

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

AÑO V.

Medellín, Noviembre de 1893.

NUM. 5

DE ACTUALIDAD

RELACIÓN DE LA COMISIÓN ENCARGADA DEL ESTUDIO DE LA LEPRO EN
EL INDOSTÁN.

1890-1891 (1)

(Traducido de "The Lancet" números 3,635 y 3,637, por
el Dr. Josué Gómez y el Sr. David Mac-Cormick).

Oficialmente se nos suministró una copia de la tan deseada relación de los estudios de dicha Comisión, enviada al Indostán por el Comité ejecutivo del *Fondo nacional de la lepra*.

Esta relación forma un hermoso volumen en 4º, de más de 450 páginas, y está ilustrado con numerosos mapas y litografías. La Comisión llegó á la India en Noviembre de 1890, y la relación fue firmada el 21 de Agosto de 1891. Entre los miembros de la Comisión eran ingleses los Drs. Beaven Kake, George A. Buckmaster y Alfred A. Kanthack, y elegidos por el Gobierno de la India los cirujanos mayores Arthur Barclay y Samuel J. Thomson, del servicio médico de Bengala. Conviene recordar que el cirujano mayor Barclay murió durante las investigaciones,

(1) *La lepra en el Indostán.*—Relación de la Comisión para el estudio de la lepra en el Indostán, en los años de 1890 y 1891.—Cálcuta.—Por el Superintendente de las publicaciones del Gobierno en el Indostán.—1892.

y el volumen principia oportunamente con un tierno recuerdo que le dedican sus colegas.

Lleva por *Introducción* un capítulo en que se refiere brevemente el establecimiento del *Fondo nacional de la lepra*, el objeto de la Comisión y el método de su trabajo. El plan adoptado fue el siguiente: "El fin principal de los comisionados, dicen ellos, era imponerse de los caracteres de la enfermedad, tál como aparece en el Imperio, dirigiendo más especialmente la atención á los factores etiológicos que á los síntomas clínicos con que se manifiesta. Esto sólo podía obtenerse visitando los diversos centros y asilos, é informándose personalmente de la historia del mayor número posible de leprosos. En consecuencia, se decidió aprovechar toda la estación fría y emplear unos cinco meses en examinar los asilos de leprosos en distintas localidades". Este plan fue observado con fidelidad: visitáronse numerosos lugares; fueron examinados personalmente más de 2,000 leprosos y los trabajos bacteriológicos se verificaron en Simla.

Con el título *Observaciones generales* trae la relación un prefacio en que consta la estadística del número relativo de casos de las diferentes formas clínicas de lepra que se encuentran en las comarcas y asilos visitados. El total se distribuía en 1,310 casos de lepra: *anestésica*; 248 casos de *tuberculosa*; y 119 de forma *mixta*. La edad en que aparece la enfermedad y su duración se encuentran en un cuadro, con cifras para cada uno de los lugares visitados. Obsérvanse en él que la mayor parte de los individuos se hacen leprosos entre los veintiséis y treinta años de edad; viene en seguida, como edad en que más fre-

cuentemente aparece la lepra, la de veintiuno á veinticinco años y después la de diez y seis á veinte. Estos resultados concuerdan con los de Vandyke Carter, excepto en que los comisionados encontraron doble el número de los afectados antes de los diez años. De los 39 casos en que la enfermedad se declaró á los cinco años ó antes, 28 eran varones y los 21 hembras; y de los 162 en que se manifestó de seis á diez años, 95 eran hombres y 56 mujeres.

Una parte muy importante del trabajo que los Comisionados se impusieron, fue esforzarse por conocer en cada lugar la importancia del número de casos de lepra dudosos ó negativos, pero considerados en los censos como positivos y verdaderos. Con este motivo se halló que en todos los lugares visitados había un 5 por 100 de errores, y en las regiones que carecen de asilos un 95 por 100; de manera que al guardarse la misma proporción en toda la India, habría qué hacer una deducción considerable al número de leprosos computados en este país.

El primer capítulo contiene: un diario de la Comisión, del cual, así como del mapa adjunto, se deduce que los lugares visitados abrazan la mayor parte de la península. Partiendo de Bombay, después de visitar los asilos de allí y de la vecindad, la Comisión tocó en Poona, Belgaum, Hydderderabad, Madrás, Conjeeveram, Trichinopoly, Tanjore y Madura; en este punto la Comisión se dividió en dos partes: una prosiguió á Burma, donde visitó á Kangoon, Moulmein, Mandalay, Thayelmyo y Prome; la otra se dirigió á Calicut, Naypur, Jugbulpore, Allahabad, y se reunió á la primera en Cálcuta á fines de Enero de

1891. De Cálcuta, una parte se encaminó á Purulia, Lucknow, Agra, Kangra, Dharmsala y Farn Faran, llegando á Simla el 8 de Abril. En Agra se reunió á esta Sección uno de los otros miembros, después de haber visitado á Burdwan, Fizabad y Ajodhya; entre tanto la otra Sección recorría á Darjeelinh, Gya, Benares, Rawalipndi, Jummdo, Lahore, Mooltan, Patiala, Kapurthalla, Umballa y Almora, arribando á Simla el 21 de Abril, donde se estableció toda la Comisión para completar sus investigaciones, especialmente en lo tocante á los trabajos microscópicos y bacteriológicos.

El capítulo siguiente, compuesto de notas acerca de las diferentes localidades, no necesita de resumen, pero debe aceptarse verídico en todo lo que refiere.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Nótase que, por la imperfección de los censos, es muy difícil llegar á una estimación exacta del predominio y del alegado aumento de la lepra. Se hizo una comparación entre los datos suministrados por los tres censos de 1872, 1881 y 1891, á fin de poner en evidencia la distribución relativa de la lepra en las diferentes Presidencias y Provincias; éste corre ilustrado por tres mapas arreglados de acuerdo con los que, sobre el particular, elaboran los Drs. Lewis y Cunningham, en los cuales la suma computada de leprosos se indica por diversos coloridos. Entre las tres Presidencias, Madrás era la que poseía menos enfermos, y Bengala en conjunto, un número menor que Bombay en 1872 y mayor en 1881. El cen-

so de 1891 muestra una disminución general en toda la India, pero al levantarlo, debieron omitirse los datos suministrados por las Provincias centrales, porque éstas no podían utilizarse en aquel tiempo; sin embargo, su omisión en masa afecta al argumento de aumento ó disminución de la lepra. Es de notar que estas cifras no apoyan la opinión sostenida por Hutchinson, de que la lepra abunda más á orillas del mar ó en las riberas de los grandes ríos; pues en realidad, por término medio, su predominio en esas regiones es inferior al que tiene en las mediterráneas. Además, en las faldas del Himalaya se encuentra un gran número de casos. De todo lo cual se deduce que "ni las costas marítimas, ni las riberas de los ríos, ni los valles extensos son más propicios á la enfermedad que las otras partes del país; ella aparece en todos los terrenos, de suerte que, dadas las relaciones de superficie, no puede hacerse ninguna generalización; y, por lo mismo, tampoco es dado descubrir ninguna relación entre las formaciones geológicas, y la densidad ó distribución de la población leprosa.

La Comisión, después de un estudio crítico acerca del catastro, sienta como evidente que "la idea del aumento de la lepra no tiene razón de ser; que más bien se percibe una disminución gradual en los últimos tiempos; aunque tal vez lo más seguro es admitir que la difusión de la enfermedad ha permanecido estacionaria". Esta, según los casos, es indudable que ha disminuído en las Presidencias de Madrás y Bombay, en el Penjab, en las Provincias de Noroeste en Lower, Burma y Cory; en Bengala se observa una disminución general, y un ligero aumento en

Mysoré; pero son pocos los Distritos donde evidentemente ha aumentado en los últimos treinta años. La suma total de leprosos se estima entre 100,000 y 120,000 individuos.

EL CLIMA Y LA LEPROA

No hay parte de la India que esté libre de la lepra; mas por ser desigual su distribución, se ha estudiado detenidamente si hay relación entre la sequedad y el calor del clima y el predominio de dicha enfermedad. En Madrás, donde el clima es seco, hay menos que en las húmedas costas occidentales; y en Siad y el Penjab Sudoeste, que son muy secos, la proporción de leprosos con relación á la población sana, es menor que en cualquier otra parte de la India. La comparación entre los mapas sobre la lepra y los cuadros de temperatura, hacen ver que tampoco media relación alguna entre el medio anual de calor y la enfermedad. En todos los censos levantados aparece un número mayor de leprosos en los climas más húmedos.

LA SANIDAD DE LA POBLACIÓN Y LA LEPROA

Extrayendo de los censos todos los datos posibles acerca del aumento ó disminución de la población y de la proporción de la mortalidad como indicio de sanidad comparativo, se notó que no existía correspondencia entre la suma de leprosos de un Distrito y el número de individuos afectados de otras enfermedades. Dedicóse especial atención á algunas otras indicaciones de sanidad y de estado higiénico, especialmente en lo relativo al cólera.

El mayor número de leprosos se encuentra en

la sección de Burdwan ; pero la lepra predomina también en la Bengala baja, en la oriental y en Burma, Distritos en que abunda el cólera y la fiebre. Sin intención de dogmatizar, los comisionados sientan, en este punto, que "en las regiones y localidades en que el cólera es más mortal y endémico, la difusión de la lepra es también mayor." Las condiciones que motivan el predominio de la lepra, incluso el clima, la pobreza y la densidad de la población, acrecientan la mala higiene y el empobrecimiento del organismo, y estimulan de este modo los agentes infecciosos. No se trata, sin embargo, de establecer relaciones de casualidad entre la lepra y el cólera. Por otra parte, los censos no suministran datos suficientes para apreciar el efecto del hambre en la reducción proporcional de la lepra, y es completamente justo atribuir el aparente decrecimiento, que reza el último censo, al mejoramiento de la condición de los habitantes, al alivio de las grandes hambres que han sobrevenido desde 1876.

Tratan, además, de la influencia de la pobreza, y exponen la creencia de que con los progresos, con la educación y la higiene, la lepra decrecerá en la India como sucede en Europa.

LA LEPRA ES UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA

Siendo la lepra una enfermedad infecciosa, depende no solamente de un virus específico, sino también de una disposición individual, y debe ser endémica donde existen los factores que generan esta susceptibilidad individual. Varios hechos comprueban que variando las condiciones externas ó la alimentación de los animales, se les hace susceptibles

de ciertos contagios ó refractarios á ellos. Hay Distritos en la India en que el predominio de la lepra ha sido claramente constante, y en los cuales esta enfermedad coincide con la pobreza, las condiciones insalubres, una población numerosa y clima húmedo y mortífero, pudiendo ser éste el segundo factor necesario de la predisposición individual, combinado con el primero, ó sea con el *bacilo* de la lepra radicado en lugares probablemente muy extensos.

Se la ha comparado con la tuberculosis, y se ha afirmado que, á semejanza de ésta, la esperanza de su disminución está fundada en el progreso de las condiciones sanitarias é higiénicas.

En la India, donde el nacimiento de la población no es signo de prosperidad material, se observa que no hay relación entre el número de leprosos y la densidad de la población. Por lo que hace á las razas, todas son igualmente propensas, siempre que se encuentren en las mismas condiciones. La adquieren los europeos lo mismo que los indígenas, cuando las condiciones de vida son idénticas. El examen de las distintas corporaciones religiosas conduce á una conclusión semejante; la inmunidad relativa de los Siks, Jais y Parsis, se explica por su posición social más elevada y por su mayor fuerza física. "La abstinencia de alimento animal no impide la difusión de la lepra, lo que se ve claramente en los Kahjopankis. Mucha lepra se encuentra en los Budistas y Nats, pero bien se sabe que las condiciones sociales y personales de los Burmanes son bajas y por muchas razones deplorables." Se levantaron estadísticas para conocer la posición social, y se observó que la pro-

porción de los leprosos en las clases ricas y acomodadas, es menor del 1 por 10,000; y las clases pobres 3.05 por 10,000. Esto está en armonía con lo que se ha dicho yá con respecto á la pobreza.

DE LOS ASILOS Y DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA LEPROA

Está aprobado por datos de tres censos que la lepra no tiene tendencia á aumentar, sino en los Distritos en donde están situados los Asilos, no obstante el aumento anual de sus moradores, hecho que no puede explicarse por la secuestración, puesto que no es forzada. El mayor número de enfermos que cada año acude á los Asilos, no es prueba de que aumente la enfermedad, sino de que se reconocen cada vez mejor los beneficios de tal institución. La presencia de un asilo en un Distrito atrae frecuentemente gran número de leprosos de las comarcas vecinas. "Esto tiene lugar principalmente con las localidades que limitan con los Estados primitivamente feudales. . . . Encontrando los leprosos mejores condiciones bajo el Gobierno británico, emigran de su propio Estado." Así, pues, la emigración de las comarcas vecinas hacia los Asilos debe ser la causa de aumento de leprosos en una Provincia.

DE LA LEPROA Y DE LA VACUNA

No es difícil refutar el cargo que se hace á las vacunas de propagar la lepra: fué estudiado cuidadosamente y considerado sin fundamento. Comparativamente la vacuna está muy limitada en la India, pero va en aumento, al paso que la lepra disminuye. La lepra no es, como la sífilis, una enfermedad que pueda ser transmitida por una sola inoculación;

aquella no se encuentra en la niñez sino una vez por 100,000 casos, y el error de tomar la linfa de un niño leproso no debe ocurrir sino muy rara vez. Por otra parte, el uso de la linfa animal está muy en boga y aún no se ha demostrado que la lepra haya aumentado donde se emplea la linfa humana. Los comisionados se creen con suficiente razón para establecer que "en tanto que no se demuestre con una serie de casos, libres de duda y objeción, la opinión de que la lepra se transmite por la vacuna, tal idea debe considerarse como desprovista de valor científico."

DEL PRETENDIDO AUMENTO DE LA LEPROA

El capítulo sobre distribución de la lepra en la India, que hemos remitido yá, concluye con algunas observaciones, de las cuales la siguiente es de grande importancia: "Considerando la distribución de la lepra según los catastros de tres censos, se ve que es enteramente infundado el aumento de la lepra en la India británica; porqué los datos de que podemos valer nos (solamente de tres censos por desgracia), indican una gran disminución, ó á lo menos que permanece estacionario el número de esos infelices. Además, la cantidad de leprosos ha sido calculada en 110,000, cifra que tal vez es la más cercana á la verdadera. La lepra no puede, de consiguiente, estimarse como un peligro inminente del Imperio." Por último, viene un apéndice que indica la distribución de la lepra, según los datos de los tres censos.

DE LA TRANSMISIÓN HEREDITARIA Y DE LA PREDISPOSICIÓN.

Respecto á la conexión de la lepra con la trans-

misión y predisposición hereditarias, se han suscitado, dicen los comisionados, algunas discusiones por falta de distinción exacta de esos términos. Muchas veces se descuida averiguar si los padres estaban enfermos cuando el niño nació, ó si adquirieron la lepra más tarde. Con todo, los comisionados, por la evidencia obtenida y por el examen de 2,000 casos, tienen suficiente razón para afirmar que la lepra, en la India, no puede ser considerada como enfermedad hereditaria; y van hasta asegurar que se hereda una predisposición específica para la enfermedad, por ser descendientes de padres leprosos, dentro de cierto número apreciable de grados. Se toma la tuberculosis como la enfermedad que más se aproxima en esto á la lepra.

Por separado se trata minuciosamente este asunto; mas nosotros nos limitaremos á hacer mención de los puntos más importantes:

1.º No hubo un solo caso de lepra congenital.

2.º Sólo pudieron comprobarse por transmisión hereditaria en línea directa 130 de los 2,731 casos, ó sea 548 por 100, pero en 74 de éstos no se conoce la condición de los padres de la época en que el niño nació, ó se tiene duda en el diagnóstico. En suma, sólo es posible admitir el 4 por ciento de transmisión hereditaria, y aun éste puede explicarse por la permanencia en condiciones semejantes. En 18 casos sólo hubo evidencia de transmisión en más de un grado de generación; en 5 de éstos los padres estaban sanos, y en 6, las condiciones eran tales, que no era dado admitir una predisposición específica heredada.

3.º La presencia de la lepra en varios miembros

de una familia, sobre todo en los casos en que los padres estén sanos, se explica por la circunstancia de estar expuestos á las mismas condiciones.

4.º Son muy pocos los hijos de los leprosos que enferman de la lepra, así: de 98 matrimonios de leprosos hubo 65 niños, y de éstos sólo 3 padecían del mal.

5.º En el *Asilo de Huérfanos*, de padres leprosos de Almora, hallaron 23 niños de los cuales 3 nacieron antes de que la enfermedad se hubiese manifestado en los padres; 5 eran menores de 10 años, y de los 15 restantes sólo 1 había contraído la enfermedad.

6.º De 500 niños hijos de padres de los cuales uno ó ambos estaban leprosos, 21 ó sea 42 por 100 contrajeron la enfermedad; si se toma la edad de seis años como máximum, 6. 6 por 100, y 7. 31 por 100 si se toma la de diez y seis años.

7.º En las familias hay más niños leprosos cuando éstos nacen antes de que sus padres enfermen, y menos cuando nacen después. En las familias hay tendencia á la enfermedad, pero no transmisión de ella.

8.º Se hace un examen del poder procreativo de los leprosos y de la mayor mortalidad relativa de sus descendientes. De los hechos, así como de los matrimonios de los leprosos con individuos sanos ó entre sí, se deduce que, debido á la esterilidad relativa de tales uniones, no se aumenta el peligro de la propagación. Como conclusión general de todo lo expuesto, inferen que “la predisposición específica hereditaria es solamente ligera y que prácticamente no

existe"; que aun admitiendo que fuera eficaz la influencia de la herencia en la multiplicación de la lepra, no hay peligro de aumento en la India; y por último, que los matrimonios con leprosos y entre leprosos no pueden considerarse como fuente de peligro para la comunidad.

CONTAGIO DE LA LEPRO

Al principio del capítulo consagrado á esta debatida cuestión, se indica que una enfermedad no es contagiosa por el hecho no más de depender de un germen patógeno, y para corroborar esta teoría se citan la neumonía y la malaria. La opinión de Flugge, de que la propagación de la lepra por contagio no tiene lugar sino muy rara vez, y que depende de condiciones predisponentes favorables, condensa en gran parte los datos de relación. Se mira con sorpresa en la *aptitud contagiosa de Hansen* el hecho que él refiere de que la lepra desaparece en los enfermos noruegos que emigran á América. La Comisión hace hincapié sobre la necesidad de eliminar de la práctica el significado abstracto y científico de la palabra contagio; y aun sostiene que la tal cuestión de contagio no puede establecerse con experimentos bacteriológicos ni de laboratorio. Observan que hay grandes diferencias en el contagio de las enfermedades infecciosas y lamentan la tendencia de las investigaciones modernas á despreciar la experiencia clínica y epidemiológica en este punto. La transmisión de la tuberculosis depende, si no totalmente, en gran parte por lo menos, de la disposición del individuo expuesto á la infección. Apoyados en los hechos, los

comisionados sostienen que "aunque ellos consideran la lepra como enfermedad infecciosa, originada por un bacilo especial y como contagiosa, no hay suficiente razón para creer que la lepra se mantenga y se difunda por contagio; á la verdad, en las condiciones ordinarias de la vida el total de contagios que existe es tan pequeño, que bien puede despreciarse, y ninguna legislación debe ordenar la secuestación ó prohibir el matrimonio á los leprosos." Todos los casos de supuesto contagio que se les presentaron, eran inverosímiles; ni uno solo estaba libre de objeción. El contagio en las familias leprosas sólo puede computarse en un 5 por 100; es muy raro que un esposo contagie á su esposa ó viceversa. No hay pruebas de que la vacuna difunda la enfermedad; y los casos citados en las descripciones clásicas acerca de niños sanos que habiendo sido vacunados con virus de niños que también lo eran, más tarde se hayan vuelto leprosos, son tan equívocos y ambiguos, que no dan certidumbre alguna. Esto y la inmunidad relativa de los que se mezclan y viven con las comunidades de leprosos, son los argumentos en que apoyan la importante conclusión arriba indicada. Una vez más se trae la tuberculosis como punto fundamental de la interpretación de la lepra.

DE LA HIGIENE, DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA ENFERMEDAD

Trataremos brevemente de algunos otros factores que pueden influir en la etiología de la enfermedad, sobre los cuales los comisionados llaman la atención. Nada se puede establecer acerca de la influencia de las malas condiciones higiénicas en la genera-

ción de la enfermedad. La Comisión sostiene que la alimentación con pescado no es la causa de la lepra; teoría contraria á la de Hutchinson, que considera el régimen ictiófago como origen del mal. Tampoco encuentra ningún fundamento para corroborar la opinión de que la falta de sal origina y mantiene la enfermedad. Inquirieron también la supuesta influencia de los antecedentes sífilíticos, y hallaron que aquélla sólo se reducía á la general de disminuir la resistencia vital del individuo. “Es posible, dice, que las malas condiciones de higieno, la alimentación escasa ó de mala calidad, la pobreza, la falta de abrigo, y algunas enfermedades como la sífilis, sean todos factores para reducir el poder vital del organismo y hacerlo más susceptible del contagio.”

CONCLUSIONES

1ª La lepra es una enfermedad *sui generis*, y no una fórmula de sífilis ó de tuberculosis, pero en su etiología tiene con la última sorprendente analogía.

2ª La lepra no se propaga por transmisión hereditaria; esto y la esterilidad relativa de los leprosos hacen que la lepra tenga tendencia natural á desaparecer.

3ª Aunque en una clasificación científica de las enfermedades, la lepra debe considerarse contagiosa é incurable, la extensión de la lepra propagada por contagio ó por inoculación es excesivamente pequeña.

4ª La lepra no es especialmente originaria por el uso de ningún alimento en particular, ni por ningún clima ó condiciones telúricas, ni por malas con-

diciones de higiene, ni es peculiar á ninguna raza ó casta.

5ª Las malas condiciones higiénicas tales como la pobreza, la mala alimentación, el baño y la ventilación insuficientes, favorecen la lepra, aunque desarrollando la predisposición aumentan la susceptibilidad de los individuos para la enfermedad.

6ª Casi siempre la lepra aparece *de nuevo* bajo la influencia de causas y de condiciones, hacia las cuales se llama la atención en la relación, y que concurren en los individuos de una manera imperfectamente conocida.

Estas conclusiones están seguidas de algunas sugerencias prácticas contra la segregación y aislamiento compulsivo, y son favorables á la permisión de matrimonios entre leprosos, á la función de colonias para los mismos y al establecimiento de retiros para el aislamiento voluntario, con la menor privación posible de la libertad personal.

En un apéndice están los detalles sobre el trabajo bacteriológico y experimental efectuado por los comisionados en Almora y Simla.

MEMORANDUM DEL COMITÉ EJECUTIVO SOBRE LA RELACIÓN

Hablaremos ahora de los principales datos del *Memorandum* sobre la relación de los comisionados, presentado por un comité especial y anotado por los miembros del Comité Ejecutivo.

Poseído el Comité de su misión de estudiar y relatar las observaciones de las comisiones enviadas á la India en 1890 y 1891, suplica que se tengan en cuenta las consideraciones que á continuación expre-

saremos. El Comité hace notar la inteligencia y la habilidad con que los comisionados hicieron sus investigaciones y el carácter valioso y comprensivo de la Relación. Después de especificar las conclusiones de los comisionados, que hemos remitido ya, el Comité dice lo que sigue con respecto á la reglamentación de los leprosos y de la lepra, por medio de leyes ó medidas dictadas por las municipalidades:

a) La Comisión opina que debe prohibirse á los leprosos la venta de artículos alimenticios, el ejercicio de la prostitución y aquellas ocupaciones que se relacionan con la alimentación, aseo y vestido de la población, como barbero, lavandera &c.

b) Considera que la mejor medida que debe adoptarse para impedir la concentración de los leprosos en las ciudades, es dar poder á las autoridades municipales para que prohíban por medio de leyes que los leprosos vaguen pidiendo limosna, visiten los lugares concurridos y frecuenten las vías públicas.

c) Las grandes ciudades de las presidencias y muchas capitales de provincias poseen ya asilos que pueden ampliarse con fondos municipales y con suscripciones particulares. Deben construirse iguales establecimientos cerca de las ciudades donde no existen, y las autoridades deben velar porque los leprosos se retiren á sus casas ó entren á un Asilo.

d) Debe consultarse á una autoridad médica competente, antes de tomar medidas sobre este particular.

El Comité acepta las conclusiones 1^a, 2^a, 3^a, 4^a y 5^a de la Comisión; pero no estando sus miembros satisfechos de la evidencia que encuentran los co-

misionados, expresan desaprobación por las palabras con que termina la tercera: "La extensión de la lepra propagada por contagio ó por inoculación es excesivamente pequeña."

Tampoco están de acuerdo con las ideas expresadas en la conclusión sexta, principalmente en que "la lepra casi siempre reaparece bajo la influencia de causas y condiciones consideradas en la Relación, y que concurren en los individuos de una manera imperfectamente conocida", concepto que no les satisface por no justificarlo las pruebas que aduce la Relación.

Los Comisionados expresan pareceres muy diversos contra el aislamiento compulsivo, ya sea completo ó parcial. Dicen así: "Ninguna legislación debe dar medidas sobre la segregación y para impedir los matrimonios leprosos."

La secuestación compulsiva absoluta en la India debe considerarse como del todo impracticable. Las conclusiones dadas arriba sobre la naturaleza de la enfermedad no justifican ninguna medida para la segregación total.

Es imposible por la misma razón aconsejar el aislamiento compulsivo parcial. El aislamiento voluntario es, de consiguiente, la única medida que queda en consideración.

En ningún caso los Comisionados aconsejan disposiciones imperiosas contra los leprosos por su calidad de táles.

En conclusión, los Comisionados creen, por las consideraciones y los argumentos aducidos en la presente Relación, "que ni la secuestación compulsiva

ó voluntaria harían desaparecer ó disminuir notablemente la condición leprosa en las condiciones actuales de vida en la India.”

Habiendo el Comité declarado su incompetencia para aceptar el razonamiento en que los Comisionados han basado su Relación, se considera también incapaz para aceptar el corolario de que no puede ó no debe llevarse á cabo la secuestación en cualquier caso de lepra en la India. Es el Comité de opinión contraria, y sentiría que el Gobierno de la India, apoyado en las conclusiones de los Comisionados, dejase de tomar las medidas necesarias para la secuestación de leprosos. Sus ideas sobre la secuestación están de acuerdo con el contenido en el siguiente extracto de un *Memorándum* del Dr. Vandike Carter.

MODOS DE SECUESTACIÓN

“1º Establecer con la debida administración é inspección amplios Asilos en ciertos centros, y que cada uno de ellos sea lugar de refugio y detención para varios Distritos.

“2º Formar colonias de leprosos ó lazaretos, formados, principalmente, de enfermos que, gozando de mayor libertad y movimiento, no se mezclasen con las gentes de la vecindad; para esto se necesitaría una estricta vigilancia. Muchos lugares podrían servir para este objeto, tales como fuertes abandonados, aldeas decaídas que no estén privadas de recursos ó distantes de lugares en que puedan fácilmente obtenerse aquéllos.

“3º Obligar al aislamiento riguroso á los lepro-

sos retenidos en las casas por voluntad de sus relacionados. Se necesitarían para esto alojamientos convenientes y separados, muchas veces suplidos por pocilgas incómodas. Al establecer el estricto aislamiento en la casa, deben tomarse todas las medidas públicas profilácticas, pues la experiencia en Noruega enseña que éste es el mejor medio de obtener buen éxito en poco tiempo. En la India parece que esas medidas son todavía más indispensables.

“4º Para llevar á cabo las anteriores indicaciones se requiere, además de los fondos, que la autoridad recoja los enfermos que andan vagando, traslade á los Asilos los que no estén suficientemente cuidados en sus casas, y por épocas obligue al aislamiento continuo á los sospechosos, y que no se les conceda la libertad sino mediante la decisión de los médicos.”

(Concluirá.)

OBSERVACION

SOBRE LEPROA GRIEGA

J. B., de edad de cincuenta años, nacido en Medellín, de padres sanos, albañil de oficio, ha sido reputado en estos últimos tiempos como leproso, y el peligro de contagio que atemoriza á la sociedad á este respecto, ha sido causa de que sus vecinos y amigos le esquiven sus relaciones y de que la policía alarmada haya pretendido secuestrarlo.

Aparentemente no carecían de razón los unos y la otra, porque á primera vista el aspecto de B. no dejaba de infundir sospechas acerca de su situación.

Yo mismo, durante el primer examen que de él

hice, vacilé en el diagnóstico; pero observación más atenta ha llegado á convencerme de que realmente el sujeto de que trato no padece de lepra griega.

Para llegar á tener mis primeras dudas me fundaba en el estado de la oreja derecha, que ofrecía dos ó tres eminencias en el contorno del pabellón, en el color cobrizo de la piel, en la mutilación de las manos en forma de garra y en el abultamiento ligeramente amoratado de los pies.

J. B. ha sido un tanto andariego y travieso en asunto de mujeres. No ha dejado tampoco de rendir de cuando en cuando culto á *Baco*, por medio de frecuentes libaciones alcohólicas; si bien para atenuar este defecto, justificamos que B. no ha sido ebrio consuetudinario.

A la edad de 42 años, por consecuencia de uno ó más coitos impuros, el individuo de que hablo contrajo sífilis, cuyo tratamiento fue tanto más defectuoso cuanto que el mismo paciente confiesa haberlo abandonado de tiempo en tiempo.

La acción del yoduro de potasio que le aconsejé cuando vino hace algunos años á consultarme por primera vez y cuando yo mismo abrigaba las sospechas de los demás acerca de su estado, mejoraron notablemente los síntomas secundarios de la sífilis, pero comoquiera que el régimen impuesto no pudiera ser seguido con esmero por causa de la pobreza del paciente, de secundarias pasaron á ser terciarias las manifestaciones del mal, como voy á demostrarlo por medio de las observaciones siguientes:

B. tiene la cabellera íntegra; las cejas bien pobladas; la frente tersa; los ojos en estado normal; la nariz intacta y sana; los labios ilesos; el bigote poblado;

la barba, aunque escasa, natural; las orejas delgadas. Los tubérculos de la derecha desaparecieron por haberlos tocado con el termocauterio; la piel de todo el cuerpo está limpia si bien un poco rugosa en partes, y no ofrece un solo tubérculo; la sensibilidad es perfecta; no hay un solo punto anestésico; pero en la parte inferior de las piernas, en los pies y en las manos hay cosas que merecen ser descritas aparte para proceder con buen criterio en el diagnóstico. Principiaré por las últimas.

El aspecto de estos dos remos es el de dos garras cuya producción explico de la manera siguiente, atendidas las señales que las caracterizan.

En la derecha se ofrecen á la contemplación los puntos que paso á enumerar. El dorso está aplanado, los tendones salientes, y los músculos interóseos, flacos. La piel nada tiene notable. La región hipotenar está hundida, y la palma en extensión se presenta ligeramente cóncava hacia la parte media, y normal en el resto. La eminencia tenar está atrofiada; el borde interno, ligeramente cóncavo, y el externo, aunque un poco delgado, no ofrece deformación perceptible. El dedo pulgar tiene movimientos libres; la primera falange está íntegra; la segunda ha desaparecido del todo y ha dejado en su lugar una uña que ofrece la figura del pico de un gavián. El dedo índice conserva su movimiento hasta la articulación de la segunda falange, que aunque no está anquilosada sí está completamente retraída por el tendón flexor propio hasta descansar inerte sobre la cara anterior de la primera. La falangeta reabsorvida termina en muñón guarnecido por una uña rudimental sumamente pequeña. El dedo cordial se extiende un poco más que los dos

anteriores, pero su tendón flexor se muestra bastante contraído. Las falanges de este dedo están enteras y la uña es perfecta.

El dedo anular está rígido; su primera y segunda falanges, en regular estado; la falangeta, reabsorbida, y la uña, terminal como la de un cuadrúpedo de raza canina. El meñique presenta caracteres idénticos al anterior. La articulación radio-carpiana está poco embrazada, la carpo-falangiana, libre, y el todo ofrece forma de garra.

La mano izquierda tiene el dorso y la palma como la derecha, el dedo pulgar móvil, pero torcido como en el reumatismo nudoso. El dedo índice es en todo parecido al de la mano opuesta, el de en medio contraído, sin falangeta y con uña rudimental en el muñón; el mediano, igualmente contraído y, como el meñique, conserva la uña más deformado que los otros, si es posible. Las manos y los antebrazos tienen mucha fuerza á pesar de la deformación de las primeras.

La pierna derecha presenta cicatrices de úlceras sifilíticas, de color amoratado, y venas un poco salientes. Hay ligero abultamiento del pie.

El pie y la pierna izquierdos están abultados por causa de edema; pero las cicatrices son pocas y el color violado menos intenso. Por lo demás, este miembro no está notablemente enfermo.

J. B. anda patizambo por causa de alguna incomodidad en la pierna derecha, mas es ágil y no claudica.

Los síntomas constitucionales de la sífilis han llevado sus devastaciones de un modo especial sobre las extremidades, tanto superiores como inferiores, sin

haber dejado de causar algunos estragos en la piel y otros tejidos. Felizmente para el enfermo, no ha habido manifestaciones viscerales específicas.

B. ha tenido en diversas ocasiones fiebres palúdicas. También ha tenido fiebres por causa de gota, enfermedad hereditaria, como él dice, pero jamás parece haber tenido ataques febriles premonitorios de la lepra griega.

En ocasiones el paciente sufre dolores musculares y articulares, pero nunca reumatismo bien caracterizado.

La situación actual de B. es muy satisfactoria, y el yoduro de potasio que emplea actualmente me parece que contribuye mucho á este favorable resultado, porque es cosa bien sabida que cuando se presenta dificultad diagnóstica entre la sífilis y la lepra, el yoduro de potasio, el bicromato de lo mismo y los depurativos en general, actúan como piedras de toque que resuelven la cuestión.

Tengo para mí, y casi lo afirmo, que el paciente de que trato no tiene ni ha tenido lepra, y que todo el proceso patológico que acabo de mencionar, es debido á la acción prolongada de sífilis terciaria deformante, de la misma clase de algunos casos estudiados por el Dr. Castañeda, y publicados por él en sus luminosos escritos sobre el asunto.

No me ha faltado motivo para escribir este artículo; antes bien discurro que me ha sobrado, porque el diagnóstico de la lepra está erizado de dificultades, y porque la sífilis bien desarrollada imita á maravilla el mal de los griegos.

En el estado actual de la ciencia, grande es la importancia de la distinción diferencial de la lepra con

otras dolencias humanas; porque, primero, en muchos casos, las diversas dolencias que se la confunde son fácilmente curables, mientras que ella no lo es, ó lo es con dificultad, y porque desde que se sepa que un individuo no es leproso, ninguna razón hay para que la sociedad lo expulse de su seno.

Medellín, 2 de Agosto de 1893.

M. URIBE A.

EL BEJUOCO CURA DIENTES Y EL ARCANGEGI

Los indígenas de este país, como es bien sabido, conservan su dentadura en perfecto buen estado hasta una edad muy avanzada ó hasta el sepulcro. Esto puede depender, en parte, de privilegio de raza; pero con mayor razón debe atribuirse al empleo de los masticatorios. La caries dentaria, en efecto, es debida, según parece, á la acción de los microbios bucales sobre el esmalte ó la dentina. Eso hace que las substancias de sabor fuerte ó picante, como lo son generalmente los masticatorios, obrando como microbicidas, vengán á ser conservadoras de los dientes.

Las substancias empleadas con tal objeto, ó sean los masticatorios, son muy variados. Los salvajes de este Departamento se sirven de una yerba desconocida hasta ahora botánicamente, y que produce el efecto de ennegrecerles los dientes. Se la encuentra en las riberas del río de Arma y en otras localidades semejantes, de clima cálido. Los criollos la llaman *Bejuco cura dientes*. Por el examen de una muestra que mi discípulo y amigo el Dr. J. B. Londoño sometió á mi consulta, pude reconocer que es *Manettia villosa*, de la familia de las Rubiáceas.

Esta observación no carece de interés, porque en dicho género, cuyo establecimiento es debido á nuestro ilustre Mutis, no se cuenta aún ninguna especie de uso ó aplicaciones conocidas. Ciertamente es que Grouourdy menciona tres de ellas en una lista de plantas febrífugas; pero por lo que en seguida dice, se comprende que hay ahí un error, pues las da como *árboles*, siendo así que todas las *Manettias* son plantas volubles ó trepadoras.

La especie de que aquí tratamos es un bejuquito veloso, de hojas opuestas, pecioladas, ovales, algo agudas, de flor roja y fruto pequeño, capsular. Según el Dr. Londoño, que ha visto la planta fresca, ésta es de sabor fuerte y creo que picante.

Los salvajes del Chocó acostumbran masticar una planta de esta misma familia, que les tiñe también los dientes, pero que pertenece á otro género, según Triana, pues éí la tiene por *Morinda*.

También sometió á mi estudio el Dr. Londoño, para que se la clasificara, una planta que en Salamina [en el Sur de este Departamento] llaman *Arcaneggi*, y que allá tienen por calmante y la emplean contra la locura. Fácil me fue reconocer que es *Leuocarpus alatus*, de G. Don. [ó *perfoliatus* de otros autores].

El nombre que le dan en Salamina, y que parece corrupción de *Alquequengi*, induce á creer que se lo pondría algún *curandero*, pues éstos suelen leer libros de medicina europeos, que no entienden, y les atribuyen á vegetales de por acá, juzgando por semejanzas groseras, las virtudes ó propiedades que los autores indican para las plantas del Antiguo Mundo. Sea de

ello lo que fuere, las dos plantas citadas no tienen ni parentesco de familia, pues mientras que el Alquequengi es una Solanácea (género *Physalis*) el *Leuocarpus* pertenece á las Escrofulariáceas.

Esta es una yerba común á Colombia, á Centro-América y á México. Aquí, en los alrededores de Medellín, se la suele hallar, aunque no es frecuente. Crece poco más de una vara. Sus ramos son cuadrados, con los ángulos prolongados en una ala ó membrana angosta. Las hojas son opuestas, soldadas entre sí por la base, lanceoladas, agudas y dentadas en sierra y lampiñas. Las flores son amarillas, y el fruto, redondo y capsular, es de color blanco, aun sin estar seco (lo que dio nombre al género).

No habiendo tenido ocasión de experimentar sus efectos fisiológicos ó terapéuticos, me limito á transmitir á los lectores de los ANALES, que quieran ensayarla, la breve noticia que me dio el Dr. Lendoño.

Medellín, Octubre de 1893.

ANDRÉS POSADA ARANGO.

REVISTA TERAPEUTICA

ANTINERVINA, que es una mixtura de 50 por ciento de dacetanilida, 25 por ciento de ácido salicílico y 25 por ciento de bromuro de amoniaco, tiene hoy un campo de aplicación mucho mayor que hace un año.

Los observadores en Inglaterra, Alemania é Italia hacen buenos relatos de sus efectos. Llamó mucho la atención en Glasgow, Escocia, en la última epidemia de influenza. Casi siempre aliviaba los dolores de la espalda y la cabeza y reducía la fiebre rápidamente.

Producía transpiración copiosa y ningún efecto desfavorable.

El Dr. G. Laurenti, de Italia, hace un resumen de su experiencia del modo siguiente: "1.º Puede usarse con ventaja en todas las formas de excitación anormal del sistema nervioso, bien sea para aliviar una neuralgia, ó como un sedativo nervioso general; 2.º Puede usarse en el reumatismo y parece estar indicada como una droga que posee propiedades antirreumáticas, antipiréticas y analgésicas; 3.º Su bajo precio y sus débiles propiedades tóxicas, junto con la evidencia producida, la hacen ser una adición útil á nuestra lista de remedios."

Nada práctico se ha escrito sobre ella en este país durante el último año, y es de esperar que se den las razones por las cuales no se han obtenido resultados igualmente buenos, administrando los ingredientes en proporciones apropiadas en fórmulas hechas extemporánea ó separadamente.

ANTIPIRINA (analgésina). Ha decaído la demanda de esta droga considerablemente en el último año, á causa de poseer sus derivados propiedades superiores á ella.

Pero fuera de esto, su uso demasiado popular ha continuado mostrando tanto abuso de ella, produciendo síntomas tóxicos, que tanto los médicos como el público tienen una tendencia á evitar su uso.

Desgraciadamente, durante el año pasado han ocurrido muchos casos tóxicos y parecen ir en aumento, ó, mejor dicho, parece aumentar su proporción.

Según se halla hoy, ocho años después de que este nuevo compuesto sintético fue introducido, con un nombre tan trivial, por un manufacturero alemán,

puede ser interesante recordar su composición. El Dr. Knorr fue el primero que nos suministró algunos informes sobre el asunto, y, aunque todos ellos están repletos de tecnicismos, sin embargo, puede hacerse aquí un pequeño bosquejo que algunos desearán quizás seguir. El Dr. Knorr descubrió que la antipirina pertenecía á una serie de derivados de una base hipotética llamada *chinizina*.

Estos derivados son el producto de la acción del éter di-acético, sobre una de las hidrazinas. Si, por consiguiente, se toma una molécula de fenol-hidrazina y se actúa sobre ella, en frío, con una molécula de éter di-acético, se eliminan los elementos del agua y el residuo se combina para formar éter-fenilo-hidracino-di-acético; que, calentado á 100°, deja escapar los elementos del alcohol etílico y queda convertido en metilooxi-chinizina. Este último posee las propiedades de la base y del ácido, pero aún contiene un átomo de hidrógeno fácilmente reemplazable por un grupo de alcohol, y entonces el compuesto pierde su carácter ácido y queda convertido en la base dimetilooxi-chinizina ó antipirina.

Algunos autores favorecen todavía las ideas extravagantes de que es un remedio que todo lo cura, pero éstos están muy en minoría. Por otra parte, no está aún decidido si dan mejor resultado las dosis grandes ó las pequeñas, pero como parece no estar en relación con la enfermedad tratada, sino con la práctica habitual de cada observador en particular, está muy lejos de resolverse el problema. Varias series de casos de pertusis han cedido á su administración, durante el año pasado, en manos de hombres como el Dr. E. Feer y Amos Sawyer, de nuestro propio país; pero

la opinión del Dr. W. A. De Wolf Smith, de New Westminster, B. C., es más bien opuesta á su uso (*).

El Dr. E. B. Gleason, de Filadelfia, ha obtenido resultados satisfactorios con esta droga en los últimos tres años, "como una aplicación local en la inflamación de la membrana mucosa del canal respiratorio" (**).

Se continúan repitiendo y haciendo más extensos los experimentos para confirmar su acción destructiva sobre el bacilo de la difteria. *Fuera del cuerpo* parece haberse llegado á la conclusión bastante clara, de que destruye el bacilo en cuarenta y ocho horas.

El Dr. Charles Leroux añade sus resultados favorables á los que yá constan de su uso en casos de córea. Ha obtenido éxito en 41 casos de 60. La antipirina al fin vendrá á usarse de un modo moderado y selectivo del cual podemos esperar confiadamente obtener resultados muy definidos y favorables.

ASAPROL (b-naftol-a-mono-sulfonato de calcio), es probablemente uno de los antisépticos más nuevos. Es un polvo blanco escamaso, fácilmente soluble en agua y obtenido por la acción del ácido sulfúrico calentado sobre el b-naftol puro y luégo la sal de calcio hecha con el ácido resultante. Se ha limitado á la localidad de su origen-París. Sus introductores, los Dres. Stackler y Dulief, junto con el Dr. Dujardin Beaumetz, son casi los únicos que han hecho experimentos detallados y todavía apenas se conoce nada práctico respecto á él en nuestro país. Aconsejan su uso al interior en el tratamiento de la gota y el reumatismo articular agudo, en la fiebre tifoidea ó influenza.

(*) *The Medical News*, vol. LX, pág. 48.

(**) *N. Y. Medic. Jour.* vol. LVI, pág. 482.

El crecimiento de los bacilos del cólera asiático, herpes tonsurante, fiebre tifoidea y ántrax, se ha logrado retardar, si no destruir, con el uso de este agente.

Probablemente más adelante oiremos hablar más de este artículo.

ASAFOETIDA ha sido recientemente recomendada en casos de aborto habitual.

The London Lancet (vol. II, 1892, pág. 320) dice lo siguiente: "El Dr. Tarazzo la administra en píldoras que contienen un grano y medio, tan pronto como se hace evidente que ha comenzado el nuevo embarazo. Al principio sólo se ordenan dos píldoras, pero más tarde se aumenta el número gradualmente hasta diez diarias. Se continúa el tratamiento hasta que el parto termina, y luégo se disminuye la dosis diaria. Por este medio se han tratado con éxito casos en que habían ocurrido hasta cinco abortos y en que en un caso que parecía el aborto eminente al séptimo mes, pudo evitarse y la paciente dio á luz al fin de su término natural."

BROMOFORMO: se prepara hoy por la acción del hipobromito de sodio sobre la acetona (hecha por la destilación seca del acetato de cal). Hay que ser muy cauto en la elección de este artículo, pues debe ser un líquido claro, *sin color*, con un olor agradable y un sabor dulce. Si el líquido tiene color debe rehusarse, pues indica que está descompuesto y es, por tanto, engañoso.

Aun tiene un empleo creciente en la pertusis, en que pocas veces falla. Al parecer aborta simplemente los paroxismos y probablemente disminuye algo su número, pero tiene muy poco efecto en el curso regular y duración de la enfermedad. Las dosis progresi-

vas no deben llevarse muy lejos, especialmente en los niños, pues en más de un caso se han presentado síntomas tóxicos. El finado profesor P. W. Bedford, de Nueva York, recomendaba el uso de la glicerina como un solvete perfecto, como no lo es el agua, y proponía la siguiente receta, que ha sido útil;

Bromoformo	1.0 Cc. (16 mínimas)
Alcohol	7.5 Cc. (2 drac. líq.)
Glicerina	45.0 Cc. (12 " ")
Tintura de cardamo- mo comp.	7.5 Cc. (2 " ")

Las inhalaciones de bromoformo se han usado con buen éxito aquí y en Inglaterra en el tratamiento de la difteria, particularmente en epidemias recientes.

Su aplicación tópica, recomendada hace dos años por el Dr. S. Solis-Cohen, de Filadelfia, continúa gozando del favor de la profesión en casos de ozena y úlceras tuberculosas y de otra clase, de la laringe. Obra como deodorizante, desinfectante y analgésico.

(*Revista Médico-quirúrgica de Nueva York*).

Los Redactores de los *Anales* tienen á bien avisar á sus colegas, que el 20 de Julio próximo habrá sesión solemne de la Academia. Los médicos de la capital y los de las demás poblaciones del Departamento y de la República que quieran enviar trabajos ó que deseen asistir á la sesión, pueden avisarlo con anticipación para incluirlos como miembros, oportunamente.

Medellín, Diciembre 1.º de 1893.