
REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

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

TRABAJOS ORIGINALES

DE LAS INDICACIONES

Y ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES DE LA URETROTOMÍA INTERNA

Por el Dr. Cuéllar Durán

(Conclusión)

Observación cuarta

Sr. C., natural de Honda, 50 años de edad, se presentó á mi consulta el 6 de Octubre de 1900. A. P. Dos blenorragias anteriores, que datan de mucho tiempo, sin que el enfermo pueda precisar la época exacta.

Desde hace cinco años las micciones se han hecho frecuentes, está obligado á levantarse varias veces en la noche para orinar, y de dos años para acá ha sufrido tres ataques de retención completa. Hace un año que su salud está declinando, porque sufre accesos febriles frecuentes, precedidos de gran calofrío y seguidos de sudor, inapetencia, turbaciones gástricas, enflaquecimiento y sin fuerzas para el trabajo, cosa que le preocupa mucho, porque él ha sido un trabajador infatigable.

Su estado actual revela la inmensa destrucción que ha operado en él la terrible infección calibacilar: tinte amarillo terroso, demacrado, ojos hundidos, excavados, piel seca y movable por la ausencia del tejido celulo-grasoso. El examen del aparato urinario denota micciones frecuentes y dolorosas, orina turbia, purulenta, reacción alcalina, algunos glóbulos rojos, muchos leucositos y algunos cristales de fosfato amoníaco-magnésiano. La exploración de la uretra revela la existencia de dos estrecheces, localizadas, la una en la región peneana y la otra en el bulbo, cuyos anillos son duros y permiten sólo el paso del explorador de extremidad olivar número 7. El tacto rectal indica una próstata hipertrofiada á expesas, especialmente del lóbulo derecho. La palpación bimanual demuestra la vejiga en retención incompleta. Riñones normales. Las turbaciones del aparato digestivo son también de alguna consideración: el enfermo se queja de malas digestiones, constipación, inapetencia, y la lengua está muy sucia y un poco seca. Dos días antes de venir á mi consulta, un fuerte acceso febril que duró 5 horas, con calofrío y sudor. En vista del estado de agotamiento del enfermo, de los accesos de fiebre, de las turbaciones digestivas, que indican la infección general del organismo, y de la dificultad de vaciar la vejiga y de tratar convenientemente la uretra, por falta de calibre de ésta, decido la uretrotomía interna.

La operación es practicada el día 8, á las 5 de la tarde, con la colaboración de mi distinguido colega y amigo el Dr. Luis F. Calderón. La víspera introduje en la vejiga la bujía conductora y me serví para hacer la incisión de la lámina número 3 del uretrótomo de Maisonneuve. Una hemorragia poco abundante siguió la incisión del anillo bulbar, que estaba muy duro, y obligó para cortarlo forzar bastante la lámina cortante. La hemorragia se suspendió con la postura de la sonda permanente número 17. Lavado vesical con solución de nitrato de plata al 1 por 1,000 y solución boricada al 4 por 100 Curación.

Octubre 9. A las 10 de la mañana temperatura 37°. A las 8 de la noche del día anterior, el enfermo notó que al destapar la sonda la orina salía roja y que la curación estaba manchada por la sangre. A las 10 de la mañana del día 9 lo encontré muy adolorido, sin poder orinar, y la curación

ensangrentada. La sonda se había salido de la vejiga y estaba sostenida en la uretra anterior, por la curación. La saqué, y una vez antisepsisadas la uretra y la sonda, volví á introducir ésta en la vejiga é hice un lavado vesical con solución boricada al 4 por 100. El agua salía rojiza, mezclada con sangre; y aunque el enfermo se alivió por el instante, los dolores vesicales, localizados al hipogastrio, reaparecieron.

Al continuar el lavado vesical, el agua no penetró en la vejiga, lo que me indicó que la sonda estaba obstruída por coágulos, y que la vejiga, dados los fuertes dolores que acusaba el enfermo, estaba llena de coágulos también. Había que evacuarla, y sin pérdida de tiempo introduje en la vejiga la sonda evacuatrix de Guyón, y con la jeringa de Janet hice la aspiración de los coágulos. Extraje unos 6 muy grandes y multitud de pequeños, y cuando el agua de los lavados salió perfectamente clara, lo que me indicó que la vejiga estaba completamente vacía, saqué la sonda evacuatrix y en su lugar puse una de bequilla número 18, que se acomodaba mejor al caso, dada la grande hipertrofia de la próstata. El enfermo se alivió inmediatamente. A las 12 del día fuerte calofrío. A las 4½ de la tarde, temperatura 38½°. La sonda funciona muy bien. No hay sangre. Octubre 10, á las 10 de la mañana, temperatura 37°. La sonda ha funcionado muy bien, no hay sangre. Lavado vesical. Octubre 11, temperatura 36°8. La sonda ha funcionado bien, no hay sangre. Octubre 12, temperatura 37°. La sonda ha funcionado bien, no hay sangre. Lavado vesical. Quité la sonda. A las 2 de la tarde, primera micción, fácil, aun cuando un poco dolorosa. Buen chorro. Octubre 13, temperatura 37°; micciones frecuentes; enfermo muy animado y con apetito. Octubre 14, temperatura 37°, micciones fáciles, pero frecuentes. El enfermo se levantó. Octubre 25, comencé el tratamiento consecutivo por instilaciones de nitrato de plata al 1 por 100 cada tercer día. Después de diez instilaciones la orina estaba ya muy clara, las micciones eran cada 4 y 5 horas y el enfermo estaba transformado: muy alegre, el color amarillo terroso de la piel había desaparecido, muy buen apetito, lengua limpia y ni un solo acceso de fiebre. En los últimos días de Noviembre abandonó esta ciudad en perfecto estado de salud.

Observación quinta

Sr. P., de Ubaté, 28 años de edad, se presentó á mi consulta el 1.º de Octubre de 1900. A. P., ha sufrido tres blenorragias, y la primera data desde hace 10 años. Viene á consultarme, porque sufre desde hace cuatro meses erecciones frecuentes y sobre todo poluciones constantes, no sólo por las noches, sino en el día motivadas por la vista de mujeres que sin él conocer le llaman la atención por cualquier circunstancia. Ha consultado para esta dolencia á varios médicos en la ciudad y como los tratamientos que ellos han instituído con el fin de tonificar su sistema nervioso, no han producido resultados satisfactorios, yo imbuido en las ideas de mi maestro Guyón, que algunas pérdidas seminales son entretenidas por lesiones uretrales, dirigí mi investigación sobre el aparato urinario. Las micciones son fáciles, indoloras y por intervalos regulares; la orina ligeramente turbia, con gruesos filamentos, y haciéndolo orinar en dos vasos, se ve que aquéllos son más abundantes en el último vaso, lo que indica su proveniencia de la uretra posterior. La exploración uretral denota la presencia de una estrechez localizada en el bulbo y caracterizada por un anillo muy duro, fibroso, que permite el paso del explorador olivar número 15. Uretra posterior muy sensible al paso del explorador; la vejiga se vacía bien; próstata ligeramente dolorosa al tacto; testículos, epidídimos y riñones normales. El examen de los demás aparatos y órganos, no revela ninguna anormalidad. Aconsejo, como tratamiento, la dilatación progresiva seguida de instilaciones de nitrato de plata, para obrar sobre la estrechez, la infección de la uretra posterior y con la esperanza de que los masajes que produce la sonda dilatadora en toda la uretra, ayudados de los masajes de la próstata, influenciaron favorablemente la irritabilidad genital del enfermo.

Octubre 2. Empecé la dilatación con las bujias de goma números 17, 18 y 19. Instilación y masaje de la próstata. Octubre 4. Dilatación hecha con los beniqués á la serie Guyon números 40 y 42. Instilación y masaje de la próstata. Conduje la dilatación progresiva hasta el número 54. Este tratamiento, ayudado de la hidroterapia fría, modificó notablemente el estado genital del enfermo, hasta el punto de

desaparecer las poluciones, y las excitaciones se hicieron naturales. El estado local no benefició de la misma manera del tratamiento: la orina, aun cuando ya completamente clara, presentaba algunos gruesos filamentos en el segundo vaso; y el anillo que formaba la estrechez bulbar, á pesar de que se dejaba distender, por el beniqué número 54, no llegó á modificarse ni en su dureza ni en su extensión, é impedía el paso del explorador olivar número 16 y la curación de la uretritis posterior. En vista de esto, decidí la uretrotomía interna, que fue practicada el 29 de Octubre, á las 10 de la mañana, con la lámina número 3 del uretrótomo Maisonneuve.

El único incidente digno de notarse durante la operación fue la fuerza que tuve que emplear para cortar el anillo estrecho, y una ligera hemorragia después de hecha la incisión. En la primera micción salió parte de la orina por entre la sonda y la uretra. A las 4 p. m., fuerte calofrío; á las 7, temperatura 38°. Octubre 30, á las 10 a. m., temperatura 37°, á las 4 p. m. calofrío, después de habérsele salido la sonda en un esfuerzo de micción. A las 6 de la tarde se presentó una hemorragia que fue suspendida á las 10 de la noche después de haber colocado una sonda bequilla número 19. Extracción de algunos coágulos vesicales y lavado vesical. Octubre 31, temperatura 37°. La sonda ha funcionado bien. No ha habido hemorragia. Noviembre 1.º, temperatura 37°. No ha habido hemorragia; á las 5 de la tarde le quité la sonda. Noviembre 2, el enfermo muy bien y salió á caminar un poco; pero en la madrugada del 3, á las 4 p. m., se despertó á causa de una fuerte erección, y momentos después se presentó una hemorragia, que logré contener á las 10½ a. m., después de haber puesto una sonda en permanencia, de haber comprimido la uretra contra la sonda y después de haber extraído por la aspiración gran número de coágulos que se habían formado en la vejiga é impedían su funcionamiento. La cantidad de sangre perdida pude evaluarla en cerca de medio litro. Prescribí una poción con bromuros para evitar las excitaciones genitales, precursoras de la hemorragia, mucha quietud y dejé la sonda en permanencia. A las 11½ de la noche, nueva hemorragia precedida de fuertes excitaciones. A pesar de la compresión uretral, de inyecciones uretrales con una solución saturada de antipirina y de la aspiración

de los coágulos, cuando la vejiga llena por ellos, reaccionaba con fuertes dolores, no logré contener la hemorragia sino á las 4½ de la mañana. Mi enfermo había perdido en la noche unos 500 gramos de sangre líquida, y por la aspiración vesical saqué 300 coágulos. A las 10 de la mañana del día 5, lo vi en compañía de mi distinguido colega y amigo el Dr. Machado, y como la hemorragia no había reaparecido, lo dejamos con su sonda permanente, le continuamos la posición de bromuro y le aconsejamos mucha quietud. A las 5 de la tarde, el enfermo muy agotado por la gran pérdida de sangre. No ha habido hemorragia. Octubre 6, fuerte calofrío á las 9 a. m.; á las 11½, temperatura 39°. No hay hemorragia.

Octubre 7, temperatura 37°. No ha habido hemorragia. Octubre 8, temperatura 36½°. No ha habido hemorragia. Octubre 9, temperatura 36°. Sin hemorragia. Octubre 10, temperatura 36°3. Sin hemorragia. Le quité la sonda, y el enfermo se restableció rápidamente. El 15 de Noviembre empecé el tratamiento consecutivo con instilaciones de nitrato de plata al 2 por 100 y dilatación progresiva. Este tratamiento lo continué hasta los primeros días de Diciembre, época en que los filamentos habían desaparecido de la orina; ésta estaba clara, el anillo bulbar permitía fácilmente el paso del explorador olivar número 18, y el estado general del enfermo era muy satisfactorio.

Observación sexta

Sr. M., de Ubaté, 38 años de edad, se presentó á mi consulta el 12 de Diciembre de 1900, enviado por mi amigo y colega el Dr. Luis F. Calderón. A. P. Dos blenorragias anteriores: 1.ª hace 15 años y 2.ª hace 6 años. Desde hace dos años sufre de micciones frecuentes é imperiosas, algunas dolorosas, dolor localizado en la uretra, y de un año á esta parte, accesos febriles muy fuertes y muy frecuentes, precedidos de grandes calofríos y seguidos de sudor, inapetencia, digestiones malas, constipación obstinada y enflaquecimiento. Todos estos sufrimientos lo tienen imposibilitado para trabajar. El examen urinario revela lo siguiente: orina muy turbia, reacción ácida, depósito purulento, formado por gran canti-

dad de leucocitos, raros cristales y células degeneradas de la mucosa uretral. La exploración de la uretra revela la existencia de una estrechez de la región bulbar, caracterizada por un anillo duro que permite apenas el paso del explorador olivar número 7. Vejiga en retención incompleta, próstata ligeramente dolorosa, riñones normales. Nada del lado de los testículos, epidídimos y cordones. Propongo como tratamiento la uretrotomía interna, dado el estado de infección general y local del enfermo.

La operación fue practicada el 23 de Diciembre, en compañía de mi amigo el Dr. Calderón, y sin otro incidente que el esfuerzo imprimido á la lámina cortante para cortar el anillo que formaba la estrechez y con hemorragia abundante consecutiva, que suspendimos con la postura de una sonda de goma número 16 en permanencia. Lavado vesical con nitrato de plata al 1 por 1,000 y solución boricada al 4 por 100. Vista la dureza de la estrechez, abrigué fuertes temores sobre la posibilidad de una hemorragia posterior, de los cuales hablé á mi amigo Calderón, y de los desagradados que ella nos traería. Efectivamente, la hemorragia se reprodujo media hora después y siguió con intervalos hasta las 3 de la tarde. A la 1, fuerte calofrío. A las 4½ de la tarde, temperatura 38°. Como la vejiga estaba llena de coágulos, hicimos la aspiración de ellos y un lavado vesical. Diciembre 24, á las 10 de la mañana, temperatura 38°. La hemorragia se reprodujo á las 10 de la noche anterior y continuó toda la noche por intervalos. En la mañana del 24 la encontramos suspendida, pero hicimos la aspiración de los coágulos que llenaban la vejiga y la lavamos. Compresión de la uretra. A las 4 p. m., temperatura 37½°. La hemorragia se reprodujo y encontramos la vejiga llena de coágulos. Aspiración de éstos y lavado vesical. Compresión de la uretra por una sonda de goma número 18 y se prescribió al enfermo, como anteriormente, mucha quietud. Diciembre 25, temperatura 37°. No ha habido hemorragia, Diciembre 26, temperatura 37°. No ha habido hemorragia. A la 1 de la tarde en un esfuerzo de micción se salió la sonda, y como la hemorragia estaba suspendida desde hace 24 horas y no había elevación de temperatura, resolvimos no volver á introducir la sonda. Diciembre 27, temperatura 37°. No ha habido hemorragia. Desde ese día el enfer-

mo salió á la calle, y el 5 de Enero de 1901 empecé el tratamiento consecutivo por la dilatación y las instilaciones de nitrato de plata. Conduje la dilatación hasta el número 54 de la serie Guyón y el 21 de Enero el enfermo abandonó mi consulta con la orina clara, muy buen chorro, y con las micciones cada 4 y 5 horas.

Observación séptima

Sr. Q., de Bogotá, 40 años, se presentó á mi consulta el 14 de Enero del presente año. A. P. Una blenorragia, hace 20 años. Desde hace diez años, micciones frecuentes, orina turbia, chorro muy delgado, tanto, que tiene que hacer grandes esfuerzos de expulsión. En estos últimos 5 años ha sufrido algunos accesos febriles. Fue tratado hace tres años por grandes lavados uretrales y vesicales con permanganato de potasa. Después de este tratamiento, la orina ha aclarado bastante. Hace un año retención completa, después de un ejercicio á caballo, que duró ocho horas. Actualmente se queja de micciones frecuentes, acompañadas de violentos esfuerzos de expulsión. La micción viene por gotas y algunas veces por un chorro muy delgado. Examen del aparato urinario: orina clara, con algunos filamentos en el segundo vaso. La exploración de la uretra revela la existencia de tres estrecheces localizadas: dos en la región peneana y la otra en el bulbo; las dos primeras permiten el paso del explorador olivar número 16 y la 3.^a apenas el de una bujía filiforme. Vejiga en retención incompleta, próstata, riñones y aparato testicular normales.

La uretrotomía interna fue practicada el 19 de Enero á las once de la mañana, después de un tratamiento preparatorio de cinco días.

Ningún incidente digno de mención durante la operación; hemorragia operatoria insignificante, algunas gotas apenas.

Tres horas después, ligero calofrío, consecutivo al contacto de la orina con la herida, efectuado en un esfuerzo de micción. A las 5 de la tarde, temperatura 38°. Lavado vesical. Día 20, temperatura 37°. Lavado vesical. Día 21, temperatura 36½°. Lavado vesical y quitada de la sonda. Día 22, temperatura 36½°. El enfermo ha orinado bien, apenas con

un ligero ardor uretral. El 28 de Enero empecé el tratamiento consecutivo por la dilatación y las instilaciones de nitrato de plata. Conduje la dilatación hasta el número 50 de los benequés, serie Guyón, y el enfermo abandonó mi consulta en los primeros días de Febrero, orinando cada 6 horas, con muy buen chorro, sin esfuerzo de expulsión, y con la orina ya sin filamentos.

Después de la introducción de la antisepsia en la cirugía urinaria, la uretrotomía interna ha dejado de ser aquella terrible operación que daba una mortalidad aterradora. Los que hemos seguido algún tiempo la clínica del Necker, hemos podido convencernos de la benignidad de esta operación, y en favor de ella hablan también las dos estadísticas de Guyón, en las que, en la primera sobre 1,123 casos, no ha tenido sino 28 muertes, y en la segunda en 700 casos, la mortalidad ha sido del 7 por 100.

Tampoco es una operación pródiga en complicaciones; y las dos más importantes son la fiebre y la hemorragia. Como se ve, por la lectura de las siete observaciones anteriores, estas dos complicaciones se han presentado con frecuencia y son de ellas de las que me voy á ocupar para terminar este ligero trabajo.

La fiebre se presenta como complicación de la uretrotomía interna, siempre que la orina infectada se pone en contacto con la herida uretral. Esto se comprende muy bien, teniendo en cuenta el poder absorbente de la uretra, desprovista en un punto de su revestimiento epitelial, de la distensión que ella sufre por la sonda permanente y porque ésta hace más íntimo el contacto de la orina con la herida de la uretra.

Para que esta complicación se produzca, es necesario que ó la sonda funcione mal, ó que en los grandes esfuerzos de micción la orina sea expulsada con violencia. En ambos casos el resultado es el paso de la orina por entre la sonda y la uretra, paso que realiza las condiciones patogénicas de la fiebre.

Esta complicación no tiene en lo general gravedad alguna y se debe tratar por lavados repetidos de la vejiga cada cuatro, seis ó doce horas, según la intensidad de la fiebre, hechos con una solución de nitrato de plata al 1 por 1,000 ó

de ácido bórico al 4 por 100, que son los mejores desinfectantes de la vejiga. Por otra parte, la sonda no se debe quitar hasta que la apirexia no sea completa. Si después de quitar la sonda se presenta una elevación de la temperatura, se debe volver á colocar ésta en permanencia en la uretra, y dejarla allí hasta que la defervescencia sea marcada por un lapso de doce ó veinticuatro horas.

En las operaciones á que se refieren las siete observaciones sobre que está basado este trabajo, la fiebre se ha presentado en la mayor parte de ellas, en las condiciones estudiadas más arriba, ha cedido fácilmente á los lavados vesicales y á la sonda permanente.

La hemorragia es una complicación muy rara de la uretrotonomía interna, dicen los autores, y si se presenta, es en el momento de la operación, insignificante en cantidad y que se vence fácilmente por la simple compresión de la sonda sobre el punto que sangra.

No será ésta seguramente la misma impresión que deja la lectura de mis observaciones, porque si sobre ellas únicamente se quisiera establecer el porcientaje de esta complicación, él sería tan respetable que la haría temer.

El análisis de los casos en que la hemorragia se ha presentado en las siete uretrotomías internas que he tenido ocasión de practicar, me permite dividirlos para su estudio en dos clases. En la primera, que corresponde á la observación 4.ª, he pensado que la hemorragia tuvo por origen la próstata, debida al estado congestivo en que ella se encontraba. En efecto, se trataba allí de un hombre de 45 años, con fenómenos de prostatismo anteriores, entre los cuales se cuentan dos accesos de retención, que no podían ser debidos á su estrechez, (pues ella permitía el paso del explorador olivar número 7), y además con una próstata hipertrofiada. Por otra parte, la hemorragia operatoria no fue muy abundante, y los caracteres con que se presentó la post-operatoria, fueron las de las hemorragias prostáticas: pequeña cantidad de sangre salida por la uretra, rápida y dolorosa distensión de la vejiga, retención completa de orina desde el principio y suspensión completa de la hemorragia por la aspiración de los coágulos y la sonda permanente, que es el único tratamiento racional de estas pérdidas de la sangre.

En la segunda clase he creído deber colocar las hemo-

rragias que se produjeron en los individuos de las observaciones 5.^a y 6.^a En ambas se trataba de hombres jóvenes atacados de estrecheces elásticas y fibrosas, y tan duras, que necesitaron para cortarlas imprimir gran fuerza á la lámina del uretrotomo. En ellas no encontré ningún antecedente hemofíltico, las próstatas no estaban hipertrofiadas y las hemorragias fueron uretrales, porque la sangre salía en abundancia por la uretra y en el intervalo de las micciones. Parte de ellas pasaba á la vejiga (como sucede en todas las hemorragias de la uretra posterior), se coagulaba allí, la distendía y obligaba á hacer la aspiración de los coágulos para aliviar el órgano.

¿ Por qué las estrecheces duras, elásticas y fibrosas, dan origen más que las otras á hemorragias tan abundantes y repetidas como las que he tenido ocasión de observar? ¿ Será porque ese tejido fibroso aumenta las condiciones de congestión de la mucosa uretral que se encuentra en su contigüidad? Así lo creo, y en favor de esta hipótesis está el individuo de la observación 5.^a, en el cual las excitaciones genitales que él sufría, precedían la aparición de la sangre.

El tratamiento de las hemorragias uretrales localizadas en la uretra perineal, es de los más difíciles: la compresión de la uretra, la quietud, la sonda permanente, las inyecciones hemostáticas, pueden todas ser impotentes y obligar á hacer la uretrotomía externa para taponar el punto que sangra.

CONCLUSIONES

1.^a La uretrotomía interna es una operación indicada para combatir las estrecheces de la uretra, cuando éstas no son dilatables, cuando hay lesiones peri-uretrales, cuando producen la retención de orina, ó cuando las afecciones local y general, amenazan el estado del enfermo.

2.^a Para que la uretrotomía interna produzca buenos resultados terapéuticos, es indispensable que ella sea seguida de la dilatación.

3.^a La uretrotomía interna es una operación benigna.

4.^a Las complicaciones más serias de la uretrotomía interna son la fiebre y la hemorragia; pero ambas son fácilmente vencidas por un tratamiento racional.

DR. CUELLAR DURAN

REPRODUCCIONES

LA LUCHA CONTRA LA LEPROA

EN LAS COLONIAS INGLÉSAS

Por E. Jeanselme

Médico de los Hospitales de París, encargado de la misión en el Extremo-Oriente

(Conclusión)

Una disposición especial á esta ley permite hacer investigaciones para descubrir y aislar los focos de lepra:

“Art. 14. Cada vez que se comuniqué al Gobernador que la lepra predomina en una localidad, podrá ordenar al Magistrado de la circunscripción que haga una investigación.

“La lepra se juzgará predominante cuando más de cinco personas que residan en un círculo que tenga tres millas de radio, sean atacadas. El médico del distrito se encargará de la averiguación, y enviará con la relación la lista de los leprosos, indicando el sexo y la edad aproximada.

“Art. 17. El Gobernador, después de haber tenido conocimiento de las conclusiones de la requisitoria, podrá decidir que las personas atacadas se envíen á una leprosería.

“Art. 18. El Magistrado entregará á todo leproso adulto, ó al padre ó tutor de un leproso menor de edad, una orden que obligue al enfermo á entrar en la leprosería por el espacio de un mes, á partir de la fecha de su expedición, y á permanecer allí hasta nueva orden, conforme á la ley.

“Art. 20. Este artículo enumera los recursos de que disponen las personas que han recibido la orden de irse á la leprosería.

“Art. 21. El Magistrado puede autorizar á los miembros de familia del leproso que manifiesten el deseo de acompañarlo á la leprosería. Debe previamente asegurarse si hay realmente parentesco entre el que va á ser aislado y los que quieren acompañarlo.”

c). Un tercer grupo de posesiones británicas comprende por una parte las Antillas y la Guayana Inglesa, y por otra el Gobierno del Estrecho en la Península de Malaca. Todos estos territorios se rigen por disposiciones análogas en lo relativo á la profilaxia de la lepra. Cuatro disposiciones principales se encuentran en la mayor parte de las leyes que pertenecen á este grupo:

“1.º Detención forzosa de los leprosos vagos y mendigos;

“2.º Aislamiento de los leprosos pobres que lo soliciten ó á petición de los que legalmente los tienen á su cargo;

“3.º Prohibir á los leprosos que ejerzan algunos oficios ó el comercio;

“4.º No permitir á los leprosos desembarcar en la colonia.”

En el Gobierno del Estrecho (Straits Settlements), un comité de lepra se reunió en 1893 en Perak. Expresó el deseo de que un establecimiento de aislamiento para los indigentes malayos se funde en la isla de Paug Kor Laut. Pidió que la isla fuera exclusivamente reservada para los leprosos malayos y que las medidas restrictivas fueran reducidas al minimum necesario para mantener la disciplina y prevenir las evasiones.

Los enfermos no deberán ser hospitalizados en salas comunes, gozarán en la isla de la misma libertad que sus compatriotas en el Estado. Las familias pueden no quedar desunidas; el marido podrá acompañar á su mujer á la leprosería ó recíprocamente, con la condición expresa de someterse á las reglas del establecimiento y de no salir de él sin el permiso expreso del médico oficial. Pero á los niños sanos no se les permitirá seguir á sus padres.

La corriente de inmigración hindúe y sobre todo china hacia el Gobierno del Estrecho es considerable. Ha introducido á esta colonia un gran número de leprosos que se han dirigido hacia la isla de Jerajak, cerca de Paulo Pinang.

La Ordenanza de los establecimientos del Estrecho, publicada en 1899, está basada en la relación dictada por el Comité de Perak. No cito sino los artículos principales:

“Art. 6.º Cuando una persona es convencida por un Magistrado de un delito castigable por el artículo 32 del “*The Summary Criminal Jurisdiction Ordinance*,” 1872 (delito de

vagancia) y que este Magistrado tenga la certidumbre de que la persona convencida es leprosa, será lícito á este Magistrado ordenar, por autorización de su mano y de su sello, la detención de este leproso en un asilo de leprosos, hasta que quede en libertad por orden del Gobernador.

“Art. 16. Todo leproso que desée ser admitido en un Asilo de leprosos, debe hacer una petición al Médico de Sanidad (*Health Officer*) de la Municipalidad ó al Médico oficial del Gobierno fuera de los límites de esta Municipalidad, en la forma siguiente:

“El infrascrito suplica por este escrito se le admita en el Asilo de Leprosos de . . . y se obliga á permanecer allí á lo menos por . . . años, si no fuere debidamente puesto en libertad más pronto y se somete á los reglamentos del Asilo de Leprosos.

(Firma del peticionario).

(Firma del testigo).

Al Médico de Sanidad de . . . ó Al Médico Oficial del Gobierno?

“Art. 7.º Cuando parezca á un Magistrado que una persona, en los límites de su jurisdicción, es probablemente leprosa, se le permitirá á este Magistrado, por la petición de cualquier persona legalmente encargada del sustento del supuesto leproso, abrir una requisitoria sobre el caso, y si este Magistrado adquiere la certidumbre de que el sospechado leproso es verdaderamente tál, y que se ha vuelto ó probablemente se volverá una carga para la persona que está legalmente encargada de sustentarlo, le será permitido á este Magistrado, por autorización de su mano y de su sello, ordenar la detención de este leproso en un asilo de leprosos, hasta que sea puesto en libertad por orden del Gobernador, y la persona legalmente encargada de sostener este leproso, deberá pagar cada mes al Gobierno, durante la detención del leproso, cierta cantidad para su sustento, según lo ordena el Magistrado, teniendo en cuenta todas las circunstancias del caso.

“Art. 3.º El Gobierno en Consejo puede, por notificación publicada en la *Gaceta Oficial*, prohibir á los leprosos ejercicio de algunas profesiones.”

Un adicional decreto da la lista de los oficios actualmente prohibidos á los leprosos, son :

Panadero, carnicero, cocinero, ó cualquier comercio ú oficio en el cual la persona empleada maneje (handles) artículos de alimento ó de bebidas, drogas, medicamentos ó tabaco bajo cualquier forma que sea ;

Lavandero, sastre, ó cualquier otro comercio ú oficio en el cual la persona empleada trabaje ó maneje vestidos ;

Barbero ó cualquier otro comercio ú oficio semejante en el cual la persona empleada se ponga en contacto con otra ;

Sirviente, nodriza, conductor de genrikisha, conductor que tiene licencia de conducir un carruaje de alquiler.

“Art. 4.º Todo leproso que continúe un oficio ó comercio prohibido arriba, y toda persona que á sabiendas emplee un leproso en este comercio ú oficio, será condenado con prueba por un Tribunal de dos Magistrados, á una multa que puede ser de 50 dolars ó á una prisión..... que no exceda de un mes, ó á las dos penas ; y todo leproso así condenado podrá ser enviado al Asilo de los leprosos y ser detenido allí hasta su libertad por orden del Gobernador.

Todo leproso que éntre en un coche de alquiler, genrikisha, ó cualquier otro vehículo público ó que se aloje en una casa de huéspedes (*boarding-house*), ó en un hotel (*lodging-houses*), ó que se bañe en un baño público, será culpable de un delito y se castigará con prueba delante de un Magistrado con una multa que no exceda de 50 dolars, y podrá ser enviado al Asilo de leprosos para ser detenido allí hasta su libertad por orden del Gobernador.

“Art. 10. Toda persona que, sin el permiso escrito del oficial encargado de un Asilo de leprosos, compre ó reciba de un interno de este asilo víveres, vestidos ú otros artículos, será castigada con prueba por un magistrado con una multa que puede ser de 50 dolars y á una prisión que no exceda de un mes ó á estas dos penas.

“Art. 14. Toda persona recibida en un asilo en virtud de este Decreto puede ser detenida en él hasta que sea trasladada ó puesta en libertad, y en caso de evasión puede ser aprehendida por el oficial encargado del Asilo de leprosos, ó por cualquier otro oficial ó servidor, ó por cualquier agente de Policía y enviada de nuevo, recibida y detenida en este Asilo de leprosos.

“Art. 11. Un leproso que no sea natural del Settlement

no debe ser desembarcado en ninguno de los puertos de la colonia; y el patrón ú otra persona encargada del navío que permita prevenir el desembarco de cualquier persona que sepa ó tenga motivos razonables para suponer que es un leproso, será condenado con prueba delante de una Corte de dos Magistrados á una multa que no exceda de 500 dolars (1,250 francos).

“Art. 12. Cada leproso así desembarcado, como se dijo arriba, puede enviarse al Asilo de leprosos por una autorización de la mano del Gobernador, y puede ser detenido durante el período que le designe esta autorización.

“Art. 13. Cada leproso así desembarcado puede ser llevado delante de un Magistrado, quien puede interrogarlo, lo mismo que á los otros testigos, bajo juramento en lo relativo al lugar de donde ha sido llevado al Settlement y puede hacer trasladar á este leproso al lugar de donde se le ha llevado, de la manera como el Gobernador lo decida, y los gastos convenientes ocasionados por este transporte, serán soportados y pagados por el patron ó la persona encargada del navío.

“Art. 15. Las penas impuestas al supuesto leproso, á las personas que lo desembarcaron ó que lo emplearon en un oficio prohibido, etc. . . . no serán pronunciadas sino sobre certificados dados por dos médicos prácticos que atestigüen que el supuesto leproso lo es evidentemente.”

De una manera general, los textos, en lo que concierne á las Antillas inglesas, fueron concebidos conforme al Decreto del Gobierno del Estrecho, pero sí mucho menos completos.

El *Lepers Act* de la isla de Antigua (1896) y el Decreto de San Cristóbal y Nevis (1890) contienen, entre otras disposiciones importantes, el derecho de enviar al Asilo á los presímeros enajenados y leprosos.

d) La India inglesa y sus dependencias constituye por sí sola el cuarto y último grupo. Se estima que el número de leprosos esparcidos en este vasto territorio es de 130,000, de los cuales á lo sumo 2 por 100 reciben cuidados convenientes. Una gran comisión enviada á la India en 1890, bajo los auspicios de la *National Leprosy Fund*, aconsejó las medidas siguientes:

- 1.º El aislamiento voluntario de los leprosos ;
- 2.º Prohibición para éstos de ejercer ciertas profesiones ;
- 3.º El cumplimiento de los reglamentos municipales sobre leprosos vagos ;
- 4.º La ampliación de los asilos existentes y la creación de nuevos establecimientos cercanos á las ciudades ;
- 5.º La fundación de colonias ó de quintas en los distritos rurales ;
- 6.º La institución de orfanatos para recibir los hijos de los leprosos.

Poco después el Gobierno de Bengala pasaba una ley— *The Lepers. Act de 1894*—que ordena el aislamiento de los leprosos indigentes y prohíbe el ejercicio de ciertas profesiones á todo individuo atacado de lepra. La Birmania y otros gobiernos locales de la India pidieron que el Acto de Bengala se hiciese extensiva á sus Provincias. Pero el Gobierno general, juzgando que una medida uniforme sería preferible á Actos separados, publicó, en 1896, en la *Gaceta Oficial*, un Acto sobre lepra, que podía ser aplicado en toda la extensión de la India inglesa.

De entonces para acá ha sido completado con adiciones que no lo modifican en la parte esencial ; y lleva el nombre de "*The Lepers Act of 1898.*"

En principio, el Acto se extiende á toda la India inglesa, comprendida en ella la Birmania, el Beluchistan inglés y las Parganas.

Pero para que se ponga en vigor en una de esas circunscripciones administrativas, es preciso que el Gobierno local declare por notificación en la *Gaceta Oficial* que la ley es aplicable en su territorio, porque todas las regiones del Imperio Indio no están actualmente en estado de soportar los gastos que esas medidas requieren. En las Provincias que están dispuestas á combatir la lepra no podía tratarse de socorrer y aislar la totalidad de sus leprosos á causa de su extraordinario número. Así, el Acto de 1898 no impone la obligación de recibir en los Asilos todos los leprosos que quieran permanecer en ellos. Los recursos no permiten detener sino á los leprosos mendigos é indigentes que han llegado al estado de ulceración ; y sólo se reciben cuando no hay una persona que se comprometa á cuidarlos y alimentarlos á domicilio.

El Acto de 1898 comprende dos disposiciones fundamentales:

- 1.ª El aislamiento de los leprosos indigentes;
- 2.ª La prohibición á los leprosos de ejercer ciertas profesiones.

No insisto sobre esta última medida, que ya tuve ocasión de describir al exponer la legislación de los Establecimientos del Estrecho. En cuanto á la primera disposición, se rige por los artículos siguientes:

“Art. 6.º En toda región donde el Gobierno local haya decidido, por notificación, que los leprosos indigentes sean enviados al Asilo, todo agente de Policía debe detener, sin autorización, á toda persona que le parezca ser un leproso indigente. Este agente de Policía conducirá inmediatamente, ó enviará á la persona detenida, á la Inspección de Policía más próxima.

“Art. 7.º Sin demora, la persona sospechosa será llevada ante un Inspector de la lepra. Si éste encuentra que la persona sometida á su observación no es un leproso en el sentido á que se refiere el artículo 2.º (es decir, leproso en quien ha comenzado ya el proceso de ulceración), le dará un certificado en la forma A., y acto continuo lo pondrá en libertad.

CERTIFICADO A

“El suscrito certifica que el día....de....de....examiné personalmente á....y que el dicho...no es un leproso como lo define el Acto de 189... sobre Lepra.

Dado de mi mano el día....de....de 189

(Aquí la firma)

Inspector de la lepra.

“ Si, al contrario, el Inspector estima que la persona es realmente un leproso, como lo entiende el artículo 2º, entregará al agente de Policía que custodia al leproso un certificado en la forma B, y el leproso, sin demora inútil, será enviado ante el Magistrado que tenga jurisdicción conforme á este Acto.

CERTIFICADO B

“El suscrito certifica que el día....de....de....examiné personalmente á...., y que el dicho....es un leproso como lo

entiende el Acto de 1898, sobre Lepra; que he establecido esta opinión por los motivos siguientes, en particular....

“Dado de mi mano el día....de....de 189

(Aquí la firma)

Inspector de la Lepra.

“Art. 8º Si el Magistrado encuentra que, conforme al certificado B, el individuo detenido es un leproso, y, además, indigente, le extenderá un certificado en la forma C y lo hará conducir por un agente de Policía al Asilo de leprosos.

CERTIFICADO C

“Al Superintendente del Asilo de leprosos.

“Atendiendo á que me parece evidente que ... es un leproso indigente como lo entiende el Acto de 1898, sobre lepra:

“Usted, señor Superintendente, está autorizado para recibir al dicho.... bajo su guarda, conforme á esta orden, y á mantenerlo hasta nueva orden de la Inspección ó del Magistrado del Distrito.

“Dado de mi mano y sellado el día.... de.... de 189

(Aquí la firma)

Magistrado.

“Art. 9º Si el individuo declarado leproso protesta contra esta decisión, el Magistrado, después de haber interrogado al Inspector de la lepra, podrá revocar ó mantener su sentencia ú ordenar que la persona sospechosa sea vigilada.

“En fin, si un paciente ó un amigo del leproso indigente se compromete por escrito á prestarle los cuidados convenientes é impedirle que mendigue, el Magistrado confiará el leproso á ese paciente ó amigo, y si lo juzga necesario podrá exigir fiador.”



He terminado el análisis de las leyes que rigen la profilaxia de la lepra en las colonias inglesas. En esta larga enumeración he omitido todos los artículos que, desde el punto de vista médico, no tienen sino una importancia secundaria. Estas leyes han sido completadas por disposiciones que definen:

a) Los derechos y los deberes de los poderes ejecutivo y judicial respecto á los leprosos internados ;

b) Las garantías destinadas á prevenir toda secuestro ó prisión arbitraria ;

c) Los gastos que incumbe á los presupuestos local y general de la colonia respecto al sostenimiento de los asilos y de los leprosos indigentes.

Dificultades de diversa naturaleza se oponen á que las leyes y reglamentos dictados contra la lepra sean rigurosamente aplicados. Dejando las generalidades voy á exponer brevemente la organización y funcionamiento de las leproserías inglesas, tomando como tipo de mi descripción las que tuve ocasión de visitar en el Extremo Oriente.

El Asilo de Mandalay *Saint John's Leper Asylum* recibe los leprosos de la Alta Birmania, mientras que el *Leper Asylum* de Rangoun recoge los de la Baja Birmania.

Estos dos Establecimientos son fundaciones privadas debidas á la iniciativa de los sacerdotes de las Misiones Extranjeras. Desde que el Acto está en vigor, esas leproserías han sido oficialmente reconocidas y reciben auxilio según el número y la duración de la permanencia en ellas de los leprosos hospitalizados. El misionero que llena las funciones de Superintendente en cada uno de estos Asilos somete á la aprobación de una comisión administrativa el plano y la cuenta circunstanciada aproximativa de los pabellones que se deben construir. Recibe una suma de la cual él mismo dispone para hacer ejecutar los trabajos. Como he vivido varios años en el país, como conoce la lengua y las costumbres de éste, como posee una gran autoridad moral sobre los indígenas católicos, como trabaja en una obra que ha fundado y que quiere ver prosperar, el misionero logra construir los edificios proyectados á un precio incomparablemente más bajo de lo que podría hacerlo la administración inglesa. Por estas convenciones entre misioneros y administradores, economías muy reales se realizan cada año en provecho de la colonia.

La leprosería católica de Mandalay está situada á dos millas al Este de la ciudad, en una llanura desierta, en un lugar que ocuparon los antiguos jardines reales. Fue creada á fines de 1891, por el padre Wehinger, sobre un terreno que fue cedido gratuitamente á la Misión por el Gobierno

A las simples *enramadas* que fueron levantadas primero se han sustituido hoy edificios de madera, en número de 9 para los hombres y 3 para las mujeres. Cada departamento encierra 16 á 32 camas. Es un largo rectángulo levantado sobre estacas. Esta disposición es requerida por el clima. Es necesario que la construcción esté aislada del suelo y que el aire circule libremente por debajo, porque la estación de las lluvias se prolonga durante varios meses en Birmania. El techo de doble inclinación, cubierto de tejas de bambú, se prolonga más allá de las paredes para librar de la lluvia y del sol el corredor que hay en los cuatro lados.

Las paredes del pabellón son delgadas en extremo. El espacio comprendido entre los pilares que sostienen el armazón del techo sólo está lleno por una ó dos esteras de bambú aplanadas, mantenidas de distancia en distancia por cuadros de madera que dan al todo una rigidez suficiente. Las ventanas están provistas de celosías de bambú trenzado que se levantan y abrigan el interior de la sala contra los ardores del sol. Las paredes de estera no llegan hasta el techo. Están coronadas de una ancha banda trenzada que da la vuelta al pabellón.

En fin, un espacio libre de 15 á 20 centímetros de altura, comprendido entre esta claraboya y la cara inferior del techo, establece una amplia comunicación entre el interior y el exterior. No hay cielo raso, de manera que se aumenta el aire contenido en la sala.

Este modo de construcción, poco costoso y admirablemente adaptado al clima, realiza admirablemente la aereación continua.

El aire filtra al través de los intersticios del piso y de las paredes de estera, y después de haberse calentado, se escapa por la claraboya situada en la parte superior. Gracias á esta disposición un número elevado de enfermos que han llegado al período de ulceración, pueden estar reunidos en una sala de pequeña dimensión, sin que la atmósfera exhale un olor fétido. No es, pues, necesario calcular los metros cúbicos de aire proporcionalmente al número de los enfermos tan exactamente como se hace para las habitaciones cerradas. Las dependencias que podrían contribuir á viciar el aire, la sala de abluciones de que los leprosos deben hacer

un uso diario, y los excusados, no comunican con el pabellón principal, sino están situados en su proximidad y abundantemente provistos de agua.

Los enfermos no reciben sino cuidados higiénicos, los tratamientos médicos están reconocidos como completamente ineficaces. Las curaciones se hacen por Hermanas Franciscanas, bajo la vigilancia del misionero, al cual se le confió el servicio de la farmacia.

Dos veces por mes, y más á menudo si su presencia es necesaria, el Médico del Hospital Civil de Mandalay se traslada á la leprosería. Practica las operaciones necesarias y examina los enfermos recibidos en el Asilo desde su última visita.

No hay régimen alimenticio especial. La ración diaria de víveres no cocinados que se da á cada leproso es la siguiente :

	Libras	—	Onzas
Arroz	1	—	4
Carne de buey y pescado	0	—	6 =
Aceite de sesamo	0	—	1
Legumbres	0	—	8
Cebollas	0	—	1
Condimentos para el cocido	0	—	1
{ Chillfes .. }			
{ Genjibre. }			
{ Azafrán ... }			
{ Coriandra }			
Pulpa de tamarindo	0	—	½
Sal	0	—	½

Los leprosos que están en situación de no consumir la ración entera, reciben en compensación los "extras" que se juzguen necesarios.

Tabaco y betel se distribuyen á los enfermos que no cometan ninguna falta.

Cada interno indigente está provisto de dos vestidos de algodón.

El Superintendente del Asilo puede dar, por escrito, á un leproso indigente el permiso de salir del establecimiento para ir á ver á sus parientes ó amigos, con la condición de que el leproso no se ausente del asilo más de quince días por año.

Con la aprobación del Superintendente, los leprosos in-

digentes pueden recibir visitas de sus parientes ó de sus amigos.

Estos últimos pueden estar autorizados para llevar á los leprosos vestidos y alimentos. Sin embargo, en el caso de desobediencia ó de mala conducta, el Superintendente puede retirar la autorización y privar al leproso del tabaco y del betel por un período de tres meses al máximo. Puede aun (lo que es excesivo y jamás se aplica) suprimir toda salida y toda visita durante un año.

Por el delito de evasión ú otros hechos graves, el Superintendente puede confinar al leproso indigente á su dormitorio ó á una celda por una duración de siete días, y los visitantes designados por el reglamento pueden elevar esta pena á un mes.

Los leprosos internos pueden ser empleados en cualquier trabajo que el Superintendente del Asilo juzgue conveniente.

600 enfermos, poco más ó menos, se han recibido en el asilo desde su fundación. El número de los internos, cuando pasó á Mandalay (Septiembre de 1899), era de 218.

El sustento de los leprosos, cuesta por término medio, 1,500 rupias por año. (En el estado actual, la rupia vale casi 1 franco, 25 centavos).

Estos gastos son en gran parte cubiertos por los auxilios del Gobierno y de las Municipalidades y también por las donaciones de los particulares. Actualmente la Misión recibe por mes, para el sustento de cada leproso que vive en el asilo, 5 rupias (de las cuales 2 del presupuesto general y 3 de las ciudades de Mandalay y de Rangoun).

El Gobierno local votó recientemente fondos (poco más ó menos 3,000 rupias) para construir en el terreno de la leprosería, de acuerdo con la Misión, dos nuevos edificios que puedan contener 48 camas. Se le da á cada leproso, cada mes, siete rupias con las cuales se cubren los gastos de alimentos, vestidos y medicamentos. A pesar de estas concesiones, el establecimiento es aun notoriamente insuficiente. El Superintendente del Asilo avalúa en 500 el número de leprosos en libertad en la región y va á visitar á la ciudad de Mandalay á lo menos 150 leprosos. (Una leprosería protestante contigua á la leprosería católica, hospitaliza 60 leprosos).

La prensa local se interesa actualmente en obtener la secuestración de todos los leprosos.

El Asilo de Rangoun, fundado y dirigido por el P. Freynet, sacerdote francés de las Misiones extranjeras, data de 5 años.

Se construyó según el mismo plano que el de Mandalay, y se alimenta ó se sostiene en parte por las donaciones particulares, y en parte por las subvenciones del presupuesto colonial. Está situada á dos millas de Rangoun, en una región abundantemente provista de árboles y aislada de toda habitación. Contiene 60 leprosos, de los cuales los unos son vagos, no pueden salir, y son llevados de nuevo por la Policía si se escapan; los otros han entrado voluntariamente al asilo y obtienen el permiso de ir á la ciudad ó de recibir visitas en el asilo. Este establecimiento, que está destinado desde su principio para recibir á todos los leprosos vagos de la Baja-Birmania, no hospitaliza actualmente sino un número insignificante.

Las leproserías, á pesar de su insuficiencia, prestan reales servicios; pero es necesario reconocer que no realizan el aislamiento sino de una manera muy imperfecta. Los leprosos salen á menudo y pueden aún, en los términos del reglamento, pasar quince días por año fuera del asilo.

Por otra parte, si la leprosería de Rangoun está bien alejada, en medio del bosque, la de Mandalay está contigua á una aglomeración de cien habitantes. Los internos se acercan diariamente á ella, y es probable, sin que se pueda afirmarlo, que han propagado el contagio á esta pequeña aldea, donde he visto muchos leprosos.

Es evidente que el sistema de las leproserías marítimas, cada vez que pueda ser realizado, es incomparablemente superior al de las leproserías terrestres.

El Poulo Jerajak (poulo en malayo significa isla) es un establecimiento destinado á recibir los leprosos de todas las colonias inglesas del Gobierno del Estrecho (Pinang, Dindings, Malacca, Perak y Singapore). Está situado en una pequeña isla de algunas millas de contorno sobre el lado Este de Poulo Pinang. Este islote, alargado, está recorrido de Norte á Sur por una cresta montañosa. Entre el pie de ésta y la ribera occidental se extiende una larga banda de tierra

cultivable, situada casi al nivel del mar. Es sobre este borde donde están diseminados los pabellones de la leprosería. Hay, por término medio, en Jerajak, de 240 á 270 leprosos, todos del sexo masculino (Los leprosos de Poulo Pinang se enidan en el hospital general de Georgetown, capital de la isla de Pinang. Los de Singapore están aislados en número de veinte, á algunos kilómetros de la ciudad, en un asilo rodeado de una alta arboleda y vecina al Hospital de los pobres). Con excepción de veinte hindues, todos los otros internos son chinos, que provienen la mayor parte de Singapore, de donde se llevan por grupos de 20 á 40 en un bote que les está especialmente destinado y que es remolcado por un buque de mar.

Un médico inglés, Mr. Foston, á cuya amabilidad debo haber podido visitar la leprosería de Jerajak, viene á inspeccionar este establecimiento dos veces por semana. Tiene bajo sus órdenes un médico residente, de origen malayo. Los leprosos válidos son los que prestan todos los servicios; no hay religiosas, ni enfermeros, lo que reduce al mínimun las probabilidades de contagio.

Salvo los presos y leprosos vagos, que en virtud del Decreto de 1899 han sido internados en un pabellón especial, bajo la custodia de la Policía, los otros enfermos han entrado voluntariamente al establecimiento. Entre éstos muy pocos exigen que se les ponga en libertad. Son casi la mayor parte chinos, que no tienen familia, y como se les alimenta bien, se les permite fumar opio y aun se les distribuye, si les falta, no tienen por qué dejar el establecimiento.

Mr. Foston, después de haber ensayado, sin resultado, los diversos tratamientos en uso contra la lepra, tales como el chaulmugra, el ictiol, el gurgum, etc., renunció á todo tratamiento terapéutico. Los leprosos disponen de una gran cantidad de agua para hacer sus abluciones. Trabajos importantes se han emprendido para encauzar los arroyos que descienden de las montañas y recogerlos en una gran alberca cimentada.

El alimento es abundante: se compone de arroz, curry, pescado salado ó fresco, legumbres, etc. Hay dos cocinas, porque los chinos y los hindues no emplean los mismos condimentos para preparar sus alimentos. Además, prescripcio-

nes extraordinarias de leche, alcohol, etc., pueden ser ordenadas para los enfermos.

Los edificios de la leprosería están diseminados en un espacio muy vasto. Los unos son completamente de mampostería, macizos y taladrados de aberturas insuficientemente anchas; no contienen sino 10 á 20 camas. Otros son mucho más vastos y alcanzan á 180 pies de longitud. Están establecidos sobre una plataforma cimentada, elevada 50 á 80 centímetros del suelo y soportada por arcadas rebajadas, que dejan circular el aire bajo el edificio. Sobre este terraplén se elevan, de distancia, en distancia pilares de piedra que soportan el techo. Éste está cubierto de tejas, y en toda la longitud de las dos pendientes, existe una ancha hendidura horizontal por la cual se escapa el aire viciado. Los espacios comprendidos entre los pilares de estos pabellones, que no son, propiamente hablando, sino sotechados, están llenos por rejas de tablas ó esteras de bambú entrelazado. Estos tabiques ligeros no suben hasta el nacimiento del techo; quedan separados de él por una abertura de 80 centímetros de altura. Interiormente, las redes no descienden hasta el suelo cimentado, á fin de permitir la renovación del aire y de facilitar la salida de las aguas del lavado, de suerte que el suelo puede quedar perfectamente inundado como el fondo de un navío.

Las salas carecen de cielo raso, lo que aumenta los metros cúbicos de aire contenidos en los pabellones.

Los baños, numerosos y siempre independientes de las salas, son muy aseados, provistos de ladrillos de loza barnizados, y de agua en abundancia.

Hay una enfermería que contiene doce cuartitos.

Las salas están rodeadas de jardines cultivados por los leprosos.

Esta manera de aislamiento en una isla, tal como se practica en Jerajak, conviene sobre todo á las colonias que están llenas de vagos é inmigrantes sin familia. Pero es difícil que lo acepten los indígenas, quienes rehusan vivir lejos de sus parientes y de su aldea.

Quizá se llegaría á vencer su repugnancia, si se renunciara á reunirlos en salas comunes, y si se les autorizara para crear en la leprosería insular, que se ha convertido para ellos en una nueva patria, aldeas y colonias agrícolas donde gozarían de la más completa libertad.

(Próceso Médicos).

AMBULANCIAS

El Dr. Nicholas Senn acaba de publicar en Nueva York un libro (1) en el cual estudia las cuestiones relativas á la cirugía de campaña, basándose en la experiencia adquirida durante la corta guerra de Cuba y Puerto Rico. Las heridas que el autor trató fueron todas hechas con balas de máuser, que tienen la ventaja de curar rápidamente cuando no interesan alguna víscera, y de ser asépticas, porque no introducen á los tejidos orgánicos pedazos de vestidos ú otros materiales sépticos; cuando hubo alguna infección se limitó á la parte más superficial de la herida, y en lo general á la herida de salida, debido probablemente á su mayor extensión; en las fracturas que supuraron puede asegurarse que la infección no se verificó al mismo tiempo que la herida, sino que se produjo por propagación de la herida exterior; el autor considera que cuando no hubo curación por primera intención se debió á que la primera curación fue imperfecta ó insuficiente, y al cambio inútil de las curaciones; para obviar estos inconvenientes se necesita que el soldado lleve consigo todos los elementos que le sirvan para la primera curación y que la sepa aplicar; después de discutir largamente cómo debe estar compuesto el paquete para la primera curación, llega á esta conclusión:

“El paquete para la primera curación debe contener, en cubierta encerada y aséptica, un polvo antiséptico, como polvo borosalicílico, 2 alfileres de nodriza esterilizados envueltos en papel de estaño, entre estos dos y la cubierta impermeable, dos tiras de emplasto adhesivo, de una pulgada de ancho y ocho pulgadas de largo, una compresa y un vendaje de gasa; tan pronto como es herido el soldado, se llevará á retaguardia de la línea de batalla, y allí, sin desvestirlo sino descubriendo la herida, se llenará ésta con el polvo borosalicílico (2), encima se pondrá la compresa, que se fijará con el esparadrapo, colocadas encima las ropas sobre éstas se

(1) Médico—Surgical aspects of the Spanish—American war—Chicago: 1900.

(2) Ácido bórico 4 partes, ácido salicílico 1 parte. M.

aplicará el vendaje; bajo esta curación hecha con las manos limpias sanarán por primera intención la mayor parte de la heridas; este vendaje sólo se quitará cuando haya señales evidentes de que la herida está infectada; por no haberse dado cumplimiento á esta disposición en la campaña de Cuba después de la batalla de Santiago, muchas heridas se infectaron, que de otro modo habrían sanado sin complicación; mejor aplicada esta prescripción durante la campaña de Puerto Rico, los resultados fueron sorprendentes; pero para que esto se consiga debe tenerse presente lo que dice el Profesor von Nussbaunn. *La suerte de la herida está en las manos de quien aplica la primera curación.*"

Del estudio que hace el autor sobre los efectos que producen las balas de pequeño calibre en los diferentes órganos y regiones del cuerpo, tomamos lo siguiente: de los que sobrevivieron algunos días después de heridos en la cabeza, en todos los casos, la infección intracraniana fue causa inmediata de la muerte, la encefalitis y la leptomeningitis, fueron las complicaciones fatales, el tratamiento quirúrgico usado en muchos casos fue impotente para circunscribir la infección; los heridos en la columna vertebral con lesiones graves de la medula murieron, la causa inmediata de la muerte en tales casos es la leptomeningitis séptica, ó la sepsia con agotamiento por el decúbito; los heridos en el tórax que sobrevivieron tiempo suficiente para que se les transportara al hospital fueron muchísimos, y lo que sorprende más es que á menos de hemorragia grave los síntomas fueron muy suaves y los enfermos apenas permanecieron pocos días acostados; el tratamiento fue el espectante, cubriendo simplemente la ó las heridas exteriores, sin abrir en ningún caso la cavidad pleural para contener la hemorragia; hoy como antes es cierto que mayores son las probabilidades de vida cuando la bala atraviesa el pecho, que cuando éste es abierto para buscarla; de los heridos en el abdomen algunos curaron sin intervención quirúrgica, debido esto á que una bala puede atravesar el abdomen en dirección anterior-posterior al nivel del ombligo ó encima de él sin producir lesión visceral; cuando la bala atraviesa la región del intestino delgado lo más probable es que se encuentren de

una á catorce perforaciones, y con el objeto de remediar á ellas se practicaron cuatro laparotomías con cuatro muertos, por este motivo se prescindió después de esta clase de intervenciones; en las heridas de los miembros, se practicaron muy pocas amputaciones primitivas, todos los cirujanos adoptaron medidas conservadoras en el tratamiento de tales heridas, y limitaron las amputaciones á los casos en que el estado de los tejidos blandos no permitía otro proceder; se practicaron algunas amputaciones secundarias para salvar la vida en casos de fracturas compuestas infectadas; generalmente complicadas con infección articular.

Las condiciones para cirujano militar son las siguientes :

1.ª Debe tener una salud completa, y además una educación física que le permita sobreponerse á toda clase de fatigas, que lo haga apto para caminar á pie veinte millas por día ó cuarenta á caballo, sin que esto le impida trabajar por la noche si fuere necesario;

2.ª Siendo varias las circunstancias en que puede encontrarse el cirujano militar, necesita ser perito en el diagnóstico, y conocer todos los ramos de las ciencias médicas y quirúrgicas; en el mismo día puede ser médico, cirujano, dentista, oculista, aurista, etc., encontrándose entregado para el diagnóstico y el tratamiento á sus propios esfuerzos y recursos; debe ser médico por vocación, de una imaginación viva y rápida para inventar recursos y adaptar los objetos que estén á su alcance á las urgentes necesidades del momento, para tomar resoluciones rápidas y realizarlas sin vacilación;

3.ª Los que entren como médicos militares, sin espíritu militar, desempeñarán un papel secundario en el ejército, y no podrán situarse en la posición á que tienen derecho por su educación; las principales causas de éstos, son: la falta de dignidad militar de parte del Cuerpo Médico y la mucha familiaridad entre el cirujano y los oficiales y soldados;

4.ª El hombre más ocupado siempre tiene tiempo para cumplir con su deber, ó con una cita á la hora convenida; la puntualidad que es necesaria en todas las carreras, lo es más en el médico en general y en el cirujano militar en es-

pecial ; los que no poseen esta cualidad son en lo general los que dejan para mañana lo que podrían hacer hoy ;

5.^a El valor es condición indispensable en el cirujano, lo necesita no sólo en el campo de batalla en donde está expuesto á las balas y á la metralla, ya se encuentre en la línea de batalla, ó algo á retaguardia, sino que lo necesita para desafiar con ánimo sereno las grandes y mortíferas epidemias que siguen á los ejércitos en campaña, y que causan más bajas que las balas del enemigo ;

6.^a La conducta del cirujano debe ser correcta, y servir de ejemplo permanente á los que lo rodean ; la templanza en la comida y la bebida, se enseñan con mejor resultado con los hechos que con las palabras ; debe ser firme y digno con los inferiores, al mismo tiempo que bondadoso y afable, sobre todo cuando necesitan sus servicios profesionales ; en una palabra, el cirujano militar debe ser en el campamento un cumplido caballero, para que se le respete y para hacer honor al elevado puesto que ocupa ;

7.^a El cirujano militar debe atender los pequeños padecimientos de la tropa, lo mismo que los grandes, con el mismo interés y consagración que si se tratara de una persona perteneciente á una familia rica ; para esto se servirá de la medicación más sencilla, las prescripciones complicadas son inútiles cuando no peligrosas, las pastillas que contienen drogas en una forma muy concentrada son una gran bendición en la práctica médica de los ejércitos, y casi deben ser la única forma farmacéutica que se use en el tratamiento de las enfermedades. Los remedios deben ser pocos y bien escogidos para que llenen todas las indicaciones ; abundante provisión de quinina, opio, calomel, estricnina, alcanfor, hierro, arsénico, bicarbonato de soda, bromuro de potasio, servirán casi para todo. Trementina, alcohol, aceite de palma-cristi y los anestésicos, casi son las únicas drogas líquidas que necesita el cirujano en campaña ; es inexcusable en las campañas modernas, el despachar medicinas en botellas, porque esto trae consigo la pérdida de las drogas. En la práctica quirúrgica, el cirujano militar que quiera obtener el máximum de éxito debe ser conservador, usar estricta asepsia y tener especial habilidad para el tratamiento de los

accidentes; debe estar familiarizado con las indicaciones y la técnica de todas las operaciones que pudieran practicarse de un momento á otro, como el tratamiento de las fracturas compuestas; la curación de toda clase de heridas y la ligadura de las arterias en todas las regiones del cuerpo; sabiendo adaptarse á las circunstancias y usando del menor número de instrumentos. El cirujano que pueda proporcionarse extemporáneamente una mesa de operaciones en el campo de batalla, que pueda hacer la asepsia perfecta con una cafetera, sublimado ó ácido fénico y jabón, que pueda ejecutar las más difíciles operaciones con los instrumentos más sencillos y menos numerosos, y con poca ó ninguna cooperación, será el que hará más y el que tendrá mejor éxito.

El cirujano llevará sus instrumentos en un estuche de lona que pueda lavarse, en el cual cada instrumento esté convenientemente asegurado con presillas no elásticas; cuando se pueda escribir el nombre sobre el lugar que debe ocupar, esto es mucho mejor, porque se economiza tiempo al volver á colocarlos; parece que es este el sistema ideal para llevar los instrumentos; las cajas de madera y las más modernas de níquel tienen los inconvenientes del peso, del deterioro constante que sufren con los choques, de la falta de seguridad de los instrumentos en sus respectivos compartimentos, lo que los daña con las sacudidas y produce ruido desagradable; otro estuche igual, convenientemente esterilizado, servirá para colocar los instrumentos después que han sido expuestos á la infección; tanto el estuche de lona con los instrumentos, como el vacío se colocarán en una caja de cuero blando, con bordes y esquinas redondeadas, con doble compartimento, y con una agarradera para cargarlo como un saco de viaje ó con una correa larga para usarlo como guarniel.

Los instrumentos para este estuche son los siguientes: un cateter de combinación para hombre y mujer; 11 pinzas hemostáticas de Kocher; 1 pinza hemostática de Abbe combinada con un porta-aguja; 1 escalpelo pequeño; 1 escalpelo grande; 1 bisturí recto; 1 bisturí curvo y puntiagudo; 1 tenótomo pequeño; 1 tenáculum; 1 tijeras rectas; 1 tijeras curvas sobre el plano; 1 cuchillo de doblar para am-

putaciones, de Mac Lean; 1 pinzas para cortar huesos; re-tractores con guardas; 1 sierra de Senn, con guarda para la hoja; 1 pinza de curación; 1 porta-ligaduras y retractor; 2 pinzas de Senn para coger los tejidos, con tres ó cinco dientes; 1 cincel para huesos; 1 gurbia para huesos; 1 cucharilla cortante, con retractor para desprender el periosto; 1 pinza de Senn para extraer balas; 1 tienza de Senn para las balas; 2 estiletes comunes; 1 trocar explorador; 12 suturas de crin de Florencia; 12 agujas surtidas; 2 madejas de seda tejida; 1 rollo de alambre de plata; 6 agujas para sutura intestinal.

Las seis cuchillas metálicas van colocadas entre dos placas metálicas dispuestas en una de las divisiones del estuche de lona.

El estuche de lona tiene ocho pulgadas de ancho por treinta y una de largo, doblado, va colocado en la cubierta de cuero flexible, que tiene nueve pulgadas de largo, cinco pulgadas de ancho y cinco pulgadas de espesor, y pesa por todo $4\frac{1}{2}$ libras; la ventaja principal de este estuche, consiste en que para esterilizarlo basta poner á hervir el estuche de lona con todo su contenido durante unos pocos minutos en solución de soda; terminada la operación y después de lavar los instrumentos y secarlos cuidadosamente se colocan en el estuche seco de lona.