

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1.º, Dr. Carlos Michelsen U.—2.º, Dr. José María Lombana Barreneche.

## TRABAJOS ORIGINALES

### DIFTERIA

DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y SEROTERÁPICO

Por el doctor Juan David Herrera.

(Continuación).

“ Los animales que reciben la antitoxina diftérica, se vuelven refractarios á la enfermedad en un tiempo muy corto, casi inmediatamente; pero esta inmunidad no persiste, y después de algunos días ó de algunas semanas, desaparece, mostrándose, de este modo, muy diferente de la que se obtiene por medio de inyecciones sucesivas de veneno diftérico.” (Esta última constituye la verdadera inmunización, que es distinta de la primera que constituye la profilaxia, que es transitoria).

Yá hemos dicho más atrás el sistema de Behring para titular un suero ó para determinar su actividad. Este sistema ha sido reemplazado por el propuesto por Ehrlich, á saber: la unidad inmunizante está representada por un décimo de centímetro cúbico de un suero que, mezclado con 9 décimos de centímetro cúbico de toxina normal, la neutraliza hasta el punto de que la totalidad inyectada debajo de la piel de un curí no produce ningún edema.

A este respecto agrega Roux: “ Como quiera que sea, nos bastará decir que la toxina empleada por nosotros mata

en cuarenta y ocho horas, á la dosis de un décimo de centímetro cúbico, un curí de 500 gramos, y que si se mezcla esta cantidad á 9 décimos de centímetro cúbico de antitoxina, no se observa que se produzca ningún edema en el animal. No existe tampoco reacción local, si se inyecta un centímetro cúbico de la mezcla que contenga un treintavo de suero; con la mezcla á un cincuentavo, prodúcese un ligero edema, pero el cobayo queda perfectamente sano.”

“El poder preventivo del suero se manifiesta cuando se da éste antes que la toxina. En tales condiciones, los animales resisten siempre si la cantidad del suero guarda proporción con la de la toxina. Basta que los curíes hayan recibido doce horas antes un cienmilésimo de su peso en suero, para que resistan á una dosis de toxina que mata á los cobayos testigos en cinco días. Con un cincuentamilésimo soportan una inyección de cultivo diftérico mortal en cuarenta y ocho horas para los testigos.”

“Si se introduce primero la toxina, se necesita entonces una cantidad de suero tanto mayor, cuanto más tarde se ha intervenido; después de seis horas, las inyecciones de suero á un milésimo son eficaces, pero dejan yá de serlo pasadas doce horas. En cambio, después de la inoculación subcutánea del bacilo diftérico, la intervención es aún activa, hasta doce y diez y ocho horas después de la infección.” (Esto se explica porque el bacilo diftérico introducido en el organismo necesita cultivarse en él para la producción de la toxina, y de ahí el mayor tiempo necesario para que se manifieste la intoxicación diftérica, que cuando se inocular directamente la toxina generada en un cultivo artificial, fuera del organismo).

“En resumen: el suero antidiftérico dista de tener las propiedades inmunizantes del suero antitetánico, el cual es preventivo á un cienmillonésimo, y, sin embargo, da resultados terapéuticos muy superiores á este último.”

“Si después de haber inyectado preventivamente suero antitóxico, se determina experimentalmente la difteria vulvar en el cobayo hembra, se nota que desde el segundo día las lesiones locales disminuyen, las falsas membranas se despren-

den, mientras que, en los testigos, la mucosa es roja, edematosa, la temperatura elevada, y el estado general malo.”

“ Si, de otro lado, después de la inoculación diftérica, se inyecta el suero en las dosis de un diezmilésimo á un milésimo del peso del animal, éste cura perfectamente y, á partir del segundo día, se nota que yá las falsas membranas se desprenden.”

“ Cuando para colocarse en lo posible en las condiciones de la patología humana, se inyecta preventivamente á un conejo suero antitóxico, y luégo se le inocula la difteria traqueal, se observa entonces que la enfermedad no se traduce por ningún malestar aparente, si se tiene el cuidado de inyectar el suero antidiftérico á dosis suficiente. Asimismo, una inyección de ese mismo suero, después de la infección, detiene rápidamente una difteria yá bien desarrollada, *con tal que la inoculación sea hecha temprano.*”

El resto de la comunicación de Roux se refiere al tratamiento seroterápico en la difteria humana. Presenta una estadística de 448 niños tratados por su procedimiento, en que la mortalidad bajó á 24,33 por 100, cuando las estadísticas anteriores daban el 50 y el 63,20 por 100; y en los casos de *crups* la mortalidad antigua era de 87 por 100, habiendo bajado con el nuevo tratamiento á 34,28 en los casos graves.

Por otra parte, las estadísticas anteriores se refieren á los casos graves, es decir, á aquellas difterias y *crups* en que el bacilo de Löffler se halla al mismo tiempo asociado á otros microorganismos, que es lo más frecuente, en las cuales la intoxicación es más enérgica. La gravedad de estos casos es más ó menos acentuada según el microorganismo que acompaña al bacilo diftérico. De estas asociaciones la más grave es la del *estreptococcus*, después sigue la del *estafilococcus piogeno* y por último la del pequeño *coccus*. Las anginas diftéricas puras, es decir, sin asociaciones microbianas, no dan con el nuevo tratamiento sino una mortalidad de 1,66 por 100; esta mortalidad llegará á ser nula si la enfermedad es tratada temprano y con dosis suficiente de suero.

Roux termina su comunicación haciendo notar que con el

nuevo tratamiento seroterápico, ha proscrito todo tratamiento local de las falsas membranas del istmo de la garganta, y cuando más practica irrigaciones de agua hervida simple ó adicionada de licor de Labarraque al 50 por 1,000.

Las comunicaciones que en el mismo Congreso hicieron sobre el particular los señores Heubner (de Berlín), á nombre de Behring y Aronson (de Berlín), concuerdan en un todo con lo expuesto por Roux, y todos convienen unánimemente en la perfecta inocuidad del suero antidiftérico. La estadística presentada por Aronson da la mortalidad de 11,2 por 100, sobre 192 enfermos atacados de difteria, cuyo diagnóstico fue comprobado por el examen bacteriológico. El mismo Aronson manifestó que también había empleado el suero antidiftérico para inmunizar á los niños de las familias donde había casos de difteria, y que de 130 niños inmunizados así para evitarles el contagio, sólo dos habían contraído una difteria benigna. Para estos casos Aronson empleó siempre sólo un centímetro cúbico del suero antidiftérico preparado por él, que según su afirmación, es tres veces más fuerte que el preparado por Behring, y semejante al de Roux, pues es obtenido por la inmunización de caballos con cultivos al través de los cuales se ha hecho pasar una corriente de oxígeno.

(Continuará).

---

## LECCION

DADA EL 3 DE MARZO EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DE  
PATOLOGÍA EXTERNA POR EL PROFESOR  
AGUSTÍN URIBE

*Aneurisma de la aorta abdominal, del tronco celiaco y de las arterias que terminan este tronco.*

La enferma que ocupó en el servicio la cama número 113 es un caso raro de historia clínica interesante y de difícil diagnóstico. A relatar este caso consagraremos la lección de hoy.

ANTECEDENTES.—Es una mujer de 35 años, soltera, de

menstruación irregular. Tuvo un hijo ahora seis años, que murió de diarrea. Ha tenido sarampión, fiebre tifoidea y reumatismo articular agudo. De cuando en cuando arroja con los excrementos pedazos de tenia. La enferma asegura que hace bastante tiempo, á consecuencia de haber estado lavando 48 horas consecutivas, tuvo un fuerte dolor en la región dorsal, y que permaneció entonces ocho días acostada, sin evacuar. A fines de Agosto del año próximo pasado entró al Hospital y se le dio la cama número 100. En esa época existían yá el tumor que veis ahora, y numerosos gangliones pequeños, duros, situados éstos en las regiones inguinales. Había otros síntomas más sobre cuya naturaleza específica era imposible equivocarse. Estudiábamos el punto para fijar el diagnóstico, cuando la enferma pidió su alta y salió del Hospital aparentemente mejorada por el reposo y por la administración del yoduro de potasio, que tomó á la dosis de seis gramos diarios.

ESTADO ACTUAL.—La enferma, que escoge preferentemente el decúbito lateral derecho, es pálida, demacrada; sus ojos, de mirada apagada, tienen la esclerótica blanca; la lengua sucia, cubierta de una capa amarillenta; su *facies* es hepática. Por las tardes hay fiebre y escalofríos, que suelen venir también por las mañanas. El pulso pequeño, apenas perceptible, frecuente, igual.

Colocándola en el decúbito dorsal aparece á la vista un tumor irregular, cuya parte más saliente ocupa las regiones epigástrica y umbilical, sobre todo la primera, tumor que ocupa también el flanco y el hipocondrio izquierdos, metiéndose bajo el reborde costal del mismo lado; se dirige luego trasversalmente al lado derecho y desciende verticalmente, al parecer, por delante del colon ascendente, pues hay macidez á la percusión, y baja hasta el medio de una línea tirada del ombligo á la espina ilíaca anterior y superior derecha. Dicho tumor es renitente, elástico, no movable. Los músculos rectos anteriores, por movimiento de defensa, están duros, contraídos.

El tumor es sensible á la presión por suave que ésta sea, sobre todo del lado derecho sobre la región hepática. El simple decúbito dorsal es doloroso, é instintivamente la enferma busca descanso en el decúbito lateral derecho. El tumor pare-

ce estar adherido á la pared abdominal anterior, porque aunque la piel desliza con facilidad sobre el tejido celular subcutáneo, los músculos rectos se sienten inmóviles y fijos, así como lo está el tumor.

Hay macidez sobre el tumor, macidez que se extiende á toda la región hepática; el nivel superior del hígado corresponde al quinto espacio intercostal derecho. La sonoridad principia al nivel del ángulo del colon descendente y del ombligo, y continúa hacia abajo.

A la simple vista se nota un movimiento de impulsión que la mano percibe al aplicarla sobre el tumor, impulsión isócrona al pulso. Superficialmente, en un punto fijo colocado á 4 centímetros arriba del ombligo y á dos de la línea blanca hacia la izquierda, punto que se limita con la pulpa del dedo medio, se siente el *thrill*, y allí mismo se oye, con el estetoscopio, un soplo continuo con reforzamiento sistólico. El soplo tiene estas particularidades: 1.º, que se oye únicamente en ese punto; 2.º, que no desaparece en el decúbito lateral derecho; y 3.º, que cesa si se comprime un poco el tumor con el estetoscopio; el soplo es, pues, superficial.

El pulso radial y el femoral son perfectamente isócronos. La presión arterial en las femorales *parece* ser menor que la de los otros vasos similares. Al tomar el pulso femoral, si se comprime el tumor, desaparece aquél, pero al hacer la *descompresión* brusca se nota un retardo en la reaparición de las pulsaciones (Signo de François Franck). No se pudo desgraciadamente tomar un trazado esfimográfico comparativo para medir la amplitud de las pulsaciones en las diferentes arterias y sobre el tumor.

Los dolores no eran suficientemente fuertes para provocar la claudicación intermitente que señala Rendu. Había un poco de paresia en las extremidades inferiores.

DIAGNÓSTICO.—Aquí tenéis los datos con los cuales es indispensable formular un diagnóstico preciso é inmediato.

Se trata evidentemente de un tumor líquido, y debe descartarse sin vacilación la idea de que ese tumor corresponda á masas ganglionares, en el gran epiplón, de origen tuberculoso. Esta suposición es inadmisibile y no merece discutirse.

La discusión sobre la naturaleza del tumor debe versar únicamente entre un absceso del hígado colocado sobre la aorta y comprimiéndola, y un aneurisma, y admitido éste, indicar el vaso abdominal dilatado.

Debo confesaros, y así os lo manifesté el día que examiné á la enferma, que estuve perplejo en el diagnóstico, porque ambas hipótesis tenían base sintomatológica. El absceso, por ejemplo, tenía en su apoyo la fiebre, los escalofríos, el dolor hepático, la hipertrofia del hígado, la facies, la diarrea, la ausencia de dolores en los miembros inferiores; y el aneurisma ofrecía un cuadro clínico completo: los movimientos de expansión, el soplo, el *thrill*, que aunque de percepción difícil, sí existía indudablemente, el signo de retardo de François Franck. Pero en cambio el pulso radial y el femoral eran isócronos, lo que venía á oscurecer el diagnóstico, pues para Marey la falta de isocronismo es signo patognomónico de aneurisma. Es verdad que en los vasos voluminosos, dilatados, la circulación puede regularizarse abajo del saco y no haber retardo, ó bien el aneurisma podía residir en alguna colateral importante de la aorta abdominal, como la renal por ejemplo, y no perturbar la circulación en los miembros inferiores.

Teniendo en cuenta que la exactitud en el diagnóstico era importantísima, puesto que, si se trataba de una colección purulenta hepática, la intervención quirúrgica era necesaria y se imponía y podía ser salvadora, decidí practicar una punción exploradora con la aguja más delgada del aspirador de Potain, tanto más justificada cuanto que esas punciones hechas con todas las precauciones antisépticas son absolutamente inofensivas. La hice sobre la masa resistente derecha, al nivel de la parte media de una línea tirada del ombligo al reborde costal derecho, después de haberme asegurado por la percusión que no había ningún intestino interpuesto entre el tumor y la pared anterior del abdomen. La aguja atravesó como seis centímetros de pared, y penetró en un saco aneurismático que pudimos calificar así, puesto que salió sangre arterial en chorro continuo. Retiróse la aguja sin que ocurriera ningún contra-tiempo.

El diagnóstico de aneurisma era, pues, indiscutible, pero

¿en qué arteria residía la dilatación? ¿Era en la aorta? ¿Era en la renal? No. Me decidí por el tronco celíaco y os dí las razones en que me fundaba para esta afirmación. Fueron estas: el sitio del tumor, su forma irregular y sus prolongamientos, la ausencia de retardo en la pulsación femoral y el hecho de que los aneurismas de la aorta abdominal se encuentran casi siempre á ese nivel.

Así pues, mi diagnóstico ese día, después de la punción, fue el siguiente: aneurisma en el origen del tronco celíaco con dilatación de las tres arterias en que termina el tronco.

Cuarenta y ocho horas después esa enferma murió; se fue extinguiendo lentamente, modo de terminación que es frecuente en esta clase de aneurismas. La autopsia reveló: 1.º, que el saco principiaba en el tronco celíaco y comprometía las arterias que lo terminan, las cuales estaban sumamente dilatadas, y en un largo trayecto hacían parte del saco aneurismático; la aorta seguía alterada hasta su bifurcación; y 2.º, que la muerte sobrevino por una ruptura espontánea de la pared posterior del saco á 10 centímetros de distancia del punto puncionado, el cual estaba cicatrizado. La sangre que había salido poco á poco se encontraba en la cavidad pleural derecha.

El saco era enorme y tenía destruidas las últimas vértebras dorsales y las primeras lumbares, y sin embargo, no hubo signos de compresión medular con sus dolores paroxísticos que provocan la claudicación intermitente.

## BOTANICA

### LEGUMINOSAS DE COLOMBIA

(Monografía para la REVISTA MEDICA, por S. Cortés).

(Continuación).

*Ph. longipedunculatus* Mart. En Villavicencio según Tr., y en otros lugares de la América intertropical.

*Ph. semirectus* L. Sutton Hayes encontró esta planta en Panamá. Probablemente es sinonimia de la especie anterior.

*Ph. speciosus* H. B. K. Se encuentra en el Quindío. El Ph.



amplus (Benth. bot. of sulph.) es probablemente sinonimia de esta misma especie.

*Ph. pilosus* H. B. K. En las riberas del bajo Magdalena, cerca de Morales. H. B.

*Ph. peduncularis* H. B. K.; H. y B. encontraron esta planta al Norte del Tolima, á 800 metros de altura.

*Ph. lunatus* L. Se llama vulgarmente *yerba del monte* en Panamá.

**Vigna** Endl. número 6,675. Difiere poco este género del anterior. La carena es simplemente arqueada y no en espiral; igual cosa sucede con el género *Dolichos*. Es tal la semejanza de estos 3 géneros, que se confunden ordinariamente en las colecciones, según Baillon. Se diferencian por la carena.

*V. luteola* Benth. (*Dolichos mexicanus* Schlecht.). Sutt. H. indica esta especie en el puerto de Colón, en el Istmo de Panamá.

*V. vexillata* Benth. Seemann la encontró cerca de la ciudad de Panamá.

*V. oblonga* Benth. Bot. of sulph. Este mismo autor la señala como de la isla de Gorgona.

**Dolichos** Endl. número 6,676. Son plantas volubles ó erguidas; hojas trifolioladas; las flores son solitarias ó fasciculadas en racimos axilares; las flores son semejantes á las del *Phaseolus*, pero con la carena sencillamente arqueada y no en espiral.

*D. emarginatus* Jacq. Se encuentra en muchos lugares de Colombia. Especie semejante al *D. miniatus* H. B. K. de la isla de Cuba, cuyas raíces se emplean como purgantes.

**Galactia** es el único género de la subtribu de las galactieas que se encuentra en la República. Su inflorescencia es igual á la de los 3 géneros anteriores; las brácteas son pequeñas y caducas; el cáliz tiene de ordinario sus dos divisiones superiores reunidas en una sola pieza; el estambre vexilar es libre y el estilo glabro.

*G. cubensis* H. B. K. Triana encontró esta especie en Villavicencio y en el Alto Magdalena; Goudot en Coyaima é Ibagué.

*G. lindenii* Benth. En Soatá y en otros lugares de Colombia. Especie encontrada por Linden y Triana.

*G. filiformis* Benth. (Galega, Jacq.; Galatia berteriana D. C.). Se encuentra cerca de la estación del Paraíso en el Istmo de Panamá. Seem., Sutt. H.

*Eitrineas*, forman una subserie que se compone en Colombia de los 2 géneros siguientes:

**Erythrina** L.; Corallodendron T. Se compone de árboles y arbustos á veces espinosos, con hojas bifolioladas; las flores están en racimos axilares, sin hojas, ó terminales; el estandarte es más pequeño que la carena ó que las alas; ó el estandarte es grande y las alas menores que la carena; las brácteas florales son más pequeñas que las alas.

*E. umbrosa* H. B. K. Arbol grande utilizado especialmente para proteger las plantaciones de cacao; lleva los nombres vulgares de *cámbulo* en Cundinamarca; *anaco* en el Socorro; *bucare* en el bajo Magdalena; *barbutuco* en Ocaña; *ceibo* en Cúcuta. El písamo de Antioquia y Cauca, y el cachimbo son probablemente especies nuevas, indeterminadas.

*E. rubrinervia* H. B. K. Vulgarmente *chocho*; se encuentra en todas las tierras calientes de la República.

*E. edulis* Tr. et Pl. Vulgarmente *balú* en Cundinamarca; *chachafruto* en Antioquia, *nopás* en Santander.

*E. glauca* Willd. Duchassaingia glauca Walp. in Linn. Se encuentra en Panamá y en la América Central. (Bardet nouv. rem.; Journ. de therap.).

*E. velutina* Willd. Se encuentra en Colombia, el Brasil y las Guayanas. Fl. Br.

**Mucuna** Adans.; Negretia R. et P. Prodr., 98, t. 21. Son generalmente plantas trepadoras de hojas semejantes á los *Phaseolus*; las flores, sostenidas por largos pedúnculos, están en racimos cubiertos por brácteas caducas; las legumbres se hallan, de ordinario, cubiertas de pelos urticantes y duros. Este género habita en la región cálida entre los trópicos.

*M. mutisiana* D. C. prodr. 11, 406; Negretia mutisiana H. B. K. Tiene este bejuco el nombre vulgar de *pica-pica* en Santander; *ojo de buey* y *ojo de venado* en Cundinamarca. La planta entera tiene aplicación importante en las hemorroides

y los pelos urticantes de las legumbres se usan como poderosos vermícidias (1).

*M. mollis* D. C.; *Negretia mollis* H. B. K. En la vertiente occidental del Quindío á 1,200 metros, según Tr.

*M. planchoniana* (2). Especie nueva que se encuentra en Barbacoas, y en otros lugares de la Cordillera Occidental hasta el Ecuador.

*M. albissima* D. C. II, 405. Se llama *ojo de venado* en Panamá.

Los dos géneros siguientes forman parte de la subserie de las *Diocleas*.

**Dioclea** H. B. K. Tiene la inflorescencia semejante á las *Eritrinas*; el cáliz es de 4 divisiones, siendo más ancha la posterior; el estambre vexilar, libre en la base, se une después á los 9 estambres restantes; el estilo es imberbe. Son arbustos volubles de América, Asia y Africa tropicales.

*D. sericea* H. B. K.; H. y B. encontraron esta planta cerca de Honda, Triana en Almaguer, Goudot en Ibagué y el Chaparral, Lewy en Guaduas.

*D. guianensis* Benth. Se encuentra en todo el Magdalena, y en Aguachica según Schlim. Sutton H. señala esta especie en la estación del Imperio en el ferrocarril de Panamá.

*D. tolimensis*. Especie nueva encontrada por Goudot entre el Gigante y Garzón y en Coyaima.

*D. panamensis* Seemann. Fendler encontró la especie en Chagres, Duchassaing en Panamá.

*D. tequendamae*. Especie nueva encontrada por Triana entre La Mesa y Tocaima, y por Goudot en el alto Magdalena.

**Canavalia** D. C., Adans Fam., des pl., II, 325. Son yerbas volubles ó postradas, de hojas trifoliadas; con muchos caracteres comunes con el género anterior. Las flores son grandes y hermosas, blancas, rosadas ó violadas.

*C. gladiata* D. C., Goudot la encontró en Amoyá y en el

(1) *Flora de Colombia*, por Santiago Cortés. Bogotá. 1897, página 31.

(2) Como especie nueva la dedicamos á la memoria del sabio Planchon, botánico francés, muy conocedor de la Flora de Colombia, y compañero de Triana.

alto Magdalena; Duchassaing en Panamá; Seemann en la isla de Taboga.

*C. obtusifolia* D. C. Encontrada por Fendler en Chagres, y por Duchassaing en Panamá.

*C. villosa* Benth., Seemann la encontró cerca del volcán de Chiriquí.

La tribu de las *Glicinias* que comprende en Colombia los géneros *Teramnus*, *Cologania*, *Periandra*, *Centrosema* y *Clitoria* forma un grupo natural. El estambre vexilar es libre ó unido á los 9 restantes. El estandarte está desprovisto de apéndices ó solamente sus bordes están ligeramente doblados hacia la base. El estilo es glabro, con excepción del género *Clitoria*.

**Teramnus** P. Br. El cáliz es entero con los dos lóbulos superiores soldados en mayor extensión; los pétalos siempre desiguales y el estandarte suborbiculado, subauriculado en la base con los bordes doblados; 10 estambres de ordinario monadelfos; el estilo en forma de gancho en la legumbre (1). Son plantas herbáceas volubles, de la zona ecuatorial.

*T. uncinatus* D. C., Prodr. II, 382. Se encuentra en Panamá.

*T. volubilis* D. C. l. c., Bertero encontró esta planta en Mompós; Goudot en La Vega.

*T. discolor*, syn. *glycine discolor*, *trapichito* según Triana.

**Cologania** Kunth, Endl., gen. 6,633. Son plantas herbáceas volubles, de los Andes intertropicales; las hojas trifoliadas, rara vez 1—5—folioladas. Las flores están dispuestas en racimos cortos.

*C. procumbens* Kunth. Se encuentra cerca de Popayán. H. B. Esta especie es unifoliolada.

*C. ovalifolia* H. B. K. Nov. gen. et Spec. VI, 412. Goudot encontró esta planta en las cercanías del Salto de Tequendama, y en el sitio de Las Tapias en el Quindío. Funck y Schlim en Mérida de Venezuela.

**Periandra** Mart. Sus pétalos son desemejantes: el

---

(1) *Genus caeterum vix a glicine separandum. Wight et Arn., Prodr. 208.*

vexilar suborbiculado, las alas oblicuas, la ancha carena apenas más pequeña que las alas; 10 estambres, el vexilar más ó menos soldado con los restantes; legumbre comprimida. Son yerbas ó arbustos erguidos ó volubles, de hojas 3 ó 1—folioladas; las flores son hermosas, azules ó rojas. Sus especies son de la América tropical; las 5 conocidas sólo se han encontrado en el Brasil. (Benth., in Mart. Fl. bras.); Una especie dudosa en las Antillas.

(Continuará).

## REPRODUCCIONES

### LEPRA

(Extracto del doctor E. Kummer, traducido por el doctor M. N. Lobo).

(Conclusión).

En cuanto á la lepra de familia, no conozco ningún hecho que se oponga á admitir que se transmite por heredo-contagio. A este respecto mencionaré el ejemplo siguiente, que me parece demostrativo: una mujer, leprosa desde hace doce años, tiene cuatro hijos, de los cuales el mayor, de 18 años, es bien sano; el segundo, de 14 años de edad, parece sospechoso de lepra; otro de 10 años presenta síntomas leprosos; en fin, el más joven, que tiene seis años, está atacado de lepra grave. Para mí, *herencia* de la lepra significa *heredo-contagio*. Por lo demás, en Oriente la lepra es tan contagiosa como en cualquiera otra parte.

KUBLER (de Berlín).—En un viaje que hice á Rusia, recogí la observación siguiente: una joven salida de una familia sana, y que había habitado en país no leproso, fue á vivir con su suegra, que era leprosa; ella ha quedado indemne, pero sus tres hijos han venido á ser leprosos. Su hermana, que había venido á verla, durmió con los niños leprosos; vuelta á su país, se volvió leprosa á su vez, así como sus propios hijos, otra hermana y su cuñado.

DYER (de Nueva Orleans).—Desde 1878 la lepra ha

aumentado mucho en mi país; yo mismo he observado 118 casos. Todas las clases de la población son atacadas.

ALVAREZ (de Honolulu).—Hacia 1844 la lepra fue importada á Hawaii por colifes chinos; el primer caso de lepra en un indígena fue relatado en 1850 por el doctor Baldwin. En 1865, la lepra había tomado en Hawaii una extensión tal, que hubo necesidad de dictar una ley severa para el aislamiento de los enfermos y de crear una colonia de leprosos en la isla de Molokai, la cual contiene actualmente 1,250 enfermos sobre una población de 35,000 almas.

En Hawaii los extranjeros mismos contraen la lepra: en 1890 diez ingleses ó americanos hacían parte de la colonia de los leprosos, y un número casi igual de extranjeros leprosos abandonaron el país.

Jamás he visto un recién nacido leproso: el leproso más joven que haya observado, tenía tres años y medio. Habitualmente, los leprosos no tienen hijos; se sigue de aquí que si la enfermedad fuera generalmente de origen intra-uterino, hace largo tiempo que se hubiera extinguido por sí misma. Por otra parte, las costumbres de los indígenas de Hawaii permiten comprender la frecuencia del contagio; en efecto, no poseen sino una sola pipa para toda una familia, y, cuando están en visita, cada uno, después de haber echado una ó dos bocanadas de humo, pasa la pipa á su vecino, que hace lo mismo sin darse la pena de enjugar la saliva del precedente fumador. Algunas veces no tienen cucharas, y para dar á los enfermos el agua, el alimento ó un medicamento, se llenan la boca y hacen pasar el líquido á la boca del enfermo aplicando los labios sobre los de este último.

HANSEN.—Las numerosas observaciones recogidas en Noruega demuestran de la manera más evidente la contagiosidad de la lepra. Los emigrados noruegos, aunque provenientes de país y de familias en que reina la lepra, no vienen á ser ordinariamente leprosos en América; la causa, á mi parecer, está en las condiciones más favorables de higiene alimenticia y doméstica que encuentran en los Estados Unidos. Entre los descendientes de los emigrados noruegos en América no he observado un solo caso de lepra.

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA LEPRA, Y EN PARTICULAR SOBRE  
LA SEROTERAPIA ANTILEPROSA.

HALLOPEAU (de París).—He tratado en el Hospital San Luis cinco casos de lepra tuberculosa por el suero de Carrasquilla, y, en tres de estos casos, los resultados han sido absolutamente negativos; dos de estos enfermos han tenido oleadas intensas durante este tratamiento. Si se considera que en la lepra las remisiones sobrevienen espontáneamente después de las oleadas agudas, no se podrá afirmar que haya mejoría, y *à fortiori*, curación, sino cuando los tubérculos se reabsorban enteramente, y si, después de largos intervalos, no se producen nuevas oleadas.

DYER.—Hace algunos años el doctor Carreau (de la Pointe-à-Pitre) recordaba, á propósito de dos leprosos que él había tratado por el clorato de potasa, una observación del doctor Brassac, relativa á un brasileño atacado de lepra tuberculosa, quien, habiendo sido mordido por una serpiente cascabel, vio sus lepromas deprimirse muy rápidamente después de la picadura. Basándome en este hecho, comencé en Mayo de 1887 experimentos con el suero antiponzoñoso de Calmette. Cinco casos de lepra fueron tratados por inyecciones subcutáneas de uno á once centímetros cúbicos, practicadas cada dos días al principio, y en seguida todos los días. Se ponían las inyecciones en la región glútea, en el espacio inter-escapular, y excepcionalmente en el tejido lepromatoso. Mientras que se practicaban estas inyecciones, se suspendía todo tratamiento. En cuatro de los cinco casos así tratados, he obtenido una mejoría marcada. El resultado quedó negativo en el último caso.

BESNIER.—Creo en la curabilidad de la lepra. He cuidado, en efecto, dos leprosos que considero como que están actualmente curados. Os presento las fotografías tomadas antes y después del tratamiento de uno de estos dos enfermos: se trata de un joven, estudiante de ciencias, que no ha tenido ninguna oleada, ni ninguna manifestación leprosa desde 1893. La otra enferma es una señorita curada igualmente.

Hé aquí el tratamiento que he empleado: higiene general, baños y curación cuotidianos, aplicación del galvano-cauterio al nivel de todos los lepromas, y administración al interior del aceite de chaulmoogra á alta dosis, es decir, una dosis superior á 200 gotas por día, tomadas en cuatro á seis veces.

La indicación del aceite de chaulmoogra se presenta en los países fríos ó en las estaciones frías, y su aplicación es realizable en los individuos cuyas vías digestivas lo toleran, individuos que, entre los leprosos de todo orden, no forman la mayor parte.

El aceite de chaulmoogra, que debe siempre ser ingerido *después* de las comidas, se administra en cápsulas, en obleas, bajo forma de emulsión ó mezclado á un aceite como el de hígado de bacalao, por ejemplo; algunos individuos tienen necesidad de tomar al mismo tiempo un poco de champagne, de grog, de té, de vino generoso, etc.

Las dosis son enteramente individuales, y deben siempre ser graduadas, comenzando por cinco á diez gotas, y aumentando poco á poco, según la tolerancia.

Ciertos enfermos alcanzan penosamente la dosis de 50 á 100 gotas: entonces el resultado es dudoso. Otros van hasta 200 gotas, y aún más: en estas circunstancias es cuando las mejorías obtenidas parecen incontestables.

En todos los casos, la medicación por el aceite de chaulmoogra, reclama la observancia y la dirección personal y real del médico tratante. He indicado, en muchas ocasiones, que el riñón debía ser atentamente vigilado, y que existían—yo mismo los he observado—casos de nefritis albuminosa debida á una administración no medida para cada individuo, y no vigilada, del aceite de chaulmoogra.

ABRAHAM (de Londres).—Con la colaboración del doctor C. L. Hermann, he experimentado un suero diferente del de Carrasquilla. Después de haber exprimido el jugo de lepromas frescos, y de haberlo mezclado con una solución de agua salada, lo he inyectado á un caballo sano: este último nos suministró entonces un suero que nos sirvió para inocular tres leprosos en Londres; el mismo experimento fue intentado en el Cabo sobre otros tres leprosos de *Robben Island Leper Hospital*.



Dos de los leprosos de Londres parecen haber obtenido algún beneficio de las inyecciones; éstas son dolorosas, han producido en un caso síntomas inmediatos graves que han forzado á abandonar el tratamiento. Un ensayo intentado con el suero de Carrasquilla, nos ha dado un resultado negativo en un leproso; en *Robben Island*, el tratamiento de Carrasquilla, ensayado en muchos casos, se ha mostrado igualmente ineficaz.

BARILLON (de Alger).—Siendo interno de la clínica de M. Gémy, en Alger, he podido hacer las observaciones siguientes, relativas al procedimiento seroterápico de M. Carrasquilla. En dos individuos tratados de esta manera, hemos comprobado una notable elevación de la temperatura, asociada á vértigos, sudores, cefalalgia, artralgias y una gran depresión. Hemos tenido también en dos ocasiones, en nuestro primer enfermo, reacciones exageradas con cianosis y asfixia que empezaba. Uno de los pacientes recibió doce inyecciones que representan 91 c. c. de suero; el otro seis inyecciones que representan 21 c. c. de suero.

Las modificaciones producidas en las lesiones observadas al principio, no han sido bastante profundas para que podamos suponer que la seroterapia antileprosa tenga una superioridad muy marcada sobre los otros tratamientos preconizados hasta hoy.

UNNA (de Hamburgo).—Para combatir la lepra he recurrido á un tratamiento general combinado con aplicaciones locales. Al interior, doy estricnina é ichtyol; el aceite de chaulmoogra nõ ha sido soportado por mis enfermos. Exteriormente prescribo unciones mercuriales, ácido salicílico mezclado con jabón verde, y cauterizaciones con potasa cáustica ó ácido fénico concentrado; empleo igualmente, pero con inferiores resultados, el ácido nítrico y el ácido acético para cauterizar los lepromas.

DEHIO.—En 19 leprosos de forma tuberosa, y en 4 de forma maculosa, he ensayado el tratamiento de Carrasquilla; pero no he obtenido resultado alguno favorable. Por el contrario, he observado, después de las inyecciones, fiebre é infiltración al nivel de la picadura.

**ARNING.**—He empleado la seroterapia según el procedimiento de M. Carrasquilla en un caso de lepra tuberculosa muy grave, en un joven de veintiún años, enfermo desde hace dos. Tres días después de una inyección de 3 c. c. de suero de Carrasquilla, hubo fiebre y aparecieron nuevos tubérculos que se reblandecieron y se exulceraron: en la secreción de estas ulceraciones encontré bacilos de Hansen en gran número, pero no microbios piógenos (estafilococos ó estreptococos). Estas ulceraciones curaron rápidamente, y el enfermo aumentó de peso: al cabo de quince días de tratamiento había engrosado 5 kilogramos. El paciente que desde hacía dos años no podía dormir sino gracias á la morfina, recuperó el sueño; las ulceraciones leprosas situadas sobre las mucosas palatina y faríngea, tratadas desde hacía dos años, sin éxito, curaron todas, y la voz del enfermo vino á ser fuerte y clara, de ronca y débil que era antes.

El individuo que en este momento era considerado como en buena vía de curación, recibió 5 c. c. de suero de Carrasquilla, proveniente de un nuevo envío; cuatro días después presentó fiebre sin ninguna reacción cutánea; desde entonces la fiebre no ha abandonado el enfermo, que ha perdido todo el terreno ganado, y que se encuentra actualmente tan mal como antes del tratamiento.

**BRIEGER** (de Berlín).—En dos leprosos tratados por el procedimiento de M. Carrasquilla, he observado fiebre y una erupción de urticaria, sin el menor resultado terapéutico. El ichtyol y las cauterizaciones han sido igualmente ineficaces.

**CARRASQUILLA** (de Bogota).—Puedo afirmar que en mi país he obtenido por medio de mi tratamiento por el suero, resultados de tal manera favorables, que considero mis enfermos como curados, si es que es permitido hablar de curación para la lepra.

**NEISSER** (de Breslau).—Con el suero de Carrasquilla he obtenido, en ciertos casos de lepra, no la curación, pero sí una mejoría.

El yodo obra por lo demás de una manera análoga al suero de Carrasquilla, y las inyecciones yodoformadas me han dado resultados bastante buenos.

BUZZI (de Berlín) presenta un leproso tratado por el suero de Carrasquilla y que se encuentra actualmente en vía de mejoría.

WEBER (de Halle) muestra un enfermo atacado de lepra y mejorado por aplicaciones de ácido salicílico.

KALINDERO.—El petróleo bruto, tal como se obtiene en mi país, tomado á la dosis de dos gramos por día, me ha dado resultados entusiasmadores. Estoy dispuesto á enviar esta misma especie de petróleo á los médicos que me pidan, á fin de que todos puedan experimentar con el mismo producto.

EHLERS (de Copenhague). —Me parece que inyecciones de suero de caballo normal, darían los mismos resultados que los que se obtienen con el suero de Carrasquilla. M. Haslund me ha dicho que las inyecciones mercuriales le habían prestado servicios, pero que más tarde había observado recidivas.

DEHIO.—He hecho en otra época ensayos con la tuberculina de Koch; he obtenido resultados primitivamente bastante favorables, pero ulteriormente todos los leprosos así tratados han experimentado recaídas.

#### LEPRA Y SIRINGOMIELIA

VON DÜRING presenta un individuo leproso, hospitalizado en una clínica de Berlín y considerado como que estaba atacado de siringomielia.

BESNIER, GLUCK (de Sarajevo), NEUTMANN confirman el diagnóstico de lepra.

JEANSELME.—Estoy de acuerdo con M. Von Düring para afirmar que se trata de un caso de lepra anestésica. Esto demuestra la inexactitud de la ecuación siguiente: lesión de los nervios periféricos significa lepra; lesión de los centros quiere decir siringomielia. En este enfermo, en efecto, hay asociación de los dos órdenes de lesiones; por una parte, los nervios cubitales están engrosados y fusiformes; por otra parte, los reflejos patelares están manifiestamente exagerados, y los músculos de las extremidades superiores están agitados por contracciones fibrilares. ¿Es necesario, entonces, considerar la siringomielia como una de las formas de la lepra nerviosa? No lo creo, y se puede observar — he insistido yá en este punto con

pruebas en apoyo—en ciertos casos de lepra confirmada, demostrada tal por la comprobación del bacilo de Hansen, una esclerosis de los cordones posteriores y de los laterales.

BABES.—Hé aquí proyecciones de preparaciones de la médula espinal, provenientes de casos de lepra con síntomas siringomiélicos. Se ven aquí raíces con degeneración y regeneración, degeneraciones de los cordones de Goll, y células radiculares que contienen bacilos.

La siringomielia es una enfermedad endógena, en la cual las raíces posteriores están ordinariamente intactas; en la lepra, al contrario, la médula solamente presenta lesiones secundarias, mientras que las raíces posteriores están manifiestamente alteradas; y aunque se encuentren bacilos de Hansen en las células de los ganglios espinales, aquí la lesión principal no está en los ganglios, sino en los nervios. Se ve en mis preparaciones una regeneración muy activa de los nervios mismos, lo que explica la discordancia que existe entre las lesiones y los síntomas. Creo que la presencia del bacilo en las células radiculares de la médula, y la coexistencia de lesiones particulares, son susceptibles de explicar una parte de las turbaciones tróficas. Hecho notable: en numerosos casos de lepra nerviosa no se encuentran bacilos en el sistema nervioso, salvo en las células nerviosas; en ninguno de nuestros casos había otras localizaciones de los bacilos, ni lesiones siringomiélicas.

KALINDERO (de Bucharest) presenta, en nombre de M. Babes y en el suyo, proyecciones de manos de leprosos anestésicos, comparándolas con lesiones observadas en la esclerodermia y en la enfermedad de Morvan. Sobre las radiografías provenientes de individuos atacados de esclerodermia, se observa un gasto de la punta de los dedos hasta el hueso, gasto que interesa las falangetas que vienen á ser esclerosas. En la enfermedad de Morvan se trata de una atrofia y [de una reabsorción de las falangetas sin gasto de las partes] blandas. En cuanto á las lesiones de la lepra (pata de oso), están caracterizadas por una reabsorción á menudo completa de las falangetas sin atrofia de las partes blandas, y algunas veces con anillos esclerosos en las extremidades de los dedos; todos

los huesos de la mano se atrofian, se reblandecen por lugares y pueden presentar fracturas espontáneas.

#### LA PROFILAXIA DE LA LEPRA

HANSEN.—Los resultados obtenidos en Noruega por las leyes que ordenan el aislamiento de los leprosos han sido muy entusiasmadores, de tal modo que, á mi parecer, la utilidad de este método de profilaxia no puede ser puesta en duda.

DEHIO.—Estoy convencido de la utilidad del aislamiento. En las provincias bálticas, donde la lepra hace progresos manifiestos (hay actualmente 600 casos contra 300 próximamente registrados por Hellat hace diez años), el Estado y la iniciativa privada trabajan de común acuerdo para hacer entrar, por su gusto, á los leprosos á establecimientos especiales.

BESNIER.—Si se recuerda que, aunque no se pueda dar la prueba de Pasteur—puesto que no puede ser cultivado fuera del hombre—el bacilo de Hansen-Neisser es el agente patógeno de la lepra; si se representa que, en el desarrollo y en la expansión de la enfermedad, la herencia demostrada es un factor casi despreciable; si se añade que la contaminación inmediata ó mediata por los leprosos es, al contrario, el factor absoluto; si no se olvida, en fin, que la contagiosidad de la lepra es típicamente de una extrema desigualdad según los tiempos, los lugares, las cosas y los hombres, se habrán reunido los elementos esenciales que pueden suministrar á la medicina, á los gobiernos, á las municipalidades, las bases de una profilaxia cierta. Los progresos y el estado actual de la higiene, de la policía sanitaria y de la sociología, facilitarán los medios de ejecución, que son los siguientes:

1.º Mejorar la suerte de los leprosos; tratarlos individualmente, y con energía, por todos los medios conocidos, externos ó internos;

2.º Aislar y hospitalizar aquellos cuyo contacto puede ser infectante, siempre que esto sea ejecutable. Exigir, en los leprosos ambulantes, la desinfección y la curación de todos los focos bacilares, y la obliteración cuidadosamente ejecutada de todas las soluciones de continuidad, en todas las formas

de la enfermedad. Practicar las vacunaciones antivariólicas exclusivamente con la vacuna de ternera;

3.º Hacer obligatoria, por todos los medios localmente realizables, la desinfección de los vestidos, trapos, objetos de uso de toda especie;

4.º Organizar la vigilancia médica y la inscripción administrativas. Asegurar la protección efectiva de los hijos de leprosos contra los contactos infectantes, etc;

5.º Ilustrar sin descanso á los interesados, por todos los medios apropiados, acerca de las medidas de preservación eficaz, y redactar instrucciones populares relativas á las abluciones, á los cuidados de aseo y preservación, cuya importancia es de primer orden en todos los países leprosos;

6.º Crear institutos leprológicos, con enseñanza oficial de la leprología, en dondequiera que sea necesario formar médicos destinados á los países leprosos, médicos que deberán, por actos probatorios, establecer que están en capacidad de hacer de la enfermedad un estudio conforme á las exigencias de la ciencia moderna;

7.º En ningún caso las medidas que se han de tomar deben ser uniformes, sino conformes á las condiciones particulares á la región, así como á la virulencia, es decir, á las condiciones de contagiosidad, según que haya ó no un foco de leprosos propiamente dicho;

8.º Con ningún título la acción legal puede intervenir en la constitución de los matrimonios, en país leproso ó no, sea entre individuos leprosos, sea entre individuos sanos y leprosos; y

9.º En dondequiera las medidas necesarias, bajo la dirección de un médico competente designado por los gobiernos ó las municipalidades, pueden ser realizadas con la firmeza legítima, pero sin faltar jamás á los principios de la libertad del hombre y de la caridad humana.

KIRCHNER (de Berlín).—El ministerio prusiano me ha encargado de comunicar á la Conferencia todos los datos oficiales llegados á su conocimiento relativos á la lepra en el Distrito de Memel. El total de los leprosos observados es de 34, de

los cuales 19 han muerto; diez y siete localidades han sido atacadas.

Hé aquí las medidas que el Gobierno se propone adoptar: todos los leprosos serán examinados por el médico del Distrito una vez por semestre; además, la población entera del Distrito sufrirá un examen médico. Como de las diez y siete localidades infectadas catorce se encuentran situadas cerca de la frontera rusa, los emigrantes de este país serán igualmente sometidos á una visita sanitaria. Los leprosos del Distrito de Memel, deseosos de expatriarse, no recibirán pasaporte. Todos los leprosos que tengan bacilos en sus productos de secreción podrán, si es necesario, ser aislados; las personas que vivan en buenas condiciones serán autorizadas para hacerse cuidar en su casa; las otras serán internadas en un establecimiento especial á costa del Estado. En cuanto á las familias de leprosos, el Estado no podrá encargarse de ayudarlas.

THIBIERGE (de París).—La profilaxia de la lepra, en los países en que su propagación es nula ó casi nula, no puede prácticamente reposar sino sobre medidas muy atenuadas y no vejatorias.

La visita sanitaria obligatoria de todos los individuos provenientes de los países contaminados, es impracticable por una multitud de razones. Sin embargo, podría ser aplicada á cierta categoría de sospechosos: militares que vuelven de hacer campaña en país leproso, marinos, empleados del servicio colonial y penitenciario.

Los individuos reconocidos leprosos serían señalados por sus administraciones respectivas á las autoridades sanitarias del lugar de su residencia, quienes conocerían así las importaciones leprosas, asegurarían la vigilancia de los enfermos, les facilitarían la práctica de la desinfección y, en caso necesario, la hospitalización.

La declaración obligatoria de los casos de lepra es impracticable; lo mismo sucede para el aislamiento. Por otra parte, este aislamiento parece completamente inútil, porque la transmisión de la lepra se hace, según toda verosimilitud, por el intermediario de los productos de secreción de las ulceraciones leprosas: las curaciones oclusivas, la destrucción de las

piezas de curación, la desinfección de los vestidos pueden, en un servicio de hospital, lo mismo que á domicilio, reemplazar, desde el punto de vista profiláctico, el aislamiento de los leprosos.

VON PETERSEN (de San Petersburgo).—El Gobierno ruso ha introducido la obligación de la declaración de la lepra; se aislan los leprosos en asilos ó en colonias. En el Turkestan ruso existe una gran colonia para los musulmanes; fue fundada por la Cruz Roja.

EHLERS.—En Islandia están á punto de aplicar la ley noruega; quizá aun la separación de los niños bien sanos de sus padres leprosos será exigida.

VON BERGMANN (de Riga).—Las leproserías deben ser confortablemente atendidas, á fin de que los leprosos lleguen á preferir la permanencia en el asilo á su vida habitual. Además, ayudar á toda familia cuyo jefe haya entrado á la leprosería.

SEDERHOLM (de Stockolmo).—En Suecia tenemos el sistema del aislamiento voluntario. Por este medio los leprosos, antes en número de una centena, están actualmente reducidos á 36. Los enfermos pueden salir del asilo y entrar allí á su antojo.

HALLOPEAU.—No se observa en París lepra autóctona; sin embargo, el número de los leprosos inmigrantes, venidos generalmente de nuestras colonias, aumenta cada año. Estimo que sería bueno imponer la declaración obligatoria, en lo que concierne á los enfermos de la ciudad, y aislar los hospitalizados, sobre todo aquellos que están en las salas comunes.

PETRINI (de Galatz).—Según la última estadística oficial, existen en Rumania 208 leprosos, 133 hombres y 75 mujeres. En presencia de este estado de cosas, yo no dudo de que el Gobierno, después de esta Conferencia, tome medidas para impedir la extensión de la enfermedad.

RAYNAUD (de Alger).—La lepra, en los indígenas musulmanes é israelitas de Algeria, es muy rara; los casos se han repartido en un inmenso territorio y no presentan actualmente peligros serios. Medidas profilácticas bastarán para evitar la extensión de la enfermedad.



Pero desde hace unos treinta años, una inmigración de origen europeo se ha producido; nada más que en Alger, por ejemplo, contamos 40 leprosos, de los cuales unos 30 venidos de España (provincias de Valencia y de Alicante).

Por esta razón, querríamos que los inmigrantes que provienen de regiones contaminadas, que desembarcan en Algeria para establecerse allí, fuesen sometidos á la inscripción (ley de 1893) y quedaran sometidos á la vigilancia efectiva del servicio sanitario.

En cuanto á los que residen yá en la colonia, y que provienen de regiones sospechosas, quedarían sometidos á la vigilancia sanitaria y obligados á presentarse cuando el Consejo de higiene lo juzgara necesario.

Los leprosos atacados de lesiones abiertas, que pueden ser transmitidas, recibirían los cuidados necesarios en el hospital, donde serían mantenidos si hubiere lugar. En caso de negativa de su parte, serían invitados á repatriarse, ó serían conducidos fuera del territorio.

---

Habiendo finalizado las deliberaciones de la Conferencia, los secretarios resumen de la manera siguiente los principales puntos de la discusión:

“El papel patógeno del bacilo de Hansen respecto de la lepra parece incontestable; las modalidades de su desarrollo, así como la determinación de las puertas de entrada de este microbio en el cuerpo humano, quedan aún rodeadas de incertidumbre, en tanto que se poseen yá algunas indicaciones sobre las vías de propagación del agente virulento en el organismo.

Todo el mundo está de acuerdo para considerar al hombre como el portador exclusivo de este agente patógeno; uno de los principales vehículos para la eliminación del bacilo fuera del cuerpo humano parece ser el mucus nasal y vocal. Siendo la lepra reconocida como una enfermedad contagiosa, cada leproso constituye un peligro para su parentela, peligro que aumenta con la duración y la intimidad del contacto y con la

insuficiencia de las condiciones sanitarias; es así como la población pobre es sobre todo amenazada por la presencia de leprosos, pero no se podría negar que los casos de contaminación, aun en las clases acomodadas, se observan más y más frecuentemente.

La teoría de la transmisión hereditaria ha perdido terreno en favor de la opinión contagionista.

El tratamiento de la lepra no parece haber dado sino éxitos paliativos; lo mismo sucede con la seroterapia."

En lo que concierne á la profilaxia de la lepra, la Conferencia, por proposición de M. Hansen y después de una modificación de M. Besnier, vota por unanimidad la resolución siguiente:

1.º En todos los países en que la lepra forma focos ó toma una grande extensión, el aislamiento es el mejor medio de impedir la propagación de la enfermedad;

2.º La declaración obligatoria, la vigilancia y el aislamiento, tales como se les practica en Noruega, deben ser recomendados á todas las naciones cuyas municipalidades son autónomas y poseen un número suficiente de médicos; y

3.º Es necesario dejar á las autoridades administrativas el cuidado de fijar, con el voto de los Consejos sanitarios, las medidas de detalle en relación con las condiciones sociales de cada país.

---

## OBSERVACIONES CLINICAS

---

### **VIRUELA**

En el mes de Junio del año pasado tuve en mi clientela seis casos de viruela en una misma familia. Dos de éstos fueron graves, tres de mediana intensidad y el otro enteramente benigno. Hace pocos días he vuelto á ver á estos señores, y en

vista del bello resultado obtenido, me propongo referir algunos detalles de su enfermedad en estas cortas líneas.

Llevó el contagio á la casa un niño que estudiaba como externo en un Colegio muy concurrido de esta ciudad. Apenas descubrí que se trataba de viruela, di la voz de alarma á la familia; ordené el aislamiento, la mayor desinfección posible y cuantas precauciones creí convenientes. Dispuse que los demás niños no volvieran al Colegio, y que no se les enviara á otra localidad, que es lo que se hace ordinariamente en tales casos; recordé, en efecto, el caso bien conocido de la ciudad de Montreal en 1885, referido por Osler. Un empleado de ferrocarril atacado de viruela llegó á un hospital de aquella ciudad; días después un sirviente resultó contagiado y murió. Aterradas las autoridades del establecimiento, resolvieron mandar á sus casas á todos los individuos que no presentaban señales de contagio. Una terrible epidemia se desarrolló, que produjo 3,164 muertos.

En la casa no había una pieza enteramente independiente, de modo que, á pesar de mis instrucciones, el aislamiento del enfermo fue muy deficiente. Por precaución vacuné á todas las personas de la familia, excepto dos señoras que lo rehusaron; desgraciadamente la vacuna oficial de que disponíamos en esa época era muy mala, y sólo al fin de cuatro inoculaciones prendió en tres personas. Esto fue demasiado tarde; dos de ellas tuvieron la viruela en seguida, una muy grave. Se veían en esta enfermedad las pústulas de vacuna á la vez que millares de las de viruela. Son estos casos una comprobación del hecho anotado ya de que la vacuna no confiere inmunidad inmediatamente; se necesita que el organismo experimente ciertas reacciones para que pierda la receptividad de la viruela. En la familia había cuatro niños vacunados en el año anterior con buen éxito; ninguno de ellos se contagió.

En todos estos enfermos usé la medicación sintomática que las circunstancias exigían; no me atreví á usar el tratamiento étero-opiado tan en boga hoy, por falta de experiencia personal—éstos eran los primeros virolentos que veía en mi vida—y porque sé cuán dolorosas son las inyecciones hipodérmicas de éter. El resultado me dejó satisfecho, tanto por haberse

curado todos mis enfermos, como porque ninguno presentó abscesos, flegmones ni otra consecuencia de las muchas que pueden atribuirse á una medicación mal dirigida ó ejecutada con descuido.

De todo el tratamiento sólo referiré el que apliqué en una grave complicación, por fortuna no muy común en la viruela, desde que se usa la antisepsia: la úlcera de la córnea. En mi enferma más grave, señora de unos 35 años, que acababa de pasar una prolongada grippa, se presentaron á los pocos dias del período de erupción una intensa inyección perikerática y agudos dolores en el ojo derecho. Estos venían por accesos, se extendían á la cara y á la cabeza, y eran tan violentos, que la señora, á pesar de ser paciente y valerosa, daba gritos de desesperación y no se calmaba sino con altas dosis de opio y cloral. La fotofobia la obligaba á permanecer con los ojos cerrados continuamente. La úlcera de la cornea era tan pequeña, que sólo se descubría á la luz lateral; contrastaba su tamaño con la intensidad de los síntomas que producía. Temeroso de una perforación de la córnea con hernia del iris, apliqué desde el principio un colirio de atropina al medio por ciento. Como la antisepsia rigurosa es el primer factor de la curación en tales casos, prescribí duchas de vapor boricadas al principio, luégo de sublimado, después de las cuales cubría el ojo con algodón y una banda. A pesar de esto, el mal no cedía y la enferma sufría sin descanso. Recurrí al yodoformo en pomada, y en vista de su ineficacia le ordené un colirio de azul de etilo al uno por quinientos. La aplicación de este remedio era muy dolorosa, pero pronto se vio que la úlcera no progresaba y que los dolores se alejaron, aunque no desaparecieron por completo. Por último, en asocio de mi distinguido amigo, el doctor Indalecio Camacho, aconsejámos lo siguiente, que terminó la curación:

1.º Precipitado amarillo... .. 0,10 centigramos.

Vaselina ..... 10 gramos.

M. y R. Pomada. Aplíquese dentro del ojo dos veces por día.

2.º Solución boricada al 3 por 100..... 600 gramos.

Laud. de Syd ..... 15 „

Tint. de árnica..... 20 gramos.

M. y R. Paños. Pónganse calientes.

3.º Bromhidrato de quinina..... 2 gramos.

Paulinia..... 2 „

Feracetina ..... 2 „

M. y D. en 10 cápsulas. Toma una cuando tenga dolor.

Hoy sólo presenta la enferma una pequeña cicatriz blanquecina, resto de todo proceso supurativo de la córnea.

En otra de mis enfermas, en quien algunos dolores y la inyección de la conjuntiva me hicieron temer la terrible complicación, hice echar sistemáticamente dos veces al día una gota del colirio de azul de etilo antes citado. La úlcera no llegó á desarrollarse. Conocida la enérgica propiedad antiséptica de esta sustancia, valdría la pena de usarla como preventivo, siempre que en el curso de una viruela se note algún síntoma ocular.

Usé como antiséptico local para prevenir ó disminuir la formación de cicatrices en la cara, el bicloruro de mercurio en glicerina al uno por veinticinco. En ningún enfermo hubo el más ligero síntoma de intoxicación mercurial, y esta medicación, asociada al cuidado de abrir toda pústula con un alfiler desinfectado, dió un resultado tan perfecto, que hoy es difícil encontrar una cicatriz en la cara de estos pacientes. Como la viruela es tan temida por las huellas que deja, creo que Talamón ha prestado un gran servicio preconizando el bicloruro de mercurio como desinfectante local.

Entre los síntomas dignos de mención, sólo anotaré una intensa disnea con que se inició la enfermedad en la señora que estuvo más grave, y un delirio ruidoso en la noche del tercero al cuarto día. La primera calmó con la aparición extemporánea de la menstruación, y el segundo con bromuro de potasio y cloral.

M. N. LOBO.



## OPERACION DE VOLKMANN

Julio Acosta, natural del Municipio de Fómeque, es el enfermo de que voy á ocuparme: de edad de 20 años, soltero, de buena musculación y sin antecedentes sifilíticos personales ni hereditarios. Siempre ha vivido en climas de 20° á 21° y en condiciones regulares de higiene. La profesión de agricultor lo ha sometido á transiciones de temperatura y de trabajos rudos.

Examinado cuidadosamente, funcionan bien: corazón, pulmones, hígado, riñones y tubo digestivo; como única lesión encontré en la región escrotal derecha, un tumor de forma ovoide, transparente y con ligera fluctuación á la palpación, liso, doloroso en la parte posterior y de una magnitud considerable.

La causa de la enfermedad fue un puntapié: dolores é inflamación sobrevinieron en todo el escroto, localizándose en el lado derecho, lugar de la contusión. Algunas aplicaciones externas moderaron ese período inflamatorio; pasados 15 días, tuvo una caída de á caballo que renovó los accidentes primitivos, los cuales terminaron por un derrame seroso, es decir, por la afección conocida en patología con el nombre de *hidrocele ordinaria ó vaginalitis crónica*.

Hecho el diagnóstico entre la *hernia escrotal*, la *sarcoccele*, *enfermedad quística*, la *varicocele*, etc.; y la enfermedad de que se trata; y notando, además, que todo tratamiento médico era inútil, se resolvió la operación radical, que se practicó el 16 de Septiembre del año pasado, previa cloroformización, asepsia y antisepsia del escrotón, manos é instrumentos.

Hice una incisión, desde el anillo inguinal externo hasta la parte inferior del tumor, de una extensión de 8 centímetros, que comprendió la *piel*, *capa subcutánea*, *dartos*, *capa celular*, *túnica eritroide* y *túnica fibrosa común*; retraídos estos tejidos, quedó descubierta la *túnica vaginal*, la cual le puncioné con el bisturí—en la parte media—dando salida á un líquido amarillo, de naturaleza serosa y en cantidad de 200 gramos; por esta abertura, y con tijeras rectas, se cortó dicha membrana hacia arriba y hacia abajo, hasta la incisión primitiva. Reseca-

da la *túnica vaginal* y lavado el testículo con licor de Van Swieten debilitado, se pusieron con catgut 3 puntos de sutura en la vaginal y 6 en la escrotal; terminóse con la asepsia respectiva, pomada boricada y un vendaje.

Los días 17, 18 y 19, temperatura 38°

Día 20, se cambió el apósito, 15 días después salió á la calle curado.

*Observaciones.*—La sencillez del manual operatorio, como el favorable resultado que da el procedimiento quirúrgico relatado, me han impulsado á dar publicidad á la presente observación, especialmente para los habitantes de la ciudad de Cartagena y de algunas poblaciones del Cauca, donde es endémica esta afección.

TEODOSIO F. ACERO.

Bogotá, Abril 4 de 1898.

---

### BIBLIOGRAFIA

*Boletín de Medicina del Cauca.*—Número 127. Febrero de 1898. (Único que hemos recibido).

Contiene: Interesante reseña de importantes trabajos originales presentados á la *Sociedad de Medicina del Cauca* durante el año de 1897.—Acta de la sesión del 10 de Enero de 1898.—Aneurisma traumático de la arcada palmar, por el doctor Pablo García A.—Inserciones: Buba á Bubón de Vélez.—Monumento Caldas.—Cuidad los árboles.—Gacética.

Con este número principia el *Boletín* el año XII de su existencia. Felicítamos á la *Sociedad de Medicina del Cauca* por el éxito brillante que ha tenido en sus labores, de lo cual es elocuente prueba esta publicación científica, que tanto honor hace á sus socios.

C. M. U.

---

# LEY 157 DE 1896

(12 DE DICIEMBRE)

sobre prensa.

(Conclusión).

Art. 75. Es prohibido abrir ó anunciar públicamente suscripciones destinadas al pago de multas impuestas á virtud de la presente Ley, y los autores del anuncio y el propietario y el director del periódico en que se haga sufrirán por tal hecho una multa de veinticinco (25) á doscientos pesos (\$ 200).

Art. 76. Por disposición de una Cámara ó Asamblea ó de sus respectivos Presidentes, podrá el Ministro de Gobierno ó el Gobernador respectivo decretar la pena de cincuenta (50) á doscientos pesos de multa (\$ 200), contra cualquiera de los individuos de que trata el artículo 13, cuando en la relación de las sesiones de las Cámaras ó Asambleas se incurra en marcadas y repetidas inexactitudes sustanciales.

Art. 77. La presente Ley deberá ser insertada en todos los periódicos que se editen en el territorio de la República dentro de los treinta días siguientes á su sanción; y ella será publicada ocupando, por lo menos, dos columnas del respectivo periódico, hasta su conclusión. Los periódicos que en adelante se funden, quedan sujetos á lo aquí preceptuado.

Art. 78. La contravención á lo dispuesto en el artículo anterior, sujeta al propietario y director del periódico á una multa de cincuenta (50) á doscientos pesos (\$ 200).

Art. 79. Decláranse surtidos los efectos del artículo 13 de las disposiciones transitorias de la Constitución y expresamente derogadas todas las disposiciones sobre prensa dictadas con anterioridad á la presente Ley, excepción hecha de las que se refieren á los delitos de injuria y de calumnia, y siempre que éstas no se opongan á lo aquí preceptuado.

Dada en Bogotá, á 11 de Diciembre de 1896.

El Presidente del Senado, BELISARIO PEÑA.—El Presidente de la Cámara de Representantes, DIONISIO JIMENEZ.—El Secretario del Senado, *Camilo Sánchez*.—El Secretario de la Cámara de Representantes, *Miguel A. Peñaredonda*.

Gobierno Ejecutivo.—Bogotá, 12 de Diciembre de 1896.

Publíquese y ejecútese.

(L. S.)

M. A. CARO.

El Ministro de Gobierno,

ANTONIO ROLDÁN.