

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

CUARTA COMUNICACIÓN DEL SEÑOR DOCTOR D. JUAN DE DIOS
CARRASQUILLA L., SOBRE LEPRO

Bogotá, Febrero 13 de 1899.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Bogotá.—Pre-
sente.

En mis tres precedentes comunicaciones á la Academia sobre la seroterapia de la lepra (1), manifesté que, no habiéndose podido hasta entonces cultivar el microbio de Hansen, me había visto precisado á seguir el método empleado por el profesor Richet para el tratamiento seroterápico de la sífilis, cuyo microbio tampoco se había cultivado ni aislado.

Hoy me es grato poner en conocimiento de la Honorable Academia que he logrado cultivar el bacilo de Hansen, con lo que creo haber dado un paso importante en la vía de la seroterapia de la lepra, porque ya he podido seguir el procedimiento empleado por el doctor Roux, con tan buen éxito, en la difteria, esto es: inyectarles á los caballos el líquido de los

(1) Sesiones del día 30 de Agosto y del 22 de Noviembre de 1895 y del 24 de Junio de 1896.

cultivos filtrado (filtro Kitasato) en vez del suero sanguíneo de los enfermos.

Exponer las consideraciones que me guiaron en mis primeras tentativas, las circunstancias en que hice el cultivo y la técnica que adopté para lograrlo, es el objeto de esta cuarta comunicación.

Para hacer este cultivo necesitaba: terreno adecuado, semilla para hacer la siembra y temperatura favorable para la germinación y el desarrollo del microbio.

Respecto del terreno ó medio de cultivo más adecuado, teniendo en consideración que, según el testimonio de los más notables leprólogos que concurrieron á la Conferencia de Berlín (Octubre de 1897) ó que remitieron á ella sus trabajos (1), el bacilo de Hansen no se ha encontrado fuera del organismo humano, natural era pensar que, empleando una sustancia derivada del hombre mismo, sería como pudiera lograrse el cultivo. El suero sanguíneo humano, empleado ya para otros cultivos, me pareció el medio más adecuado y á él le di la preferencia para mis primeros ensayos.

Recomiendan los autores de Microbiología que, para obtener cultivos puros, se empleen de preferencia medios sólidos que permiten el desarrollo de colonias aisladas é independientes, lo que simplifica y facilita las ulteriores investigaciones. Teniendo en cuenta esta recomendación, una vez que hube obtenido el suero humano asépticamente, juzgué conveniente gelatinizarlo ó solidificarlo. Vertílo para ello en tubos de prueba esterilizados, de manera que no ocupara sino una tercera ó cuarta parte de su capacidad; los puse en la estufa á 37 grados C. durante 24 horas. En ninguno de los doce tubos que sometí á esta prueba se enturbió el suero, lo que me daba la seguridad de que había sido tomado y conservado asépticamente, y además, el examen microscópico á que lo sometí no reveló la presencia de ningún microorganismo.

Procedí entonces á la gelatinización colocando los tubos en la estufa inclinados para que el suero formara una capa del-

(1) *Mittheilungen und Verhandlungen der international en wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897.*

gada extendida sobre la pared del tubo, y elevé lentamente la temperatura hasta 65 grados C., temperatura á la cual se hizo la gelatinización; retiré los tubos de la estufa, provistos como lo estaban de sendos tapones de algodón y cubrí éstos con sombreretes de caucho para evitar la desecación del suero.

Para semilla, inevitable era emplear una sustancia humana que contuviera bacilos de Hansen. La elección era difícil y acaso dependiera de ella el éxito del cultivo. Una circunstancia, empero, vino á sacarme de vacilaciones y decidió la elección. Para diagnosticar la lepra en casos dudosos y para tener absoluta seguridad en todos había estado empleando, con muy buen éxito, un procedimiento descrito por el doctor C. Lawrence Herman en el primer tomo de las comunicaciones de la Conferencia de Berlín (1). Consiste este procedimiento, como puede verse en la nota, en aplicar una pinza especial en la base de un tubérculo y comprimir hasta que esté exangüe; hacer en seguida una incisión y tomar el líquido que fluye sobre una laminita que se examina al microscopio, después de haberle hecho las coloraciones y lavados que el autor recomienda.

(1) The method I adopted in obtaining the exudation from the nodules was at first the usual one, simply to clamp the nodule with a forceps and to puncture it with a sharp knife; but I found later on that by employing more pressure and making a freer incision, results were obtained which differed very markedly from those obtained before, by simple pricking, or by scraping the cut surface. Dr. Abraham, who kindly assisted me with his case, suggested the use of a clamp which he has devised, and which allowed the clamping and squeezing of the nodules with great ease. This instrument I found very useful and in every way an improvement upon any other clamps, or forceps I tried for this purpose.

A well developed nodule is selected and clamped its base in such a way as to render it bloodless and then freely incised at its apex, a small quantity of clear fluid will escape, and if the clamp is tightened a further quantity of fluid is squeezed out. It is essential that firm pressure be made as described, and that no blood be allowed to mix with the exudation.

When a considerable amount of fluid has been expressed in this manner, a clean cover glass is applied to the expressed fluid; a small quantity will adhere to the cover glass, and by bringing this now in contact with a second cover glass, a thin film of exudation will spread evenly

Como yo no tenía la pinza especial del doctor Herman, la reemplacé por la de M. E. Chambon, director del Instituto de Vacuna animal de París, pinza que tiene la ventaja de "ser conocida en todo el mundo y empleada hoy en todos los institutos de producción de vacuna animal" (doctor Saint-Yves Ménard). Es muy de notarse aquí, siquiera sea de paso, que, aunque el autor sólo aplica la pinza en los tubérculos (1), yo la he aplicado en las manchas, en las infiltraciones y hasta en los puntos de la piel en que no hay ninguna lesión aparente de la enfermedad, y siempre se ha descubierto al examen microscópico, la presencia del bacilo de Hansen, hecho precioso para el diagnóstico de la lepra en sus primeras manifestaciones, cuando es tan difícil, por no decir imposible, establecerlo por cualquiera de los otros medios. Este hecho confirma, además, las conclusiones del doctor Darier (2) sobre la naturaleza his-

between the two, when they are to be carefully separated, without using any friction or pressure. The cover glasses are now passed through the flame in the usual manner to fix the film.

Such a preparation stained in warm Carbol-fuchsin solution (Ziehl) decolourised in 30 p. C. Nitr. acid and counterstained in Methylene blue solution (Weigert) for three to five minutes, washed in water, dried and mounted in Xylol-Canadabalsam will show the bacilli in great profusion, single and in clusters stained red, while the nuclei and ground substance are stained blue.

(*The bacillus of leprosy in the human system at different periods of its growth, by Lawrence Herman*) (Cape of Good Hope). Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897. Tom. I, p. 101.

(1) Moreover it was in the nodular form only in which it was possible to study the bacilli at various periods of the eruption with ease. I accordingly selected a well marked case of Nodular or Tubercular Leprosy in a young gentleman who had been affected for many years, and whose face was studded with a large number of nodules in various stages of growth.

(*Idem et ibidem*).

(2) 1. Les macules ou taches de la lèpre nerveuse, tuberculeuse ou mixte, constituent une espèce nosographique unique, quelle que soit leur apparence clinique (érythémateuse, pigmentaire, érythémato-pigmentaire, infiltrée ou non).

2. Ces macules ont une structure histologique univoque et assez spéciale.

3. Elles contiennent des bacilles démontrables dans la grande majorité des cas.

tológica de las lesiones leprosas y corrobora las deducciones que, por la observación clínica, anoté en la *Memoria* presentada á la Conferencia de Berlín (1), á saber: que no debe subsistir la división de la lepra adoptada por la generalidad de los leprólogos, en forma mixta, maculosa, tuberculosa ó tuberosa, anestésica, etc., que no son sino meros accidentes, debidos en general al estadio evolutivo en que se observan y á diátesis individuales, ó bien á influencias mesológicas ú otras que nos son aún desconocidas.

Para hacer la siembra, apliqué la pinza á un enfermo, según el método del doctor Herman, examiné al microscopio el líquido obtenido, para cerciorarme de que contenía bacilos de Hansen, y, tomando luégo una gotita con un hilo de platino esterilizado, sembré cuatro tubos de suero gelatinizado y los coloqué en la estufa (modelo del doctor Roux) á 37 grados C., al mismo tiempo que otros cuatro sin sembrar para que me sirvieran de testigos.

El día 28 de Abril (1898), 24 horas después de hecha la siembra, tuve la satisfacción de ver el desarrollo del primer cultivo. En los puntos tocados con el hilo de platino con semilla, aparecieron unas manchitas de contornos redondeados, irregulares, de color amarillento unas, blanquecino otras, con cierta refringencia, y extendidas al rededor de las picaduras.

El día 2 de Mayo examiné al microscopio las colonias de los primeros tubos sembrados y pude comprobar en ellas la presencia de un bacilo, aun sin coloración; tratadas por el método del doctor Herman, los bacilos se coloraron con el Ziehl,

4. Par une série de gradations elles se rapprochent des leprômes en nappe.

5. Leur évolution est commandée par des conditions de virulence de la graine ou de résistance du terrain qui nous échappent et sur lesquelles on ne peut actuellement rien dire de certain.

(*Recherches anatomo-pathologiques et bacteriologiques sur les taches érythemato-pigmentées de la Lépre* par T. Darier, Paris). *Lepra Conferenz*, Tom. III, pag. 396.

(1) *Memoria sobre la lepra griega en Colombia*, presentada á la Conferencia de Berlín (11-16 de Octubre 1897), por el doctor Juan de D. Carrasquilla L. (Bogotá, Colombia).—*Lepra-Conferenz*. Tom. I, p. 81.

resistieron al lavado con la solución de ácido nítrico al 30 por 100 y, por medio de la doble coloración con la solución de Weigert, los pude observar con todos los caracteres del bacilo de la lepra. Estaba, pues, obtenido el cultivo del bacilo de Hansen y con absoluta pureza, pues no aparecía otro microbio en la preparación.

Sirviéndome de este primer cultivo para semilla, sembré otros tubos de suero gelatinizado y en ellos se reprodujo exactamente el mismo desarrollo que en los sembrados directamente con el líquido tomado del leproso.

Ensayé después cultivar este bacilo en caldo de buey, preparado según la técnica que recomiendan los señores Thoinot y Masselin (1) y obtuve idéntico resultado. Del primer caldo tomé semilla para sembrar el segundo, preparado de la misma manera y obtuve el mismo resultado que la vez primera. Examinado este caldo al microscopio, dio los mismos bacilos que el primero, y desde entonces he continuado haciendo cultivos, sin interrupción hasta hoy, sembrando periódicamente un caldo simple de buey con semilla tomada del cultivo precedente, sin que haya dejado de reproducirse la misma serie de fenómenos en idénticas condiciones.

El 24 de Junio, al examinar uno de los cultivos, me sorprendió ver los bacilos en movimiento, lo que hasta ese día no había observado, y desde entonces, cada vez que se examina un cultivo en cierto período de su desarrollo, se comprueba fácilmente esta movilidad (2). Para observarla basta tomar una gotita del caldo, después del quinto día de sembrado, con el alambre de platino esterilizado, tocar ligeramente una laminita cubre-objetos, volverla sobre la lámina porta-objetos é inmediatamente examinarla al microscopio. Se hacen más visi-

(1) *Précis de Microbie*, par MM. H. Thoinot et E. T. Masselin. Troisième édition, París, 1896. p. 17.

(2) El doctor C. H. H. Spronck, profesor en la Facultad de Medicina de Utrecht, que ha cultivado recientemente el bacilo de Hansen, no le ha encontrado movilidad. "Les bacilles sont immobiles—dice—ils ne semblent par se reproduire par spores." Las otras conclusiones de su Memoria tampoco están todas de acuerdo con los resultados que yo he obtenido. Dice el doctor Spronck:

bles aún colorando con azul de metileno en solución muy débil el líquido que se va á examinar. La movilidad se observa en estos microbios en dos de sus formas evolutivas: hay bacilos largos, delgados, con especios más claros en medio de su longitud, que se mueven lentamente con movimiento ondulante, como de serpiente, y que algunas veces parece que giraran sobre su eje extendiendo una parte hacia un lado, mientras la otra permanece quieta; hay otros cortos, gruesos, casi elípticos, rodeados de una capa ó zona refringente, la cual debe de ser una membrana de envoltura, que se mueven con rapidez en línea recta y que al tocarse unos con otros quedan separados por la envoltura refringente. Me parece haber observado en estos últimos pestañas ó flagelos en las extremidades, pero no tengo absoluta seguridad para poderlo aseverar.

¿Es el bacilo de Hansen el que he cultivado? Para mí es indudable: 1.º, porque no hay otro de los conocidos que tratado por el método del doctor Herman resista el lavado con el ácido nítrico en solución al 30 por 100, excepto el de Koch, que sin embargo se descolora cuando se prolonga un poco el lavado (1);

“1.º Le bacille de Hansen est cultivable et se transplante facilement en cultures successives;

2.º Les essais de culture de ce bacille, institués dans 3 cas de lèpre mixte, ont donné 2 fois des bacilles ressemblant morphologiquement au bacille de la lèpre et pouvant servir à le sérodiagnostic de cette maladie;

3.º Ces bacilles s'adaptent difficilement aux milieux de culture artificiels et tout d'abord ils empruntent les matériaux nutritifs aux tissus lépreux portés sur ces milieux; ceux-ci ne semblent pas cependant indifférents; la pomme de terre glycérinée et neutralisée est jusqu'ici le seul milieu sur le quel on ait obtenu toutes petites colonies, au bout de dix jours, à 38°;

4.º Ces colonies ne se laissent pas réensemencer sur pommes de terre; on peut facilement les transplanter sur le sérum de cheval gélatinisé de Löffler;

5.º Il s'agit de bacilles immobiles, chromogènes, aérobies facultatifs, ne poussant pas dans les bouillons de viande, mais croissant activement dans les bouillons simples de poisson.

(*La Semaine Médicale*, n. 49, 28 Septembre 1898. *La culture du bacille de Hansen et le sérodiagnostic de la lèpre*, p. 393).

(1) Il se colore bien (le bacille de Hansen) par la méthode d'Ehrlich et présente ainsi traité, comme le bacille de Koch, un aspect granuleux.

2.º, porque habiendo sido tomada con pureza la semilla de leprosos, examinada al microscopio, no hay por qué creer que se haya desarrollado otro microbio que no ha sido introducido, máxime cuando esto se ha hecho repetidas veces y siempre con idéntico resultado; 3.º, porque el líquido de los cultivos filtrado produce, cuando se le inyecta á los caballos, el mismo efecto ó reacción, aunque con mayor intensidad, que el suero sanguíneo de los leprosos; 4.º, porque el suero de los caballos preparados con este líquido produce en los enfermos las mismas reacciones y modifica la enfermedad del mismo modo que el que proviene de los caballos preparados con el suero de los leprosos, si bien son ahora más acentuadas las modificaciones; 5.º, en fin, porque todos los caracteres morfológicos y de coloración propios del bacilo de Hansen se encuentran en el que he cultivado y no corresponden á ningún otro microbio.

tout spécial résultant de la succession de zones claires et de zones colorées; mais il se colore beaucoup plus rapidement que le bacille de la tuberculose dans la liqueur d'Ehrlich et résiste plus longtemps à la décoloration par l'acide azotique. Baumgarten a proposé d'utiliser cette propriété du bacille de Hansen pour le différencier du bacille de Koch dans les cas douteux; un séjour de cinq minutes dans la liqueur d'Ehrlich, avec décoloration consécutive par l'acide azotique à un dixième, suffit pour colorer le bacille de Hansen, tandis que le bacille de Koch reste incolore, traité par ce procédé rapide. Le bacille de la lèpre peut encore être coloré par les couleurs d'aniline simples, avec décoloration par un acide ou l'alcool, procédé qui ne convient pas au bacille de la tuberculose... (Précis de Microbie. Thoinot et Masselin, p. 534).

Il ressemble (le bacille de Hansen) à s'y méprendre au bacille tuberculeux de Koch et reste coloré par la méthode d'Ehrlich. On l'en distinguera par les caractères suivants:

..... Il se colore plus vite et se décolore plus lentement par la méthode d'Ehrlich; Il reste coloré par un simple bain dans une solution hydro-alcoolique d'une couleur basique d'aniline, suivi d'exposition au liquide de Gram et décoloration par l'alcool; Il se colore plus facilement que celui de la tuberculose dans la solution alcaline aqueuse de bleu de méthyle de Löffler; Il se colore facilement, même à froid, par les simples solutions aqueuses de couleurs basiques d'aniline; Coloré par le procédé d'Ehrlich il résiste mieux que le bacille de la tuberculose à l'action d'une solution à 1 pour 100 d'hypochlorite de soude.

(Précis de Bactériologie pratique, par Jules Courmont, p. 390).

Sólo falta la prueba que se exige en todo cultivo de microbios patógenos, de reproducir la enfermedad experimentalmente en los animales, ya que en el hombre no sería lícito hacerlo. Esta prueba no puedo darla hoy, porque los experimentos emprendidos el 25 de Mayo hube de suspenderlos bruscamente, después de algún tiempo, porque me faltó un local apropiado para tener los animales con la debida separación para poder estudiar cuidadosamente los efectos de las inoculaciones. Sin embargo, aunque muy imperfectos é interrumpidos, estos ensayos me permiten esperar que la inmunidad de los animales respecto de la lepra no sea tan absoluta como se ha creído, y que, establecidos los experimentos en mejores condiciones, como me prometo hacerlo pronto, es posible que conduzcan á la demostración que se exige.

De esta segunda serie de experimentos sobre la seroterapia de la lepra, sólo quiero por hoy dar á conocer la técnica del cultivo del microbio de Hansen y sacar las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a El bacilo de Hansen es cultivable en suero humano gelatinizado, cuando se siembra con linfa tomada de un leproso por el método del doctor Herman;

2.^a Empleando como semilla este primer cultivo para sembrar suero humano gelatinizado, se obtiene un segundo cultivo idéntico al primero;

3.^a El bacilo de Hansen es cultivable asimismo en caldo simple de buey, cuando se siembra con un cultivo precedente en suero humano gelatinizado;

4.^a Obtenido el primer cultivo en caldo, se puede emplear éste para semilla de otro caldo, y así sucesivamente.

5.^a El bacilo cultivado en caldo es aerobio y movable;

6.^a Las condiciones eugenésicas son: *a*). Temperatura uniforme de 37 grados C. Esta temperatura puede, sin embargo, bajar por algunas horas á 25 grados; pero no puede subir de 45 grados sin que cesen los movimientos y se suspenda el desarrollo del microbio; *b*). Caldo simple de buey, hecho neutro ó ligeramente alcalino con carbonato de soda; *c*). Matracas y redomas de Fernbach, en que haya libre penetración de aire,

puesto que este bacilo es esencialmente aerobio; *d*). Semilla de un cultivo precedente del 5.º al 10.º día;

7.ª Cultivado el bacilo de Hansen en condiciones prácticas y relativamente fáciles, las diversas cuestiones relativas á la naturaleza infecciosa de la lepra y sobre todo al gran problema de la curabilidad de esta terrible enfermedad, quedarán definitivamente resueltas.

JUAN DE D. CARRASQUILLA L.



Cuadro estadístico del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, en ocho años.

	1890		1891		1892		1893		1894		1896		1897		1898		Totales	
	Dengue.	Gripa.																
Enero .....	..	..	..	..	..	..	..	..	5	2	10	..	12	1	12	3	39
Febrero .....	..	..	..	..	3	..	..	..	5	7	17	1	13	..	6	8	44
Marzo	17	29	..	..	..	..	..	6	4	9	14	..	4	..	3	32	54
Abril	21	48	..	..	3	..	..	..	..	9	..	3	..	2	21	65	
Mayo .....	..	7	..	..	2	12	19	..	1	..	11	..	..	..	3	12	43
Junio .....	..	2	..	..	..	..	18	..	..	..	4	..	3	..	3	..	30
Julio .....	..	..	2	..	..	..	3	..	..	..	6	..	1	..	3	2	13
Agosto .....	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	13	..	..	..	12	..	26
Septiembre .....	..	..	1	..	..	..	1	..	..	1	12	..	2	..	50	2	65
Octubre .....	..	..	..	..	..	1	21	..	..	..	6	..	6	..	27	1	60
Noviembre .....	..	..	..	..	..	..	27	1	5	..	7	1	7	..	17	2	63
Diciembre .....	..	..	..	..	..	..	27	..	..	..	3	..	7	..	14	..	51
Totales	38	86	3	..	8	13	117	7	20	19	112	2	58	1	152	83	550	

DENGUE Y GRIPA

(Conclusión).

PATOLOGIA DE COLOMBIA

HISTORIA

El estudio del cuadro estadístico anterior me va á servir para colocar mi humilde óbolo en la discusión, que aún existe, acerca de la identidad ó independenciam de dos enfermedades epidémicas: el dengue, y la gripa ó influenza.

Empero, antes de entrar en el análisis de dicho cuadro, me parece conveniente fijar la historia de la aparición y desarrollo de estas enfermedades en Colombia.

La primera descripción de la gripa, que yo conozca, verdaderamente magistral, fue publicada por el señor doctor Nicolás Osorio en el número 5, serie v, año de 1879, de la REVISTA MÉDICA de Bogotá. El doctor Osorio dice que la enfermedad es proteiforme, pues reviste formas variadísimas, y que ha recorrido casi todo el país. No menciona absolutamente el dengue en la descripción que hace, lo que deja suponer que todos los médicos estaban entonces de acuerdo en considerar esa epidemia como gripal.

El señor doctor Pedro María Ibáñez, en sus *Memorias para la historia de la Medicina en Santafé de Bogotá*, menciona una epidemia catarral, que apareció en la Sabana de Bogotá, en 1835, pero quedamos en la incertidumbre de la naturaleza de esa enfermedad, pues no se hace la descripción de ella. Debo hacer notar que en Europa hubo epidemias de gripa en los años de 1833 y 1836, y que muy bien pudo ser importada desde entonces á este Continente.

El señor doctor Pablo García Medina, en un artículo que publicó en la REVISTA MEDICA de Bogotá, año xiv, Abril de 1890, considera la gripa y el dengue como dos entidades mórbidas distintas; y respecto de la segunda, dice que el doctor Leblond la observó en Bogotá por el año de 1790.

Permítaseme observar que por los años de 1788 y 1789 la gripa recorrió el Continente europeo, según lo indican los autores clásicos; y cosa singular: es entonces, en 1789, según Rush, cuando apareció en Filadelfia (América del Norte), una epidemia que se clasificó como dengue. De manera que reinando la gripa en Europa no se sabe de dónde pudo venir

el dengue á América, á menos que se suponga que se desarrolló espontáneamente, lo que es inadmisibile hoy día.

He hecho esta digresión, porque me parece que puede contribuir á dilucidar el problema que estudiamos.

Continúo ahora citando una publicación del doctor A. Aparicio, en la misma REVISTA MEDICA de Bogotá, serie XIV, número 148, relativa á la epidemia que apareció entre nosotros en 1890, y acerca de la cual dice que "entre las diversas formas bajo las cuales ha visto evolucionar y desarrollarse la enfermedad, aparecen mezclados, en proporciones muy variables, los síntomas característicos de la *fiebre dengue* y muchos de los que constituyen la *influenza*, nueva entidad patológica que la prensa médica francesa quiere últimamente que se acepte como denominación más apropiada para la actual epidemia europea."

Una comisión nombrada por la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá para estudiar la epidemia de dicho año, y compuesta de los doctores Aparicio, Esguerra y Noguera, opinó que el dengue y la gripa eran dos enfermedades distintas y que esta última era la que se había presentado tanto en Europa como en América.

El doctor Juan E. Manrique, en la discusión que tuvo lugar en la Sociedad, con motivo del informe de esta Comisión, opinó que la epidemia reinante en Bogotá era de dengue.

El doctor Juan David Herrera no se decidió por ninguna opinión, y dijo que no discutía sobre el nombre de la expresada epidemia, y que aceptaría el que la Sociedad quisiera darle, salvo la rectificación científica que el porvenir hiciera de tal nombre, cuando se conociera la naturaleza íntima de esa enfermedad.

Estos son los datos que he podido hallar en nuestros anales de medicina, desde el año de 1873 hasta la fecha.

Entro ahora á analizar el cuadro estadístico que encabeza este artículo y que comprende ocho años.

Las enfermedades dengue y gripa aparecen bruscamente y á un mismo tiempo en el mes de Marzo de 1890, en forma epidémica. Dura ésta dos meses y desaparece bruscamente

en Mayo para el dengue y poco á poco para la gripa que existió hasta Junio. En el resto de este año ninguna de estas enfermedades vuelve á aparecer. Tal hecho está en contradicción con la opinión del doctor Esguerra, quien manifestó en la discusión arriba citada que las epidemias de gripa duraban dos meses y las de dengue seis meses. En nuestra estadística sucede todo lo contrario.

En el año de 1891 no hay gripa y sí tres casos de dengue.

En 1892 nada de dengue, pero la gripa reaparece con ocho casos en algunos meses.

En 1893 no hay ni una ni otra enfermedad en los cuatro primeros meses del año, pero en Mayo aparecen otra vez juntos el dengue y la gripa; el dengue desaparece hasta Octubre y la gripa sigue sola en todo el resto del año en la forma epidémica, excepto en Julio y Agosto.

En 1894 se presentan seis casos de dengue en Marzo y un caso en Noviembre. Hay 20 casos de gripa, distribuídos entre Enero, Febrero, Mayo y Noviembre.

En 1896 aparecen en todo el año 19 de dengue y 112 de gripa.

En 1897, sólo hay 2 casos de dengue y 58 de gripa, distribuídos en casi todos los meses del año.

En 1898, por último, reina la gripa durante todo el año con fuertes recrudescencias en Septiembre y Octubre, mientras, que el dengue presenta solamente un caso en el mes de Enero, para no volver á presentarse más.

Se ve, pues, que la gripa se ha implantado en nuestro suelo como endemo-epidemia; y que el dengue aparece solamente como si fuera una enfermedad esporádica, cosa que no se aviene con las descripciones que se hacen de ella como eminentemente epidémica.

Esta consideración nos conduce á opinar que por causa de la gran variedad de formas con que puede presentarse la gripa, algunos médicos han considerado las formas neurálgicas y reumatóideas como constituyendo una enfermedad diferente á la que impropriamente han dado el nombre de dengue.

Juzgo que con estas dos enfermedades sucedé lo que

con la lepra y el mal de San Antón; que se las creía dos enfermedades distintas por causa de sus síntomas tan diferentes, cuando por su naturaleza son una misma cosa.

El desacuerdo que reina entre los médicos tanto nacionales como extranjeros, es hasta cierto punto natural, pues no habiéndose puesto aún en claro el verdadero agente infeccioso del dengue, el polimorfismo de la gripa es un elemento de confusión que desorienta hasta á los más versados prácticos.

Estudiando el punto con detención, se ve que un autor clásico, por ejemplo, da cierta definición para la gripa y otra muy diferente para el dengue; mientras que otro define la gripa con términos semejantes á aquellos con que el primero definió el dengue. Hé aquí la demostración:

Gripa. "Desde mediados del último siglo las palabras *gripa é influenza* han servido para designar una enfermedad epidémica, caracterizada, *sobre todo*, por su gran generalización y su rápida excursión á la superficie del globo." (*Traité de Médecine et de Thérapeutique publié sous la direction de MM. P. Brouardel, A. Gilbert et J. Girode.* París. 1895).

Dengue. "La velocidad de la marcha del dengue iguala á su *extensión* local: ella puede compararse á la del cólera indiano al salir de sus poderosos focos de concentración; pero algunas veces, por excepción, dormita y parece reposarse en algunas de sus jornadas." (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, par Dechambre.* París).

Pero si esta confusión ha existido hasta ahora, lo posible es que pronto desaparezca, cuando en la primera epidemia que se señale como de dengue, se busque el microbio que la produce. De ese estudio experimental brotará la luz.

Para la gripa, creo que la generalidad de los médicos acepta como evidente la especificidad del microbio de Pfeiffer. En este sentido el diagnóstico bacteriológico de esta enfermedad se impone en lo sucesivo.

PROFILAXIA

La Junta Central de Higiene de Bogotá discutió el asunto de la profilaxia de la gripa, en una de sus sesiones del año pasado, con motivo de una consulta del señor

Alcalde de la ciudad, quien deseaba conocer las medidas que debieran tomarse para impedir la propagación de la epidemia. Después de una larga discusión sobre asunto tan delicado, la Junta conceptuó que no era posible, en el estado actual de la ciencia, indicar una medida sanitaria capaz de contrarrestar el embate epidémico, pues la velocidad de su marcha al través de todas las regiones del globo, y la subitaneidad con que eran atacados centenares y millares de los habitantes de una población, revelaban que el agente infeccioso evolucionaba en condiciones meteorológicas y biológicas, tan desconocidas hasta el día, que era imposible tratar de cerrarle el paso por medio de medidas sanitarias.

Estas conclusiones de la Junta de Higiene están perfectamente de acuerdo con las ideas emitidas recientemente por el doctor L. Galliard, médico del Hospital de San Antonio de París, en una monografía sobre la gripa, que publicó en el año pasado de 1898.

Creo útil insertar en este artículo la parte de dicha monografía relativa á la profilaxia y que dice así:

“En la serie de las enfermedades epidémicas el higienista distingue dos categorías:

“La primera es la de las afecciones que él ha logrado moderar y restringir, y en las cuales se atreve á prever la completa desaparición, tales como la viruela, la fiebre puerperal, la peste, el cólera, la fiebre tifoidea y la difteria.

“A la segunda pertenecen las enfermedades que se burlan de todas nuestras pretensiones.

“En esta última se coloca la gripa. ¿Conoce alguien su cuna? Pretended descubrir el país de su nacimiento, ó bien, volad tras su rastro para encontrar su última morada: ella os hará dar la vuelta al mundo: ella es sucesivamente asiática, europea, ó americana: ella no obedece sino á la fantasía de su genio vagabundo, porque se acomoda en todos los climas y en todas las latitudes: ella exige sin demora en todo país sus credenciales de gran naturalización y en toda ciudad su derecho de ciudadanía.

“¿Quién tendrá, por consiguiente, el valor de convocar

para defenderse de ella, conferencias internacionales, extender reglamentos de policía sanitaria, ó abrir lazaretos é instituir cuarentenas?

“La profilaxia *regional* de la influenza, probablemente no existirá jamás. La profilaxia *local* ha sido el efecto de una feliz casualidad para los establecimientos cerrados, para las prisiones y para los faros ingleses cuya accidental preservación he referido.

“La profilaxia *individual* es menos difícil de realizar. ¿Por qué medios la obtendremos? Goldschmidt afirma que puede crearse la *inmunidad* por una reciente vacunación jeneriana. Mossé pretende haber inmunizado los conejos inyectándoles sulfato de quinina en las venas. Bruschetti ha vacunado animales, empleando los cultivos del *bacillus influenzae* en la sangre; según este autor, el suero de los animales inmunizados, vacunaría contra la influenza. A. Catani ha obtenido resultados positivos en los marranillos de la India con dosis crecientes de cultivos pfeifferianos esterilizados á 56°, y mejor aún, con el exudado peritoneal y emulsiones de la sustancia cerebral que se extrae de los animales muertos de gripa.

“Si admito la virtud profiláctica del sulfato de quinina, del salol y del naftol á alta dosis, la de los ácidos fénico, tímico y bórico utilizados en lavados minuciosos de la garganta y de las fosas nasales, es solamente contra las infecciones secundarias por neumococos, estreptococos, etc., más bien que contra la influenza misma.

“Sabido que todos estamos expuestos á contraer la gripa, cada vez que reine epidémicamente, y aun muchas veces en el curso de una epidemia; sabido, además, que la gripa misma es inhábil para vacunarnos contra la gripa, ¿cómo podríamos acoger sin escepticismo las tentativas de inmunización?

“En la hora actual, el único procedimiento cuya eficacia se afirma, es el aislamiento del individuo enfermo.

“Se prescribirá la desinfección no solamente respecto de las secreciones frescas de las vías respiratorias en las cuales vive el bacilo, sino también de las ropas, colgaduras y demás en-

seres que en la habitación del enfermo sean susceptibles de vehicular los microbios patógenos."

Haremos, antes de terminar, una reflexión acerca del aislamiento del individuo enfermo. ¿Cómo podrá obligarse á un individuo atacado de gripa leve á que no salga á atender á sus negocios? Y como son muchos individuos, por lo general, los que se hallan en este caso, ¿cómo podrá reconocérseles en la calle ó en sus despachos? La ejecución de esta medida parece irrealizable.

TRATAMIENTO

Cuando la gripa es benigna, basta el abrigo y la dieta para que la enfermedad tenga una terminación favorable.

Cuando hay mucha fiebre y quebrantamiento, la quinina y la antipirina constituyen los medicamentos más eficaces.

Las complicaciones exigen toda la atención del médico y deben tratarse con prontitud y energía.

G. J. CASTAÑEDA.

Bogotá, Mayo 18 de 1899.

SEUDO FIEBRE TIFOIDEA HISTERICA

CURACION EN CUARENTA Y CUATRO DIAS

(*Conclusión*).

Días 9 y 10.— Aunque ya no tiene *facies* de febricitante, olor tifoideo ni meteorismo, las deposiciones son tan fétidas como lo fueron al principio; la lengua está limpia, húmeda y poco temblorosa; orina á intervalos regulares, pero siempre vierte por las noches, con los mismos caracteres que hemos indicado, orines que llamaremos críticos; la pupila está siempre dilatada, pero reacciona á la luz artificial; duerme menos y tose más que antes, pero no expectora; el día 9 tiene de tiempo en tiempo disnea de esfuerzo un poco violento (50 á 60 respiraciones por minuto), acompañada de dolor en la región esternal y que cesa instantáneamente por la sugestión: enton-

ces la enferma respira 24 veces por minuto. La auscultación da estertores sibilantes en uno que otro punto del tórax.

Temperatura: 38° 5, á lo menos por las mañanas, y 39° 7 á lo más por las tardes; pulso regular: 92 á 100 pulsaciones por las mañanas, y 136 á 144 por las tardes.

No se le da más que brandy y quina.

Día 11.—La lengua está limpia y todavía algo convulsa; la función intestinal se efectúa con regularidad, aunque la fetidez en las deposiciones no ha disminuído; los orines de la noche y los del día tienen los mismos diferenciados caracteres que hace días venimos notando; la pupila está poco dilatada y se contrae bien á la luz artificial; aún tiene somnolencia, pero duerme poco; tose rara vez y no ha vuelto á tener disnea; infructuosa ha resultado hasta ahora toda investigación de las zonas histerógenas; respira placer al saber que pronto la llevarán para el campo.

La temperatura fluctúa entre 38° 1 por la mañana y 40° 2 por la tarde; el pulso es regular y fuerte, pero variable en frecuencia: 120 pulsaciones lo menos por minuto.

Sigue el mismo tratamiento.

El día 12 se la llevaron en idéntico estado que estuvo el anterior.

La temperatura no pasó de 39° 5 el día 13, y fue bajando regularmente en los demás, hasta el 26 de Octubre, en que se sostuvo en 36° 6 por la mañana y 36° 9 por la tarde.

Ocho días después le dio el dengue, el cual coincidió con su época menstrual, y al iniciarse ésta tuvo hacia el recto la misma desviación del molimen hemorrágico que presentó el 27. La temperatura subió á 40° 4, para bajar á la normal á los dos días, con aplicaciones caseras por único tratamiento.

Hasta hoy no se ha presentado ninguna consecuencia aparente de su enfermedad.

III

El cuadro clínico que acabamos de trazar sugiere la idea de un diagnóstico preciso y arreglado á los últimos adelantos de la ciencia; pero exigir esto del médico de Provincia es

exagerado, si no imposible. Dicho cuadro tiene lagunas que llenar, porque no se nos permitió hacer—como lo debíamos—todas las investigaciones necesarias; por otra parte, un examen bacteriológico sin laboratorio y en el tráfico de la vida profesional es magna empresa demasiado conocida por nuestros colegas del país y que excusa las deficiencias de este trabajo.

No hemos, pues, buscado el bacilo de Eberth en las deyecciones ni en la sangre de nuestra enferma, como tampoco el hematozooario de Laveran; no hemos empleado el serodiagnóstico de Widal, la diazorreacción de Ehrlich, ni investigado, en el examen de la orina, la inversión de la fórmula de los fosfatos. ¿Se trata de una fiebre tifoidea atáxica, de un tifo-malaria, de una tifoidea sudoral, de una simple histeria febril, ó de una forma híbrida de histerismo infeccioso?

Opinamos por esto último, basados en la respetable opinión del Profesor Grasset, quien dice:

“... . las infecciones capaces de producir el histerismo son muy diversas y complejas. En primer lugar, todas las infecciones exteriores, pero también todas las infecciones interiores, las auto-infecciones, sobre todo las de *origen gastrointestinal*.”— (*Le Correspondant Médical*, Enero de 1898, página 14).

Para dicho profesor, los fenómenos histéricos son consecuenciales y siguen á la infección, que obra como causa predisponente, mientras que en nuestro caso los hemos visto desarrollarse simultáneamente.

Volviendo “los ojos á la clínica” — para servirnos de la expresión del doctor Gilles de la Tourette,—encontramos una hiperpirexia que no cede á la quinina sola, ni asociada de la antipirina, hiperpirexia que se “defiende” de la sábana húmeda y de un baño frío de hora y cuarto de duración; pero que se doblaga en menos de cinco minutos, bajo la influencia de la sugestión, como sucedió el día 1.º de Octubre, bajando de 39° 7 á 37° 8, y reduciéndose el número de pulsaciones de 132 á 120. De paso sea dicho, que nos creímos autorizados para dar tan prolongado baño, porque el doctor Bernheim

(pág. 58) dio uno de todo un día de duración, y sabemos que tibios son muy aconsejados por notables autores en los estados de insuficiencia renal.

Respecto de lo que acabamos de exponer nos atrevemos á formular dos observaciones: la primera, sin pretensiones críticas ningunas, y la segunda, como materia de investigación:

1.^a El doctor Bernheim (pág. 234) dice:

“La sugestión no calma la fiebre, no retarda notablemente el pulso, etc.”; y en esta enferma se efectuó lo contrario. ¿Ha sido simple casualidad ó coincidencia?

2.^a ¿La sugestión, al obrar sobre el individuo puede también hacerlo, siempre ó en un momento dado, sobre el agente infeccioso, paralizando su acción y sus efectos?

“La fiebre histérica—dice A. Souques (*Manuel de Médecine*, tomo IV, pág. 438)—se reconocerá por su irregularidad extrema, la ausencia ó discordancia de turbaciones generales concomitantes y su resistencia á los diversos antitérmicos. Su evolución, la existencia de antecedentes histéricos y de estígmata, el examen de la orina y la investigación en el porvenir de la fórmula urinaria, deberán tenerse en cuenta.”

En nuestra enferma la falta de estupor, propio de los do-tientéricos; la nula demacración en cerca de seis semanas de dieta é hiperpirexia; la marcha singular de la temperatura y el pulso, por pequeñas sacudidas, como resultantes—quisiéramos decir—de reacciones vibratorias orgánicas; la poliuria paroxística, de orina escasa en el día, hasta de 1,020 de densidad, y espástica en la noche (con cerca de 1,000 de densidad, contando el menisco); la disnea discordante con el timpanismo, pues aquélla faltaba cuando éste existía, y viceversa, sin complicación apreciable, por los medios de investigación de que hasta ahora puede la ciencia disponer, en los aparatos respiratorio y circulatorio (día 26); las alternativas de disnea, de adormecimiento, de convulsiones, sudación, urinación y de dolores en el hipogastrio; el ser la paciente de familia de neuropatas; tener ella misma antecedentes y estígmata histéri-

cos; el delirio, las convulsiones generales y parciales; las contracturas, la adivinación, las alucinaciones, la amaurosis pasajera y electiva, amnesia, alalia, aguesia, disfagia, hiperestesia, blefarospasmo, la desaparición del pulso, el pulso fetal, etc. etc.; todo esto, sin complicaciones apreciables por los medios clínicos, sin otra manera de comprobar el diagnóstico que el examen de la sangre, ó el de la orina, como ya dijimos; todo esto—repetimos—revela más bien una neurosis que una infección solamente.

Pero hay aliento de tífico, fuliginosidades, manchas lenticulares, gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, deposiciones en *puré* de garbanzos, de fetidez *sui generis*; una fiebre continua que no cede á la quinina, de remisiones y exacerbaciones cotidianas, de cerca de seis semanas de duración; y, además, las agravaciones coinciden con el primer día de cada septenario.

La disnea, la taquicardia, el hipo y el meteorismo, descritos como síntomas propios de la dotinenteria, por Chauffard, Huchard, Heski, Hayem y también por G. Monteux y Lop, ¿no pueden ser en este caso desórdenes de inervación del neumogástrico, provocados por la acción de la toxina eberthiana?

¿No autoriza todo esto, en clínica, para diagnosticar la pirexia producida por el bacilo de Eberth?

La enterorragia, en el caso que nos ocupa, precedida por el color violáceo, como asfixia de la pulpa de los dedos (día 27), no fue seguida de enfriamiento ni hubo síntomas hemorrágicos, por lo cual la consideramos como una desviación del molimen menstrual; opinión que se confirmó al mes siguiente con la repetición del fenómeno, estando la paciente ya sana en apariencia.

Los siguientes fenómenos están en discordancia con la opinión de algunos autores:

La enferma se puso en emprostótonos en vez de ponerse en opistótonos, y el estrabismo fue divergente y no convergente, contra lo que siempre sucede en los ataques de histeria, según lo afirma la generalidad de los clásicos;

La anestesia de la faringe y las zonas histerógenas pueden faltar en la histeria: nosotros no las encontramos, fuese á consecuencia de las inyecciones de morfina y de éter, ó del alcohol que la enferma estaba tomando (Ball, Vaisin, Janet), ó porque — como dice Dutil en su artículo *Histeria (Traité de Médecine*, tomo VI, pág. 1,344) — “al principio de su enfermedad, las jóvenes histéricas no tienen anestesia,” ó también porque “las pretendidas zonas histerógenas — afirma Bernheim, pág. 87—no existen fuera de la sugestión.”

No pasaremos en silencio que la *facies* hipocrática, la carfología, el delirio viajero, la desaparición del pulso, el pulso fetal, el hipo, el decúbito agudo, la dilatación pupilar y las evacuaciones involuntarias — con razón considerados como síntomas de pronóstico fatal (aunque los cuatro últimos, tomados por separado, no tienen en la fiebre tifoidea tanta importancia como los demás)—se presentaron casi simultáneamente en el período intermediario.

Terminamos por resumir nuestras opiniones en lo tocante al tratamiento que creemos preferible para casos semejantes.

Aunque se quiera llevar la hipnotización hasta el último grado, siempre la intervención medicamentosa se impone, porque la moral prohíbe al médico descansar en la seguridad de una terminación feliz y se necesita la “fe del carbonero” para creer que dicha intervención es por lo menos superflua; pero la principal y más urgente indicación, en obsequio de todos, es la sugestión sistematizada, llevando al individuo hasta el sueño hipnótico, si fuera posible, porque — dice Bernheim, pág. 77 — “el sueño aumenta la sugestibilidad ó la crea. Muchos individuos no se hacen sugestionables en grado notable, sino cuando se ha conseguido provocar en ellos la apariencia del sueño.” Para alcanzar el fin deseado hay que vencer primero las preocupaciones, tan arraigadas en las gentes: no se debe olvidar que “la obra del médico puede ser contrariada — como nos sucedió á nosotros — por un *entourage* poco inteligente, por contrasugestiones que vienen de otras personas.” (Bernheim, pág. 235).

La asepsia ó la antisepsia gastro-intestinal es de imprescindible necesidad; si la balneación resultara siempre aparentemente inútil, no la creemos nociva, y preferimos los baños tibios, progresivamente enfriados; aunque el alcohol pueda dificultar la sugestión, sus cualidades' antiséptica y reparadora lo hacen recomendable. Terminamos, en fin, haciendo observar que la sedación producida por los opiáceos y las aplicaciones heladas—las de la cabeza principalmente — nos dio, á lo menos en apariencia, mejor y más rápido resultado que todo lo demás.

M. S. ALGANDONA.—J. B. CALDERON.

San José de Cúcuta, Enero 28 de 1899.

LA LEPRO

EN SUS ASPECTOS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS

Por el doctor Armauer Hansen y el doctor Carl Looft. Traducción de Andrés Vargas Muñoz, dedicada á los señores doctores Juan de Dios Carrasquilla, Pedro M. Ibáñez y Roberto Azuero.

PRÓLOGO DE LOS AUTORES

Es evidente, por las numerosas y recientes publicaciones sobre la lepra, que nuestra primera obra acerca de la enfermedad, que se dio á luz en Noruega, es desconocida de muchos investigadores; además, aparecen en esas publicaciones muchas opiniones que, según nuestro modo de juzgar, son prematuras y fundadas en conocimientos insuficientes; de modo que creemos sea de desearse el presentar un resumen comprensivo del resultado de nuestros estudios sobre la materia, tan interesante por sí mismo como instructivo bajo otros aspectos.

Uno de nosotros se ha ocupado por más de veinte años en luchar con la enfermedad; así, esperamos estar en aptitud de ofrecer á los entendidos una total y completa demostración,

tanto más cuanto no basamos nuestros juicios en una sola ó en observaciones aisladas, como frecuente y desgraciadamente se ha hecho.

PRÓLOGO DEL TRADUCTOR INGLÉS

En la traducción de esta obra hemos tenido, naturalmente, mucho cuidado en la interpretación. Ella ofrece apreciaciones de uno que en punto á saber y experiencia de la enfermedad, probablemente no tiene rival. Hay, á la verdad, ciertos puntos en los que hay mucha diferencia de opiniones. Por ejemplo, el parecer de Hansen, y que ha sido aceptado muy extensamente, acerca de la posición de los bacilos en el interior de las células, ha sido muy fuertemente objetado por Unna. En cuanto á la aparición de tubérculos en la palma de las manos y en la planta de los pies, que Hansen niega, Unna observa que es muy excepcional, mientras Hillis parece no considerarla rara de ninguna manera. El capítulo del Tratamiento ha sido completamente hecho para esta edición, y es prácticamente un resumen de las opiniones del difunto doctor Danielsen. Los fotograbados son una adición ulterior á la edición original alemana. No se me ha ocultado que el doctor Hansen no hace referencias á la reciente Comisión de la India. Sus opiniones pueden encontrarse en *The Lancet* de Octubre de 1893.

Para concluir, doy las gracias á mis amigos los doctores Colcott Fox por la lectura general que le dio á las pruebas, y Jorge Mackay y Stokman por la revisión de aquellas partes relativas á las afecciones de los ojos y á las drogas empleadas en el tratamiento.

NORMAN WALKER.

Edimburgo, Mayo de 1895.

ADVERTENCIA DEL TRADUCTOR COLOMBIANO

Al hacer esta traducción tuvimos á la vista la inglesa de Bristol: John Wright & C.^o; hemos puesto el mayor cuidado,

tanto por respeto al texto como para utilidad de los lectores. Aquél va acompañado de fotograbados y láminas coloreadas, de que carece esta traducción, y que hemos omitido, ya porque el valor del libro sería muy subido, ya por la urgencia de que se conozca cuanto antes; sin embargo, á fin de no alterarlo en lo mínimo, hemos conservado todas las referencias á dichos dibujos, lo mismo que á unos cuadros estadísticos que se encuentran al fin y de que también hemos prescindido, por no ser de mayor importancia entre nosotros, con el objeto de que los lectores que no sepan inglés y consigan la edición de que hablamos, la utilicen completamente valiéndose de nuestra traducción.

Debemos hacer una confesión para descargo de nuestra conciencia y para que se disimulen nuestros yerros, á saber: que no somos médicos. Sírvanos de disculpa á nuestra osadía el deber que tenemos todos, en la medida de nuestras fuerzas, de contribuir á la felicidad humana, y el deseo especial de dar una muestra de gratitud á nuestro egregio leprólogo doctor Juan de Dios Carrasquilla, no menos que á sus abnegados profesores en trabajo doctores Pedro María Ibáñez, Roberto Azuero, Nicanor J. Insignares, Eduardo Román, Jesús Navas y Jesús Olaya Laverde, por los importantísimos servicios que de tiempo atrás vienen prestando á sus compatriotas atacados de la espantosa enfermedad (1).

A. V. M.

Bogotá, Mayo de 1897.

LA LEPROSA

EN SUS ASPECTOS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS

CAPITULO I

Introducción.

El bacilo de la lepra ha sido reconocido poco há en los productos leprosos, de modo que en la práctica podemos de-

(1) La dirección de la obra es: Bristol: John Wright & C.^o London: Simpkin, Marshall, Hamilton, Kent & C.^o Ltd. Hirschfeld Bros., 82, High Holborn.—1895.

cir, con fiadamente, que la lepra es una enfermedad crónica causada por el bacilo leproso, aunque esto no se haya demostrado todavía experimentalmente.

La lepra aparece en dos formas que son muy distintas en clínica, y que se han denominado por Danielssen y Boeck, *nodular* y *anestésica*. Esta nomenclatura, introducida por dichos autores en su obra de investigación *Om Spedalskhed*, Cristiania, 1847, *Tratado de la Spedalskhed*, París, 1848, es tan importante como que caracteriza los síntomas comunes más prominentes de las dos formas, á saber: en la una: la erupción nodular de la piel; en la otra: la anestesia que proviene de extenderse la afección á los nervios. Además, considerada por el punto estrictamente científico, la nomenclatura no es de las más felices: primero, porque la una forma toma su nombre de la erupción de la piel, y la otra de los resultados de la afección en otro órgano: los nervios; y segundo, porque los nervios son afectados en la nodular lo mismo que en la otra forma, puesto que el resultado de la afección, la anestesia, no es el carácter dominante al aparecer la enfermedad.

Como Danielssen y Boeck lo reconocieron, las erupciones de la piel se presentan en ambas formas, y ya que, como más tarde lo haremos notar, las erupciones difieren además, clínica y anatómicamente, sería tal vez más correcto describir las dos formas como lepra tuberosa (tuberculosa) y lepra maculosa ó *laevis*; porque, en primer lugar, es de dudosa ventaja el cambiar una nomenclatura universalmente aceptada; y en segundo, porque muy frecuentemente ocurre el caso de que uno vea al paciente con anestesia, después de la desaparición de la erupción maculosa, de manera que el nombre de lepra anestésica pinta, con exactitud, el caso. Mas á fin de dar á la erupción de la piel, en la forma anestésica, su lugar adecuado en la nomenclatura, describiremos las dos formas de la enfermedad como *Lepra tuberosa* (tuberculosa), y lepra maculo-anestésica. Así esperamos hacer justicia, tanto á los fundadores del estudio científico de la lepra, como á los síntomas clínicos de la enfermedad.

Danielssen y Boeck han descrito también una forma mixta, en la que la lepra nodular se combina con la anestésica.

Algunas veces la erupción desaparece y la forma nodular pasa á la anestésica, y algunas veces, aunque muy raras, la anestésica á nodular; y de ahí en adelante, las dos formas son tan diferentes en sus manifestaciones clínicas, que casi parecen enfermedades distintas, de modo que el reconocimiento de una forma mixta parece justificarse. Pero como todo caso de lepra nodular está acompañado de afección de los nervios y de anestesia; y el natural fin de todo caso de lepra nodular es pasar á la forma anestésica, haciendo que el paciente viva lo bastante; y puesto que las erupciones de la piel en la forma máculo-anestésica están caracterizadas como en la nodular, por la presencia del bacilo leproso, consideramos la transformación de un caso de lepra máculo-anestésica en nodular, únicamente como señal de unidad de las dos formas, y por tanto desechamos del todo la denominación de lepra mixta. Además, toda lepra nodular debe, en todo caso y después de algunos años de existencia, llamarse con propiedad *mixto*, porque nunca falta la anestesia.

Se ha intentado establecer como forma especial de la enfermedad la lepra nerviosa, en la que no existe ninguna afección característica de la piel (1). En vista de lo que hemos dicho arriba, que la lepra afecta los nervios en ambas formas de la enfermedad y que una erupción puede encontrarse en algún período del mal, en todos los casos observados cuidadosamente esa idea de establecer una lepra nerviosa especial, es evidentemente errónea.

Primero trataremos separadamente de las dos formas de la enfermedad; la nodular y la máculo-anestésica, y luego procederemos á demostrar la unidad de la enfermedad, á pesar de las diferencias en la forma.

CAPITULO II

Lepra nodular.

En la lepra nodular (*Lepra tuberosa*, *Lepra tuberculosa*) se establece el diagnóstico con facilidad, en lo general, por la manifestación característica de la piel.

(1) Véase NEISSER: *Lepra in Ziemssen's Handbook*.

Los tubérculos leprosos ó lepromas nodulares son de diferente tamaño y color; su consistencia, al principio, es firme y dura; son ligeramente compresibles, y muestran poca elasticidad. Su forma ordinaria es semiesférica; pero con frecuencia son oblongos. El más pequeño tubérculo que hemos visto no pasaría de 1 á 2 m. m. de diámetro, y su apariencia era tan poco característica, que tuvimos que confirmar la diagnosis por medio de la extracción y del examen microscópico. Cuanto más grandes son los tubérculos más acentuada es su apariencia. Como casi siempre se hallan situados en la cutis, la epidermis está sobre ellos tensa y brillante, ocasionalmente tiene su color normal; pero de ordinario se enrojece primero, y luego se vuelve amarilla. *La localización de los tubérculos es ordinariamente típica.* Aparecen, en lo general, primero en la cara, en el dorso de la mano y en el principio del antebrazo, y después en las superficies extensoras de los miembros. Raras veces se les ve en la espalda y en las nalgas; son muy excepcionales en las superficies flexoras de las extremidades, en el pecho, abdomen, escroto y pene; jamás los hemos visto en el glande, en la palma de la mano, en la planta del pie ni en el cuero cabelludo. Leloir describió una afección leprosa en la palma de las manos, la que, él mismo dice, era muy parecida á una sifilides en ese punto. Puesto que Danielssen, con su gran experiencia, nunca vio una afección leprosa en la palma de la mano, nos inclinamos á creer que la afección que Leloir observó, no sólo era parecida á una sifilides, sino que de hecho lo era.

Aquí, en Noruega, en donde el pueblo anda con frecuencia descalzo, vadeando arroyos, pantanos y ríos, el talón y la parte inferior de la pierna son, de ordinario, el sitio de las primeras erupciones leprosas, y no á menudo en forma de tubérculos, sino como una infiltración densa y regular. Ahora bien, como lo hemos observado arriba, la cara y el dorso de las manos son el sitio predilecto ordinario para el primer apareamiento de la erupción; parece tener esto su explicación, no improbable, en las influencias del clima en esas partes, debido, indudablemente, á la estructura de la piel, en especial de los vasos cutáneos. Podemos concluir que hay pecu-

liaridades en la estructura de los tejidos, que determinan la localización del veneno, porque ciertos órganos jamás son afectados por la lepra, á pesar del hecho de haber estado el veneno circulando, evidentemente por algún tiempo, en la sangre.

La cara es de ordinario, especialmente característica, porque las cejas son casi siempre asiento de los tubérculos. Estos algunas veces se hallan aislados, aunque muy inmediatos; y otras son únicamente uno ó dos, aunque por lo común varios, y en ocasiones no hay tubérculos distintos, sino que la ceja está infiltrada á lo largo y á lo ancho, y es de color rojizo. Si la infiltración no es aún tan grande para que la ceja aparezca gruesa, el color rojizo y su aspecto sobre los ojos da á la cara una expresión característica, y uno puede conocer la infiltración al tacto, si se toma la ceja con el dedo pulgar y el índice. En estos casos el pelo persiste; en infiltraciones más graves y cuando están formados los tubérculos, se cae. La frente y mejillas comúnmente presentan coloración rojiza y pardusca, difusa ó por manchas; al tacto reconoce uno la infiltración por la resistencia que opone. Esta variación de color es más patente en los cambios de temperatura como cuando el paciente pasá á una pieza abrigada del exterior frío. No es infrecuente el que se suscite la sospecha de lepra por este cambio de color, y por las manchas en las cejas, aun años antes de que aparezcan síntomas más definidos. Pero en la mayor parte de los casos se hallan tubérculos distintos en las cejas y en la cara en general. Cuando los tubérculos son numerosos y grandes, de modo que las cejas se proyectan mucho sobre los ojos; cuando las mejillas y el mento están llenos de grandes tubérculos redondos ó aplanados, comprimiéndose mucho unos contra otros hasta producir profundos surcos; cuando la punta de la nariz y los labios están infiltrados en toda su extensión; el semblante se deforma horriblemente y se desarrolla la llamada *Facies Leonina*. Los lóbulos de las orejas están casi siempre infiltrados y se ponen rojos, gruesos y largos. La lámina I representa el caso de un leproso tuberculoso con las manos hinchadas por la infiltración leprosa. Hacía dos años que estaba enfermo.

Los ojos, en la forma nodular, están casi siempre afectados; los tubérculos se presentan con frecuencia en los párpados, tanto en la parte superior como en la inferior, y comúnmente están situados muy al borde. La primera afección del ojo que observámos consistía en una ligera mancha en la parte superior de la córnea, que se presentaba como una nube levisima en la superficie, visible únicamente cuando se compara la parte superior de la córnea con lo oscuro de la pupila, y frecuentemente se requiere un lente para el reconocimiento. Una ligera infiltración del limbo de la conjuntiva está siempre combinada con esta mancha de la córnea, pero en este primer período es tan leve que no puede notarse clínicamente. Más tarde aumenta y por grados va atacando todo el borde exterior de la córnea. Cuando esta infiltración crece se hace amarilla, y se la ve extenderse intacta sobre la conjuntiva, lo que da al ojo un aspecto especial de tristeza. Es muy excepcional el que esta infiltración se extienda completamente en torno de la córnea; la parte del limbo en dirección á la nariz está casi siempre libre. Con el tiempo la infiltración aumenta, y una ligera nube se forma en torno de la córnea. Tarde ó temprano la infiltración y el desarrollo del tubérculo atacan la córnea de tres diferentes maneras: primera, muy superficial, inmediatamente debajo del epitelio. El tubérculo en este caso está siempre elevado, de ordinario crece muy rápidamente hasta que al fin cubre toda la córnea, y puede por su tamaño impedir el cerrar los párpados. Aquella parte de la córnea que está debajo ó detrás del tubérculo queda completamente intacta. Segunda, la infiltración puede atacar la córnea en forma de cuña, y formar un tubérculo que no está tan elevado, como en el ejemplo anterior; y tercera, la infiltración puede penetrar la córnea, al frente mismo de la membrana de Descemet. El resultado—completa ceguera—es el mismo en todos los casos en que el tubérculo cubre la pupila. Con frecuencia acompaña á esta forma de la enfermedad la iritis, ó como lo demuestra la investigación anatómica, la írido-ciclitis. Estas formas de iritis llevan un curso crónico ó sub-agudo, algunas veces tan furtivo y sin dolor que no se observa ni por el médico ni por el paciente, hasta que las adherencias se han formado entre el bor-

de pupilar y la cápsula del cristalino. La ceguera puede en ocasiones ser causada por exudación dentro de la pupila. *La lámina II* representa un caso típico de lepra tuberosa de seis años. El pelo ha desaparecido completamente de las cejas; en la barba pueden verse aún algunos pelos entre las tuberosidades. En el ojo derecho hay un tubérculo que crece del *Limbus conjunctiva* hacia la córnea. Los tubérculos pueden también presentarse en el iris, y á menudo crecen en el borde exterior é inferior en el ángulo que queda entre la córnea y el iris; pueden llenar completamente la parte correspondiente de la cámara anterior, son de color amarillo, y algunas veces parecen exactamente como un hipopión colocado oblicuamente, cuando tienen un borde recto ó ligeramente cóncavo hacia adentro ó hacia arriba. Una vez practicámos una iridectomía al través de un pequeño tubérculo reciente, y pusimos un obstáculo á su ulterior crecimiento. En un examen anatómico hallámos también una afección leprosa de la parte anterior de la retina sobre el cuerpo ciliar, que aparecía como una débil mancha de la retina; los nervios ciliares estaban infiltrados de lepra en un espacio considerable hacia atrás, como lo estaba la *membrana supra chorvidea*, y la coroides misma.

En las extremidades los tubérculos aparecen siempre solos, pero cuando se tocan forman grandes placas. En el dorso de las manos y en los dedos los tubérculos son muy frecuentes, y casi siempre se hallan en las superficies de extensión de los dedos y en la parte anterior de las piernas. Las pantorri-llas están á menudo también infiltradas en su masa, especialmente sobre el peroné muy cerca del tobillo, y esta infiltración alcanza hasta la mitad de la pierna; la piel es tensa y brillante y de color azul rojizo, y las úlceras de esta parte infiltrada se parecen á úlceras varicosas, y son muy difíciles, si no del todo imposibles, de curar. Los bordes son gruesos y levantados, y duran varios años, y á veces rodean completamente la pierna.

(Continuará).