

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.

SECCION OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 15 DE OCTUBRE DE 1898

(Presidencia del doctor Leoncio Barreto).

En Bogotá, á 15 de Octubre de 1898, se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local respectivo y á la hora acostumbrada, con asistencia de los doctores Amaya, Barreto, García Medina, Gómez (Proto), Gómez E., Herrera (Juan D.), Michelsen U., Rueda y Sáenz.

Leída el acta de la sesión anterior, de fecha 26 de Julio de 1898, fue modificada por el doctor Michelsen en el sentido de que se pusiera la fecha del acta anterior, y así fue aprobada.

En seguida se leyó un informe del doctor García M., relativo á un trabajo sobre la *Blenorragia*, presentado por el doctor Luis F. Calderón, y puestas en discusión las conclusiones con que termina dicho informe, y votadas por partes á petición del doctor García M., fue aprobada la primera parte, quedando aceptado el doctor Calderón como candidato para miembro de la Academia.

Votada la segunda parte, que pide se publique el trabajo, el doctor Michelsen modificó dicha conclusión pidiendo que se publique el informe junto con el trabajo, y así quedó aprobada.

Luégo el señor Presidente pidió al Secretario informase sobre el número de vacantes que existían en la Academia y cuáles eran los candidatos para ellas; á lo cual el Secretario contestó que había cinco vacantes y que los candidatos eran los siguientes: doctores Barrera, Calderón, Cuervo M. y Lobo.

Acto continuo el doctor Amaya hizo la siguiente proposición:

“Procédase á llenar de las cinco vacantes que existen actualmente, tres de ellas con las formalidades que exige el Reglamento.” Proposición que apoyó diciendo “que lo hacía así para que hubiera estímulo para muchos jóvenes que deseaban entrar á la Academia, y por este medio traer nueva savia á ella.”

El doctor Michelsen modificó esta proposición diciendo que se llenaran dos en vez de tres, y así se aprobó, y en seguida se procedió á la votación secreta, que dio el siguiente resultado: por el doctor Lobo, 9 votos; por el doctor Cuervo, 7 votos; por el doctor Calderón, 2 votos, escrutados por los doctores Herrera (J. D.) y Gómez C., nombrados al efecto por la Presidencia; en vista del resultado, la Academia declaró electos á los doctores Lobo y Cuervo M.

Leyóse un informe del doctor Pedro M. Ibáñez, sobre un trabajo del doctor Pedro Quesada R., que trata de la *Forma hemorrágica del paludismo*; puestas en discusión las conclusiones de dicho informe, la primera, que pide se publique el trabajo, la modificó el doctor Michelsen pidiendo que se publique el informe junto con el trabajo. Fue aprobada dicha modificación. La segunda, que pide la aceptación del doctor Quesada como miembro correspondiente, fue votada secretamente y declarado aceptado por la Academia, según informe de los doctores Amaya y Sáenz, nombrados escrutadores al efecto.

Leyóse un trabajo del doctor Antonino Gómez C., titulado *Parto prematuro de una monstruosidad simulando una placenta previa*. Su autor pidió la palabra para manifestar que hacía bastante tiempo que lo tenía escrito, y que lo presentaba á la

Academia para que ella juzgara del valor científico que pudiera tener.

El doctor Gómez (Proto) hizo la siguiente proposición, que fue aprobada:

“Déense las gracias al doctor Gómez Calvo por su importante trabajo y publíquese en la REVISTA MÉDICA.”

Luégo el doctor Michelsen hizo esta proposición:

“Autorízase al señor Secretario perpetuo de la Academia para que contrate los fotograbados que deben acompañar los trabajos que la Academia ha ordenado se publiquen en la REVISTA MÉDICA, y ordénese al Tesorero que pague el gasto que esto ocasione.” Fue aprobada por unanimidad.

En seguida los doctores Amaya A., García Medina y Gómez (Proto) propusieron: “Dirijase al Congreso Nacional un memorial con el objeto de solicitar la expedición de una ley que reglamente el ejercicio de la medicina en la República.” El doctor Herrera (J. D.) modificó así: “Dirijase al Congreso Nacional un proyecto que reglamente el ejercicio de la medicina en la República.” Después de discutida, su autor retiró dicha modificación. En seguida el doctor Amaya A. adicionó la proposición principal así: “Nómbrese por la Presidencia una comisión plural que redacte el memorial dirigido al Congreso.” Puesta en discusión, fue negada. Votada la proposición principal, fue aprobada.

El doctor Herrera (J. D.) hizo esta proposición: “Excítese á los médicos de la capital y á los de fuera de ella en donde haya existido la *Gripa* para que se sirvan presentar á la Academia Nacional sus observaciones sobre la actual epidemia,” proposición que apoyó diciendo “que si no se hacía esta excitación, nunca tendríamos medicina nacional.” El doctor Rueda pidió la palabra para preguntar cómo se hacía dicha excitación, y la Academia acordó que se hiciera por los periódicos y por una circular impresa. El doctor Barreto adicionó de la siguiente manera: “Excítese á los miembros de la Academia para que en la próxima sesión presenten sus observaciones personales sobre la misma epidemia.”

Votada la proposición con la adición, fue aprobada.
Siendo avanzada la hora, se levantó la sesión.

El Presidente, LEONCIO BARRETO.

El Secretario, *Miguel Rueda A.*

TRABAJOS ORIGINALES

LOS ANFITEATROS

DE SAN JUAN DE DIOS

La ley del Progreso es tan ineludible como todas las leyes divinas, y no se puede violar impunemente.

En el estado actual de la ciencia, los anfiteatros de la Facultad de Medicina, en el edificio de San Juan de Dios de Bogotá, no deben existir para que en ellos se hagan estudios de anatomía.

El pabellón que se construyó para ese objeto en uno de los patios del Hospital es totalmente inadecuado para el servicio que debe prestar.

Los Reverendos Padres de San Juan de Dios que construyeron nuestro Hospital hace dos siglos, poseían conocimientos muy completos de las condiciones higiénicas que requiere un Hospital; hicieron todo lo que la ciencia moderna demuestra como indispensable en cuanto á luz y ventilación: los medios más poderosos y baratos de desinfección. A las salas les dieron toda la amplitud compatible con la solidez de los materiales de construcción de que disponían; en los muros establecieron puertas y ventanas para recibir los rayos solares y ventilar durante el día; y en el espesor mismo de las paredes construyeron tubos de tiro, para que la renovación del aire no sea interrumpida durante la noche cuando, á fin de evitar el enfriamiento, se cierran las puertas y ventanas. Para disponer de la mayor cantidad posible de luz y de aire dejaron en el interior del edificio extensos patios.

Es en uno de estos patios cuadriláteros, rodeado por enfermerías en tres de sus lados, donde se encuentra el Pabellón de los anfiteatros de la Facultad de Medicina de Bogotá. Las enfermerías están en el piso alto, los anfiteatros al nivel del patio.

Tan mala disposición da los siguientes resultados: pérdida de un considerable volumen de aire puro desalojado por el Pabellón (es decir, que si ese edificio no fuera el local de los anfiteatros, sino cualquiera otro edificio de indiscutible salubridad, siempre su existencia allí perjudicaría á los enfermos porque los privaría de un volumen de aire igual al volumen del Pabellón); existencia de un foco de infección de primera clase á inmediaciones de las salas repletas de enfermos; infección del aire en todo el edificio, ocasionada por las emanaciones de los despojos mortales que se colocan en los anfiteatros; estas emanaciones se dispersan por las puertas y ventanas del Pabellón y por una chimenea que se le construyó en el centro para aumentar la ventilación, chimenea que no es suficientemente alta para lanzar los gases que ella recoge fuera de los tejados del Hospital, y en cambio ejerce el oficio de una regadera que los distribuye en las enfermerías (esto es fácil comprobarlo: cuando los estudiantes queman el cabello de los cadáveres que están en las mesas de disección, para destruir los piojos, el olor del pelo quemado se percibe abundantemente en las enfermerías; y las pocas veces en que, para aumentar el tiro de la chimenea, queman en su base paja ó virutas, el humo se entra á las enfermerías); y aumento de la insalubridad natural del Hospital con la del anfiteatro.

Esta acumulación de elementos insalubres en San Juan de Dios es de suma gravedad, porque el sitio en que se halla es de los más centrales de la ciudad y por la proximidad, á unos pocos metros del mercado público, donde se expenden diariamente los víveres para los cien mil y pico de individuos que habitan en la capital.

Sin duda un Hospital debe existir dentro de la población para que se encuentre al alcance de los seres que lo necesitan, y cuyo número, en el curso de un año, por ejemplo, es de varios millares; pero un anfiteatro para enseñanza de las anato-

mías no debe, por motivo alguno, estar en el centro de la ciudad.

Además de la mala ubicación de los anfiteatros, la escasez de agua aumenta su insalubridad. En Bogotá todos, por propia experiencia, hemos visto la constante y progresiva disminución de las aguas que abastecen á la capital, y cuando deja de llover por unos pocos días, es tan pequeña la cantidad de agua de que puede disponer el Acueducto, que no alcanza ni para las necesidades más urgentes. Por esto los desagües del anfiteatro que reciben la sangre y demás líquidos de los cadáveres no se pueden conservar con una corriente de agua de fuerza suficiente para que esos líquidos mortíferos salgan pronto del perímetro de la ciudad, y no infesten las alcantarillas, y por las rejas de éstas las calles y las habitaciones.

En relación con el número de alumnos que estudian anatomía, es muy reducido el número de cadáveres destinados para disecar; y por esa penuria los despojos de los muertos permanecen en el anfiteatro mucho más tiempo del conveniente y entran en descomposición; esos restos ya podridos atraviesan, para ir al cementerio en el carro que los conduce, grande extensión de vías públicas, regando con el mal olor insoportable que despiden, innumerables gérmenes de enfermedades mortales. Resultado inevitable de haber construído los anfiteatros dentro del poblado.

Lo expuesto me parece bastante para demostrar que los anfiteatros de San Juan de Dios no deben subsistir, y para suplicar, en nombre del progreso, de la humanidad y de la ciencia, que se elimine de ellos la enseñanza de anatomía.

Pero para ir más lejos en el camino que á ese resultado conducirá, me complazco en reproducir aquí los siguientes documentos oficiales:

“ JUNTA CENTRAL DE HIGIENE

Sesión del día 7 de Noviembre de 1887.

(Presidió el Profesor Michelsen).

En el local acostumbrado, y á la hora señalada, se abrió la sesión, estando presentes todos los miembros de la Junta.

Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada sin modificación alguna.

El Profesor Michelsen pidió á la Junta su opinión sobre la conveniencia ó inconveniencia del anfiteatro destinado á autopsias y disecciones anatómicas en el punto en que actualmente se encuentra: esto porque el Gobierno va á renovar el contrato que ha existido con la Junta General de Beneficencia para el servicio médico del Hospital de San Juan de Dios.

Concedida la palabra al señor Profesor Osorio, habló sobre la inconveniencia del anfiteatro en el lugar donde hoy se encuentra y sobre lo insuficiente que es éste. Dijo que se podría permitir que en él se hiciesen las autopsias á cierta hora determinada; pero que para estudios de anatomía sería conveniente construir un anfiteatro más espacioso, para lo cual podría aprovecharse una localidat que fue cedida para tal fin, en tiempos anteriores, en San Diego, cerca del Asilo.

El Profesor Durán Borda estuvo de acuerdo con el doctor Osorio sobre la inconveniencia del anfiteatro en el punto que ocupa y sobre la construcción de otro; pero no en el punto designado por el señor Profesor Osorio, por ser muy distante de la población, y presentarse así grandes inconvenientes á los estudiantes.

La discusión versó después sobre el mismo asunto, y como resolución se convino encargar al señor Profesor Durán Borda, por corresponder este asunto á su Comisión, para informar sobre el asunto y proponer lo que debe hacerse.

Se levantó la sesión á hora avanzada.

El Presidente, C. MICHELSEN U.

El Secretario, G. Durán Borda."

“Sesión del día 15 de Noviembre de 1887.

(Presidió el Profesor Michelsen).

En el local acostumbrado, y á la hora señalada, se abrió la sesión, con asistencia de los Profesores Michelsen, Osorio

y Durán Borda. Faltó, legítimamente excusado, el Profesor Posada.

Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada.

Se dio lectura al siguiente informe:

Señores miembros de la Junta Central de Higiene:

Para presentaros un informe sobre higiene de los anfiteatros, la Comisión ha creído conveniente dividirlo en dos partes: la primera, higiene del anfiteatro actual; y la segunda, higiene del anfiteatro que debe construirse.

I

Higiene del anfiteatro actual.

Los anfiteatros han sido considerados como focos de infección, entendiéndose por tales los lugares de donde se desprenden emanaciones morbígenas; éstos son tanto más perjudiciales cuanto más cercanos están de las habitaciones. El anfiteatro de San Juan de Dios, colocado en el centro del patio de la Escuela, y rodeado á corta distancia por tramos del edificio más altos que la chimenea, tiene graves inconvenientes, no sólo para la salubridad del Hospital y de la población, sino también para los trabajos que allí se hacen por los alumnos. Estudiaremos estos puntos separadamente.

Capacidad.—Es sumamente reducida por el número de alumnos y de cadáveres que diariamente sirven á los estudios de disección y de medicina operatoria; en cada uno de los pabellones no hay sino una mesa en que sólo pueden trabajar cuatro; además, si, como es natural, los Profesores dan los cursos prácticos en ellos, el espacio es tan reducido que las demostraciones no son sino para unos pocos, quedando el mayor número en la imposibilidad de ver las preparaciones.

Ventilación.—Si bien es cierto, como lo dice el señor doctor Liborio Zerda en su importante informe sobre los anfiteatros, que la renovacion del aire se hace por la chimenea central, poniendo en movimiento la masa contenida en el patio y corredores, esto sólo tiene lugar cuando un foco calorífico constante se mantiene en el hogar; los picos de gas no exis-

ten, y hoy sólo se quema, de tiempo en tiempo, una cantidad mínima de viruta, que si arroja fuera los miasmas es para evitarlos en las enfermerías ó á corta distancia del Hospital de modo que sólo se obtiene un resultado negativo, cuando no perjudicial.

Desinfección.—Los cadáveres entran en putrefacción en un tiempo que varía con la temperatura y las enfermedades á que sucumben. Entre nosotros la descomposición empieza antes de veinticuatro horas después de la muerte, y en el anfiteatro se acelera por la exposición al aire de los órganos y de los tejidos, y también por la alta temperatura que produce el sol en locales estrechos y cerrados por vidrieras. Las sustancias desinfectantes son desconocidas allí en absoluto, tanto para los cadáveres como para el local construído de ladrillo y arenisca, de reconocida permeabilidad, y, sobre todo, para los líquidos que después del lavado van á unirse á las cañerías de los comunes, en el interior del edificio, agregando así elementos nuevos de infección, microbios tíficos, disentéricos, tuberculosos, etc. etc., á los no pocos contenidos en los excrementos, esputos, etc. etc., que tampoco son desinfectados en el Hospital.

Transporte de los cadáveres. — Los restos deformes y descompuestos de los cadáveres que han servido á los estudios anatómicos son llevados al cementerio en un carro tirado por hombres, en condiciones tan poco higiénicas, que ha sido siempre objeto de reclamos, tanto por el mal olor como por los líquidos que de él salen; raras veces — y podríamos decir que nunca—estos restos se desinfectan, á pesar de que el carro tiene que atravesar parte de la población, donde es objeto de horror y de indignación general.

Estudiado así á grandes rasgos el anfiteatro, y sin entrar en detalles suficientemente conocidos de la Honorable Junta, se puede asegurar, sin temor de equivocarse, que él no llena hoy las condiciones de higiene ni de utilidad para la enseñanza médica.

La Comisión cree que la Junta de Higiene está en el caso de llamar la atención de Su Señoría el Ministro de Instrucción Pública, pidiendo la inmediata construcción de un anfiteatro

independiente del Hospital, y que reúna las condiciones se indican en la segunda parte de este informe.

II

Higiene del anfiteatro que debe construirse.

Orientación.—Los anfiteatros, como todos los edificios insalubres, deben colocarse fuera de los centros de población. La dirección de los vientos es de la mayor importancia, y debe tenerse muy en cuenta cuando se trata de construir edificios que por su objeto desprenden emanaciones deletéreas que, esparcidas en la atmósfera, la vician, disminuyendo los elementos necesarios á la respiración, ó agregando elementos contagiosos. De aquí la imperiosa necesidad de que esas emanaciones sean llevadas á lugares despoblados por las corrientes de los vientos. Estos soplan en Bogotá la mayor parte del año del Sudeste y del Nordeste.

Ventilación.—Esta se puede hacer por medio de grandes ventanas (puertas-vidrieras) y una chimenea colocada, ya en el centro del edificio, ya en una extremidad, la cual tendrá las condiciones de altura y tiro necesarias para renovar con prontitud el aire viciado é infectado, y arrojarlo á una altura suficiente.

Agua.—La cantidad será la mayor posible. Afortunadamente el nuevo sistema de distribución de las aguas permite obtenerlas de una manera permanente y á una presión tal, que puede ser utilizada para la limpieza, tanto del pavimento como de las mesas y cadáveres. Además, tubos de caucho con llave, suspendidos á la pared, pueden ayudar al aseo y facilitan los estudios anatómicos. Las cañerías de desagüe deben tener un fuerte declive y una superficie interna lo más pulida posible, á fin de evitar las infiltraciones que pueden resultar del estancamiento y retención de las aguas del servicio. Esta cañería se continuará fuera del edificio con una alcantarilla construída *ad hoc*, la que recibirá los desagües del anfiteatro y de los comunes. Una alberca de capacidad suficiente, que se llene durante el día, servirá por la noche al perfecto lavado de las cañerías.

Pavimentos.—El ladrillo y la piedra que se usan comúnmente para la construcción de éstos, tienen el inconveniente de ser muy permeables; los líquidos que los humedecen los impregnan, y al cabo de algún tiempo son verdaderos receptáculos de micro-organismos. Para obviar en parte esos inconvenientes, se aconseja hacer el pavimento de tabla dura impregnada de una sustancia antiséptica (sulfato de cobre, bicloruro de mercurio, brea, etc., etc.), ó bien de un cemento impermeable. Cualquiera que sea el procedimiento adoptado, el suelo debe regarse de serrín ó arena que facilite el aseo.

Desinfección.—Hemos dicho que la fermentación pútrida se hace rápidamente en los anfiteatros donde los cadáveres permanecen un tiempo más ó menos largo, según las necesidades del estudio. Varios procedimientos pueden emplearse para retardarla: tales son las inyecciones por las carótidas de sulfito de sosa (M. Suquet). M. Bouchard (de Bordeaux) aconseja inyecciones de borato de soda hidratado, disuelto en glicerina y alcohol, que pueden conservar á los músculos y tejidos su color y su consistencia normal; los elementos anatómicos no se alteran y los centros nerviosos se conservan por este procedimiento hasta tres semanas. Estas inyecciones no tienen el inconveniente de conservar los cadáveres indefinidamente, ó de afectar la salud de los disectores, como sucede con las sales de mercurio ó el ácido arsenioso. M. Brouardel, en París, ha perfeccionado el método de refrigeración, aplicándolo especialmente á los cadáveres que deben sufrir un experticio médico-legal. Este procedimiento puede emplearse en el pabellón que en el anfiteatro se destine al mismo objeto. En cuanto al edificio en general, el buen tiraje de la chimenea, donde se puede quemar azufre para producir ácido sulfuroso (que destruye los microbios aereobios), arboledas de pinos, eucaliptos, etc., y un aseo esmerado, serán sus mejores medios de desinfección.

Distribución.—Para llenar las condiciones que hoy reclaman la higiene y la enseñanza, en el anfiteatro que se construya, deben reunirse á los de la Escuela de Medicina los destinados á los médicos legistas.

De una manera general, y sin prejuzgar la forma que di-

cho anfiteatro deba tener, lo que sería necesario consultar con un arquitecto hábil, se necesitaría:

- 1.º Un cuarto para el portero;
- 2.º Otro para los instrumentos y demás útiles de los estudiantes;
- 3.º Dos salones para anatomía de primero y segundo año;
- 4.º Uno para medicina operatoria;
- 5.º Uno para anatomía patológica;
- 6.º Otro para anatomía comparada;
- 7.º Museo de anatomías normal y patológica;
- 8.º Un salón para clases, en anfiteatro;
- 9.º Para los médicos legistas, tres salones:
 - a). Uno para exposición de cadáveres;
 - b). Uno para depósito;
 - c). Uno para disección y laboratorio.

Estos tres últimos salones deben estar bajo la inmediata vigilancia de la Policía, y completamente independientes de los destinados á la Escuela de Medicina.

Conducción de los cadáveres. — Los que se trasladen del Hospital al anfiteatro serán llevados en un carro herméticamente cerrado y tirado por caballos; este carro tendrá una doble caja, separada la una de la otra por un espacio que se llenará de serrín, polvo de carbón, ó una mezcla de arena y de cal que absorba los líquidos que puedan escaparse, y la que se quitará cada vez que se haga uso de él. La caja interna, recubierta de zinc perfectamente soldado, tendrá dos ó más divisiones para colocar los cadáveres. Del anfiteatro al cementerio los restos se llevarán en un carro semejante al anterior y únicamente destinado á este objeto, el cual será lavado y desinfectado convenientemente. La traslación de los cadáveres y de los restos se hará de las cinco á las seis de la mañana, ó por la noche.

En vista de esto, y como resultado de su estudio, la Comisión tiene el honor de proponeros las siguientes conclusiones:

- 1.ª El anfiteatro existente no llena hoy las condiciones necesarias para la enseñanza ni el grado de inmunidad relativa que en tales edificios exige la salubridad pública;

2.^a No habiendo otro local para los estudios anatómicos, la Junta Central de Higiene pide á quien corresponda, para que puedan continuar mientras tanto los estudios en el actual, que se cumplan estrictamente los preceptos que señala el señor doctor Liborio Zerda en su informe publicado en los *Anales de Instrucción Pública*, año 1881, número 9.^o;

3.^a La Junta pide á la autoridad competente la construcción inmediata de un anfiteatro en las condiciones que indique una Junta compuesta de dos Profesores de Higiene y un arquitecto;

4.^a Una vez concluído el nuevo anfiteatro, el actual se destinará exclusivamente al servicio de las Clínicas para hacer las necropsias que se necesiten para justificar ó establecer el diagnóstico.

Señores miembros.

G. Durán Borda.'

Las resoluciones propuestas en el anterior informe fueron aprobadas."

En la sesión de la Junta Central de Higiene que tuvo lugar el 5 de Diciembre de 1887 se leyó la nota número 230, de esa misma fecha, dirigida por el Rector de la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad Nacional, al Presidente de la Junta, y de ella copiamos lo siguiente:

"Al tratar de los anfiteatros, creo de mi deber insistir en una observación que desde tiempo atrás he venido haciendo á las autoridades y á los agentes de la policía, y es que, indbidamente, se han convertido los anfiteatros y sus claustros en depósitos de los cadáveres que llevan los agentes de policía para los reconocimientos médico-legales, los que no se practican oportunamente por los encargados de hacerlos, ni los agentes de la policía se toman el cuidado de hacer trasladar los cadáveres al cementerio, después del reconocimiento, permaneciendo algunos días en el Hospital. El Gobierno del Departamento debiera destinar un lugar determinado para depositar los cadáveres que deben estar bajo la inmediata vigilancia de la Policía, pues de esta manera estarían los anfi-

teatros exentos de los inconvenientes de su presencia, y no se haría responsables á sus empleados de las consecuencias de la putrefacción de tales cadáveres.”

Para que las determinaciones adoptadas por la Junta Central de Higiene fueran actos obligatorios, en virtud de lo que ordena la Ley 30 de 1886, se expidió el Acuerdo que sigue:

“ACUERDO NUMERO IO

sobre anfiteatros.

La Junta Central de Higiene

ACUERDA:

Art. 1.º El anfiteatro existente no llena hoy las condiciones necesarias para la enseñanza de la anatomía descriptiva, ni el grado de inmunidad relativa que en un anfiteatro de disección exige la salubridad pública.

Art. 2.º No habiendo otro local para los estudios de anatomía descriptiva, la Junta Central de Higiene pide á quien corresponda, para que puedan continuarse mientras tanto los estudios en el actual, que se cumplan estrictamente los preceptos que señala el señor doctor Liborio Zerda en su informe publicado en los *Anales de Instrucción Pública*, año de 1881, número 9.º

Art. 3.º La Junta pide á la autoridad competente la construcción inmediata de un anfiteatro de estudios anatómicos en las condiciones que indique una Junta compuesta de dos Profesores de Higiene y un arquitecto.

Art. 4.º Una vez concluido el nuevo anfiteatro, el actual se destinará exclusivamente al servicio de las clínicas para hacer las necropsias que se necesiten para justificar ó establecer el diagnóstico.

Dado en Bogotá, á 18 de Junio de 1888.

El Presidente, C. MICHELSEN U.

El Secretario, G. Durán Borda.

Ministerio de Fomento.—Bogotá, Julio 21 de 1888.

Aprobado.

Remítase copia al señor Ministro de Instrucción Pública, solicitando se le dé cumplimiento.

Por el Excelentísimo señor Presidente, el Ministro,
REYES.”

Con fecha 27 de Julio de 1888, Su Señoría el Ministro de Fomento dirigió á la Junta Central de Higiene una comunicación que dice:

“República de Colombia. — Poder Ejecutivo. — Ministerio de Fomento.—Número 15,129.—Sección 3.ª—Ramo de Higiene.—Bogotá, 27 de Julio de 1888.

Señor Secretario de la Junta Central de Higiene.—En la ciudad.

Para su conocimiento transcribo la nota que, fechada ayer, y bajo el número 392, dirigió á este Despacho Su Señoría el Ministro de Instrucción Pública, y que dice así:

‘Tengo el honor de poner en conocimiento de Su Señoría que este Ministerio ha dictado hoy las órdenes del caso á fin de que, cuanto antes, se dé el debido cumplimiento á las disposiciones contenidas en el Acuerdo número 10, sobre anfiteatros, que Su Señoría se sirvió enviar en copia á este Despacho, con su oficio de fecha 21 del presente mes, número 15,105.’

Su atento servidor,

RAFAEL REYES.”

En la sesión del 28 de Octubre de 1888 encontramos lo que copiamos:

“ JUNTA CENTRAL DE HIGIENE.—SESION DEL 28 DE OCTUBRE DE 1889.

República de Colombia.—Departamento de Cundinamarca.—Número 878.—Alcaldía de Bogotá, á 28 de Octubre de 1889.

Señor Presidente de la Junta Central de Higiene.—Presente.

Pongo en conocimiento de usted que hoy han solicitado del Hospital de San Juan de Dios licencia para inhumar ca-

dáveres que tienen más de ocho días; en tal virtud suplico á usted se sirva dar las órdenes del caso, para evitar que esto se repita, y con mayor razón hoy que reina en la ciudad la epidemia de tifo.

Soy de usted atento seguro servidor,

H. CUALLA.'

“ Puesta en consideración de la Junta la nota anterior y después de una detenida discusión, Su Señoría el Ministro sentó la siguiente proposición que fue aprobada:

‘ La Junta Central de Higiene se ha impuesto con positiva pena del contenido de la nota que acaba de leerse; y en consecuencia resuelve: manifiéstese al señor Alcalde que siendo el asunto de que se trata de competencia de la policía, es al mismo señor Alcalde á quien corresponde dictar las providencias del caso para que no se verifiquen en lo sucesivo hechos semejantes al que se denuncia, que son en alto grado perjudiciales á la salubridad pública. Póngase este hecho en conocimiento de Su Señoría el Ministro de Instrucción Pública, á fin de que provea al establecimiento de un anfiteatro fuera de la ciudad, con el objeto de que se hagan en él, y no en el Hospital de Caridad, todas las operaciones de anatomía y cirugía que son indispensables en el estudio de la Medicina, según lo dispuesto por esta Junta en su acuerdo número 10, de 18 de Junio de 1888.’ ”

Por último, debemos agregar que la Honorable Junta general de Beneficencia ha hecho también por su parte cuanto de ella depende para suprimir los anfiteatros de San Juan de Dios; y que el muy ilustrado señor D. Tomás Herrán, actual Ministro de Instrucción Pública, ha ofrecido que muy pronto trasladará á las afueras de la ciudad ese foco de infección.

El señor Gobernador de Cundinamarca siempre ha estado trabajando en igual sentido, y en virtud de lo que se ha gestionado en este asunto es probable que pronto salgan del edificio de San Francisco los anfiteatros de la Oficina Médico-Legal del Departamento para quedar unidos con los de la Facultad de Medicina, cerca del cementerio.

CARLOS MICHELSEN U.

ETIOLOGIA DE LA LEPROA

CAPÍTULO VII

Tomado de *La lepra en sus aspectos clínicos y patológicos*, por el doctor G. Armauer Hansen y el doctor Carl Looft. Traducción inédita de Andrés Vargas Muñoz, dedicada á los señores doctores Juan de Dios Carrasquilla, Pedro M. Ibáñez y Roberto Azuero.

Casi no hay nada en la tierra ó debajo del cielo que no haya sido mirado como causa de la lepra, y esto es muy natural, puesto que cuando uno sabe menos, más activamente trabaja la imaginación, y como sólo se sabía de la lepra que era una enfermedad temida, en todas partes se averiguaba la causa de ella. Nonos detendremos en la antigua literatura de la lepra. Esto puede hallarse referido, por extenso, en el *Traité de la Spedalskhed* de Danielssen y Boeck y en la *Patología Geográfica* de Hirsch.

Unicamente después del trabajo de Danielssen y Boeck puede uno decir que la lepra entró en la clase de las enfermedades científicamente investigadas. En 1840, cuando principiaron sus investigaciones, la Patología Humorística era dueña del campo. La mayor parte de las enfermedades eran atribuídas á alteraciones de la sangre, y, por tanto, se hacían esfuerzos por establecer que en los leprosose efectuaba una modificación de la sangre, que se consideraba como la causa de los síntomas de la enfermedad, especialmente de la formación del tubérculo. Se creía que estas alteraciones de la sangre eran causadas por condiciones desfavorables de vida y como no se podía encontrar ninguna prueba convincente del poder de la infección de la enfermedad, sino que estaba limitada á ciertas familias, se sacaba la consecuencia de que la lepra, como se la llamaba, podía aparecer espontáneamente, es decir, que la discrasia sanguínea, que predisponía á la lepra, podía desarrollarse en condiciones desfavorables de vida; pero que era en la mayoría de los casos hereditaria. Debe, sin embargo, notarse que Danielssen siempre consideró la lepra

como una enfermedad específica, la describió como tal é inquirió por una causa específica, y el que no la hubiera hallado debe atribuirse á la circunstancia de que la técnica y los medios microscópicos, especialmente los lentes de inmersión, por ese tiempo, no estaban suficientemente perfeccionados, ó no se habían aún descubierto. La doctrina de Danielssen y Boeck se adoptó en todas partes principalmente su modo de considerar la herencia de la enfermedad. La dieta de pescado y las teorías del frío y la humedad eran únicamente ensayos para explicar el desarrollo espontáneo, así llamado, de la enfermedad, y se fundaban en el hecho de que la lepra se presenta, principalmente, en las localidades litorales y en las islas.

Entre otros investigadores noruegos, el doctor Hjorth sostenía la opinión de que á la lepra no podía asignársele una causa específica, y que á la verdad no era hereditaria. El doctor Holmsen la consideraba como una enfermedad miasmática, específica y no hereditaria, y finalmente, el profesor Lochmann asentaba que era específica, contagiosa y hereditaria. Mientras Danielssen y Boeck averiguaban siempre por un antepasado leproso, á fin de reconocer un caso hereditario, y cuando esto no sucedía, hallaban, en la presencia de la enfermedad en otras ramas de la familia, la prueba de la herencia. Biedenkop, incapaz en muchos casos de señalar la existencia de antepasados leprosos, ensanchó la definición de la herencia, asegurando que las circunstancias desfavorables de vida podían originar en el organismo condiciones que llegarían á hacerse hereditarias, y manifestarse en ulteriores generaciones como lepra. En el año de 1869, el doctor Drogna-Landré publicó un libro con este título: *Del contagio, única causa de la propagación de la lepra*, en el cual trató de probar que la herencia nada tenía que ver con la propagación. Este es, según nuestra opinión, el verdadero punto de vista, como trataremos de demostrarlo.

Como se ve por el breve resumen de las opiniones de los investigadores noruegos, algunos sostienen la herencia de la enfermedad y su origen no específico; uno solo, el origen no específico; otro, una causa específica y no hereditaria; y finalmente, otro, una causa específica, contagiosa y hereditaria.

Es digno de notarse que los sostenedores tanto del origen específico como no específico de la enfermedad, la consideren como hereditaria. Aparentemente ninguno de ellos se preocupó de que probablemente la especificidad de una enfermedad, esto es, su desarrollo por la acción de un veneno, pudiera ser incompatible con la herencia. Desde el descubrimiento del bacilo de la lepra y su reconocimiento en todos los productos leprosos, se ha admitido en todas partes que él es la causa de la enfermedad, y por lo tanto sería superfluo indicar cuál de todos los síntomas de la enfermedad determina su naturaleza específica. Todo esto fue demostrado en una comunicación, dirigida por uno de nosotros al Congreso de Copenhague en 1884. Entonces sostuvimos la opinión de que la lepra es una enfermedad causada por el bacilo leproso, aunque esto no se ha probado aún de una manera estrictamente científica, puesto que la inoculación en el hombre y en los animales no ha tenido éxito definitivo.

La cuestión de herencia se reduce ahora á saber si el bacilo leproso puede transmitirse de una generación á otra. Este es el parecer de Baumgarten, que sostiene que tanto la tuberculosis como la lepra se propagan de ese modo, que los bacilos de ambas enfermedades pueden pasar á los hijos, y permanecer en ellos inactivos, y que pueden luégo ser transmitidos á otra generación, y de ella á una cuarta, quinta, etc., y hacerse en la tercera, cuarta, etc. otra vez activos y causar la enfermedad. Se ve al punto que esto es sólo una modificación de la herencia de Biedenkop, una peculiaridad del organismo, que al fin se presenta como la lepra. En lugar de esta peculiaridad ignorada, tenemos un bacilo latente é ignorado. Desde luégo la opinión de Baumgarten es sólo una hipótesis para la explicación del origen de las dos enfermedades. La hipótesis puede considerarse desde dos puntos de vista: primero, examinándola teóricamente; y segundo, investigando si ella alcanza á explicar la propagación de la enfermedad.

Debemos, en primer lugar, tratar de aclarar *lo que es herencia*. En el fondo no lo sabemos; estamos sólo familiarizados con una serie de fenómenos que llamamos herencia, precisamente como lo estamos con una serie de fenómenos á los cua-

les atribuimos la fuerza de la gravedad, sin saber qué cosa sea, ni cuál su fuerza actual. Si consideramos únicamente los fenómenos de la herencia, que en ninguna parte se hallan tan completa y claramente reunidos como en las obras de Darwin, encontramos que él da las llamadas leyes de herencia, es decir, que ha observado los fenómenos más frecuentes de ella, y luego ha deducido una ley. Si los fenómenos en la transmisión de una enfermedad á los descendientes debe llamarse herencia, tienen que corresponder al resto de esos fenómenos. Y miradas las cosas así, no conocemos ninguna enfermedad específica que pueda llamarse hereditaria. Las condiciones que son hereditarias son todas, peculiaridades anatómicas y fisiológicas del organismo. Un bacilo que vive en el organismo no puede considerarse como una de sus peculiaridades anatómicas y fisiológicas; es un parásito. Ahora bien, está fuera de duda que los parásitos pueden transmitirse de padres á hijos. Tales son el *Achorion Schönleini* y el *Acarus Scabiei*. Pero esto no es comunicación hereditaria, es simplemente un presente del padre al hijo. Se objeta: si el parásito se transmite por los órganos de la generación durante la cópula, ya no es un presente ni una inoculación, sino que se hace hereditario. Esto nos parece un argumento peregrino, á saber, que la transmisión por medio de los órganos de la generación pueda cambiar la naturaleza del parásito y convertirlo en un constituyente anatómico del organismo del padre ó del hijo. Un parásito siempre es parásito, y puesto que su transmisión de un adulto á otro se llama infección, no podemos comprender por qué su transmisión á un huevo ó á un feto se indique con otro nombre. Si la hipótesis de Baumgarten fuera correcta, debería llamarse, á la verdad, hipótesis de infección latente, y no hipótesis de herencia. Dijimos arriba que no conocemos ninguna enfermedad específica que sea hereditaria. A esto se objetará naturalmente que la sífilis es una enfermedad típicamente hereditaria, mas nosotros replicamos que la sífilis es una enfermedad comunicable á los hijos, pero que no es hereditaria; y á fin de sostener este aserto nos basta sólo poner en paralelo los fenómenos de la transmisión de las peculiaridades hereditarias con los de la comunicación de la sífilis á los hijos, á fin de

poner en claro, por completo, cuán diferentes son los dos medios.

Transmisión de las peculiaridades hereditarias.

Transmisión de la sífilis á los hijos.

1. La peculiaridad hereditaria está limitada comunmente á un sexo, de modo que el hombre comunica sus peculiaridades á sus descendientes masculinos, y la mujer á los suyos femeninos.

2. Muy frecuentemente, es posible que siempre, la aparición de la peculiaridad hereditaria esté limitada á una edad definida.

3. El atavismo, ó salto atrás, de una ó varias generaciones en la herencia, es muy frecuente.

No es el caso en los hijos sífilíticos.

En la comunicación de la sífilis á los hijos esto es desconocido.

Jamás es conocido.

Anyone, que sostiene que estas dos formas de transmisión son unas mismas y ambas hereditarias, está evidentemente en contradicción con los hechos.

Nosotros sostenemos que una enfermedad específica puede transmitirse á los hijos; pero que nunca es hereditaria; la comunicación se verifica por infección.

Y puesto que consideramos la lepra como una enfermedad específica, sostenemos que no puede ser hereditaria. Resta, sin embargo, la cuestión ulterior, si puede transmitirse á los descendientes por infección germinativa latente. Esto no puede negarse *à priori*, aunque no tengamos derecho para asegurarlo, dados nuestros conocimientos del bacilo leproso y de la aparición de la enfermedad. A la verdad tratamos arriba de señalar la posibilidad de que este bacilo se debilita en la forma máculo-anestésica; pero no conocemos ningún fenómeno que nos permita establecer que, en ocasiones, pueda llegar á ser completamente inofensivo, y *no* presente *ningunos* síntomas de la enfermedad.

Todo esto, sin embargo, nada prueba contra la hipótesis, y es siempre una cosa peligrosa apoyarse en una simple falta de conocimientos, ya para contradecir, ya para fundar una hipótesis.

Creemos poder dar una prueba casi incontrovertible de que la hipótesis de Baumgarten es errónea. Es bien sabido que el padre Damián, belga, se volvió leproso en las islas de Sandwich. Si el padre era de puros antepasados belgas, y su enfermedad causada por la herencia latente de los bacilos, éstos debían, pues, tener varios centenares de años de edad, á menos que se asegure que uno de sus más próximos antepasados tuvo relaciones con un leproso, y que por este medio el Padre adquirió los bacilos. Contra esto tenemos la explicación de que el Padre atendía á los leprosos en Molokai, con un amor llevado al sacrificio, y que se infectó cuando estaba entre ellos, por alguna falta de cuidado ó precauciones. La elección entre las dos explicaciones no nos parece difícil.

La opinión de la no comunicación de la lepra por los bacilos latentes está reforzada, además, por el hecho de que hay lugares en Noruega en donde muchos descendientes de leprosos viven sin que uno solo de ellos haya llegado á volverse leproso, por ejemplo, en la ciudad de Bergen, donde los descendientes de los leprosos pueden, á la verdad, contarse por miles; además, hemos demostrado con nuestras investigaciones en Norte América, que en los numerosos descendientes de leprosos noruegos en ninguno se ha desarrollado la lepra allí. Pero puesto que cerca de ciento setenta leprosos noruegos han emigrado á América, es posible que la enfermedad se haya extendido por infección. Hay ciertamente casos en América, que es posible hayan aparecido por infección; pero que no están suficientemente definidos para que sirvan de argumento del contagio. Más aún, si la lepra es una enfermedad contagiosa, uno puede fácilmente comprender cómo se extiende poco ó nada, en Norte América, cuando se compara la condición social y el aseo de allí con los de Noruega, y en particular con los de aquellas localidades donde la lepra se acentúa más. En Norte América las habitaciones son espaciosas, de modo que los leprosos á quienes vimos tenían, comúnmente, su pieza ó á lo menos su cama especial; y en todas partes, aun entre los noruegos, se observaba un gran aseo. Lo cual, á nuestro juicio, es suficiente aislamiento para prevenir la difusión de la enfermedad, en la mayor parte de los casos.

Que la lepra es realmente contagiosa es evidente, en primer lugar, por su naturaleza como enfermedad bacilar. Nadie ha podido demostrar la presencia del bacilo fuera del cuerpo humano, de suerte que podemos abandonar la idea de un origen miasmático.

Desgraciadamente, ningún ensayo para inocular animales ha tenido éxito. De modo que podemos prescindir tanto de los antiguos experimentos de Neisser y Damsch como de los nuestros propios. Tratámos de ellos en nuestra comunicación de Copenhague. Melcher y Ortman creen que han comunicado la enfermedad á los conejos. El doctor Ortman bondadosamente nos envió preparaciones de conejos infectados, y de su atento examen sentimos decir que perdimos la fe en la naturaleza leprosa de esa afección de los conejos. Encontramos tanta degeneración caseosa como mielo-placas en la preparación, cosa que, como lo hemos anotado, jamás hemos hallado en la lepra. Al mismo tiempo la afección no aparece exactamente como tubérculo, y es posible que la lepra de los conejos se presente de otro modo que en el hombre. Debemos hacer notar que el cirujano veterinario Nielsen ha observado, en Bergen, una enfermedad en los ratones, que ofrece completa semejanza con la lepra de los conejos de Ortman. Inoculado un conejo, la enfermedad aparece con nuevos crecimientos en el ciego, precisamente como la lepra de los conejos de Ortman. Estos nuevos crecimientos tenían ciertamente mayor semejanza con la tuberculosis; pero había en ellos, en muchas partes, en torno de los vasos, células completamente llenas de bacilos. Las investigaciones de Nielsen no son aún concluyentes, y es posible que sea una enfermedad propia de los animales, todavía desconocida, que Melcher y Ortman hayan, por casualidad, transmitido á sus conejos. Todas las inoculaciones de lepra en conejos que el doctor P. F. Holst hizo en el laboratorio del Hospital de Lungegaard, no tuvieron éxito; ni uno solo de los animales infectados se volvió leproso.

Aunque, como ya lo dijimos, el bacilo leproso jamás se ha hallado fuera del cuerpo humano, puede ser que esto dependa de una investigación insuficiente, y que sea posible la

exactitud de la antigua opinión, sostenida hoy por Hutchinson, de que la lepra sea causada por comer pescado en putrefacción, ó verdadero el aserto de Holmsen de que es enfermedad miasmática.

Contra la hipótesis de Hutchinson hay, en primer lugar, el hecho de que jamás hemos tenido éxito en el cultivo del bacilo, lo cual sería asunto sencillísimo, si el bacilo viviera como un saprofito en el pescado corrompido. En segundo lugar, hay localidades en donde los habitantes disfrutaban frecuentemente del pescado dañado, sin que la enfermedad haya aparecido. Y, en tercero, hay muchas en donde se halla la lepra, sin que jamás se haya comido pescado. Para su hipótesis del origen miasmático, Holmsen sólo puede alegar el hecho de que la enfermedad con frecuencia está limitada á ciertas localidades. Esto es ciertamente exacto; pero esta apariencia endémica de la lepra puede explicarse, al punto, por la infección, mientras las localidades afectadas no den la menor prueba de la presencia de miasma. Lugares semejantes se encuentran aquí en Noruega, tanto en las rocas escarpadas como en las costas, los valles y las montañas.

No hay, por tanto, más medio posible para nosotros que aceptar la infección de la enfermedad, y así al instante se comprende la difusión de la lepra; mientras que la existencia de la herencia, ó la infección germinativa latente de Baumgarten, permanece en absoluto inexplicable. Está completamente probado, á nuestro juicio, que estas dos últimas causas no existen, con el caso del Padre Damián; con los resultados de nuestras investigaciones en Norte América, y con la disminución de la enfermedad en los descendientes de los leprosos en las ciudades noruegas.

Pero *pruebas directas* de su contagio pueden también obtenerse. Tales son las dadas por Drogat-Landré en su libro, y también por muchos otros observadores. Noruega puede suministrar muchas pruebas; pero contra éstas puede siempre objetarse, el que es imposible excluír la posibilidad de la herencia, por razón de la naturaleza ampliamente extendida de esta enfermedad. Mas creemos poder obtener de Noruega una prueba aún mejor en cuanto á la gradual disminución de la

enfermedad durante los últimos treinta y cinco á cuarenta años.

Hasta 1856 la lepra, probablemente, aumentó en Noruega; no podemos hablar con más precisión, porque antes de ese año no existía una enumeración exacta ó suficiente de los leprosos. Tenemos motivos para creer que hemos obtenido, por medio del censo anual, principiado en 1856, un exactísimo conocimiento del número de los nuevos casos, en los años de 1851-55, y esto muestra que el número es considerable, y corresponde casi exactamente con el de los nuevos casos, en los próximos cinco años de 1856-60. Esto, juzgamos, indica que el número total de leprosos en los dos quinquenios era casi uno mismo. Ahora sabemos que hubo en Noruega, en 1856, unos 2,800 leprosos. El número se calculó en 1836 en 659 y en 1845 en 1,122. Según este cálculo, un considerable aumento tuvo lugar. Podemos, sin embargo, decir, con certeza, que los números de 1836 y 1845 eran demasiado bajos. En primer lugar, la enumeración no se hizo por médicos, y en segundo, aun ahora, hay muchos leprosos que se sustraen á ella, ó, para hablar con más exactitud, no son descubiertos, porque los pacientes ocultan su estado. Pero que el número de los no conocidos en los años de 1836 y 1845 puede haber sido tan grande como la diferencia entre los números de aquellos años y el de 1856 es apenas creíble, y, por tanto, aparece probable que el número de leprosos en Noruega creció durante la primera mitad del siglo.

En 1856 se abrió en Bergen el primer asilo de leprosos. Anteriormente á éste habíamos tenido en esta ciudad los Hospitales de San Jorge y de Lungegaard; en ambos se atendían unos 200 pacientes. En Molde había también un Hospital, reducido, para leprosos, de modo que, por todo, habría en el año de 1856 unos 235 hospitalizados. En 1861 se abrieron dos nuevos, uno en Molde y el otro en Trondhjem (Drontheim), y como se ve en la TABLA IV (pág. 145)(1), desde ese tiempo un gran número de leprosos se ha admitido en esos institutos.

Podemos considerar los números de esa TABLA hasta 1885

(1) Edición de Bristol de 1895. N. T.

como exactos; porque las correcciones de los últimos años habrán tenido que ser hechas con las últimas enumeraciones, que pueden descubrir casos más antiguos ocultos. Pero esas sólo pueden afectar las cifras en un grado limitado.

Si observamos la TABLA atentamente, vemos que en el primer quinquenio (1856-60) el número total de leprosos es de 76 menos, mientras que el de los que estaban en sus casas era de 380 menos; durante este período se admitieron en los asilos 585 leprosos. El número de éstos por todo, entonces, no se había reducido mucho, mas al fin del período había 380 leprosos menos en la casa, ó, en otras palabras, había entre el pueblo 380 focos menos de infección, y á esto atribuimos que el número de nuevos casos, que fue de 1,148 en los años de 1856 á 60, disminuyera en los años de 1861-65 á 1,028. La mortalidad del año de 1856 no la sabemos; en los cuatro años siguientes murieron 981: 668 en la casa, y en los asilos 313. Si suponemos que murieron en la casa tantos en 1856 como en 1857, á saber, 230, entonces el número de muertos en la casa durante el quinquenio habría ascendido á 898, y el total de la mortalidad, agregando los 313 que murieron en los asilos, habría sido de 1,211, sólo 109 más que los nuevos casos. Pero no debemos contar así. Murieron, especialmente en los primeros días, una proporción mucho mayor en los asilos que afuera; y es evidente también, cuando se observan las cifras de un distrito, del cual al principio sólo muy pocos casos fueron enviados al asilo, que los nuevos casos son mucho más numerosos que los muertos. En Nordmoere, por ejemplo, el número de nuevos casos de 1856-60, fue de 81; el de los muertos, 46; sólo 14 fueron enviados á los asilos, y la enfermedad siguió aumentando durante el quinquenio, los casos se elevaron de 105 á 119. La misma cosa se observa en Soendmoere: nuevos casos, 104; muertos, 42; enviados á los asilos, 28; números de casos en 1856, 178; en 1860, 195. En esos dos distritos la enfermedad iba entonces, en aumento evidente, y éste, con probabilidad, sería el caso en todo el país, habiéndose quedado muchos en la casa sin ser llevados á los asilos; como por ejemplo en Soendfjord. Aquí hubo de 1856 á 60, 214 nuevos casos; 116 muertos; 211 enviados á los asilos; el número de casos en 1856 fue

431; en el de 1860, 306. Si examinamos de este modo las cantidades en los diferentes distritos, hallamos, en dondequiera, que la disminución de la enfermedad depende del número de aislados en los asilos. En donde el aislamiento era insuficiente ó ninguno, no había disminución, y los números ó bien aumentaban ó bien quedaban estacionarios; en donde, por el contrario, se practicó la disminución, era invariable. Esto puede explicarse de un sólo modo; á saber: que el aislamiento es la causa de la disminución, y que el aislamiento puede, únicamente, haber efectuado la mejoría, quitando de las casas del pueblo los focos de infección. Además, durante los cinco años siguientes, el número de nuevos casos, en aquellos distritos en donde el aislamiento era adecuado, continuó disminuyendo; en donde no había ninguno, ó era insuficiente, los números ya se elevaban, ya permanecían casi estacionarios. Comparemos una vez más á Nordmoere con Soendfjord. En Nordmoere, de 1856 á 60, hubo 81 casos nuevos, 14 enviados al asilo; en 1861 á 65, 88. En Soendfjord, de 1856 á 60, 214; 211 enviados á los asilos; en 1861 á 65, 146.

Consideramos superfluo insistir más en que el aislamiento de los enfermos ha originado la disminución de la lepra en Noruega. No es posible explicar la acción del aislamiento por la eliminación de la herencia, el tiempo es demasiado corto para ello. La única solución posible es la que hemos dado, y por tanto, juzgamos la disminución de la lepra en Noruega, que sigue al aislamiento, como la mejor prueba del contagio. La lepra es, pues, según nuestra opinión, una enfermedad contagiosa, y sólo contagiosa, no hereditaria.

No sabemos cómo se adquiere la lepra; pero creemos que sea posiblemente por inoculación; y la forma nodular debe ser más peligrosa que la máculo-anestésica. Esta última aserción parece confirmarse por el hecho de que en Sogn, donde el 56.6 por 100 de los casos son nodulares y 43.4, máculo-anestésicos, el aumento varía entre 8 y 10.8 por 100 mientras en Soendfjord con 72.6 nodulares, y 27.4 máculo-anestésicos, es entre 14.4 y 19.5 por 100. En la forma nodular hay incomparablemente más bacilos que en la máculo-anestésica, y en ésta no hay secreciones que contengan baci-

los, lo que en la primera casi siempre sucede. No es improbable que la lepra pueda transmitirse por medio de los vestidos. Conocemos el caso de un joven que enfermó un año después de haber usado unos pantalones viejos que le regaló un leproso. Lo mismo sucedió á otro joven que usó varios pares de medias de su padre leproso.

Aunque no estamos familiarizados con los esporos del bacilo de la lepra, es muy concebible el que los bacilos sean producto de los esporos. Desgraciadamente no conocemos ningún método para determinar si los bacilos están vivos ó muertos, y por tanto la observación del doctor Arning, de los bacilos en los excrementos, no decide el punto de si pueden vivir algún tiempo, fuera del cuerpo, aun admitiendo que los bacilos que Arning halló fueran, realmente, leprosos.

Después de terminada esta obra, recibimos: *La recrudescencia de la lepra y su causa*, por Guillermo Tebb. El autor trata de probar que la lepra va en aumento, en todas partes, desde que se implantó la vacuna. El libro, en su totalidad, se dirige contra lá vacunación como peligrosa. El autor, á nuestro juicio, no aduce pruebas claras en apoyo de su aserto, de que la lepra puede transmitirse de brazo á brazo por la vacunación. Y puésto que el doctor Arning encontró bacilos de lepra en el contenido de las vesículas de la vacuna en los leprosos, la posibilidad de la comunicación por ese medio apenas puede negarse; pero que sea frecuente no podemos creerlo posible. En Noruega, la vacunación se ha llevado á cabo por la fuerza durante todos aquellos años en que la lepra ha disminuído de hecho. En 1891 pregunté á todos los médicos de Noruega, que han tenido algo que ver con la lepra, si en su práctica habían encontrado algún caso que pudiera atribuírse á la vacunación. Ni uno sólo había observado tal caso. Y, sin embargo, aquí en Noruega, la linfa de seguro se toma con frecuencia de los niños de familias leprosas. Pero puesto que la lepra es rarísima en los niños, es evidente que la lepra no puede transmitirse de este modo. Es increíble que las vesículas de la vacuna contengan bacilos de lepra, en los miembros no leprosos de las familias leprosas.

PATOLOGÍA DE COLOMBIA

(Continuación).

Al entrar á estudiar la estadística de las enfermedades tíficas, cremos conveniente hacer figurar en el mismo cuadro otras fiebres, tales como la continua, la efímera y la gástrica, pues hoy con el nuevo medio de diagnóstico descubierto por el profesor Widal para la fiebre tifoidea, y denominado *El suero diagnóstico*, se podrá fácilmente comprobar si dichas fiebres son realmente entidades mórbidas distintas, ó bien, si son formas abortivas ó levísimas de fiebre tifoidea ó de tifus. En cuanto á la fiebre denominada *continua*, en los cuadros del Hospital de San Juan de Dios, se notará que en los tres últimos años no se ha presentado un solo caso de ella, lo que puede atribuírse á los progresos de la ciencia, que permite referirla hoy á otra entidad mórbida.

En el siguiente cuadro, la primera columna de arriba de cada año corresponde á la febrícula tifoidea; la segunda, á la fiebre tifoidea; la tercera, al tifus, y la cuarta, al tifus exantemático. La primera columna de abajo corresponde á la fiebre continua; la segunda, á la fiebre efímera; y la tercera, á la fiebre gástrica.

Cuadro de las enfermedades tíficas, en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, en ocho años.

	1889			1890			1891			1892			1893			1894			1896			1897										
	FT	PI	T	TE	FI	FI	T	TE	FI	FI	T	TE	FI	FI	T	TE	FI	FI	T	TE	FI	FI	T	TE								
Enero.....	2	19	27	1	2	19	83	42	..	4	8	3	1	6	4	..	..	10	1	..	..	17	7	..	..	9	12	7	..	24	4	8
Febrero... ..	..	26	38	1	1	8	72	37	..	4	12	1	..	4	3	2	..	13	1	..	..	15	11	1	..	2	11	3	..	21	3	7
Marzo.....	..	49	51	12	6	3	48	18	..	6	11	1	1	4	3	7	..	16	2	..	..	18	2	..	..	9	9	6	..	37	8	20
Abril.....	3	60	74	19	1	2	12	3	..	5	11	1	..	13	6	7	..	17	..	1	..	21	4	2	..	12	8	7	..	66	3	71
Mayo.....	10	99	112	19	1	8	17	4	1	2	4	3	..	22	4	3	..	13	..	1	..	18	7	..	..	14	6	4	..	50	5	148
Junio.....	5	87	106	10	..	6	20	5	1	2	5	..	..	23	5	1	..	12	..	1	2	50	46	5	..	9	6	2	..	31	12	126
Julio.....	5	57	105	19	..	8	14	9	1	3	6	..	..	15	7	..	..	12	2	..	2	82	72	..	..	8	9	5	..	23	42	85
Agosto...	2	38	99	15	..	6	11	9	..	7	2	..	..	8	5	..	1	23	1	3	3	62	64	4	..	15	9	4	..	19	39	59
Sptmbre..	..	47	91	31	..	4	15	13	2	4	2	..	..	11	2	1	2	28	8	..	..	50	64	..	..	14	2	1	..	17	10	31
Octubre..	3	49	146	43	..	4	19	25	..	2	2	..	..	11	4	..	..	22	1	..	..	50	61	5	..	16	8	6	..	15	10	12
Nbre.....	1	52	168	61	..	3	25	14	2	4	2	2	..	16	8	1	..	19	7	..	..	6	9	5	..	26	8	4	..	9	13	14
Dbre.....	1	35	129	45	..	4	35	6	3	7	4	1	..	15	4	..	..	19	7	..	..	7	3	6	..	26	4	6	..	10	19	9
Totales...	32	618	1146	276	11	75	351	105	10	50	69	12	2	148	55	22	3	204	30	6	7	396	50	28	..	160	92	55	..	322	168	599

	F	C	F	E	F	G	F	C	F	E	F	G	F	C	F	E	F	G	F	C	F	E	F	G	F	C	F	E	F	G	F	C	F	E	F	G	
Enero .....	...	..	...	...	...	3	...	2	4	0	1	2	...	1	...	...	..	1	...	..	2	...	..	3	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	3
Febrero .....	...	...	2	...	2	1	...	...	2	...	1	1	1	...	3	..	..	...	...	..	...	...	..	2	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	2
Marzo	2	...	8	...	1	2	1	0	...	1	2	6	6
Abril	3	...	4	...	...	...	...	...	1	...	...	1	...	1	2	...	..	1	...	...	1	..	..	5	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	5
Mayo	2	3	3	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	..	0	..	..	1	..	...	13	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	13
Junio	1	...	14	...	...	4	...	...	2	...	1	...	...	...	1	..	1	3	...	..	2	..	...	8	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	8
Julio	1	...	10	...	2	4	...	...	2	1	...	1	...	1	2	...	..	5	...	..	4	..	1	5	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	5
Agosto	5	...	8	...	...	4	...	...	6	...	3	5	...	...	...	...	...	7	..	...	3	..	2	6	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	6
Septiembre	3	...	2	...	...	2	1	...	6	...	1	...	...	...	2	..	..	4	..	..	3	..	..	14	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	14
Octubre	2	1	1	...	...	4	...	...	...	...	2	2	...	1	2	..	..	1	...	..	6	...	3	7	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	7
Noviembre	1	2	4	...	1	2	...	1	5	...	...	...	..	1	..	..	..	6	..	...	2	..	1	7	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	7
Diciembre .....	...	1	3	...	3	4	...	1	1	...	...	2	...	1	...	..	..	...	...	...	5	..	..	1	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	1
Totales	20	7	59	...	9	32	1	4	30	1	9	15	1	6	14	...	1	28	...	...	29	...	7	77	...	..	...	...	..	...	...	..	...	...	..	77

RESUMEN:

1889	Fiebre tifoidea y febrícula	650	
	Tifus.....	...	1,422
1890	Fiebre tifoidea y febrícula.....	86	
	Tifus .....	....	472
1891	Fiebre tifoidea y febrícula.....	60	
	Tifus.....	....	81
1892	Fiebre tifoidea y febrícula.	150	
	Tifus.....	...	77
1893	Fiebre tifoidea y febrícula	207	
	Tifus.....	....	36
1894	Fiebre tifoidea y febrícula.....	403	
	Tifus ... ..	....	78
1896	Fiebre tifoidea.....	160	
	Tifus .....	....	147
1897	Fiebre tifoidea.....	322	
	Tifus.....	....	767
		2,038	3,080

Resulta, pues, que las enfermedades tíficas reinan de un modo permanente en Bogotá y que tienen recrudesencias epidémicas cada cuatro ó cinco años, habiendo sido más fuertes en los cuadros que anteceden las de los años de 1889 y 1897, con una de mediana intensidad en 1894. Las estaciones no parecen tener una influencia bien marcada, y sólo se nota que en algunos años se acentúa el desarrollo en los meses de Mayo á Agosto, con muchas excepciones.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

(Continuará).