos de la superficie del corazón, el desalojamiento en todas las direcciones del espacio.

Los elementos que he obtenido así, han servido para deter-

minar, por medio de una construcción especial, la trayectoria exacta del movimiento para cada uno de los puntos explorados. Estas trayectorias, divididas en décimos de revolución, y llevadas sobre un corte de la superficie del corazón, siguiendo un plano perpendicular al eje de este órgano, muestran no solamente la amplitud y la dirección de los movimientos, sino también su velocidad en cada uno de los momentos de la carrera, por la separación variable de las puntas que marcan los décimos.

El movimiento longitudinal que se produce en el plano paralelo á la superficie no se ha tenido en cuenta por estas dos razones: que tiene relativamente muy poca amplitud, y que, siendo paralelo á la superficie, no produce sino una especie de desliz sin influencia posible sobre los ruidos anormales cuya interpretación ha sido el objeto principal de estas investigaciones.

Estas trayectorias han sido determinadas en tres puntos diferentes de la superficie accesible de los ventrículos: á nivel de la parte más elevada del infundibulum del ventrículo derecho, en la parte media de la cara anterior del ventrículo izquierdo y en la punta.

El movimiento general que indican es, durante la sístole, una retracción rápida de la superficie y una traslación no menos rápida hacia la derecha, es decir, el movimiento de torsión tantas veces señalado. La punta parece sustraerse á este movimiento, porque la retracción se produce solamente al fin de la sístole, y porque no experimenta proyección, como se ha dicho, sino que conserva su nivel, mientras que el resto de la pared se deprime. Al principio de la diástole toda la pared se deprime rápidamente á causa de su flaxidez súbita, pero después se levanta, lentamente al principio, por el aflujo progresivo de sangre en las cavidades, y rápidamente después cuando viene la sístole de las aurículas.

Si se compara el carácter de estas trayectorias con el de los soplos anorgánicos que se oyen en el hombre y también en los animales, se encuentra: primero, que su amplitud es predominante precisamente en el sitio en que estos ruidos se oyen más á menudo y con mayor intensidad, es decir, por delante del infundibulum de la cara anterior del ventrículo izquierdo; segundo, que su dirección es en estos puntos particularmente

apta para producir sobre el pulmón una aspiración enérgica durante la sístole, porque es exactamente normal al plano de su superficie profunda, mientras que en los puntos en donde no se producen habitualmente ruidos de este género, la trayectoria le es casi paralela y no determina sino una especie de desliz; tercero, que el ritmo del ruido tiene relación con las variaciones de la velocidad del movimiento, pues en los puntos en donde el soplo es sensiblemente continuo, el movimiento sistólico es de velocidad igual. Por delante del ventrículo izquierdo, el soplo es casi siempre mesosistólico, es decir, no ocupa sino la parte media de la sístole, y allí solamente la parte media del movimiento es rápida, y capaz de producir el ruido anormal; la primera y la última parte son lentas y áfonas. En fin, en la punta en donde se oyen sobre todo dos especies de soplos, los unos hacia dentro y los otros hacia afuera, los primeros, que generalmente se perciben hacia el fin de la sístole, tienen relación con la retracción rápida que se efectúa en ese momento á este nivel; los otros, exactamente sistólicos, resultan de un movimiento de traslación rápida hacia la derecha, movimiento que hace el vacío á la izquierda y que es exactamente sincrónico con la sístole.

El acuerdo preciso y riguroso hasta en sus menores detalles que establecen estas investigaciones entre los movimientos exteriores del corazón y los ruidos anorgánicos que los acompañan, no dejan duda ninguna sobre el mecanismo de estos últimos. La aplicación á la clínica del maravilloso método de Marey, da, pues, la solución de un problema sin duda muy oscuro y difícil, puesto que había dado lugar á las interpretaciones más discordantes después de haber desesperado al ilustre inventor de la auscultación.

(*Semaine Médicale*).

CORRESPONDENCIA MEDICA

Cocuy, Noviembre 4.

;(DOCTOR R. ACONCHA)

Esta población y las inmediatas gozan de magnífico clima. Esporádicamente reinan algunas de las enfermedades más comúnmente conocidas, tales como el reumatismo, la neumono-

nía, la pleuresía, la hepatitis, varias formas de alcoholismo, etc. Endémicamente reinan el coto y la elefancia en las hoyas del Chicamocha y el río Guacamayas. Epidemias sólo he notado una ligera de gripa y otra de sarampión.

Funza, Noviembre 4.

(DOCTOR RAMON CUELLAR)

Funza es una población compuesta de unos cuatro á cinco mil habitantes que tienen las mismas costumbres de vida de todos los residentes en la altiplanicie; su suelo es lacustre y la capa vegetal ó superficial es permeable y reposa directamente sobre otra impermeable de arcilla figulina. La industria principal de sus habitantes es la agricultura de las papas, el trigo y el maíz, y además tienen criaderos de toda clase de ganados; su clima marca invariablemente en la sombra 15° centígrados; tiene aires puros, y los vientos reinantes en verano soplan con violencia de Oriente y del Norte, en invierno dominan los del Oeste y los del Sur, á veces borrascosos; es en casi toda la comarca escasa el agua potable corriente, y no tiene lugares balnearios, sino los de las aguas estancadas en posos ó *vallados*, más ó menos descompuestas por la putrefacción de vegetales, animales y excrementos diluïdos en las aguas pluviales que recogen de las dehesas. En lo general emplean esta misma agua para todos los usos domésticos. El río Funza, que recorre el límite del Distrito por el costado Sur, en sus fuertes avenidas desborda é inunda grandes porciones de terreno, formando después pantanos que al secarse exhalan gases carburados, sulfuros hidrogenados y microbios que envenenan la atmósfera, produciendo el paludismo y fiebres tifoideas.

En el pasado mes de Octubre las lluvias han sido frecuentes y especialmente torrenciales; el estado higrométrico atmosférico se ha conservado á su estado máximo, y la temperatura exterior (fuera de las habitaciones) ha llegado hasta 12° centígrados durante la noche; la humedad del suelo ha sido constante y los caminos han estado convertidos en fangales de putrefacción; las enfermedades reinantes han sido: la gripa ó *influenza*, la disentería, el reumatismo, las neuralgias y la pulmonía en los adultos, y en los niños diarreas albinas y cata-

ros bronquiales, degenerando algunos en bronquitis capilar ó bronconeumonía, y en general, las afecciones espasmódicas; el número de muertos ascendió en el Distrito, durante el mes, á cinco, entre éstos tres varones y dos mujeres; nacimientos hubo veintidós, de los cuales siete varones y quince mujeres; entre todos, diez y siete legítimos y cinco naturales. Los datos sobre nacimientos y defunciones me han sido suministrados por el señor Cura párroco de este lugar; en adelante anotaremos la enfermedad de que fenezcan.

La enfermedad llamada gripa y el paludismo de esta comarca presentan algunos casos raros, dignos de tratarse por separado, que en su mayor parte contradicen lo asevera lo por algunos colegas en sus observaciones sobre el paludismo, tratadas en el último Congreso Médico Nacional.

Miraflores, Diciembre 1.º: 1893.

(DOCTOR T. CASTRILLÓN T.)

Gustoso rindo á ustedes el informe que solicitan, el cual, por ser el primero, será un tanto largo contra mi deseo, pues si bien es cierto que en algunos puntos me refiero al mes que acaba de expirar, otros, por su naturaleza, abrazan todo el tiempo de mi práctica médica en este lugar.

El municipio de Miraflores está situado en la vertiente oriental de uno de los numerosos estribos de la gran cadena de los Andes orientales de Colombia.

Su suelo es húmedo y pantanoso en muchos puntos. Removido constantemente por los trabajos agrícolas y bajo una alta temperatura, reinan endémicas las fiebres palúdicas en casi todo el territorio del municipio.

Las aguas son en general de mala calidad, bien que hay buenas fuentes potables. Algunas tienen fama de curar las afecciones de la piel, pero hasta ahora no se ha hecho análisis de ninguna clase.

Varios ríos bañan el suelo del municipio. El principal, llamado Lengupá, atraviesa el territorio de Norte á Sur; corre en un lecho profundo y arrastra gran caudal de aguas. Recibe por su banda derecha el Rusa y el Suna y las *quebradas* El Ramo, La Laja, Mocasía y Susía; por la izquierda, La Robada y el ²Fu-

che, en territorio del municipio de Zetaquirá, y en éste la Aguablanca, la Tobasia y la Batatalera.

Su clima en general es debilitante y malsano. Su temperatura media es de 20 á 21 grados C.; pero hay grandes oxilaciones diurnas y nocturnas, así en tiempo seco como lluvioso. Es de observar que el municipio, por su topografía, tiene climas desde los más fríos hasta los más ardientes.

El verano y el invierno tienen aquí, como en toda la zona tórrida, la duración de tres meses. Sin embargo, el invierno de Septiembre á Noviembre es casi siempre insignificante, y el verano de Junio á Agosto casi nulo por las lluvias frecuentes. La explicación es fácil. Los alisios del sudeste soplan en estos meses impregnados con la humedad de que se cargaron al atravesar el Atlántico, y no pudiendo verterla en la calurosa región de Los Llanos, vienen á depositarla en la cordillera. Es común decir aquí que el verano comienza en Octubre, y los labradores se apresuran á sembrar antes de este mes. Los cambios de tiempo son bruscos muchas veces, y en todo caso malsanos.

Las tempestades y huracanes son poco frecuentes. Desgraciadamente la carencia de observaciones y de instrumentos nos priva de conocer la humedad del aire, la cantidad de lluvia y otros datos importantes. Respecto del estado higrométrico, puede decirse que este clima es uno de los más húmedos, por lo que se observa en los cuerpos higroscópicos y delicuescentes. Esta humedad es muy variable con el tiempo seco ó lluvioso. Durante la noche cae un rocío abundante y malsano. Pocas veces cae granizo.

Miraflores cuenta con una población de cerca de 20,000 habitantes, en su mayor parte de la raza india. Hay pocos de la raza blanca perfecta y bastantes mestizos. En cuanto al movimiento de población, los libros parroquiales arrojan las partidas siguientes:

NOVIEMBRE

Nacimientos...	85	Niños....	59	Niñas....	26
Defunciones....	48	Varones..	29	Mujeres...	19

Es de advertir que no todos los bautizados pertenecen al municipio. Muchos niños son traídos de Chámeza, Páez, Campohermoso y Teguas, por faltar sacerdote en dichos lugares. Las defunciones no comprenden á todos los que fallecen en el

municipio; casi todos los que mueren en el otro lado del río son enterrados en cementerios particulares, á causa de la gran distancia que los separa de la población.

Contrayéndonos ahora á la parte médica, principiaremos diciendo que toda la patología de esta región está dominada por el elemento palustre, y la cirugía no lo está menos, pues con frecuencia las intermitentes complican la marcha de las operaciones y la cicatrización de las heridas.

La caquexia palúdica tiene sentados sus reales en todo el territorio, y la anemia aguda, maligna perniciosa se observa frecuentemente. Las hoyas de los ríos y de los arroyos tienen una fisonomía particular á cada región, médicamente hablando.

El río de Rusa baña una región cenagosa: allí domina la anemia palúdica.

En la hoya del Suna dominan las hepatitis y las neuralgias. Las aguas de este río son limpias y gozan de gran fama vulgar para el tratamiento de las úlceras.

La quebrada Susía baña una región sumamente malsana. He observado que las fiebres intermitentes en competencia con las tifoideas, bien que éstas sean menos frecuentes, son comunes hacia las cabeceras de esta corriente de agua que está en un clima casi tan frío como el de la altiplanicie de Bogotá. A medida que se descende disminuye el número de enfermos de malaria.

Las aguas de La Robada y del Fuche gozan reputación de medicinales. En sus inmediaciones surgen varias fuentes termales, cuya importancia médica es de todos conocida.

La Batatalera baña la región más malsana. Las formas perniciosas hacen allí numerosas víctimas. He observado diversas formas cerebrales. Con frecuencia traen de allí cadáveres de individuos que han muerto en pocas horas, y de los cuales relatan historias de verdaderos accidentes perniciosos.

En todo el territorio se observan las continuas gástricas y biliosas, pero no graves. La tifoidea palustre es rara.

Las formas larvadas son curiosas por la variedad de sus disfraces. Un enfermo, por ejemplo, viene á consultar para un dolor violento que le da siempre, al amanecer, en uno ú otro lado de la frente, que parece se le va á saltar el ojo, con grandes latidos en la sien y con lagrimeo abundante.

Otro se presenta con la urticaria periódica cotidiana, terciaria, cuartana, etc.

Un tercero pide remedio para un catarro pituitoso que todas las mañanas lo molesta, con fatiga para respirar y opresión en la garganta.

En un mismo día vinieron á consultar cuatro personas de una misma vereda (El Morro, en la hoya de la Susía), diciendo que todas las mañanas perdían el sentido por gran rato, que de pronto se quedaban ciegos y no sabían en dónde estaban. En esos días pasó la endemia telúrica al estado de endemo-epidemia.

Una mujer fue traída del campo (cuadrilla del Batatal) por habersele paralizado las dos piernas y un brazo; tenía contracturados los triceps surales y el biceps braquial derecho. A pesar de esta contractura, los miembros correspondientes estaban en extensión y se flejaban difícilmente. En menos de ocho días la enferma curó por la quinina.

Los calambres de las pantorrillas son muy frecuentes en los que habitan las orillas de los ríos, y no ceden á las fricciones y emplastos que se aplican allí. En ellos la quinina hace milagros.

Son muy frecuentes las parálisis parciales de un brazo ó una pierna, como también las monoplegias de origen palúdico.

Un individuo se queja de una sordera que aparece en ciertas horas. Otro de un zumbido de oídos durante la noche ó durante el día. Este de un dolor intermitente de un diente. Aquel pide remedio para el ardor de los ojos, sin que exista alteración alguna del aparato de la visión, y la naturaleza palúdica de todos estos accidentes se confirma con el buen éxito del tratamiento por la quinina.

Estos no son hechos aislados. Dan sólo una vaga idea de las modalidades de los efectos del *bassillus malarie*: son sumamente frecuentes ciertamente las neuralgias unilaterales, los adormecimientos parciales, la anestesia dolorosa local, las palpitaciones temporales, la anosmia y otros fenómenos subjetivos de la sensibilidad que no pertenecen á otro grupo nosológico.

Entre todas estas manifestaciones bastardas del microbio de Laveran hay dos estados que merecen particular atención, y que si no en todos, en la mayor parte he verificado su procedencia telúrica: son el desvañecimiento de la cabeza y el dolor de espaldas. De tiempo en tiempo, y coincidiendo las más de las

veces con la recrudescencia del paludismo, sucede que muchos individuos no pueden levantarse hasta muy tarde, porque dicen no poder con el peso de la cabeza; y si se les sienta, ésta se abate sobre los hombros. Este estado se acompaña también de debilidad de los miembros, que desaparece del todo ó en parte á medida que avanza el día.

El dolor de espaldas aparece y desaparece de una manera insólita, y dura un tiempo variable. Es una sensación de ardor muy desagradable, que tiene su asiento en el espacio interescapular, parece que se llevase un gran peso que lastima la región. No cede, como el dolor de cintura de los nosohepáticos, á la medicación emeto-catártica; los baños, las fricciones y los emplastos porosos obran muy poco sobre este síntoma. No sucede lo mismo con la quinina.

Si no temiera extenderme, referiría historias verdaderamente demostrativas de lo que dejo expuesto. Pero no quiero ser demasiado exclusivista: muchos de estos fenómenos pertenecen á un estado neurasténico muy marcado que reclama la medicación antiespasmódica. Muchos individuos que llegan por primera vez á este lugar sufren accidentes nerviosos aislados ó que alternan con accidentes de paludismo. ¿No sería la causa una misma? (?) Empiezan por sentir una inquietud acompañada de susto ó de mal humor, deseos de salir corriendo, creen que van á morir y consultan su enfermedad entre sollozos. Otros creen volverse locos, llegando á realizarse esto último en algunos de temperamento nervioso. Este estado es transitorio. Otros sienten un peso enorme en la nuca y entran en un temblor general ó sobresaltos tendinosos parciales con musitación muy marcada. Estos fenómenos se observan sobre todo en las recrudescencias palúdicas; en este tiempo, en efecto, domina una verdadera constitución médica nerviosa que se hace sentir en toda la patología. Los histéricos (que son muchos) entran en convulsiones, y las consultas abundan en este sentido.

En otra ocasión me detendré sobre este punto, como también sobre la anemia, las úlceras, las dermatopatías endémicas y sobre las cardiopatías de origen palúdico, que no son raras aquí.

La *gripa* atacó en los meses de Junio y Julio con gran violencia. Fue reemplazada en Agosto, Septiembre y Octubre por la tos ferina, que aún hace víctimas en los niños. En los últimos quince días ha reaparecido la *gripa* con violencia.

Duitama, Diciembre 2: 1893.

(DOCTOR SEGUNDO SOLER)

En esta localidad reina actualmente la *influenza*, enfermedad un tanto grave para los débiles, como para los ancianos y los niños: es combatida con medicamentos febrífugos, con especialidad la quinina.

Las enfermedades más comuness son las neurosis y neuralgias, y esto á pesar de la estabilidad, salubridad y suavidad de la temperatura. Para su tratamiento se emplean los medicamentos antiespasmódicos y narcóticos, auxiliados con el ejercicio, buen régimen y distracciones. Las neuralgias son combatidas con esencia de trementina, interior y exteriormente, y con la acupuntura ó con la cicción del nervio, según el caso, cuando son rebeldes.

Han nacido en este mes 29 niños y muerto 18 personas.

La Mesa, 4 de Diciembre: 1893.

(DOCTOR PRÓSPERO CERVANTES)

Cumplo la oferta que hice á ustedes de darles un ligero informe sobre mis observaciones con relación al estado sanitario de esta población en el mes de Noviembre último.

La estación de riguroso invierno en dicho mes y el clima templado y húmedo, propio de esta localidad, son elementos que siempre dan origen á las fiebres intermitentes simples, en las cuales es muy marcado el estado de frío, lo que las hace distinguir generalmente con el nombre de fríos y calenturas; siendo de notarse, como es natural, el mayor número de casos en los habitantes de los valles del Apulo y del Bogotá.

La epidemia denominada *dengue* ó *gripa*, se ha mantenido firme de algún tiempo atrás, acentuándose más en el pasado mes. Su forma, esencialmente catarral en la mayor parte de los casos, no ha sido bien caracterizada. Fiebres y neuralgias intermitentes han sido calificadas como tal. En muchos individuos trastornos de la cabeza, palpitaciones y dolencias neurálgicas, ya continuas ó por accesos intermitentes, han constituido una forma especial sin conexión con los caracteres de la gripa, y para mayor distinción apirética, y sin erupción ninguna. Sin

embargo, no han faltado algunos casos en que se ha notado descamación de las manos, más ó menos limitada. En vista de lo cual es de preguntarse: ¿Se trata, con relación á esta forma, de una entidad patológica diferente? ¿Constituye ella otra epidemia coexistente, de naturaleza nerviosa, que afecta el gran simpático, puesto que el estómago, con sus fatigas y náuseas, el corazón con el aumento de sus latidos, y el cerebro trastornado, son los órganos de sus manifestaciones, especialmente el último? Pues es un síntoma predominante el vértigo, que se sostiene por tres, cuatro ó más septenarios, sin origen evidente de perturbaciones biliosas. Así me inclino á juzgarlo.

El tratamiento empleado ha sido por las bebidas estimulantes y el sulfato ó bromhidrato de quinina.

Afecciones reumáticas, catarros laríngeos, bronquiales, gástricos, intestinales y de la vejiga, han sido otras de las enfermedades dominantes, consiguientes á la estación.

Suaita, Diciembre 9: 1893.

(DOCTOR EVARISTO MARTÍNEZ)

La constitución médica de esta localidad, de Suaita, no es por cierto de las más halagüeñas ni favorecidas. Aquí vemos con alguna frecuencia dotinenterias, tifos, fiebres intermitentes, catarros pulmonares y nasales simples, bronquitis (que en los niños se hacen con frecuencia mortales), pulmonías, hepatitis, gran variedad de úlceras en las piernas. Pero de todas la más alarmante y aterradora es una ulceración de la nariz que llaman por aquí *bubón*, pero que, según sus manifestaciones y desarrollo, se cree que es una entidad patológica nueva (¿ó tal vez una elefantiasis localizada?) y que merece estudiarse con suma atención y cuidado para saber á qué grupo nosológico se puede agregar ó darle una clasificación nueva. Es difícil hacer un estudio serio de esta última enfermedad porque ataca por lo general á las personas más desheredadas de la fortuna, que no pueden hacer erogaciones de ninguna clase, someterse á un régimen curativo y alimenticio convenientes. Es el terror de todas las gentes, porque se cree que es transmisible, ya por contacto directo, ya por el intermedio de

los insectos, monedas, víveres, etc. Se le tiene más miedo que á la elefancia, y no sin razón, porque desfigura monstruosamente la fisonomía. El número de casos es yá bastante alarmante, pues se cree no bajan de 50 los enfermos que se ven frecuentemente en las calles. El Gobierno debiera tomar yá una medida seria para ver de secuestrar de la sociedad á estos desgraciados.

La policía sanitaria no puede ser peor ni más descuidada, pues dentro del poblado y á sus alrededores se encuentran muladares inmundos que son focos inequívocos de infección. Por otra parte las costumbres del pueblo en general son muy descuidadas: se hace uso de alimentos sospechosos, carnes dañadas, carnes de procedencia no conocida que nos vienen de pueblos no muy inmediatos, y que se cree es del ganado que muere de *vejigón*, *reventón*, etc., en las planicies de Sogamoso, Paipa y Tunja. Por lo general la gente del pueblo gusta de la caza, y parece que se comen á muy poca cocción todo lo que cae ante la boquilla de su arma. Con frecuencia le ofrecen á uno *coadrejas* muertas de varios días y corrompidas (roedor un poco más grande que las ratas comunes), porque diz que la carne de estos animales cura ciertas enfermedades. El abuso del ají es escandaloso; lo comen desde el desayuno hasta para acostarse. Las bebidas de que hacen uso generalmente, son de la peor clase que pueden prepararse. La mugre en los vestidos es notoria. Las casas ó rancherías de habitación son malísimas, ya por defecto en su construcción, ya por la localidad que ocupan, siendo la mayor parte muy húmedas y peor ventiladas. Por otra parte la falta de abrigo por la excesiva miseria los pone en las peores condiciones higiénicas y expuestos á todos los ataques morbosos.

Esta población tiene una temperatura que oscila de 18 á 22° centígrados; no hay, pues, cambios bruscos de temperatura. Está expuesta al Occidente en un plano inclinado regularmente. Un poco escasa de aguas potables á pesar de llover diez meses al año sostenidamente. El pueblo se surte de aguas de aljibes y de fuentes naturales. Las aguas para baño están retiradas; hay una pequeña corriente que se sostiene casi todo el año, debido á las lluvias, y es demasiado concurrida por personas sanas y enfermas.

El subsuelo de la población es muy húmedo, y debido á esto las casas son todas húmedas y hay necesidad de entablarlas ó fabricar suelos porosos y absorbentes, como de arena y carbón pilado, para precaverse un poco de la humedad. Las casas, por la calidad de ese subsuelo, siempre tienen grietas en los muros y se hunden y desploman fácilmente. La atmósfera es muy húmeda, y probablemente debido á la humedad general, muchas pirexias, las enfermedades de las vías respiratorias y las úlceras se resisten á los tratamientos más apropiados y racionales.

MEDICINA PRACTICA

TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS PARENQUIMATOSA AGUDA

Hé aquí cómo el doctor Aufrecht, médico principal del servicio de medicina del hospital de Magdebourg, trata los casos de nefritis parenquimatosa aguda.

Desde que se observa en la orina la presencia de albúmina y de cilindros renales, el enfermo se reduce al lecho, en el cual debe permanecer hasta la desaparición completa de la albuminuria. Se instituye inmediatamente un régimen alimenticio en el cual las sustancias azoadas se reducen al mínimo. El enfermo se alimenta con pan, bizcochos, café con azúcar, al cual no se agrega sino muy poca leche; sopas de cebada perlada, de avena, de sémola ó de otras sustancias harinosas; torta de papas con mantequilla, compotas de ciruelas, etc. Como bebida se da agua ordinaria ó gaseosa, pura ó mezclada con jarabe de frambuesas ó vino rojo.

Este tratamiento dietético será suficiente mientras no haya disminución considerable de la cantidad de orinas en veinticuatro horas. Cuando se presenta la anuria, M. Aufrecht la combate, nó con los diuréticos generalmente empleados en estos casos y que según él serían ineficaces y aun perjudiciales, sino con el uso de una agua mineral, alcalina, en cantidad variable, según la edad del enfermo. Este tratamiento produce un aumento rápido y considerable de la diuresis. Como según el doctor Aufrecht, la anuria de la nefritis parenquimatosa aguda depende de la obstrucción de los canalículos renales por cilindros urinarios, se comprende por qué los diuréticos ordinarios

se muestran menos eficaces que la ingestión de agua alcalina, la cual, favoreciendo la eliminación de estos cilindros, restablece la permeabilidad del filtro renal.

(Sem. Méd.).

~~~~~

**OBITUARIO**

La REVISTA MÉDICA registra hoy en sus columnas con verdadero sentimiento y como una desgracia para las Ciencias Médicas nacionales, la muerte del ilustrado médico doctor VICENTE A. GARCÍA, ocurrida recientemente en Cartagena. Ha muerto el doctor GARCÍA ocupando los altos puestos de Presidente activo de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar, primer Redactor de la *Gaceta Médica*, órgano de publicación de los trabajos de dicha Sociedad, y Profesor de Medicina Legal de la Universidad de Bolívar. A la alta Corporación científica que tan dignamente presidía y á la Universidad de Bolívar, en cuyo cuerpo de Profesores deja un vacío difícil de llenar, la Redacción de la REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ envía su saludo de pésame.

~~~~~

FORMULARIO

Inyecciones de suero artificial contra la neurastenia (Chéron) :

Sulfato de soda químicamente pura.....	10	gramos.
Fosfato de soda pura	5	—
Cloruro de sodio puro.....	2	—
Acido fénico nebuloso.....	1	—
Agua destilada y hervida.....	100	—

Mez. Para inyecciones hipodérmicas.

Inyectar 5 ó 10 gramos de este suero artificial todos los días, ó cada tercer día.

~~~~~

**OMISION**

Involuntariamente se omitió la firma en el artículo titulado *Laparotomía*, publicado en el número anterior de la REVISTA. Avisamos á nuestros lectores que el autor de dicho artículo es el ilustrado médico doctor Abel García.— LA REDACCIÓN.

## BIBLIOGRAFIA

---

Cuando se nos remita uno ó dos ejemplares de una obra, la anunciaremos en esta sección, y publicaremos, si hay lugar, un análisis de ella.

Les ouvrages dont il sera adressé un ou deux exemplaires, seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

---

Hemos recibido las siguientes obras:

*Médicos venezolanos*, por el doctor J. Manuel de los Ríos.—  
*La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris*, por Paul Lefert.—Una entrega que contiene el primero y segundo números de la *Gaceta Médica*, órgano de publicación de los trabajos de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar, y nos complacemos en saludar á nombre de la REVISTA MÉDICA al nuevo periódico. Con gusto correspondemos el canje.—*Lactancia*. Tesis de Bogotá para el Doctorado en Medicina y Cirugía, por Claudio Rengifo M.

---

*Los artículos no firmados pertenecen á*

LA REDACCIÓN.

---

