

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

SECCION EDITORIAL

NUEVAS SOCIEDADES DE MEDICINA

Si hubiéramos de hacer una revista general de los acontecimientos más importantes que tuvieron lugar en el año de 93, en el campo de las ciencias, de la literatura, de las artes y de la industria nacional, tendríamos que reconocer que las ciencias médicas fueron sin duda las más favorecidas, pues en el curso del año, además de la reunión del Congreso Médico Nacional, de que ha tratado ya toda la prensa del país, como de uno de los acontecimientos más notables del año, se organizaron dos nuevas Sociedades de medicina en los departamentos de Bolívar y Santander; Sociedades que funcionan ya de una manera regular, y sobre cuya organización queremos dar algunos informes á los lectores de la REVISTA MÉDICA.

La primera de dichas Sociedades, llamada Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar, fue creada por decreto oficial del Departamento de fecha 26 de Septiembre de 1888, y marcado con el número 247, y por decreto oficial también se nombraron los miembros fundadores de dicha Sociedad. Esta Sociedad, por causas que ignoramos, suspendió sus sesiones hasta el 28 de Mayo del año pasado, en que volvió á organizar sus trabajos eligiendo los siguientes dignatarios: Presidente honorario, doctor Rafael Calvo; Presidente activo, doctor A. García; Vicepresidente, doctor Juan S. Gastelbondo; Designado, doctor Juan A. Fortich; Tesorero, doctor Nicolás M. Paz; Secretario, doctor Manuel B. Pareja, y Subsecretario, doctor Camilo S. Delgado.

Esta Sociedad ha fundado un periódico mensual titulado *Gaceta Médica*, para que sirva de órgano de publicación de sus trabajos; el primer número de este periódico apareció el 11 de Noviembre del año pasado, y fue el homenaje que la Sociedad de Medicina rindió á los héroes que en esta fecha memorable conquistaron la independencia de Cartagena. La redacción del periódico quedó á cargo de los doctores Vicente García, Manuel R. Pareja, Manuel Pájaro H. y Lascanio Barbosa.

La Sociedad de Ciencias Médicas de Santander se instaló en Bucaramanga el 1.º de Diciembre del año pasado, en sesión pública, presidida por el señor Gobernador del Departamento, y fueron nombrados los doctores Guillermo Forero Barreto, Eusebio Cadena y Luis Fernando Otero, Presidente, Vicepresidente y Secretario, respectivamente.

Aun no hemos recibido el periódico órgano de esta Sociedad, cuya aparición se anunciaba para el 1.º de Enero de este año.

Con estas dos nuevas Sociedades de Medicina, se cuentan hoy en el país cinco centros científicos, encargados de velar por el adelantamiento de las ciencias médicas y naturales, y por la moralización del ejercicio de tan importante y delicada profesión.

El buen éxito que hasta ahora han tenido, y lo fecundo de la labor que han llevado á cabo la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá (hoy Academia Nacional de Medicina) y las Sociedades de Medicina de Antioquia y del Cauca, nos hacen augurar un éxito no menos brillante para sus hermanas de Bolívar y Santander, con tanto mayor razón cuanto estas dos últimas, como las primeras, cuentan con el decidido apoyo de los Gobiernos departamentales; apoyo indispensable para el sostenimiento de los periódicos que les sirven de órgano de publicidad para sus trabajos, pues como se sabe, las publicaciones científicas no pueden vivir entre nosotros sin el apoyo oficial.

Por lo que hace al celo é interés científico del personal que las forma, nada hay que temer; y si sólo de ello dependiera la prosperidad de tales Sociedades, ésta quedaría desde ahora asegurada. La redacción de la REVISTA MÉDICA, interesada

vivamente por todo lo que tienda al engrandecimiento de la medicina nacional, ve con entusiasmo la organización de estas dos nuevas Sociedades y la aparición de sus respectivos periódicos, los cuales serán los nuevos colaboradores en la labor de difundir entre nosotros los grandes progresos que la medicina realiza cada día, y de estimular y hacer conocer los trabajos nacionales.

REPRODUCCIONES

ESTADO ACTUAL

DE NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEPRO

(CONCLUSIÓN)

Aconsejamos, pues, á nuestros cofrades que traten, en las formas nerviosa, maculosa y mutilante, de buscar por la biopsia la presencia del bacilo. No tememos declarar, sin embargo, que no lo encontrarán sino pocas veces, aun en casos tan típicos que no dejarían duda á un clínico consumado. Las biopsias no son difíciles de obtener en los enfermos hospitalizados, en San Luis, por ejemplo, y la cuestión sería fácil de establecer de un modo cierto por los médicos de este hospital. El doctor Hallopeau acaba de inaugurar esta clase de experimentos, y la ciencia le debe esta iniciativa. En un leproso nervioso que se encuentra en San Luis hace más de dos años y diagnosticado como tal por todos los médicos del establecimiento, no ha podido encontrarse el bacilo por la biopsia. Sin embargo, este enfermo, natural de Haití, presenta el cuadro más completo de lepra de Danielssen; su estado va haciéndose más y más grave, y según todas las apariencias, sucumbirá pronto.

Las investigaciones bacteriológicas en los nervios, la médula y el cerebro son de la mayor importancia para decidir definitivamente la cuestión que nos ocupa. No hay que olvidar que en Alemania, prácticos dignos de toda confianza han buscado en vano el bacilo casi en todas las partes del sistema nervioso, y esto en individuos incontestablemente leproso.

En cuanto á la busca del bacilo en el exudado de los vejigatorios aplicados á leproso nervioso, no sé que haya tenido

éxito en otras manos que en las del doctor Calendero, promotor del experimento. No se comprende cómo los bacilos, que no existen en los tejidos superficiales ni en la sangre, sino en el espesor de los gruesos nervios, la medula y los ganglios raquídeos, puedan hallarse en las serosidades de un vejigatorio.

Antes de abandonar el estudio del bacilo leproso, recordemos que su semejanza con el de la tuberculosis es tál, que la confusión sería muy fácil si no hubiera reactivos que decoloran el bacilo descubierto por Koch y que no obran sobre el de Hansen.

Sucede con frecuencia que se encuentran los dos bacilos en un mismo individuo. Los leprosos de forma tuberculosa sucumben frecuentemente á consecuencia de lo que se ha llamado la *consunción pulmonar*. En estos casos es á la tuberculosis con todas sus consecuencias, es al bacilo de Koch al que debe acusarse, y es el que se encuentra en los esputos y en el tejido pulmonar mismo. Sin embargo, el bacilo de Hansen existe también, como el doctor Würtz lo ha demostrado hace yá algún tiempo. ¿Pero sucederá lo mismo en todos los leprosos que mueren con los signos de la tisis? Este punto está todavía por resolver.

Un hecho que me ha comunicado un compañero muy distinguido del ejército, el doctor Calmette (de Quimper), merece ser mencionado. En Belle-Isle-en-Mer, donde ha estado encargado del Hospital civil durante algún tiempo, la lepra era muy frecuente hace cincuenta años. La tisis pulmonar era entonces desconocida, como lo atestiguan los registros del hospital. Pero después la lepra se ha observado rara vez y la tuberculosis pulmonar se ha desarrollado con violencia.

Seré acusado probablemente de herejía si propongo la cuestión del transformismo del bacilo leproso en el de la tuberculosis, y sin embargo estos dos pequeños filamentos se parecen infinitamente más que el hombre al mono, su primer antecesor, según el ingenioso Darwin, ó que el palomo de roca al palomo capuchino, ó que el King-Charles al dogo danés.

V

Creemos haber establecido hasta el presente la presencia de la lepra tuberculosa, nerviosa y mutilante en Francia; estas dos últimas formas de la afección eran consideradas como dos

enfermedades nuevas: el panadizo analgésico ó mal de Morvan y la Siringomielia. El doctor Dejerine atribuye esta última creación á la invasión de la medula como se ha dicho yá, por una neoplasia cuya evolución deja lagunas.

Pero hay también cavidades en la medula, es decir, *siringomielia* consecutivamente á numerosas lesiones, tales como ciertas mielitis, hidropesías, hemorragias. Un distinguido cofrade de marina, el doctor Corre (de Brest), los ha encontrado en el *beriberi*.

Por otra parte, el derrame gliomatoso ha sido observado en la autopsia de individuos que no habían presentado durante la vida ninguno de los síntomas yá dichos y especiales á la afección llamada *siringomielia*. Observadores como los doctores Grasset y Carrieu (de Montpellier), Lépine (de Lyon), Poncet (de Cluny), han tenido la condescendencia de comunicarme estos hechos, acerca de los cuales poseo una preparación debido al doctor Lépine. Ahora por una parte existe un canal en la medula sin fenómenos siringomiélicos durante la vida; y por otra parte todos los síntomas de la siringomielia se observan en la lepra nerviosa más avanzada como lo he establecido. ¿Sobre qué se basará uno entonces para fundar una entidad mórbida nueva?

VI

La *esclerodermia* y la *esclerodactilia*, enfermedades consideradas como diferentes, han sido reunidas últimamente y deben ser relacionadas también con la lepra. En ciertos hechos publicados bajo estas denominaciones, la semejanza é identidad son tales, que no hay por qué dudar de su unificación. La sintomatología y los signos objetivos de la una y de la otra, colocados frente á frente, son suficientes para establecer el hecho con claridad. Pero al lado de estos cuadros perfectos, nuevos documentos demuestran la presencia de la lepra en Francia con sus casos graves y velados, así como se ve en todas las afecciones del vocabulario médico.

Si no participamos de estas ideas de generalización y de síntesis, no debemos colocar en el mismo cuadro nosológico la fiebre tifoidea benigna, análoga al simple embarazo gástrico, y la fiebre tifoidea atáxica ó adinámica con el cortejo de sus síntomas aterradores. No debemos estar autorizados para admitir los ca-

sos de bocio exoftálmico cuando no hay ni bocio ni exoftalmía, sino apenas un ligero temblor de las manos con un poco de taquicardia; y debemos volver á la concepción de Pinel sobre fiebres, olvidando que Louis ha tenido el mérito de hacer una sola afección de todas ellas, nuestra fiebre tifoidea, con todas sus formas diversas. Y se puede repetir lo mismo á propósito de todas las enfermedades. ¿Por qué somos, pues, más exigentes para la lepra, reclamando siempre los casos tipos, perfectos en sus manifestaciones, y rechazamos todo lo que se separe del cuadro ideal?

Volvamos á la *esclerodermia*. Principiaré por decir que se han reunido bajo este nombre las enfermedades más heterogéneas, tales como el esclerema del adulto por enfriamiento, los endurecimientos de la piel e que ésta se ha vuelto dura y gruesa por enfermedades crónicas, y la esclerodermia en placas. Limitándonos á la verdadera esclerodermia, tal como la consideraba el sentido profesor Ball, y como la han descrito en sus tesis los doctores Lagrange y Bouttier, no es difícil establecer su identidad con una variedad de la lepra de la cual conservo acuarelas hechas en Constantinopla, tomadas de algunos de mis enfermos; acuarelas que he mostrado á los discípulos del profesor Potain en la conferencia que les hice por la graciosa invitación de este eminente clínico, y á mis colegas de la Sociedad de dermatología en la sesión del mes último. En efecto, la *esclerodermia* ó esclerodactilia está representada exactamente en el museo del hospital San Luis, gracias á la habilidad de M. Baretta. Principio por comparar dos dibujos, uno tomado de mi colección y otro que representa una pieza del Museo. Desgraciadamente la falta de colores en los grabados no puede dar idea completa de la semejanza de los síntomas; el parecido en los dos casos se transforma en identidad absoluta.

En la *esclerodermia en placas* del hospital San Luis y en las placas de mis enfermos, hay islotes de piel más blanca que la natural, rodeados por un círculo ó auréola, ya de color lila, ya ligeramente rubio ó leonado. Las placas pueden ser más ó menos extensas y numerosas; los contornos son irregulares, y la parte circunscrita por ellos más ó menos deprimida y á veces más ó menos insensible. De ordinario las placas es-

clerodérmicas conservan la sensibilidad. Pero la tesis de Bouttier tiene también observaciones en que la *sensibilidad está más ó menos disminuída y aun aniquilada*. Los círculos que rodean las placas de mis enfermos atacados de esta forma de lepra, que es la *leucé* de Hipócrates ó enfermedad *fenicia*, son ordinariamente rubios ó aleonados, pero también los tengo de *color lila*. ¿En qué podemos, pues, fundarnos para no reunir todos estos casos con la denominación común de *leucé*, que es una forma de lepra? Los médicos de San Luis designan estos hechos con el nombre de *esclerodermia en placas* ó con el de *morfeas*. Aceptaré más bien este último que empleaban los antiguos como sinónimo de la palabra lepra, y del cual se sirven aún los brasileros y algunos otros médicos de la América del Sur para designar la efancia de los griegos, haciéndola entrar en la *leprosis*.

En cuanto á la esclerodactilia, es todavía mayor su semejanza con la lepra nerviosa en ciertos períodos complicados de mutilaciones. Flexión moderada de los dedos; úlceras superficiales del lado de la extensión; alteraciones tróficas de las uñas, las cuales se deforman; á veces caída de los dedos por mortificación; reabsorción frecuente de las falanges, las cuales se reducen sin eliminarse; grandes perturbaciones capilares, asfixia ó síncope: todo esto se encuentra en ciertos casos de lepra que hemos hecho reproducir por el pincel.

La sensibilidad es lo único que persiste de ordinario en los casos de esclerodactilia observados en Francia. Sin embargo, en varias de esas esclerodactilias, la sensibilidad es muy obtusa y aun nula en varias regiones del cuerpo. Así la encontramos últimamente con el doctor Bérillon, en una señora de Auxerre, quien perdió sucesivamente la extremidad de varios dedos. ¿Será permitido separar grupos de enfermos que presentan los mismos síntomas y á veces la misma terminación, solamente porque hay más ó menos sensibilidad? ¿No sabemos que si bien la anestesia es uno de los signos más fieles de lepra, no es absolutamente constante en esta enfermedad? ¿No vemos á veces la hiperestesia en algunos de sus períodos, ó la vuelta completa de la sensibilidad en donde había anestesia? La dureza ó tensión de los tegumentos de la cara con estrecheces de los orificios, sobre todo de la boca, son muy frecuentes en la escle-

rodermia. También se encuentran en ciertos períodos en algunos leprosos. En una memoria que presenté á la Academia de Medicina en 1886, acompañé la observación y dibujo de una enferma de la isla de Andrós: es una leprosa que cuidé como esclerodérmica por dos años. Después de este tiempo evolucionó la esclerodermia como la lepra clásica, con impulsiones de tubérculos, y luégo mató á la enferma. Las diferencias en la frecuencia é intensidad de ciertos síntomas, desde el momento en que éstos se encuentran tanto en la esclerodermia como en la lepra, no son para nosotros suficientes para separar la esclerodermia de la gran clase de la *leprosis* y hacer de ella una enfermedad distinta.

Para justificar más lo legítimo de esta confusión, notaremos que la lepra ha perdido su violencia, intensidad y carácter en la mayor parte de sus víctimas de Francia. Se la encuentra allí atenuada y desfigurada hace siglos. No debe, pues, sorprender el que no sea completamente idéntica en sus manifestaciones á las que se presentan en los focos de actividad actual. Juzgando las cosas sin ideas preconcebidas, no se puede negar que hay más analogías que diferencias entre los leprosos y los esclerodérmicos. Así lo cree uno de los observadores más serios, el profesor Grasset. Mucho me ha complacido que su opinión sea en un todo semejante á la mía. Otro médico distinguido, el sentido doctor Thaon (de Niza), decía: "Hay tal semejanza entre la lepra y la esclerodermia, que hemos dejado escapar un caso de lepra anestésica, tomándolo por esclerodermia vulgar. (*Progrés Médical*, 1877).

VII

Hay individuos en quienes se anuncia la lepra por perturbaciones en la circulación capilar; asfixia de las extremidades, á veces fugaz, pero de ordinario permanente; telangiectasia de la cara, de suerte que por muchos meses se cree tratar de la enfermedad de Raynaud ó de otra *enfermedad reciente*.

Notemos que la asfixia local de las extremidades no es una enfermedad sino un síntoma que se encuentra en estados patológicos variados y distintos. Hace tiempo que he dicho esto, y con placer vi en *La Semaine Médicale* de 11 de Marzo último, que un sabio clínico de Londres opina como yo en este

y otros puntos relativos á la lepra: es el doctor Hutchinson. La enfermedad de Raynaud consiste en perturbaciones de la circulación capilar que él propone llamar *fenómeno de Raynaud*, pertenecientes á estados mórbidos distintos, ó más bien *acroasfixia* que puede terminar por *acrosfacela*. El autor indica también las relaciones que hay en ciertos casos entre la morfea y la esclerodermia que propone llamar *acroscleriasis*. Se aproxima también á nuestras ideas cuando dice que estos dos estados mórbidos se tocan y confunden con frecuencia.

En el Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía que se reunió en París en el año de 1889, presenté un enfermo de Andrós que había perdido algunos años antes el dedo gordo del pie izquierdo por perturbaciones circulatorias locales. Estas perturbaciones consistían, sobre todo, en síncope; el dedo padecía, se enfriaba, se ponía insensible y como *muerto*. Otras veces había congestión; color lívido é hipertermia. Algún tiempo después de la aparición sucesiva de esas perturbaciones locales, se presentó la gangrena y cayó el dedo. Dos años después se presentó el mismo proceso en el otro dedo gordo. En esta vez la gangrena fue la expresión última de esas perturbaciones circulatorias. La enfermedad estaba en el período de mortificación cuando fue examinada por mis colegas del Congreso. El estado general de ese enfermo era bueno. No tenía otra afección del sistema circulatorio ni glicosuria. La observación de ese hombre que considero como un leproso atenuado, se publicó en los *Anales del Congreso* así como las opiniones emitidas por mis cofrades del hospital San Luis. Para unos, era una *trofosis* (término vago aún, síntoma de que se ha hecho una nueva entidad mórbida); para otros, una gangrena simétrica; y para algunos, simplemente lepra. Creo tanto más lo último cuanto uno de mis enfermos de Constantinopla, indiscutiblemente leproso, y que era originario de una isla cercana á Andrós, tenía el mismo nombre que él aunque no se conocían. He encontrado muchas veces ejemplos de estos que traducen el origen único de emergencia en la línea ascendente de una parentela ignorada y sujeta al atavismo patológico. Una pieza del Museo del hospital San Luis, marcada con el número 986, y titulada *Asfixia de las extremidades, perturbaciones tróficas de los dedos de la mano y del pie, lesiones de las*

uñas, es enteramente parecida á mi enfermo de Andrós. El pie está violáceo y una gran úlcera del dedo anuncia yá un principio de *acrosfacela*.

VIII

En la conferencia que hice últimamente en el anfiteatro del profesor Potain, mostré las acuarelas de un leproso hebreo que venía de España. Hacía tiempo que tenía asfixia de las extremidades, con su color violeta, tanto en estío como en invierno. No era otra cosa que el primer período de una lepra clásica, como lo demostró el desarrollo ulterior del mal. Tales casos deben servirnos para establecer la gradación, rehacer la cadena y unificar estados mórbidos de causa desconocida, inexplicables, que se escapan solamente á los observadores poco habituados al polimorfismo de la lepra y que no tienen ocasión de ver todos los tipos del mal. Los llamados casos *singulares*, porque hay en los periódicos muchos publicados con ese nombre, y de los cuales se ha tratado de hacer una enfermedad nueva, entran también en la gran clase de la *leprosis*. Tengo dibujos de dos enfermos de esta clase hospitalizados en los servicios de París y que estan sin diagnóstico. Me dieron estos dibujos los doctores Pozzi y Lermoyez. Los límites de este artículo yá largo, no me permiten hablar más del asunto, y esto es suficiente por ahora. Termino por la enfermedad de Raynaud, diciendo que no es una entidad mórbida sino un conjunto de síntomas que se encuentran á veces al principio de la lepra, afección que por sus síntomas nos indica que hay una perturbación profunda en la inervación. Varios casos de gangrena llamada simétrica deben atribuírse á la lepra *clásica* ó *atenuada*, porque su evolución es en un todo análoga á la de la elefancia.

Solamente mencionaré la *morfea pigmentaria* ó *melánica*. El doctor Gaucher mostró un tipo indígena de esta enfermedad en la Sociedad de Dermatología, el 7 de Enero último. Este caso entra aún en el *melas* (μέλας) de los antiguos, como contraparte de la *leucé* de Hipócrates.

La cuestión de la lepra, considerada de un modo general y en su polimorfismo demostrado por la observación, abraza, pues, y reúne todas esas pequeñas entidades mórbidas nuevas, que apenas menciona la patología y de las cuales se presentan

de cuándo en cuándo algunos casos en el inmenso campo de la observación clínica parisiense. Estos casos no son muy comunes, precisamente porque la lepra ha desaparecido casi enteramente de Francia; los casos clásicos que quedan son raros. La atenuación, transfiguración y degradación del mal, hacen desviar y modificar los procesos mórbidos é inducen tanto más fácilmente á un error cuanto los médicos no piensan en ella desde su supresión oficial en 1695.

IX

La *herencia* de la lepra ha sido admitida siempre por los rosógrafos y por los pueblos. Por los trabajos de Pasteur y sus discípulos, el factor contagio, encarnado en las bacterias, borró esas ideas cien veces seculares calificándolas de antigüedades. Debe reconocerse la magnitud del descubrimiento y el inmenso papel que desempeña el microbio en la patogenia; pero no deben cerrarse los ojos á la observación clínica y macroscópica que nos guía en el ejercicio de la profesión médica.

La herencia fisiológica es innegable. Para convencerse de esto, basta estudiar los experimentos zootécnicos que se dirigen á voluntad por la aplicación de los principios de la selección. El atavismo que se presenta á veces á pesar de todas las precauciones, viene á probarnos, justificando la aserción de Darwin, que la herencia puede transmitirse hasta una gran dilución de la sangre. ¿No se ve con frecuencia un palomo de roca aparecer de tiempo en tiempo en una sucesión de palomas cuya raza se ha tratado de mantener pura, y por el solo hecho de la herencia de sus antepasados? El cruzamiento de un perro español con un braco francés, dio varios productos en apariencia bracos típicos, los cuales se unieron á bracos de sangre pura en una larga serie, y repentinamente nació un individuo de tipo español puro como su trisabuelo. Este experimento, consignado en un libro de Quatrefores, prueba la tenacidad de la herencia en los animales. He escogido un solo ejemplo entre mil.

¿Por qué ha de pasar otra cosa con el animal que ocupa el primer lugar en la creación? Evidentemente no. Los cuadros de las familias en los antiguos que cultivan el árbol genealógico, prueban la reproducción exacta y á veces admirable de las facciones del trisabuelo en el último vástago.

La herencia patológica también existe: testigo la transmisión de las enfermedades nerviosas, la epilepsia, la enajenación mental sobre todo, que puede saltar dos ó cuatro generaciones, la sífilis, el artritismo, etc. De modo que en el estado actual de la ciencia, no se puede atribuir la transmisión de las enfermedades al contagio por los microbios única y exclusivamente.

Sin separarnos de nuestro asunto, notemos que la lepra es esencialmente hereditaria. He indicado el hecho de que el alejamiento de los niños del lado de sus padres leprosos y su transporte á localidades sanas, no les ha impedido hacerse leprosos al aproximarse á la pubertad. Es cierto que con frecuencia no se encuentra la lepra en los padres ó los abuelos de los leprosos; pero ¿se puede remontar más lejos en la herencia, hasta la cuarta ó quinta generación?

En general, cuando se sabe que el padre ó los abuelos están sanos, no se puede averiguar más y se declara que no hay herencia. Error es éste en que caí yo mismo al principiar mis estudios sobre lepra. En mis numerosos viajes á los países de leprosos, siempre he oído decir á los ancianos que tal familia está manchada con el germen del mal, porque ha habido leprosos en sus antecesores, y que la lepra reaparecerá en los descendientes. Es opinión fundada en la observación.

No me cansaré de repetir lo que sucede con nuestros israelitas de Constantinopla, porque me parece decisivo en cuanto á la herencia de la lepra. Tenemos allí judíos establecidos desde la Inquisición. Huyeron de España y se establecieron en Turquía, en donde viven hace cuatro siglos. Se casan entre sí y se aíslan del resto del pueblo, voluntariamente, porque el pueblo Otomano es el más tolerante del mundo y nunca los ha sometido á un veto. Estos israelitas son los únicos constantinopolitanos que tienen lepra. Todos los otros leprosos de la capital vienen de los departamentos y provincias. Sucede con frecuencia en estos judíos que los padres y abuelos estaban sanos, y repentinamente aparece la lepra en un descendiente, con sorpresa general.

Estos israelitas son los descendientes de los verdaderos hebreos que se refugiaron en Iberia; venían de Palestina, principalmente el año 70, cuando la conquista de Jerusalén por

Tito. Se ha reconocido universalmente que los hebreos de Moisés tenían lepra. ¿Cómo se puede explicar sino por la herencia de los antecesores la presencia de la lepra solamente en los israelitas entre todos los indígenas de Constantinopla, con exclusión de todos los otros habitantes del imperio establecidos en la capital hace muchos años? Debemos recordar que además de estos hebreos hispanizados, que conservaron el tipo semítico más puro, que tienen sus costumbres de Palestina, que aun tuvieron sus trajes antiguos hasta 1856 y que pueden reconocerse entre todos, hay en Constantinopla judíos polacos, alemanes, rumanos, rusos, etc. Estos judíos de tipo tártaro no tienen lepra, y no son semitas ni descendientes de los judíos Exodo. Son judíos nuevos convertidos al judaísmo en el siglo VIII después de Jesucristo por un rabino que se fue á las costas del mar Caspio.

X

Todos los libros de religión, á partir de la Biblia, se copian unos á otros, proclamando la lepra como sumamente *contagiosa*. Es evidente que en todo tiempo se ha confundido la lepra con muchas enfermedades cutáneas, y hasta con la sífilis, á la cual se parece tánto algunas veces, que á menos de una experiencia especial y consumada, los médicos más instruídos pueden confundirlas.

En mi colección de acuarelas, hay manifestaciones leprosas de la piel, la lengua y el paladar, absolutamente idénticas á las lesiones sifilíticas. Admiración ha causado esto á nuestro eminente sifilógrafo el profesor Fournier. He visto, por errores de diagnóstico, á los pobres sifilíticos inscritos é internados en las leproserías de Oriente. A estos desgraciados se les podría aplicar las palabras del Dante: *Lasciate ogni speranza voi ch'entrate*, porque una vez en la leprosería no hay modo de salir de ella, por lo menos en algunas partes. He hecho notar estos errores á mis cofrades de Jerusalén, por ejemplo, en donde la sífilis, muy común en todos los tiempos, debía existir yá en tiempo de las Cruzadas. De sus excursiones aventureras á Palestina, llevaron los franceses á su país tanta sífilis como lepra.

En nuestra visita á la leprosería de Bergen, en Noruega, se presentó en la sala una enferma que tenía una erupción

casi papulosa. Pregunté al leprólogo más distinguido de nuestra época, el doctor Danielssen, cuál era su diagnóstico. Me contestó que esa mujer podía tener sífilis ó lepra, que la examinaría atentamente ese día para hacer su diagnóstico. Este hecho basta para demostrar cómo es difícil, aun á las personas más experimentadas, hacer este diagnóstico diferencial.

No hay que dejar pasar una coincidencia que trae una enseñanza preciosa en la cuestión que nos ocupa.

En 1530 publicó Fracastor su libro llamado *Syphilidis sive morbo gallico*. El y Grumbeck, médico bávaro, fueron los primeros en llamar la atención de todo el mundo sobre esta afección. La enfermedad es, sin embargo, tan antigua como el mundo, por lo menos según el doctor Ricord y según todos los que han hecho investigaciones sobre su antigüedad. El doctor Buret ha demostrado el hecho en su trabajo sobre la sífilis en la antigüedad.

Desde aquel tiempo se principió á colocar á los leprosos en su verdadero sitio, á pesar de que una idea nueva necesita muchos años para ser aceptada.

La lepra, esa enfermedad prehistórica que duró siglos en Europa, que exigió la creación de 20,000 leproserías en Europa y 2,000 en Francia, disminuyó progresivamente y se consideró que había desaparecido definitivamente en 1695, época en que se cerraron todas las leproserías por decreto de Luis XIV.

La demostración matemática de esta confusión de la lepra con la sífilis, haciéndole cargar muy injustamente á la primera todo el peso de la excesiva contagiosidad, fue dada por Lancereaux, quien encontró en los osarios que provenían de la leprosería de París, situada antes en el punto en donde está ahora la calle Douai, exostosis muy marcadas que no se encuentran nunca en la lepra. Nosotros hemos encontrado exostosis y señales de osteitis en cráneos que provenían de la leprosería de Montpellier; nos los mostró un antropólogo distinguido de esa ciudad, el señor de la Ponge.

En cuanto á mí, busco hace veinte años un caso de contagio evidente y no lo he encontrado. He visto centenares de matrimonios en que la mujer ó el marido solamente eran leprosos. Después de diez ó veinte años de cohabitación, después del nacimiento de niños en quienes se ha presentado la lepra, nunca he visto que la enfermedad pase de un cónyuge al otro.

En Constantinopla son muy numerosos los leprosos ambulantes, y ejercen todas las profesiones: vendedores de frutas, de pescado, de sedas, marineros, albañiles, carpinteros, panaderos, sirvientes, etc.; de modo que los leprosos están mezclados á todo el pueblo y no hay un solo constantinopolitano leproso, musulmán, griego, armenio ó latino. Como lo dije, los judíos que llegaron de España, descendientes directos de los hebreos del Exodo, son los leprosos indígenas. Después de esto, ¿cómo admitir la gran contagiosidad de la lepra como lo dicen ciertos médicos de Ultramar? El doctor Besnier no admite la contagiosidad de la lepra en París; cree que hay allí más de 120 leprosos ambulantes; pero considera la afección muy contagiosa en otras partes. Reclamo el mismo privilegio para Constantinopla. Ignoro lo que pasa en las islas Sandwich; allí la contagiosidad sería tal, que la lepra, desconocida hasta la llegada de un chino enfermo, se propagó de un modo terrible en algunos años; de modo que hoy hay varios millones de leprosos.

Confieso que no comprendo por qué una enfermedad sea tan contagiosa en ciertos países y nó en otros. Esta excepción absoluta trastorna todas mis ideas sobre las enfermedades contagiosas, que admito que sean más ó menos aptas para transmitirse según las condiciones de clima y de medio, si sólo se tratara de una cuestión de más ó menos. Nunca se ha visto en París á los leprosos hospitalizados en San Luis durante muchos años comunicar la enfermedad á sus vecinos. Nunca se ha visto que un francés que se ha hecho leproso en las colonias, en donde hay lepra endémica, comunique la lepra á un miembro de su familia, viviendo con ellos sin la menor precaución desde que vuelve á la patria. ¿Cómo adquieren los europeos la lepra cuando viven en un país de leprosos? El hecho es evidente, pero es muy difícil explicarlo. Nadie podrá demostrarme que es *ciertamente* por contagio después de los hechos que he mencionado y de que he sido testigo. ¡Hay tantas condiciones que se nos escapan en la producción de las enfermedades en general! Creo, pues, que hay el derecho de dudar de la contagiosidad hasta la demostración evidente por medio de observaciones recogidas por hombres que conozcan á fondo sobre todo la sífilis, que se confunde tanto con la lepra.

Sábese que no se ha podido inocular la lepra á los animales y que no se ha podido cultivar su bacilo. Las inoculaciones hechas en el hombre por Danielssen y otros leprólogos han dado resultados negativos. El caso del doctor Armand, establecido en Honolulu, quien practicó la inoculación de la lepra en un condenado á muerte, ha sido considerado como poco decisivo por el autor mismo para decidir la cuestión de la inculabilidad, porque la lepra, según este médico, es muy común en el país del inoculado, quien podía bien tener leproso en su familia.

Confieso que soy muy incrédulo en cuanto á la transmisión de la lepra por la vacuna. Se sabe que se ha acusado á un niño vacunífero leproso de haber transmitido la enfermedad á los individuos inoculados con su vacuna (1). ¿Pero hay seguridad de que no se trataba más bien de la sífilis? La incubación de la lepra es, en general, larga, mientras que la de la sífilis es corta y permite á la infección manifestarse pronto, como tuvo lugar en los casos citados.

XI

El diagnóstico de la lepra exige un conocimiento profundo de la sífilis, que se le parece á veces tanto, que he visto errores cometidos en mis leproso de Constantinopla por cofrades que pasaban allí por muy instruídos y que ocupan una elevada posición científica. Exige un conocimiento especial de las enfermedades cutáneas y nerviosas. En fin, se necesita haber visto, seguido y estudiado la lepra en un vasto campo de observación, para adquirir la experiencia necesaria y distinguirla en todas sus formas y variedades, sobre todo en las frustráneas y atenuadas.

Muy fácil es la confusión con la sífilis, cuyas erupciones y úlceras tienen el mismo aspecto que las de la lepra. La insensibilidad, si existe, que es lo más frecuente, decide la cuestión. Mas no siempre sucede así. Al lado de úlceras que cauteriza el hierro rojo profundamente sin que se queje el enfermo, las hay muy sensibles. En las localidades de leproso evoluciona en general la enfermedad con un conjunto de síntomas, sobre todo en la piel y las mucosas que ayudan al diagnóstico. Cuando se trata de casos atenuados ó modificados, cuando no

(1) W. TEBB. *Leprosy and Vaccination.*

hay sino una manifestación como sucede en la Europa central, como he visto ejemplos en París y hasta en Oriente, y como lo he mostrado en una acuarela que pertenecía á una leprosa de Constantinopla, entonces el diagnóstico es sumamente difícil. En mi enferma, que abandonó su país (Finlandia) á la edad de trece años, para venir á vivir á Constantinopla hace cuatro años, apareció repentinamente una epistaxis que se repitió varias veces sin explicarse la causa; más tarde se atribuyó á úlceras en las fosas nasales, que habían pasado inadvertidas y que concluyeron luégo por perforar el vómer. Se pensó en la sífilis y se sometió á la enferma á un tratamiento mixto que empeoró su estado general, yá comprometido por la epistaxis, y no impidió que las úlceras siguieran creciendo, sobre todo en profundidad. Cuando vimos á la enferma, un examen atento nos demostró la insensibilidad en los miembros torácicos y un poco de rarefacción en los pelos de las cejas. De modo que hicimos el diagnóstico de la lepra, con reserva y discreción, ante el médico que la trataba. Más tarde el diagnóstico se confirmó por la caída de todos los pelos de la cara, conservándose los cabellos (lo que ayuda á distinguir la lepra de la sífilis); por la deformación de la nariz, la cual se hundió; por la aparición de algunas exulceraciones en su extremidad, y por el progreso incesante de la insensibilidad en todas sus manifestaciones. La duda no era yá permitida; pero que se suponga por un instante, que la afección se hubiera detenido en su primer período, como sucede en Francia, en donde evoluciona la lepra sin desarrollar su sintomatología completa; que se admita que las úlceras de las fosas nasales hubieran constituido la única manifestación mórbida, ¿se habría pensado entonces en la lepra, principalmente en un país considerado como exento de ella? Más bien se habría diagnosticado una manifestación escrofulosa, y con esto todo habría quedado arreglado.

Vimos en el servicio del doctor Lermoyez, en el hospital Laënnec, un joven que tenía en las piernas úlceras que no cicatrizaban y cuya naturaleza era difícil de determinar; de modo que esé enfermo se había agregado yá á la numerosa lista de casos raros. Creemos que era un caso de lepra atenuada y modificada. El enfermo no era sífilítico, escrofuloso ni diabético; nada había que pudiera explicar esas úlceras que no cicatriza-

ban y que se acompañaban también de mutilaciones en los dedos de los pies.

La forma nerviosa de la lepra se parece muy poco á la tuberculosis y muchas veces pasa desconocida. Cofrades muy distinguidos diagnostican con frecuencia una amiotrofia, una afección de la medula, un reumatismo crónico, una siringomielia, etc. Repito, pues, que quien no ha estudiado la lepra de un modo especial, nunca se figura que pueda existir sin tubérculos ni máculas. El doctor Thibierge indicó un error de diagnóstico semejante, cometido en los hospitales de París. El doctor Chauffard presentó otro caso análogo á la Sociedad Médica de los hospitales. El doctor Besnier nos ha dicho que está tratando varios leprosos que trataban otros médicos por siringomiélicos. En fin, por mi cuenta tengo hechos análogos que he encontrado en los hospitales de París. En todo caso, la anestesia completa ó parcial es un signo diagnóstico precioso cuando existe. En los casos atenuados ó frustráneos puede faltar; entonces sólo se puede admitir la lepra por comparación con los tipos perfectos y otros más y más degradados que ocupan los últimos lugares de la gama de la lepra. La enfermedad no se parece á ninguna de las asignadas en los libros y tratados clásicos que enumeran las enfermedades de este continente.

Es evidente que la busca del bacilo reduciría la cuestión á una biopsia que confirmaría ó destruiría el diagnóstico de la lepra de un modo definitivo. Pero la cuestión no es tan sencilla como se supone. En leprosos incontestables que tienen el cuadro completo de la lepra, no se encuentra el bacilo. En cuanto al aumento de volumen de los nervios y sus nudos, sobre todo del cubital en el codo, es evidente que se encuentran en los leprosos nerviosos mutilados, pero esas lesiones no vienen sino cuando yá la enfermedad está muy avanzada. Me ha sucedido no encontrarlas en casos en que el diagnóstico, fundado en hechos clínicos, era evidente.

XII

La lepra es, pues, una enfermedad hereditaria, microbiana; pero de microbio que muchas veces no se encuentra; de perturbaciones nerviosas múltiples, como lo demuestran sobre todo las trofosis: asfixia local, grietas, hendeduras, males per-

forantes, onixis, deformaciones de las uñas, caída de los dedos por dactilitis y hasta gangrena de los pies, de las manos, etc. El microbio, por la infección debida á las toxinas que secreta, explica todos los síntomas de un modo satisfactorio. ¿Pero no hay otras causas que no podemos apreciar y que contribuyen á la propagación de la lepra en los países en donde es endémica?

La lepra es una enfermedad de miseria; todo lo que constituye la mala higiene del pueblo favorece mucho su desarrollo. La he visto desaparecer siempre que el bienestar y el aseo suceden al desaseo y á las privaciones. Esto es así tanto en Oriente, en donde,—como sucede en algunas islas del Archipiélago cuyo estado es más próspero,—las leproserías están vacías, como en Liguria desde la anexión de este país, que acabo de visitar. En tiempo del estado Sardo, la lepra era tan común en todo el litoral ligúrico y en la Corniche—Niza, Villefranche, Antibes, Beaulieu, Menton, en toda la montaña, en especial en Eze, la Turbie y Roquebrune,—que en 1856 se inauguró en San Remó una leprosería con cerca de 100 leprosos. Pues bien, no he encontrado en mi visita, con mis cofrades los doctores Martenucci y Ajcardi, sino siete leprosos. La Liguria alimentaba esa leprosería. Si bien yo he encontrado la lepra típica y atenuada en todos esos lugares, he reconocido, como todo el mundo, que la lepra va desapareciendo por el hecho de la mejora social.

La mala *alimentación* se ha considerado siempre como que favorece el desarrollo de la lepra. Creo que se ha exagerado mucho la influencia de esta causa, pero es lo cierto que debe desempeñar cierto papel, y aun preponderante, en los países en que la lepra es endémica.

En todos mis viajes á los países de leprosos he encontrado la *miseria*, cuyos corolarios inseparables son el mayor desaseo y una alimentación con sustancias alteradas y pútridas. En Constantinopla, nuestros hebreos, que constituyen la mayor parte de la clase desgraciada de esta población, se alimentan con toda clase de sustancias podridas, principalmente pescado salado y ahumado y aceite de olivas rancio y de mal olor.

En las islas del Archipiélago se alimenta el pueblo principalmente con caviar rojo, de mal olor, podrido y muy salado, pescado seco y aceite de mala calidad.

En la isla de Creta, en donde hay más de 3,000 leprosos en una población de 120,000 habitantes, son también la base de la alimentación del pueblo el bacalao alterado y el mal aceite que se pone todos los años en vasijas desaseadas. En Palestina se encuentra la lepra, sobre todo entre los Beduinos, quienes privados de agua, hacen sus abluciones con arena, comen mantequilla, queso y aceite de olivas rancios. En la isla de Mármara, cerca de Constantinopla, ejercen los habitantes la profesión principal de pescadores de atún y macarelas, los salan y los ponen en toneles para exportarlos á Rusia y á Bulgaria. Esa preparación exige que se quite á los pescados las entrañas y la cabeza; se conservan esos despojos en toneles con sal gris, y esa alimentación repugnante es la que sirve al pueblo por todo el año, acompañada con pan mal preparado.

En donde el pueblo vive desaseado y usa esa clase de alimentos, casi podridos, se encuentra toda clase de enfermedades de la piel.

Es imposible negar la influencia de la alimentación sobre los tegumentos. Se ha demostrado que algunas sustancias alimenticias provocan en ciertas personas erupciones poco tiempo después de su ingestión: tales como las almejas, fresas, cebollas y quesos fermentados. Esto pasa aun con las gentes acomodadas, quienes esperan una de estas erupciones al día siguiente de haber comido ostras, almejas ó cangrejos. El profesor Bouchard nos ha enseñado lo nocivos que son los productos de la mala digestión, verdaderos venenos para el organismo. Las grandes dermatosis no curan sino por un régimen estricto que impida al estómago fabricar venenos.

Si esto es así ¿por qué se va á negar la influencia nociva de los alimentos dañados y principalmente del pescado alterado, en el desarrollo de la lepra? Ese modo de ver no quita su importancia al microbio que encontraría allí una disercacia que favorece su desarrollo.

El abuso de productos marinos en la alimentación ha figurado siempre en la etiología de la lepra.

Médicos y viajeros me han afirmado que en ciertas partes del Japón no se alimenta el pueblo sino de pescado crudo. Sucederá lo mismo con los insulares de Java. En las islas de

Fuego no comen sino almejas crudas, y en todos estos países hace la lepra destrozos terribles.

Las grandes variaciones de temperatura que ejercen acción sobre la circulación capilar de la piel, y el abuso del alcohol que obra en el mismo sentido, nos parece deben figurar entre las causas que favorecen el desarrollo de la lepra en los países en donde es endémica.

XIII

La *duración* de la lepra varía según la forma de la enfermedad y el medio en que evoluciona.

La forma más grave es la tuberculosa, la cual se lleva á los enfermos en seis ú ocho años, en general. Sin embargo, en los países en donde la enfermedad ha perdido su violencia, como en Francia, hasta la lepra tuberculosa tiene una duración mucho más larga. Fue lo que vimos en el Armorico y en Liguria. Las formas nerviosa y mutilante conceden más larga vida á sus víctimas aun en los países en donde la lepra no se ha atenuado. He visto leprosos con estas dos formas que llegan á sesenta y setenta años, aunque han enfermado á los treinta ó cuarenta. En Francia, repito, en donde la afección es atenuada, se la ve detenerse con frecuencia en el 1.º ó 2.º período. En estos casos, después de perder algunos dedos, sigue viviendo el individuo, curado en la apariencia. A veces se manifiesta la enfermedad mutilando un dedo de tiempo en tiempo, cada tres, cinco, diez años, y esto sin comprometer la existencia.

El cambio de clima y de régimen pone á los enfermos en mejores condiciones para curarse y aprovechar el tratamiento terapéutico. La enfermedad se detiene por cierto tiempo y aun puede retroceder.

El doctor Besnier me decía que ha visto detenerse la lepra en enfermos que vienen á París, después de haber contraído la afección en localidades leprosas; esto gracias al régimen y al tratamiento.

XIV

La lepra es para nosotros una enfermedad curable. La hemos visto detenerse, y aun retroceder en desgraciados abandonados á sí mismos, sumidos en la miseria y el desaseo en

las leproserías de Oriente. El doctor Danielssen nos mostró en Bergen enfermos que, después de haber perdido los dedos de los pies y de las manos, la nariz y los ojos, han seguido viviendo así mutilados, por muchos años, sin nueva manifestación de lepra. Encontré ejemplos de éstos en las leproserías de Jerusalén, de Chío y de la isla de Creta.

En ciertos casos, por desgracia muy raros, parece detenerse también la lepra tuberculosa y conceder definitivamente gracia á sus víctimas. Entonces algunos tubérculos se reabsorben en parte, otros se ablandan, se ulceran y cicatrizan. En dos casos se cubrió la piel de cicatrices, se adelgazó y se atrofió, pero la sensibilidad estaba perdida, y, cosa curiosa, en una enferma tan favorecida así, la biopsia de un pedacito de piel atrofiada hizo ver una gran cantidad de bacilos. Ese examen se hizo hace siete años. La enferma ha seguido viviendo con las apariencias de curación. ¿Irá á despertarse la lepra uno de estos días? A veces hasta vuelve la sensibilidad.

En fin, otro caso de curación feliz ó detención de la lepra tuberculosa existe en este momento en el Asilo de San Remó. Vi la lepra mutilante detenerse en una mujer de unos cincuenta años, después de hacer caer todos los dedos de la mano y del pie.

XV

No entraré en grandes detalles acerca del tratamiento de la lepra.

Su disminución progresiva hasta su desaparición, por el hecho de la mejora de las condiciones higiénicas del pueblo, nos enseña lo que deben hacer los gobiernos para extinguir los focos de la lepra. En Francia, la lepra es relativamente poca y atenuada. Todo hace esperar que desaparecerá bien pronto aun cuando se encuentran allí algunos casos típicos de las formas más graves.

En los países en donde está muy esparcida, lo que se debe hacer sobre todo es aislar á los enfermos é impedirles que se casen. Crear asilos en donde se internen todos los leprosos, separando los sexos, es un deber imperioso que se debe cumplir en todos los países de lepra.

En cuanto á los medios terapéuticos propiamente dichos, fuera de la higiene, lo que me parece ha tenido más éxito,

desde hace quince años, es la destrucción de los tubérculos uno á uno con el termocauterio, al cual adapto una punta de platino muy delgada para poder atravesarlos completamente. Creo que por ese medio se impide la destrucción espontánea de los exudados por reblandecimiento y supuración; y en todo caso se prolonga la existencia del enfermo impidiendo la auto-intoxicación pútrida. Además, es este un tratamiento esclerógeno que tiene su analogía con el método del profesor Lannelongue. Un tejido cicatricial impide la propagación del mal y limita sus estragos. Se previene, hasta donde es posible, por la cauterización, el crecimiento y propagación de las colonias de bacilos. He sido bastante afortunado para detener la extensión de los exudados por la cauterización, aun al rededor de la córnea, que estaba amenazada de quedar cubierta en su totalidad. Es evidente que cuando los exudados se depositan en la profundidad de las vísceras, este tratamiento no puede aplicarse. Felizmente estos casos son raros.

El profesor Fournier me decía últimamente que ha visto desaparecer los tubérculos de la lepra con inyecciones de aceite crocosotado. Me prometo emplear este tratamiento.

He ensayado, sin éxito, varios agentes farmacéuticos, de modo que es inútil hablar de ellos. He usado mucho el arsénico, la quina, el cornezuelo de centeno; este último para combatir las congestiones periódicas de la piel y las perturbaciones de la circulación capilar, las asfixias locales por la dilatación de los vasos cutáneos. Debo hacer notar que he usado el cornezuelo por mucho tiempo y á grandes dosis sin ocasionar ergotismo. El doctor Robert (de Pau) lo ha dado también á grandes dosis durante meses en las afecciones uterinas y no ha observado ergotismo.

Se ha indicado el aceite de Chaulmugra en la lepra. Declaro que en general no he obtenido mucho bien con él. Hay enfermos que parecen mejorar. Hay que emplearlo á grandes dosis, y hay estómagos que lo rechazan desde el principio, y otros que se revolucianan después de su uso un poco prolongado.

XVI

Repito, para terminar, que la lepra es una de las enfermedades más terribles y más esparcidas. Se ha encontrado en

todas partes: en Europa, en Asia, en Africa, en América, en Polinesia. La Persia, la China, el Japón y las Indias están colmadas de ella. En Europa se encuentra sobre todo en España, en Portugal, en Italia,—especialmente en Sicilia,—en Turquía, en Grecia, en Rumania, en Rusia y en Escandinavia. Se creía en general que había desaparecido de la Europa central. Hemos demostrado de un modo irrefutable que existe en Francia. Los profesores Straus, Roux y Moriez han encontrado el bacilo de Hansen en los leprosos de la Bretaña y del Mediodía de Francia. Estoy seguro de que debe existir en Austria, en Alemania y en Inglaterra. No hay razón para que estos países, que la tuvieron tan abundante, estén hoy enteramente exentos de ella. Agregaré que siendo la miseria más general y mayor en las clases bajas de estos países, que en Francia, debe haber en ellos más leprosos. Débese, sí, saber buscarlos y encontrarlos para confesarlo luego, y no hacer como en Mónaco, en donde se niega la existencia de la lepra, así como los suicidios, bien que los dos existen.

DR. ZAMBACO PACHÁ.
(De Constantinopla).

TRABAJOS ORIGINALES

LA CARNE DE CERDO

COMO MEDIO DE TRANSMISION DE LA LEPROA

Por el doctor Andrés Posada Arango, de Medellín.

Aún no hemos tenido tiempo de leer ninguno de los trabajos presentados en nuestro primer Congreso Médico Nacional, varios de los cuales, al hojearlos, nos han parecido ciertamente de muchísimo interés. Nos proponemos examinarlos con detenimiento, y yá que no nos fue dado concurrir á las sesiones, los discutiremos por la prensa, mejor dicho, emitiremos nuestras opiniones acerca de sus puntos controvertibles é importantes, siempre que nuestra manera de pensar sea distinta de la de sus autores; esto, con la mira de contribuir en algo al esclarecimiento de la verdad.

Mientras llega ese caso, vamos por ahora á hacer un leve reparo á un punto con que tropezámos al dar un vistazo al importante *Estudio sobre la lepra*, presentado por nuestro ilustrado colega y particular amigo señor doctor Gabriel J. Castañeda.

Es sólo relativo á la interpretación que él da á un pasaje de la *Historia de la Conquista*.

De que la lepra no existiera en América al tiempo de su descubrimiento, y de que algunas tribus indígenas, como las del istmo de Panamá, se alimentaran en ciertas épocas del año, de pescado y de *cerdos monteses*, deduce él que la carne de marrano, en localidades no contaminadas por la lepra, no puede producir la enfermedad.

Hay aquí un error, no de medicina sino de Historia Natural, por lo que, hecha la venia al distinguido patólogo de la capital, nos permitimos rectificarlo.

Los animales que los historiadores de la conquista llamaron *cerdos monteses*, no eran *cerdos*, en el sentido genuino de la palabra: eran los mismos que hoy llevan, en diversos puntos de la República, los nombres de *tatabro*, *saíno* y *báquira*, y que los naturalistas llaman *Dicotyles torquatus* y *D. labiatus*, animales que aunque pertenecen á la misma familia que el marrano, entre los paquidermos fisípodos, son genéricamente diferentes, y los cuales, aunque su carne suele emplearse en la alimentación, no han sido todavía estudiados higiénica ó bromatológicamente, y que, sobre todo, no han sido incriminados como generadores de ninguna enfermedad.

El verdadero *cerdo*, ó sea el marrano ó cochino, *Sus scropha* de Linneo, no se hallaba en América. Es originario del Antiguo Mundo, y no fue introducido en este continente sino en época muy posterior, como nuestros demás animales domésticos: caballo, asno, buey, oveja, cabra, perro, gato, gallina, palomo, ganso, pavo real y pintada, y como lo han sido recientemente la abeja de cera y el gusano de seda.

Repetimos, que ni los *cerdos monteses* eran *cerdos*, ni los llamados *perros de monte* ó *perros mudos* eran verdaderos perros. Los españoles daban á las producciones naturales del Nuevo Mundo, así vegetales como animales, los nombres de los objetos de su país á que se les asemejaban á primera vista.

De ahí vienen nuestras *salvias, rudas, poleos, marrubios, betónicas*, etc., que ningún parentesco tienen con las plantas que llevan esos mismos nombres en Europa.

Hecha esta aclaración, debemos agregar que no solamente estamos de acuerdo con el señor doctor Castañeda, en creer que la carne de cerdo, en localidades no contaminadas, no contribuye á la producción de la lepra, sino que juzgamos que, en general, las carnes no son medio de transmisión de esta enfermedad.

Hoy está comprobado, en efecto, por H. Benjamin y otros, que la carne suficientemente cocida ó frita en grasa (que es como se consume entre nosotros) puede comerse impunemente, *aunque provenga de animales muertos de carbón*, porque una alta temperatura mata los gérmenes patógenos. Por eso escribíamos nosotros en otra ocasión, hablando de desinfectantes, que *el fuego es el supremo purificador*.

Bien entendido que sólo se trata de las carnes que tengan óvulos de parásitos ó bacterias, pues la carne corrompida ó que contenga toxinas, aunque cocida puede conservar su acción nociva; pero en este caso los efectos que cause no son los de una infección, sino más bien los de un envenenamiento.

Bueno es recordar que cuando la carne se come asada, si es en tajadas gruesas, el centro puede quedar medio crudo y encerrar gérmenes aún vivos.

Más que en la transmisión de la lepra ú otras enfermedades por medio de la carne, estamos dispuestos á creer en esta transmisión por medio de los huevos; porque está demostrado que éstos pueden contener microbios, bien sea que penetren por los poros de la cáscara ó que se hayan introducido antes de la formación de ésta, y porque muchas personas tienen la mala costumbre de tomarlos crudos ó imperfectamente cocidos, *pasados por agua*, como ellas dicen.

Esto nos trae á la memoria cierto hecho relacionado con el asunto de que tratamos. Durante la guerra de 1860 y 61, el ejército del Gobierno, en el que desempeñábamos el cargo de cirujano de una división, hizo una corta permanencia en Tocaima. Varios oficiales, temerosos del contagio, y viendo que las sirvientas de casi todas las casas eran lazarinas, se propusieron mantenerse con huevos y plátanos, que ellos mismos pre-

paraban. Pues hoy pensamos que esos huevos, si no estaban bien cocidos, podrían muy bien servir de medio de transmisión de la lepra, aun sin sufrirla las gallinas, por el hecho de que éstas se alimentan de inmundicias en los corrales. Emitimos este juicio como mera hipótesis.

Volviendō á la carne de marrano, no es ahora cuando nosotros patrocinamos su uso. Tiempo ha o que juzgamos que la aversión de que es objeto de parte de los autores y los médicos, carece de fundamento, ó es mera preocupación que tiene su origen en la legislación hebrea.

Nace esta creencia, de que hemos observado en este Departamento muchas familias y caseríos donde se come diariamente, durante toda la vida, carne de cerdo, con exclusión de toda otra, hasta el punto de que la sangre de esas personas, examinada químicamente, se confunde con la del marrano. (Véanse nuestros *Estudios médico-legales*, publicados en los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, en Septiembre de 1891). Sin embargo, tales personas gozan de buena salud. Eso se debe, sin duda, á que, como yá dijimos, aquí se come la carne bien cocida. Por eso la tenia es, relativamente, rara, y la triquinosis no existe.

Pudiera presumirse, atendida la frecuencia del cáncer en Antioquia, que éste era un efecto del uso del marrano; pero la observación muestra que esa es enfermedad de ciertas familias, sin que dependa en manera alguna del género de alimentación.

Medellín, Enero de 1894.

OBSERVACIONES CLINICAS

TRATAMIENTO

DE LOS TUMORES MALIGNOS POR LA ERISIPELA

Por el doctor Manuel Prados O., de Sincelejo (Bolívar).

Antonia Hernández, natural de Sincé, provincia de Sabanas, departamento de Bolívar, de cincuenta y ocho años de edad y casada, ha tenido diez hijos en su matrimonio, los cuales viven. En su familia no se ha visto ningún caso de

cáncer; hace dos años se le retiraron sus menstruos; es de raza blanca; nunca ha tenido manifestación sifilítica, y se ha ocupado siempre en oficios domésticos.

Antecedentes: hace tres años se le presentó un tumorcito del tamaño de una ciruela en la concavidad axilar del lado derecho, sin dolor; dicho tumorcito fue creciendo hasta el tamaño de una bola de billar, mostrándose de consistencia dura, liso en su superficie, sin adherencia á la piel ni hipertrofia de los ganglios cervicales. Examinada la región, se encuentra que el tumor se extiende por debajo de los músculos pectorales y alcanza hasta la región clavicular, produciendo un levantamiento muy notable del lado derecho del tórax; la glándula mamaria del mismo lado está aumentada de volumen, y en la piel que la cubre, se manifiesta claramente la circulación venosa; hacia la parte posterior de la concavidad axilar también se nota el abultamiento, como si el tumor ó sus ramificaciones hubieran levantado el omoplato derecho. El tumor puede tomarse entre las manos y limitarse perfectamente; se nota en él una pequeña adherencia con la piel que lo cubre en su parte más accesible. La presencia del tumor no permite á la enferma tener el brazo aplicado al tronco. No obstante haberle señalado los peligros de una operación quirúrgica, la paciente resolvió hacerse operar; pero el día 5 de Septiembre sufrió un golpe en la cabeza, en dirección de la línea media interparietal, con herida del cuero cabelludo. Al llamarme para verla, encontré que la herida estaba cubierta con una curación con carbón, polvo de quina y un vendaje. Contenida la hemorragia, me pareció prudente dejarla en tal estado; luego se le curó con fenol, y cuando ya estaba casi sana, se presentó una erisipela del cuero cabelludo, que había sido pronosticada; esta complicación fue tratada atendiendo á todas las indicaciones que dan los autores; pero no quedó limitada al cuero de la cabeza, sino que se extendió á la cara, las orejas y parte del cuello, acompañada de mucha fiebre, delirio, lengua roja y seca, pérdida del conocimiento y otros síntomas que sería largo enumerar; pues lo importante de la observación es que, días antes de sanar de la erisipela, notó la enferma que ya podía aplicar su brazo derecho al tronco; que el pecho estaba como el del lado opuesto, y que lo mismo se notaba en las regiones axilar

y escapular; que el tumor estaba reducido al tamaño de un huevo de gallina; que yá su consistencia era blanda; que no era doloroso como al principio; que no sentía, como antes, los hormigueos en el brazo; en una palabra, el tumor había desaparecido casi completamente. Esta regresión del tumor, y con ella la desaparición de las molestias que producía, me dieron mucho en que pensar, formando varias conjeturas sin que ninguna de ellas me satisficiera completamente. ¿Qué había sucedido? Veamos las conclusiones con que Coley termina en *The Americ. Journ. of Med. Scienc.*, de Mayo del presente año:

1.º Es un hecho comprobado la acción curativa de la erisipela sobre los tumores malignos;

2.º La acción sobre el sarcoma es más eficaz que sobre el carcinoma en la proporción de 3 á 1;

3.º El tratamiento de los tumores malignos que no deben operarse, se efectúa por las inoculaciones de erisipela;

4.º La acción curativa de la erisipela en los tumores malignos es sistemática, y *probablemente* es debida á los productos tóxicos del streptococcus; productos que pueden aislarse é inyectarse sin producir la erisipela; y

5.º Las inyecciones de erisipela no deben emplearse indistintamente en todos los casos, y solamente el porvenir dirá las indicaciones y contraindicaciones.

Tenemos, pues, que en Mayo del presente año el comprofesor americano había hecho yá la observación de que las inoculaciones de streptococcus de la erisipela curan los tumores malignos. Esta observación mía, en la cual no hubo inyección de erisipela, sino desarrollo espontáneo de esta enfermedad, en una región cercana al tumor, unida á las conclusiones del comprofesor americano, puede servir de base para nuevas observaciones, y bien vale la pena de poner en práctica el método de las inyecciones de erisipela para curar los tumores malignos que tántas víctimas hacen en la humanidad.

Toca á los comprofesores que viven en los centros civilizados, obtener los cultivos del streptococcus de la erisipela é inyectarlos en los tumores malignos para corroborar lo que acabamos de observar.

Sincelejo, Noviembre 11 de 1893.

V A R I A

CORRESPONDENCIA MEDICA

Ambalema (Tolima), Noviembre 10 de 1893.

(DOCTOR CAMILO QUIJANO C.)

De tres meses para acá ha aparecido una epidemia de fiebres, en apariencia poco graves, de intermitencias variadas, puesto que el paciente no puede fijar el día ni la hora de los ataques, como sí sucede en las fiebres intermitentes conocidas. Estas fiebres no respetan edad, sexo, temperamento ni condición social. Aparecieron durante el verano pasado, y han continuado con la misma intensidad hasta hoy, cuando ya nos hallamos en pleno invierno. El más ligero desarreglo en el régimen, hace aparecer el calofrío en las personas atacadas de esta fiebre. Cede el mal al empleo de la quinina y del llantén; pero en muchos casos hay que recurrir á una higiene rígorosa y al mucho abrigo para alcanzar la curación. En todos los casos estudiados el hígado se ha hallado indemne, y sólo el bazo ha aparecido hipertrofiado. Las grandes variaciones en la temperatura ambiente, consistentes en un fuerte descenso de ésta de las 2 á las 5 a. m., que al presente se observa, pudieran no ser extraños á la aparición de la epidemia.

Hase observado también la casi repentina desaparición de la langosta, coincidiendo este hecho con la aparición de violentas y repetidas descargas eléctricas, después de las cuales se ha observado un fuerte olor sulfuroso en la atmósfera. Posible es que estas descargas hayan sido causa de la emigración del *acridium*.

—
Envigado (Antioquia), Diciembre 4 de 1893.

(DOCTOR J. V. MALDONADO)

El estado sanitario de la población en el mes pasado fue bien satisfactorio hasta principios del segundo tercio del mes, época en que hubo un pequeño verano, bastante caluroso; y reapareció la *gripa*, que hacía dos meses ó poco más, había cesado. Creó que la variación del tiempo, después de un invierno segui-

do y tenaz, influyó en gran parte en el desarrollo de esta enfermedad. Ella ha afectado una forma febril, no pasando la temperatura, en la mayor parte de los casos, de 39°; lo contrario sucedió en meses pasados, cuando la enfermedad fue apirética, pues sólo en limitadísimo número de casos hubo una pequeña elevación de temperatura.

Como no ha pasado aún esta epidemia, me reservo un estudio algo detallado para el informe venidero, anticipando que hasta hoy no se ha presentado con síntomas graves. Sólo han muerto dos hombres de edad avanzada en los que había lesiones brónquicas anteriores, y eran asmáticos.

Las otras enfermedades no han mostrado hasta ahora nada especial digno de mención.

El movimiento de la población fue el siguiente:

NACIMIENTOS

Hombres, hijos legítimos...	10
Mujeres íd. íd.....	15
Suma.....	<u>25</u>

DEFUNCIONES

Hombres.....	2
Mujeres.....	2
Matrimonios.....	6

Tengo poca confianza en estos datos, pues no había costumbre de llevarlos con cuidado, y quizá habrá habido olvidos.

Espero que en los informes venideros todo se irá mejorando.

Bulagrande (Cauca), Diciembre 29 de 1894.

(DOCTOR ELIO B. GONZALEZ)

Acaba de ocurrir en una población vecina un caso que en obstetricia no es muy común:

La señora P. V., múltipara, pero cuyos partos no han sido nunca gemelares, dio á luz hace dos meses y días, tres niños de término, de tamaño normal, los cuales viven y se conservan robustos. Dos de ellos nacieron primero y en una misma pla-

centa; el tercero fue expulsado media hora más tarde, y tenía una placenta separada. El trabajo del parto fue pronto y sin mayores sufrimientos. Uno de los niños es indio, otro es blanco y el otro es moreno. La madre no ha tenido novedad ninguna.

La única enfermedad reinante hoy aquí es el catarro nasal y brónquico, con tanta intensidad desarrollado, que ha reducido al lecho á cuantas personas ha atacado.

MEDICINA PRACTICA

LA COCAINA COMO ANESTESICO

Muy generalizado el uso de la cocaína como anestésico local, tiene, sin embargo, el no pequeño inconveniente de dar lugar á accidentes consecutivos que no dejan de ofrecer cierta gravedad y que se ha procura lo evitar por diversos medios. Uno de ellos es el propuesto por el doctor Gauthier en un artículo publicado en la *Gazette des Hôpitaux*, que consiste simplemente en adicionar á la solución de cocaína que haya de emplearse una gota de una solución de nitroglicerina al uno por ciento.

M. Gauthier se funda en la creencia que tiene de que la nitroglicerina posee la propiedad de dilatar los vasos sanguíneos del cerebro como lo hace también el nitrito de amilo, y dice que, transcurridos algunos minutos después de haber hecho una inyección hipodérmica con una solución al uno por ciento de dos ó tres gotas de nitroglicerina, el rostro se pone rubicundo y se experimentan en él llamaradas de calor, la conjuntiva se enrojece y el individuo á quien se ha hecho la inyección se queja de que la cabeza le arde. El autor ha utilizado esta acción, contraria á la ejercida por la cocaína, y desde hace dos años emplea hipodérmicamente este medicamento de la manera que queda dicho.

Rev. Méd. Chirurg. Americ.

Los artículos no firmados pertenecen á

LA REDACCIÓN.