88

T88

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LEPRA TUBERCULOSA

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GREGORIO HUNT

Ex-practicante interno del Hospital Nacional de Clínicas
Miembro del Círculo Médico Argentino y de su Comision Directiva

BUENOS AIRES

Imp. de M. Biedma Belgrano 133 á 139

1886

UNIVERSIDAD DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LEPRA TUBERCULOSA

TÉSIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

GREGORIO HUNT

Ex-practicante interno del Hospital Nacional de Clínicas
Miembro del Círculo Médico Argentino y de su Comision Directiva

BUENOS AIRES

Imp. de M. BIEDMA Belgrano 133 á 139

1886

T 88
MFN 1273
Base Galeno

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

Dr. DON PEDRO A. PARDO

Académicos

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « CLETO AGUIRRE
« « PEDRO A. PARDO
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA
« « EDUARDO WILDE
« « PEDRO A. MATTOS
« « JOSE T. BACA
« « DOMINGO PARODI
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « GUILLERMO RAWSON

Secretario

Dr. D. LUIS DE LA CARCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRATICOS
Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía y Anatomía Patolójica	» » Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	» » José M. Astigueta.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos.
Higiene pública y privada	» » Antonio F. Crespo.
Patolojía esterna	» » Leopoldo Montes de Oca.
Medicina operatoria	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica respectiva	» » Jacob de T. Pinto.
Patolojía interna	» » Manuel Arauz.
Clínica Quirúrjica	» » Ignacio Pirovano.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	» » Cleto Aguirre.
Enfermedades de niños y clínica respectiva	» » Manuel Blancas.
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Wilde.
Obstetricia y Clínica respectiva	» » Pedro A. Pardo.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Martin Spuch.
Química farmacéutica	» » Domingo Parodi.
Patologia mental	» » Lucio Melendez

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica	Dr. D. Juan J. Naon—J. Arce.
Histolojía y Anatomía Patolójica	» » (Vacante).
Fisiolojía jeneral y humana	» » Cárlos Villar (en ejercicio).
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Claudio Benitez — Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» » Enrique del Arca—Justiniano Ledesma.
Higiene pública y privada	» » Meliton G. del Solar—José M. Ramos Mejia.
Patolojía esterna	» » G. Udaondo.
Medicina operatoria	» » Julian Aguilar.
Patolojía interna	» » José Penna — Inocencio Torino.
Clínica Quirúrjica y operaciones	» » Antonio Gandolfo.
Oftalmolojía y Clínica respectiva	» » Pedro Lagleyse — Eduardo Obejero.
Clínica Médica	» » Juan B. Gil—Eufemio Uballes.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Perez (en ejercicio).
Obstetricia y Clínica respectiva	» » J. R. Fernandez—Luis F. Vila.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.
Química farmacéutica	» » Miguel Puiggari (en ejercicio).
Enfermedades de mujeres y su clínica	» » (Vacante).
Enfermedades de niños y su clínica	» » Facundo Larguia—Antonio F. Piñero.

PADRINO DE TÉSIS

DOCTOR DON IGNACIO PIROVANO

A la memoria de mis padres

A mis hermanos

A mi esposa

Al Dr. Aristobulo del Valle

AMISTAD Y GRATITUD

A Samuel Gache

AMISTAD FRATERNAL

Señor Presidente:

Señores Académicos:

La circunstancia de haber leído la historia de un caso de curacion de lepra tuberculosa, obtenida por el Dr. Unna, por un nuevo tratamiento ensayado por él, y el hecho de haber, mi distinguido amigo el Dr. Baldomero Sommer, puesto en práctica entre nosotros dicho tratamiento, me han inducido á estudiar esta terrible enfermedad, y la terapéutica recomendada por el dermatologista de Hamburgo.

La lepra, tema eligido para mi disertacion, no es una enfermedad rara, ni de aquellas que por su benignidad llamen poco la atencion del médico; por el contrario, es una afeccion que ha reinado en otras épocas como un flagelo de la humanidad, produciendo miles de victimas, y que parece hoy tendiera á recrudecer en ciertas localidades donde es endémica.

Los descubrimientos modernos la colocan entre las enfermedades parasitarias, abriéndole así nuevos horizontes á su terapéutica.

Basado en las teorías actualmente en boga, el Dr. Unna ha ensayado un tratamiento antiparasitario que describiremos más adelante, y por el que obtuvo, segun él, la curacion de un enfermo de lepra tuberculosa bien caracterizada.

Estudiaré en este trabajo la etiología, sintomatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la lepra. Espero que vuestro juicio le será favorable.

Al abandonar las bancas de la escuela de medicina de mi patria, os presento mi sincero agradecimiento por vuestras lecciones.

Definicion

La lepra es una enfermedad de marcha crónica y de orígen parasitario, que determina la aparicion de manchas rojas, tubérculos é infiltraciones en la piel y las mucosas.

Genesis y etiología

El orígen de esta afeccion ha preocupado á los médicos de todos los países, y sobre todo á los de las localidades donde es ella endémica. Se han invocado las causas más diversas para esplicar este orígen, pero han sido siempre deficientes para tomarlas como las únicas que pudieran producirla.

Vamos á pasar en revista cada una de las diferentes circunstrancias á que se atribuye el orígen de la lepra.

Algunos la refieren á los enfriamientos y cambios bruscos de la temperatura.

El enfriamiento no puede por sí solo crear una enfermedad crónica como la que nos ocupa. Vemos todos los dias que las personas que se esponen á él no la contraen, pero si vemos que puede ser el orígen de una pulmonía, pleuresia, etc. Si así fuera, ella estaría esparcida por el mundo, porque esta causa la encontramos en muchos puntos del Globo; pero, vemos á la lepra invadiendo ciertas localidades limitadas, como la fiebre amarilla y el cólera, existan ó no cambios bruscos de temperatura.

Las localidades secas y asoleadas de las cercanías de San Remo, están rodeadas de montañas que impiden las fuertes corrientes de aire, y sin embargo, allí existen leprosos. Vemos entre nosotros que siendo muy frecuentes los cambios bruscos de temperatura, es rara la lepra. ¿Qué mejor argumento podemos oponer á los que pretenden que el enfriamiento y los cambios bruscos de temperatura la producen?

No pueden, pues, ser estas causas las únicas productoras de esta enfermedad; pero si pueden contribuir como coadyuvantes, perturbando las funciones del organismo, y preparando en cierto modo el terreno en que han de actuar otras que favorezcan su desarrollo.

Se atribuye tambien su orígen á la alimentacion defectuosa.

Para algunos, el uso esclusivo del pescado, y principalmənte del pescado salado ó corrompido, sería malo; para otros, la carne de cerdo comida como alimento diario, sea salada ó no, estaria en las mismas condiciones.

Trataremos de probar cómo un régimen esclusivo de alimentacion no puede ser causa suficiente para producir la lepra en los parajes donde es endémica.

Leloir ha observado que los pescadores de Noruega que se alimentan casi únicamente con pescado, y muchas veces en estado de putrefaccion, no sufren sinó de gastritis crónica. Lo que bastaria para probar que esta alimentacion deplorable no es la causa, dice el mismo autor, es que los pescadores y campesinos del lado sud y norte de aquel país, nutriéndose mal como los del oeste, no están sin embargo infectados como éstos.

Lo que más le ha llamado la atencion es el agua que beben, y el modo de conservarla.

Esta no es potable, y se mantiene en pequeños pozos en medio de inmundicias y de mareas de agua salada, que se encuentran acumuladas al lado de las casas en que aquellos habitan.

¿No estaría aquí el orígen de esta enfermedad?

En cuanto á la carne de puerco, nada hay que justifique sea la causa única de esta afeccion; pues si bien en ciertas localidades donde es endémica, se ven algunos de sus habitantes usarla en abundancia, se encuentran otras donde no se le come abso-

lutamente, y no obstante el mal existe. Vemos, por último, que los habitantes de la Riviera (Italia) en donde tambien es endémica, se nutren de vegetales, frutas, patatas, etc. De modo que, ciertas alimentaciones invocadas por algunos médicos como causas del desarrollo de la lepra, no existen aquí.

La alimentacion insuficiente tampoco puede ser su orígen.

Los campesinos siberianos, los babitantes de la Tierra del Fuego, las familias pobres de los grandes centros de poblacion como Paris, Lóndres, Buenos Aires mismo, en donde hay tantos desgraciados cuya nutricion no es bastante reparadora, son apesar de esto, raramente atacados.

Por el contrario, tenemos personas bien alimentadas, y cuya vida es bastante higiénica, que son víctimas de esta afeccion. Estos son los menos indudablemente, pero no debemos olvidar que hay más pobres que ricos.

Por otra parte, los primeros están mas expuestos á las enfermedades que los últimos.

Los organismos debilitados, sea por mala alimentacion, alcoholismo, excesos,, etc. están más espuestos á los padecimientos que los fuertes; estos rechazan muchas veces el gérmen morbífico, por no encontrarse en estado de oportunidad mórbida. Asi se esplica que en igualdad de circunstancias, un mismo organismo resiste v. g.: en un caso á la accion del frio, mientras que este mismo organismo cambiando algo en resistencia por la mala alimentacion,

bebidas, etc. expuesto nuevamente á esta accion es atacado, por ejemplo, de pulmonía.

Por todas estas consideraciones que hemos enumerado someramente, no podemos aceptar las distintas causas á que nos hemos referido, como las únicas productoras de la lepra, si bien pueden obrar como predisponentes, preparando el terreno.

Herencia—La doctrina de la herencia, tan defendida por los médicos de la edad media, no puede ser por si sóla la causa de la frecuencia de esta afeccion en los distintos países donde existe. De esta como de otras enfermedades constitucionales, sólo admitimos que se hereda la predisposicion, pero no la enfermedad misma.

Si bien encontramos en muchos casos comprobada la herencia de esta predispocion, en otros tantos falta por completo. Leloir, que ha estudiado esta enfermedad con toda detencion, dice que la herencia no puede esplicar por si sóla la propagacion de la lepra.

Lo mismo piensan A. Hansen, Schilling, Drogaut, Landré, Hebra, Kaposi, Bidenkap, Holmsen, E. Bernoker, Neisser, Hilliri, etc. Segun aquel se le observa frecuentemente en sujetos que no han tenido jamás leprosos en sus familias. Numerosas observaciones de enfermos nacidos de padres sanos, y que habitaban países en donde no existe esta afeccion, demuestran que la contrajeron en colonias en que ella es endémica. En cuanto á los leprosos que na-

cen en países donde existe endemicamente se le encuentra en menos de la mitad de los casos.

En una estadística de 107 enfermos, la herencia se ha encontrado en 47 sujetos, faltando en 60.

Los médicos de Rio de Janeiro creen que esta causa es indudable en la enfermedad, de que hablamos, solo que suele saltear generaciones, como se observa con la tuberculosis.

Sería materia de discusion averiguar si muchos de los casos que se dicen hereditarios no son producidos por el contagio de padres á hijos. Un autor que ha observado la vida de los leprosos de Noruega y sus costumbres, dice que la manera de vivir del pueblo y de muchas familias nos explica cómo, aun en ausencia de toda herencia, una enfermedad muy poco contagiosa puede desarrollarse y extenderse. El campesino de Noruega es muy sucio, segun Leloir; la mayor parte de ellos no han tomado jamás un baño. Se lavan ciertas veces (una vez por semana) la cara y las manos, los pies una vez por año; pero el resto del cuerpo queda indemne de todo lavage desde su nacimiento hasta la muerte.

Las ropas que no se quitan siempre, aun para acostarse, son en general de lana. No se las lava jamás, se deja acumular la grasa, y estas ropas, cuando no están muy podridas, se trasmiten amenudo de generacion en generacion. (1) Ahora bien ¿no es posible que esta inmundicia lleve el contagio

(1) Leloir.

á las personas sanas? Creemos que este puede ser uno de los medios de propagacion de la lepra en Noruega, y que muchos casos que pasan por hereditarios sean hijos del contagio.

Contagio—¿Es contagiosa la lepra?

Esta cuestion ha sido muy debatida desde la aparicion de esta enfermedad hasta nuestros dias.

Y es en virtud de estas creencias que se mandó aislar á los leprosos, levantándose millares de leproserias en distintos puntos del Globo.

Las observaciones modernas tienden á despejar la incógnita, demostrando que es contagiosa, pero en débil grado,

Consideramos esta cuestion de una importancia capital, porque resuelta ella se podría impedir la propagacion de la enfermedad, y evitar así que produjera como en épocas lejanas, el terror de las poblaciones, tanto más cuanto que actualmente, tiende á recrudecer en ciertas localidades.

Desde la época en que apareció esta afeccion, ha existido la creencia de su contagio: el pobre leproso se veía aislado de la sociedad; era mirado con horror, y en ciertos paises las leyes mandaban aislarlos, no permitiéndoles ningun contacto con los sanos, y les estaba prohibido además el matrimonio. Esta creencia ha atravesado los siglos, sin dejar de encontrar fuertes adversarios que luchaban por desarraigarla del cerebro del hombre, pero ella ha triunfado del tiempo y de sus grandes adversarios, y es sostenida hoy por los médicos más eminentes,

que han recojido sus observaciones en los mismos lugares donde la enfermedad diezma sus habitantes.

El Dr. José Lorenzo Magalhaes, del Brasil, no cree en el contagio. En la página 217 de su interesante obra dice así: «Declaro que juzgo escusado aducir aquí casos de morfea, de que tengo conocimiento, los cuales comprueban no ser esta enfermedad contagiosa.» Sentimos no estar de acuerdo con las ideas sostenidas por el distinguido médico brasilero.

Los Dres. A. Hansen, Eklund, Sand, C. Boech, etc., y el sábio inspector del servicio de sanidad de Noruega, que es una de las las localidades donde existen más leprosos piensan que la lepra es contagiosa. Lo que prueba de una manera cierta, en opinion de Leloir, que la idea de la naturaleza contagiosa de esta afeccion es la dominante en el mundo médico de aquel país, es que su gobierno acaba de decretar el aislamiento completo de los enfermos, (Decreto del 6 de Junio de 1885), nombrando médicos inspectores encargados de vigilar que este sea absoluto.

Algunos de los prácticos que eran anticontagionistas se han hecho constagionistas, y entre ellos se encuentra Erasmo Wilson.

Los médicos de la Guayana Holandesa asi como los de las islas de Sandwich, y una infinidad de los de distintos paises que sería largo enumerar, son tambien partidarios del contagio.

El citado autor trae algunas observaciones que

vienen á demostrar esta creencia; pues no se explica de otro modo que personas de antecedentes inmejorables, tanto en sus ascendientes como colaterales, que se casaron con mujeres que contrajeron la lepra despues del matrimonio, siendo ellas descendientes de padres leprosos, fueran á su vez invadidas por dicha afeccion. Los casos de este género se multiplican hoy, viniendo á robustecer la idea primitiva.

Se ha dicho que el virus leproso no se esparce jamás, cuando es importado á paises no leprosos. Pero esta es la negacion absoluta de todo lo que se ha observado y puede observarse todavia. (1)

Hay autores que prueban hasta la evidencia que la invasion de la lepra en un país, ha coincidido siempre con la importacion de leprosos en él. Se sabe tambien que las razas que han sabido mantenerse separadas de las infectas, han permanecido intactas.

Asi lo demuestra la epidemia de la isla de Sandwich, importada por los emigrantes chinos. Poblacion vírgen hasta ese momento del terrible mal, le vió esparcirse con toda rapidez, haciendo numerosas víctimas, hasta que en 1866 el gobierno tomó sus medidas; ordenó el aislamiento en la isla de Molokai. En dicho año se colocaron 400 enfermos en esta isla; y segun la estadística de Board of Heallh, habia próximamente 4,000 leprosos en

[1] Leloir.

1881 y 1882. En los últimos 15 años han muerto 2,000 en Molokai.

Epidemias análogas se han observado en otras localidades, como la de Cap Breton, de Louisiana.

De 180 casos que trae Leloir, saca 85 en que los datos suministrados por los enfermeros presentan una garantía suficiente de exactitud en favor del contagio.

El estudio de la historia y la geografía de la lepra, dice un escritor, nos demuestra que ésta ha seguido siempre las grandes corrientes humanas, comerciales ó guerreras, y que, cada vez que una raza leprosa se ha puesto en contacto con otra sana, ha concluido por infectarla, cualquiera que haya sido el clima donde habitara; recíprocamente, los pueblos que se han mantenido separados de los infectados, han sido siempre respetados por el contagio, cualquiera que fuera su condicion higiénica.

Otro hecho muy elocuente en favor del contagio, es el aislamiento.

En los paises cuyos sus gobiernos mandan aislar á los leprosos, la enfermedad disminuye en razon directa del cumplimiento de la ley. Donde, por el contrario, no existe el aislamiento, ésta se extiende y se perpetúa.

Los casos de este género son muy numerosos, viniendo á probar que no inutilmente se temía el contagio en la edad media, y que no eran mal fundadas las leyes que entonces se dictaron con el ob-

jeto de evitarlo, ni los miles de leproserias que se levantaron para albergar á las numerosas víctimas de tan terrible mal.

En 1885, á la luz de los descubrimientos modernos, se dictan leyes análogas; se mandan aislar á los que la padecen, y se nombran médicos encargados de vigilar que la incomunicacion sea absoluta.

¿Será una preocupacion infundada de los médicos y del gobierno de Noruega?

No; no es posible que ante los grandes hechos patológicos modernos, se niegue el contagio y se rehuse el aislamiento!

Orígen parasitario de la lepra

—

El orígen parasitario de la lepra, es una cuestion que se ha debatido mucho desde que Armauer Hansen encontró el bacilus al cual se atribuye su génesis.

Desde entonces, nadie niega la existencia de este bacilo; la dificultad está en que aun no se ha podido producir la enfermedad experimentalmente, inoculando el micro-organismo conservado en culturas puras y sucesivas; si esto se consiguiera, se habria demostrado que es un microbio patógeno.

Bajo la influencia de los grandes descubrimientos del sábio Pasteur, de Koch y de otros bacteriologistas modernos, y teniendo en cuenta la contagiosidad de esta afeccion, se la considera en la actualidad por la mayor parte de los médicos como una enfermedad parasitaria.

Es racional creer que si existe un micro organismo en las producciones patológicas de esta afeccion, lo consideremos como patógeno.

No se nos escapa que se pueden hacer objecio-

nes de importancia, á los partidarios del parasitisismo, como se hicieron á los que sostenian la especificidad del bacilo de la tuberculosis, hasta que la inoculacion de los animales, iniciada por Villemin y perfeccionada mas tarde por Koch, que cultiva su bacilo en culturas puras y sucesivas, y que inoculado á los conejos, producia la misma enfermedad, demostró de una manera palpable al especificidad del micro-organismo.

Aunque esto no se haya conseguido para el bacilo de la lepra, no por eso le debemos rechazar de un modo absoluto; por el contrario, hay motivos para aceptarle como orígen de esta afeccion, siquiera por analogía con lo que conocemos hoy sobre el parasitisismo de las enfermedades infecciosas.

Las críticas y resistencias han de existir en este como en muchos otros estados morbosos, porque siempre los descubrimientos científicos encuentran escépticos que se resisten á aceptarlos hasta que son aplastados por el peso de las pruebas de la verdad científica; y como casi no hay descubrimiento que este completamente inmune á toda objecion, le buscan los puntos más débiles para atacarlos.

El bacilo encontrado por Hansen y observado despues por la mayoría de los bactereologistas modernos, es muy semejante al de la tuberculosis, hasta el punto de confundirlos. Para distinguir uno de otro, se coloran los cortes por la fuschina simple durante una media hora, despues se descolora con la

ayuda de un ácido. El bacilo de la lepra queda coloreado por este procedimiento, mientras que el de la tuberculosis se descolora. Tal es la diferencia de estos micro organismos,

El parásito de esta enfermedad se encuentra en las células linfáticas, en las del tejido conjuntivo, las hepáticas, los folículos pilosos, las glándulas sebáceas, etc.

El Dr. Unna, sostiene que los bacilos sólo se encuentran en los espacios linfáticos; pero la mayoría de los experimentadores no admite como cierta la observacion del médico aleman.

En la sangre no se encuentran bacilos. Hansen y Neisser no los han visto nunca. Cornil y Babes los han encontrado en algunas células endoteliales de los vasos del pulmon y del riñon. Leloir no ha hallado sinó excepcionalmente bacilos en el interior de los vasos sanguíneos. En la sangre que sale al nivel de los tubérculos ulcerados, se encuentran tam bien.

Vemos, pues, que la existencia del bacilo la han comprobado todos los que se ocupan de esta clase de estudios; pero la dificultad no está aquí, como hemos dicho antes, sinó en la relacion de causa á efecto que existe entre el parásito y la enfermedad.

Se ha tratado de inocular el bacilo de la lepra á los animales con el objeto de producir la enfermedad, como un medio de averiguar las relaciones que hay entre ésta y el parásito. Para tener seguridad de que una ateccion es de orígen parasitario, es

decir, producida por la introducion en el organismo de un micróbio patógeno, es indispensable probar: 1 ° Que la enfermedad es inoculable; 2 ° Que existe en los productos de inoculacion un micróbio especial; 3 ° que este micróbio cultivado, obtenido al estado de cultura pura, é inoculado en buenas condiciones experimentales, reproduzca siempre la enfermedad específica.

Vamos á pasar en revista los experimentos que se han hecho hasta el dia, con el objeto de poder asegurarse si esta afeccion es realmente parasitaria.

A. Hansen ha inoculado á gatos, conejos y monos.

E. Vidal, Hillairet y Gaucher han inoculado puercos.

Neisser y Otto Damsch, creen haber producido lepras locales en conejos, gatos y ratones pero sus observaciones dejan mucho que desear.

Leloir ha inoculado, en la cavidad peritoneal y bajo la piel, cinco chanchitos de Indias, con partículas de tejido leproso sacado de algunos enfermos del Hospital San Luis, y nunca ha obtenido resultado satisfactorio, apesar de haber conservado tres de estos animales durante dos años y medio. Los otros dos los sacrificó al cabo de seis meses.

En estos, encontró en el nódulo de la inoculacion, gran cantidad de bacilos, pero nada en el tejido ambiente.

En los sacrificados á los dos años y medio notó que existian muchos bacilos en el nódulo, como tambien en las células del tejido embrionario que rodeaba á éste.

Si bien estos experimentos son muy interesantes y no se deben abandonar, no nos permiten, sin embargo, sacar conclusiones absolutas y afirmar que se produjo una lepra local. Habría sido importantísimo dejar mas tiempo á estos animales antes de sacrificarlos, porque los bacilos que se encontraron en el tejido de nueva formacion, estaban tal vez en via de multiplicacion, y no pertenecian á la materia inoculada disgregada.

Inoculacion de los productos leprosos al hombre.—No solo en los animales se ha experimentado; el amor á la ciencia ha ido mas allá; despues de ser inoculados los mismos médicos, y con el convencimiento de la no contagiosidad de la lepra, han inoculado á sus semejantes. Ninguna de estas inoculaciones ha dado resultado, sea que se practicaran con sangre, ó con partículas de las producciones patológicas de esta enfermedad.

¿Son suficientes estos experimentos para decir que la lepra no es inoculable ni al hombre ni á los animales? No; no creemos que baste lo que se ha hecho para sentar proposicion tan absoluta.

Si las inoculaciones practicadas en los animales, no han dado resultado satisfactorio, no por eso podemos decir que ella no es inoculable; no habremos encontrado el animal que presente receptividad para el parásito de dicha afeccion; y esto no es estraño, porque se ha observado que algunas eminentemente contajiosas y parasitarias no son inoculables del hombre á los animales, y sobre todo á ciertos cuadrúpedos.

El perro viejo no es susceptible al bacilo del carbunclo, pero los jóvenes lo son. El mismo bacterio, dice Cornil, causa una afeccion local en un animal, y una general en uno de otra especie.

En cuanto á la inoculacion en el hombre, creemos que tampoco se puede decir por los pocos experimentos que se han practicado sin resultados, que no es inoculable en la especie humana. La predisposicion individual varía mucho de una persona á otra; unas son refractarias á ciertas enfermedades infecciosas, y otras por el contrario, presentan una predisposicion extraordinaria á ellas.

En suma, creemos que los experimentos que se han practicado hasta ahora, tanto en el hombre como en algunos animales, no son suficientes para decir que esta enfermedad no es inoculable. Apesar de los resultados obtenidos, no se debe abandonar el precioso recurso de la experimentacion.

La mayor parte de los descubrimientos modernos no se han hecho en un dia, han necesitado mucho tiempo para llegar á una completa solucion. El sabio Pasteur hace años que venía haciendo estudios para conseguir atenuar el virus rábico, y convertirlo de activo y mortífero, en un precioso preservativo, en una vacuna. Lo ha conseguido al fin; y las bendiciones de los seres que salva, retemplan aquella inteligencia poderosa, que sigue estudiando á la naturaleza en sus mas íntimas evoluciones.

Sintomatología de la lepra tuberculosa.

Los síntomas por los cuales se manifiesta la lepra desde su aparicion hasta su fin, varían segun el período de evolucion en que se encuentre.

Los períodos en que se la divide para su estudio son cuatro, contando los síntomas prodrómicos que rarísima vez faltan, y que llamaremos período de invasion, siguiéndole el de erupcion de manchas, el período neoplásico (de erupcion de tubérculos) y el de ulceracion.

Período de invasion.—Los fenómenos de invasion rara vez faltan. Se les encuentra en casi todos los casos, y si algunas ocasiones parece no existir, es porque han pasado desapercibidos para el enfermo, por ser poco intensos ó muy breves. Los síntomas prodrómicos pueden ser mas ó menos acentuados, y evolucionar mas ó menos rápidamente; pero es muy raro que sean seguidos inmediatamente, ó en pocos dias, de una erupcion; lo mas general es que ésta tarde mucho tiempo en aparecer. Estos fenó-

menos con que se inicia la lepra, no tienen nada de característicos; son los mismos que anuncian las enfermedades infecciosas; pueden presentarse aislados ó simultáneamente.

Fiebre.—Es uno de los síntomas mas frecuentes del período de invasion. Puede ser intensa ó ligera, hasta el punto de pasar desapercibida.

Se le observa con mas frecuencia á la tarde ó á la noche. Estos accesos recuerdan á veces á los de la fiebre intermitente. En ocasiones les precede un fuerte escalofrio, lo que puede inducir á creer que se trata de una pulmonía, hasta que el exámen físico revele la ausencia de toda lesion torásica.

La debilidad, el abatimiento y la tendencia al sucño, tambien se observan en muchos enfermos. Estos síntomas son mas ó menos acentuados, hasta el punto de que las personas afectadas tienen que abandonar sus ocupaciones ordinarias, porque les falta la fuerza necesaria para el trabajo, y sienten un abatimiento físico y moral que les preocupa sobremanera. La tendencia al sueño es tambien muy manifiesta en casi todos estos desgraciados; no obstante, suele ser tan ligera que no les incomoda.

Alteraciones digestivas.—La inapetencia y la saburra gástrica se encuentran con frecuencia; lo hemos comprobado en los enfermos que han estado bajo nuestra observacion. Las naúseas y los vómitos son mucho mas raros.

Epístaxis.—Se ha hecho de ellas un signo de bastante importancia para el diagnóstico.

Nosotros le hemos observado 3 veces en cuatro leprosos.

Es probable que dependan de una congestion ó de una rinitis que preceda al período de erupcion cutánea ó mucosa.

Cafalalgia—Se observa á menudo entre los fenómenos de invasion. Leloir dice que es mas frecuente en la lepra anestésica maculosa; pero nosotros le hemos encontrado dos veces en cuatro enfermos.

Alteraciones de ia traspiracion—Esta se encuentra con baste frecuencia modificada, principalmente en la lepra maculosa anestésica. Los enfermos experimentan expontaneamente sudores profusos; otros durante el trabajo ó el sueño. Suelen aparecer hasta un año antes de la erupcion.

Algunas veces, segun aquel autor, hay desaparicion del sudor, sea de una manera general, lo que es mas raro, sea de uña manera local, que es el caso mas frecuente. En un cierto numero de observaciones, ha encontrado la desaparicion completa al nivel de los miembros y su exageracion al nivel del tronco.

Hiperestesia cutánea y dolores neurálgicos La hiperesresia es muy rara en el período de invasion; pero se han observado algunos casos. Las neuralgias son mas frecuentes; los enfermos se quejan de dolores en los miembros y en la cara, lo que indica que

el sistema nervioso sufre. Se observan estas neuralgias, mas á menudo en las formas mixta y anestésica.

Pénfigo—Se dice que el pénfigo puede ser uno de los primeros fenómenos de la enfermedad, lo que justifica porque ciertos autores le colocan entre los fenómenos prodrómicos. Se le encuentra casi unicamente en las formas anestésica y mixta.

Alteraciones de la ménstruacion—Se han encontrado algunos casos en que los ménstruos habian cesado. Nosotros lo hemos comprobado en una enferma.

Estos son los principales fenómenos que se han observado en el período de invasion. Como se ve, no es posible por ellos sólos hacer el diagnóstico de la lepra antes que la erupcion se presente.

Siendo la mayoria de estos fenómenos los que inician algunas enfermedades infecciosas, es muy dificil al práctico hacer un diagnóstico preciso, y se hace mas dudoso por ser raro que se encuentren todos reunidos. Sólo en este caso, y procediendo el enfermo de un país en donde dicha afeccion sea endémica, podriamos pensar que se tratase de un caso de lepra, pero nunca tendriamos la seguridad de nuestro diagnóstico.

Período de erupcion de manchas—El brote de tubérculos va precedido casi siempre de la aparicion de exantemas. Es raro observar estos brotes desde el principio sin haber existido antes erupciones sucesivas de manchas eritematosas ó pigmentarias, que

pueden preceder meses y aun años al brote de los tubérculos.

Estas manchas, de distintos tamaños, redondeadas ó irregulares, de un color rojizo, toman despues el moreno, gris, color bronceado, etc, segun sean jóvenes ó viejas, y pueden desaparecer al cabo de poco tiempo.

La piel en estos puntos, dice Kaposi, está lisa, luciente, como cubierta por una capa aceitosa, ó bronceada y espesa (infiltrada), plana ó un poco prominente, y dolorosa á la presion.

Esta erupcion de manchas ocupa distintas partes del cuerpo, y están esparcidas de una manera irregular, en el tronco, los miembros, las manos, la cara, los pies, y cambian algunas veces de forma y extension.

Las regiones de la piel que han quedado sanas, son invadidas mas tarde.

Las erupciones primeras suelen ser menos durables que las últimas; estas son mas sensibles á la presion, otras veces pruriginosas, descamantes, y presentan el aspecto de la piel cubiertas con tintura de iodo. Las manchas de que nos ocupamos, pueden ser hiperémicas ó pigmentadas, como hemos dicho al principio de esta descripcion.

Las primeras son mas frecuentes en la lepra tuberculosa, que es la que nosotros estudiamos.

Su tamaño es en general el de una lenteja, pero su extension varía notablemente, hasta llegar á simular

una placa erisipelatosa, pues hasta desaparece á la presion.

No hay aqui descamaciones como se suelen observar en las erupciones ulteriores.

Su evolucion es mas bien rápida; pueden desaparecer en dias, semanas ó meses. Estos primeros brotes que aparecen al principio de la enfermedad, se acompañan á menudo de una fiebre mas ó menos elevada, siendo los sucesivos, de evolucion lenta é independientes de todo aparato febril.

Mas tarde, las manchas se hacen estacionarias y concluyen por ser permanentes.

Esto en cuanto á las manchas hiperémicas, que son las mas frecuentes en la enfermedad que nos ocupa.

Las pigmentadas son raras al principio, y Leloir cree que en estos casos pertenecen principalmente á la lepra maculosa que se vuelve luego anestésica. Pueden ser pequeñas ó mas extensas que las hiperémicas, hasta llegar á ocupar una porcion considerable de la supérficie cutánea.

Su color varía mucho entre bronceado, amarillo verdoso, pardo oscuro, etc. Se ve ciertas veces palidecer el centro y deprimirse recordando las manchas de vitíligo. Por último, dice aquel especialista, pueden volverse absolutamente acromatosas; es la lepra blanca de los antigüos.

Alteraciones de la sensibilidad—Al nivel de las manchas que preceden casi siempre al desarrollo de los tubérculos, se suele notar la anestesia ó la hiperestesia;

esta última coincide mas frecuentemente con el principio de la enfermedad, y puede ser seguida de anestesia. Este fenómeno de la alteracion de la sensibilidad, no es tan constante como lo creen ciertos autores, ni tiene por sí solo gran valor diagnóstico, pero unido al conjunto de síntomas que acompañan en la generalidad de los casos á la lepra, puede adquirir el valor que le daban en la edad media, en cuya época *era la prueba de la insensilidad.*

Schilling, Robinson y Rayer, llegaron á afirmar que la lepra se caracterizaba: 1° por las manchas; 2° y sobre todo, por anestesia al nivel de éstas.

No siempre se encuentran atacados los diferentes modos de sensibilidad. Suele faltar la sensibilidad al tacto y á la temperatura, y existir la del dolor y vice-versa. Otras veces es absoluta: se puede atravesar la piel con un alfiler sin que el enfermo tenga conocimiento de ello.

Tambien se notan en este período de manchas las alteraciones de las glándulas pilosas. Los adultos pierden su barba, las cejas, etc. Si el paciente es un niño, no llegará á tener nunca barba.

El cabello no se pierde nunca; en el cuero cabelludo no hay manchas ni salen tubérculos. Los leprosos suelen tener una hermosa cabellera.

La caída de la barba y de las cejas, es un síntoma de bastante importancia, que nos puede poner en el camino del diagnóstico.

Estos son los principales signos que se observan

en el período de erupcion; no es difícil apercibirse que son mas característicos que los que hemos descrito en el período de invasion.

Periodo neoplasico (*Erupcion tuberculosa*).—El desarrollo de los tubérculos es en general lento.

Es raro ver esos brotes agudos que hacen recordar á la tuberculosis galopante. La aparicion de la neoplasia no se hace anunciar por regla general, pero en ciertas ocasiones va precedida de fiebre. Los tubérculos nacen al nivel de las manchas, siendo sus sitios predilectos la cara, las orejas, la frente, las manos y las piernas. Al principio son induraciones aplastadas, dolorosas á la presion, que aumentan de volúmen muy lentamente, sea en altura, sea en longitud, ó de las dos maneras. Estos pueden ser hipodérmicos ó dérmicos.

Los hipodérmicos no se distinguen bien muchas veces, pero pasando la mano con atencion se notan las desigualdades en la cara, orejas, frente, etc. Su consistencia es dura, elástica y renitente; mas tarde se hace blanda, pastosa; en esta época son casi siempre indolentes. Estas nudosidades se reblandecen y se reabsorben; mas raramente se ulceran.

Los dérmicos aparecen bajo la forma de pequeñas abolladuras poco salientes y generalmente poco numerosos: mas tarde aumentan en número y extension. La forma no es siempre la misma; es necesario tener en cuenta la parte donde se desarrollan; son redondeados, cónicos ó aplastados. El volúmen varía segun sean jóvenes ó viejos, pudiendo alcan-

zar el tamaño de una avellana ó de una nuez. La coloracion de los tubérculos jóvenes es generalmente de un rojo pálido ó violáceo; mas tarde cambian, y se vuelven de un rojo oscuro cobrizo.

La coloracion del tubérculo varía segun los países y segun los sujetos. Grueso ó pequeño, presenta á menudo el color de la region tegumentaria donde se desarrolla; blanco y mate en la cara si el enfermo es anémico, lo que sucede frecuentemente; rojo oscuro, y aun bronceado, si el sujeto es vigoroso y quemado por el sol.

No siempre se encuentran aislados los tubérculos; se observan tambien bajo la forma de placas estendidas, cuyo sitio de preferencia es el dorso de la mano y el pié, no siendo difícil que ocupen la cara. Esta neoplasia en placas puede ser espesa é invadir el dérmis é hipodérmis recordando al edema duro. Su superficie suele presentar abolladuas, y formrar nudosidades mas ó menos salientes. Estas infiltraciones leprosas puedenpersistir meses y años.

Se ha notado que la temperatura aumenta al nivel de los tubérculos, cuando estos están en el principio de su desarrollo, y cuyo tejido ambiente sufre una lijera fluxion, ocasionada por productos estraños al organismo que irritan la célula viviente, y producen tambien esas linfangitis y seudo-erísipelas locales. Este proceso flogístico que se produce alrededor de las neoplasias leprosas y cuyo principal síntoma es la hipertermia local, nos hace recordar al que tiene lugar en las cercanias de los tubérculos

pulmonares, tan bien estudiados por M. Peter. Este aumento del calor local varía de medio á dos grados; no es siempre constante,—puede faltar en algunos casos. En este período como en el de manchas suele alterarse la sensibilidad cutánea al nivel de las neoplasias leprosas, pero este signo no existe en todos los enfermos.

La anestesia se observa con mas frecuencia que la hiperestesia, pero en ciertas ocasiones falta una y otra. Ya hemos dicho al hablar de las máculas que las glándulas pilosas y sebaceas experimentaban una alteracion cuyo resultado inmediato era la caida de los pelos; pues bien, en el brote de tubérculos sucede un hecho análogo. No debemos estrañar esta caida de los pelos, si recordamos lo que hemos dicho apropósito de la etiología de esta afeccion.

En las glándulas sebaceas se encuentran muchos bacilos. Lo mismo sucede con la seborrea del período anterior; aumenta considerablemente cuando aparecen los tubérculos. Al nivel de estos se pueden producir descamaciones psoriásicas ó ictiósicas mas ó menos pronunciadas, que es necesario tener en cuenta para no cometer errores de diagnóstico, porque puede el práctico tomarlas por una sífilides papulosa soriasiforme, esto es, si un exámen prolijo no ha precedido al diagnóstico.

Evolucion de los lepromas—Los tubérculos no evolucionan siempre de la misma manera; lo general es que su evolucion sea lenta y progresiva, pero al-

gunas veces tienen un desarrollo rápido, ya al principio de la enfermedad, ya en los diferentes brotes que se suceden en el curso de ella. Este crecimiento rápido de los lepromas, va acompañado de un cortejo de síntomas generales, coincidiendo algunas veces con el reblandecimiento y reabsorcion de ciertos nódulos antiguos.

Dichos síntomas generales que demuestran una infeccion del organismo, deben depender de la reabsorcion del bacilo por los linfáticos al nivel de los tubérculos que se reblandecen y se absorben. Estos síntomas de infeccion tan caracteristicos están en relacion con la desaparicion de ciertos lepromas. Lo que viene á corroborar mas esta idea es la hinchazon dolorosa de los linfáticos vecinos al foco reabsorbido.

Hardy cree que esta desaparicion de las producciones leprosas que tienen por asiento principal la piel, es de un mal pronóstico, porque indica la invasion de los órganos internos por la materia tuberculosa. La fiebre que se observa en estos brotes agudos puede llegar á 40° y 41°, acompañándose de cefalalgia, sed viva, náuseas y algunas veces delirio.

Se han observado tambien dolores reumatoideos y enrojecimiento al nivel de la region enferma.

En tanto que tienen lugar estos fenómenos generales de infeccion, localmente se notan algunas modificaciones importantes que llaman la atencion del médico.

Los tubérculos se ponen rojos y tumefactos asi como la piel vecina. Cuando este enrojecimiento é hinchazon invaden una estension considerable del tegumento, toma el aspecto de una erisipela. Una vez que han desaparecido los fenómenos generales, desaparecen tambien poco á poco los locales, esperimentando el enfermo una sensible mejoría.

El sistema ganglionar tambien sufre en esta enfermedad, notándose infartos en el cuello, axila, region anal, submaxilar, inguinal y diversas regiones del cuerpo.

Es raro que estos infartos se reblandezcan y abran al esterior. Las mucosas no escapan tampoco á la invasion de los tubérculos; ellas pueden ser atacadas al principio de este período ó en el curso de él. Las de la nariz, paladar, fauses, laringe, etc., son las invadidas con mas frecuencia.

No es raro ver sobrevenir la salivacion en presencia de la alteracion de la mucosa bucal, asi como el aumento de la secrecion nasal en los casos en que esta se encuentra afectada.

Tales son las principales alteraciones de las mucosas que se observan en la lepra tuberculosa.

Período de ulceracion

Declinacion— Terminacion

Los tubérculos tienen tendencia á reblandecerse y ulcerarse. Hemos visto que su evolucion es generalmente muy lenta, pero puede hacerse de una manera rápida, sufriendo su metamórfosis regresiva en un tiempo relativamente corto, porque no es sinó despues de muchos meses y aun años, en la generalidad de los casos, que llegan á su completo desarrollo. Una vez que han llegado á este estado, tienen una marcha fatalmente retrógrada. La desaparion de los lepromas de los tegumentos puede efectuarse de varios modos. Veámos cuales son estos.

Uno de los modos mas frecuentes de su desapa ricion es el reblandecimiento y la reabsorcion; dejan en su lugar una depresion que presenta una pigmentacion oscura. La transformacion fibrosa

es muy rara; cuando tiene lugar el tubérculo disminuye de volúmen y se vuelve mas duro. Otros se reblandecen y reabsorben en la parte central, tomando una forma umbilicada. En las neoplasias en placa se observan los mismos procesos, y dejan una cicatriz mas estensa. La terminacion purulenta parece pertenecer á la forma nodular de la neoplasia; la piel se adelgaza y el pus se abre vía al exterior. Cualquiera que sea la forma del leproma, nodular ó en placa, puede reblandecerse y ulcerarse.

La ulceracion es favorecida por el traumatismo y los roces repetidos que irritan las partes enfermas, pero ella puede tener lugar sin que actúen estas causas, siguiendo la ley natural de su evolucion.

Este proceso se acompaña de fiebre, embarazo gástrico, constipacion, diarrea, cuando el enfermo es caquéctico. La curacion de las úlceras no es siempre fácil, porque ocasionan algunas veces la abertura de las articulaciones, y la caida de la falanges, la denudacion de los huesos y su necrosis.

«Esta es la forma mutilante de la lepra tuberculosa descrita por Proner. «La cara deformada, leontíasica, está cubierta de tubérculos ulcerados ó nó, de cicatrices y de costras; su nariz socavada en masa, reducida á un muñon. La respiracion es sibilante y penosa; un líquido sanioso y fétido que se concreta en costras se escapa por la nariz.»

Las mucosas de la garganta, boca y nariz están

cubiertas de ulceraciones. La voz se pierde, el sentido del gusto se altera ó desaparece, así como los demás, excepto el del oído que suele ser conservado. El espesamiento edematoso de la piel, las úlceras, las costras, etc. dan á estos desgraciados un aspecto horrible.

Los nervios periféricos son atacados siempre en este período de la enfermedad, pues estando todo el organismo infestado, los que se distribuyen por la periferia lo están con mas razon. El espesamiento de éstos seguido de hiperestesias, anesterias, parálisis, etc.. anuncían la profunda alteracion del sistema nervioso.

Los glánglios del cuello é inguinales hipertrofiados se reblandecen, y se abren al esterior, dejando escapar continuamente una cantidad considerable depus. Cuando la enfermedad ha llegado á esta altura, la infeccion es indudablemente general; no son ya los órganos periféricos los que únicamente sufren: el hígado, el bazo y el aparato respiratorio están tambien afectados. En esta época suele observarse la neumonia, broco-neumonia y pleuresía. En cuanto al aparato digestivo, los dolores estomacales, la pérdida del apetito y la diarrea demuestran que no está sano.

El desgraciado leproso si no es arrebatado antes á la vida, asiste con una resignacion ejemplar á presenciar la destruccion lenta de su cuerpo, conservando la integridad de su inteligencia hasta el último momento de su desdichada vida.

Con razon se dice que el antiguo poema de Job llamaba á la lepra «la hija primogénita de la muerte.»

Marcha de la lepra tuberculosa—Marcha aguda. La marcha de la lepra puede ser aguda ó crónica; la primera forma es rarísima. Boech dice no haberla observado sinó tres veces, y otros refieren no haberla observado nunca. Se ha dicho que se le encuentra algunas veces como fenómeno último, terminal, de la enfermedad, cuando ha evolucionado crónicamente durante muchos años.

Ya hemos descrito los brotes agudos acompañados de fenómenos generales y locales; pues bien, la forma aguda solo se diferencia por la rapidez con que tienden á ulcerarse los tubérculos, y producir en pocas semanas todos los estragos que la forma crónica solo alcanza á realizar con los años. En poco tiempo se ven afectar los órganos internos, y se observan los accidentes ya descritos en el período de ulceracion, Neumonia, bronco-neumonia, pleuresia, diarrea coalicuativa, etc. La vida de estos enfermos se estingue en algunas semanas. Se le ha llamado lepra galopante.

Marcha crónica—Esta es la forma mas frecuente de la lepra, siendo su duracion media de 8 á 12 años. Se notan casos en los que la vida se prolongó de 15 á 24 años; pero estos son pocos.

La marcha crónica es frecuentemente desigual, es decir, la evolucion lenta de la enfermedad es interrumpida por brotes de tubérculos acompañados siempre de fenómenos generales, en el intérvalo de

los cuales la mejoría se acentúa, pero la afeccion sigue minando al organismo de una manera latente hasta que se presenta una nueva exacerbacion. En el período neoplásico, ó en el de ulceracion, la forma tuberculosa puede transformarse en anestésica ó hacerse mixta.

El virus que había producido en un tiempo mas ó menos largo, desórdenes considerables en la piel, las mucosas, los gánglios y algunas veces las vísceras, abandona algunos de estos órganos para atacar otros; lo vemos que se localiza en el sistema nervioso ó ataca á ambos á la vez, y entonces tenemos la forma mixta.

Los tubérculos se reblandecen y reabsorben ó se ulceran, dejando solamente una cicatriz, como una una prueba de que existieron. Cualquiera que sea la forma que tome la enfermedad, ella sigue adelante en su marcha destructora. Vemos, pues, que la lepra tuberculosa puede hacerse anestésica ó bien constituir la forma mixta que no es raro observar.

Diognóstico

—

El diagnóstico de la lepra tuberculosa es muy difícil hacerlo cuando la enfermedad se encuentra en el período de invasion, y solo disminuye esta dificultad cuando aparece la erupcion de manchas y sobre todo los tuberculos; éstos son característicos, y el que ha examinado alguna vez un leproso, no puede confundirlo con ninguna otra enfermedad. Hemos visto que los síntomas que se observan en el período de invasion, son semejantes á los que presentan otras enfermedades infecciosas. En esta epoca el diagnóstico es dificilísimo, y solo podemos tener presunciones mas ó menos fundadas cuando encontramos reunidos muchos de los síntomas que caracterizan la enfermedad: antecedentes hereditarios que nos demuestren que han existido leprosos en la familia, y procedencia de un país infestado. Solo asi pode mos ponernos en el camino del diagnóstico, pero no afirmar de un modo absoluto que se trata de un caso de lepra.

En el período de erupcion de manchas, encontramos tambien algunas dificultades para hacer el diagnóstico.

Los médicos mas esperimentados han cometido errores; pero haciendo un estudio prolijo de los conmemorativos y síntomas que se presenten, se puede llegar á establecerlo.

Una de las afecciones con la que puede ser mas facil la confusion, es la roseda sifilitica; pero las manchas de la lepra tienen sus sitios de predileccion y son mas estensas, pues pueden alcanzar á las dimenciones de la palma de la mano é ir acompañadas de fenómenos de anestesia ó disestesia, y por último, la diferenciarán los antecedentes y el tratamiento específico de la sífilis. Pueden encontrarse ciertas dificultades en algunas otras afecciones de la piel, como el ecsema seco, eritema, papuloso, marginado y la purpura. Las manchas de la enfermedad de que nos ocupamos no presentan descamaciones, y si existen, son muy escasas; no sucede lo mismo con la mayor parte de los estados morbosos de la piel. La anes tesia ó disestesia, la alteracion de las glándulas se baceas y la caida de las cejas, barba, asi como los antecedentes del enfermo y el sitio de las manchas, nos servirán de base para fundar nuestro diagnóstico. Las manchas pigmentadas que se acompañan casi siempre de fenómenos disestésicos á su nivel, y si su centro se hace acromatoso, de una anestesia absoluta, no pueden confundirse con ciertas pig-

mentaciones normales de la piel y mucho menos con el vitíligo.

La morfea y la esclerodermia en placas, se diferencian de la lepra, segun Leloir, por la ausencia de la anestesia ó solamente una disminucion mínima de la sensibilidad y por el anillo violáceo que rodea la placa de la morfea alba plana.

El pénfigo leproso se distingue sin mucha dificultad, teniendo en cuenta los antecedentes del enfermo, el número de ampollas (son raras en la lepra), las cicatrices nacaradas, la anestesia á este nivel, los fenómenos nerviosos concomitantes, hipereste-sias y anestesias de las estremidades.

Tales son las enfermedades de la piel que, teniendo algun punto de contacto con la lepra, pudieran hacernos cometer errores de diagnóstico.

Pronóstico

—

No es posible hacer un pronóstico favorable para la enfermedad que estudiamos; hemos visto que la marcha de ésta, aunque lenta, es fatalmente progresiva; que si cambia de forma ó aparenta en ciertos casos curaciones, éstas no son sino temporarias, y si abandona un tejido es para localizarse en otro. Esto es lo que sucede cuando desaparecen los tubérculos de la piel y se afecta el sistema nervioso.

El Dr. Verteuil decía en Noviembre de 1885: «todo lo que sé de la historia de la lepra, todo lo que he observado, me conduce á decir que no creo en la curacion de esta enfermedad.» Sin embargo, se refieren algunos casos de curacion. Danielssen, afirma haber visto enfermos de lepra tuberculosa curados por reblandecimiento y ulceracion de los tubérculos.

Estas curaciones se efectuaron sin paso á la forma anestésica, sin anestesias ni parálisis, y sin alteraciones tróficas consecutivas.

Durante muchos años la enfermedad no apareció; en uno, que fué visto 30 años mas tarde, en otro, 20, la curacion seguia, lo que prueba que ésta era completa en ambos, pues no se ha visto jamás que esta enfermedad tenga treguas tan largas de curacion aparente.

Leloir, refiere dos casos de curacion observados por el Dr. Kaurin.

Vemos, pues, que si en los anales de la ciencia se encuentran casos de curacion, estos son muy raros. La regla de terminacion de la lepra, es la muerte, la curacion, es la excepcion.

En presencia de todos estos antecedentes, no trepidamos en decir que el pronóstico de esta enfermedad, es muy grave.

Tratamiento

Cuando véais gran multiplicidad de medicamentos para una misma afeccion, podeis estar persuadidos de que esta pretendida riqueza terapéutica sólo indica nuestra impotencia y nuestra indecision.

DUJARDIN—BEAUMETZ.

Vamos á pasar en revista los distintos tratamientos que se han usado y usan contra la lepra tuberculosa, indicando al final el que ha aconsejado el Dr. Unna, de Hamburgo, que es el que se ha seguido en los cuatro casos prácticos que presentamos.

El estudio de dicho tratamiento constituye el principal objeto de este trabajo.

La lepra es una enfermedad incurable en la inmensa mayoría de los casos; hay, sin embargo, raras excepciones á esta regla, pues la historia de esta afeccion nos enseña hechos auténticos de enfermos curados. Pero por desgracia los casos de este género, no se deben á triunfos de la tera-

péutica. No, ¡el tratamiento específico de la lepra no existe! No hay un solo médico sério que declare haberla curado; pero no por eso debemos desmayar, si hay casos de curacion espontánea, no es imposible que se encuentren medicamentos suficientemente enérgicos contra esta enfermedad tan repugnante, que ha sido el azote de la humanidad y sigue aun siéndolo en ciertos países.

Los resultados obtenidos hasta hoy, como lo dice muy bien Leloir, no son como para entusiasmarnos, porque se han suministrado las sustancias mas diversas sin resultado alguno.

El empirismo ha dominado hasta este momento, pero un nuevo horizonte se presenta á nuestros ojos: el parasitismo de las enfermedades infecciosas y los medicamentos parasiticidas.

No nos hagamos ilusiones, pero tampoco descansemos un momento: busquemos en la experimentacion, fuente de los mas grandes descubrimientos, el medio de destruir el parásito, que si es difícil la empresa no es absolutamente imposible.

Se han empleado sin resultado muy satisfactorio: el mercurio, yoduro de potásio, el bismuto, el alumbre, arsénico, antimonio, fósforo, bromuro de potásio. etc. Se han ensayado tambien el ácido fénico, la creosota, el bálsamo de gurgun y el hoang-nan. Carter, Hillaret y E. Vidal, han empleado en muchos casos el aceite chaulmoogras (oleum gino-

diœ). Los efectos obtenidos no han sido bastante halagadores, porque si bien presentaron alguna mejoría en su principio ciertos enfermos, en otros la enfermedad siguió adelante.

Por otra parte, no hay que estrañar estas aparentes mejorias que se presentan al principio de la lepra y que suelen simular curaciones, pero que en realidad no son sinó remisiones momentáneas propias de los primeros períodos de dicha afeccion.

El Dr. Cornil ha ensayado destruir el bacilo de la lepra por el de jequirity. Charcot envió á éste un enfermo para que examinara al microscópio la materia tuberculosa, y él encontró gran número de bacilos, los que trató de aniquilar haciendo dos inyecciones de jequirity al nivel de la neoplasia. El resultado que obtuvo no fué feliz; se formó un flemon que terminó por supnracion.

El Dr. Campana ha inoculado dos leprosos con productos de erisipela, con la esperanza de que el bacterium punctum de ésta destruyera á el micro-organismo de la lepra; pero no obtuvo ningun efecto favorable.

Los médicos árabes trataban de destruir los tubérculos por los cáusticos; este mismo método ha sido empleado por los de Noruega, y el Dr. Zambaco lo ha recomendado recientemente, pero en lugar de emplear los cáusticos aconseja servirse del termocauterio.

Leloir cree que este método de curacion puede

dar buenos resultados cuando la enfermedad está localizada y en su principio; impediría, tal vez, la infeccion general del organismo. Esta idea indujo al mismo autor á cortar dos placas leprosas que presentaba un jóven que asistió en 1885 en Italia; pero nada nos dice del resultado.

El mismo aconseja ensayar las inyecciones intersticiales antisépticas (ácido fénico, sublimado, etc), no solamente en la lepra tuberculosa sinó tambien en la anestésica.

Nos parece que este tratamiento podría dar buen resultado cuando la enfermedad estuviera todavia limitada y en su orígen, pero estando generalizada se tropezaría con muchas dificultades.

No hay pues, lo volvemos á repetir, un tratamiento curativo de esta afeccion.

Damos el primer rango al tratamiento higiénico que es el que ha dado mejores resultados hasta el dia. Siempre que un leproso pueda abandonar la localidad donde sea endémica su afeccion, no debe dejar de hacerlo. Los climas templados son preferidos, lo mismo que las alturas.

La alimentacion debe ser nutritiva sin ser excitante.

Una alimentacion esclusiva es por lo general perjudicial: conviene que sea animal y vegetal.

La leche, la carne, las legumbres frescas y bien cocidas, los huevos pasados por agua, etc., sería la base de alimentecion de los leprosos

Se proscribirá la carne de puerco, las saladas, los

crustáceos, los alcoholicos, el té y el café. Se cuidará de mantener limpia la superficie cutánea, para que desempeñe con facilidad las funciones tan importantes que está encargada de llenar, y no debemos olvidar que las enfermedades de la piel perturban estas funciones.

Llenaremos esta indicacion por medio de los baños cortos, y principalmente las duchas que tonifican al mismo tiempo al enfermo. Los baños de mar así como el ejercicio corporal, pero moderado, por el campo, estarian perfectamente indicados, sobre todo al principio de la enfermedad. Se puede agregar á el agua del baño una pequeña cantidad de ácido fénico ó sublimado corrosivo.

Cuando las mucosas de la garganta y nariz están afectadas, se prescribirán gargarismos, pulverizaciones é inyecciones en los fosas nasales con líquidos antisépticos.

No debemos olvidar el rol que juegan los agentes parasiticidas en las afecciones parasitarias.

Podemos emplear algunos de ellos: el acido fénico, pirogálico, la resorcina, el ictiol, hoang-nan, etc, ya al exterior ya al interior, segun el medicamento de que hagamos uso.

Queda al buen juicio del médico las circunstancias en que pueden estar indicados ó contraindicados los agentes á que nos hemos referido, porque algunos de ellos irritan el tubo digestivo que suele estar alterado en esta enfermedad, y entonces no hariamos mas que aumentar la alteracion exis-

tente, trayendo como resultado el debilitamiento del enfermo, que por otra parte se debe tratar de combatir. Nos abstenemos de hacer otras indicaciones que serán llenadas ventajosamente con la ilustracion y buen juicio del práctico.

Los tónicos y reconstituyentes pueden tener indicaciones culminantes: las preparaciones de hierro y los amargos así como la pepsina, pancreatina, etc, desempeñarán un papel importante en los casos de anemia, anorexia, malas digestiones, tan frecuentes en la afeccion de que nos ocupamos.

¿Qué diremos del tratamiento profiláctico?

Repetiremos aquí lo que hemos dicho al hablar de la etiología.

El aislamiento de los leprosos es un medio bastante eficaz para combatir la propagacion de esta enfermedad, y así lo demuestran las estadísticas.

Es necesario impedir que los enfermos contaminen con su repugnante mal á las poblaciones sanas.

Los naturales de América no conocian semejante enfermedad; esta es una herencia patológica que nos han legado los europeos. En los indígenas del Nuevo Mundo que no han sido aun mezclados con otras razas civilizadas, no existe la lepra.

El Dr. José Lorenzo de Magalhaés, del Brasil, que ha publicado una obra notable sobre la lepra en aquel país, dice que ésta no existía en los indígenas, y que no existe hoy en aquellos que no están todavia mezclados con el resto de los hombres civilizados.

No olvidemos que esta enfermedad es endémica en aquel país.

Tratamiento del Dr. Unna—Casos prácticos

—

Ante todo, debemos decir cuales son los medicamentos empleados por el Dr. Unna y con los que dice haber obtenido la curacion de un caso de lepra tuberculosa, dando en seguida las cuatro observaciones en las que se ha seguido dicho tratamiento.

Estos agentes terapeuticos son:

Acido pirogálico.

Crysorrabina.

Resorcina.

Sulfo-ictiolato de amoniaco.

Estos medicamentos los ha usado en pomada al exterior.

El ictiolato de amoniaco lo ha usado tambien al interior.

Hé aquí las fórmulas de las pomadas usadas.

Ictiolato de amoniaco.	100
Grasa	70
Aceite.	30
(Mézclese)	

Otra

Resorcina 20
Grasa 100
Aceite 80
(Mézclese)

Otra

Acido pirogálico . . 10
Grasa 100
(Mézclese)

Otra

Acido pirogálico . . 5
Grasa 100
(Mézclese)

Otra

Crisorrabina. . . . 10
Grasa 100
(Mezclese)

Pildoras de ictiolato de amoniaco.

Ictiolato de amoniaco 1 gramo.

(Para 10 pildoras. Dosis: 4 á 10 diarias)

Tambien empleó en el curso del tratamiento el emplasto de ácido salicílico, el mercurial fenicado y la pomada siguiente:

Pomada de oxido de zinc 500 gr.
Acido sulfo-ictiólico. . . 5,00 »
Bicloruro de mercurio. . 0,50 »
(Mézclese)

Tal es el tratamíento del Dr. Unna, con el cual

dice haber curado un leproso que contrajo esta enfermedad en el Brasil, y mas tarde regresó á su patria, Alemania, donde lo trató el referido médico.

Damos en seguida las historias de los casos prácticos con los que se ha seguido el mismo tratamiento empleado por el médico aleman.

Casos prácticos

1ª Observacion

Paulina O. de Maciel, argentina, de 27 años de edad, viuda, de constitucion deteriorada y de un temperamento nervioso-linfático.

No ha tenido enfermedades anteriores, ni tiene antecedentes sifilíticos; sus antecedentes hereditarios son inmejorables.

Hace 6 años que le apareció una erupcion de manchas rojas en los brazos y en la cara, lo que le obligó á ver médico; éste le dió unas pildoras que ignora lo que contenian, desapareciendo las manchas despues de algun tiempo.

Tres años mas tarde le volvieron á aparecer, pero esta vez se estendieron á todo el cuerpo, y desaparecieron, segun nos refiere la enferma.

En todo este período ha tenido frecuentes epístaxis, al mismo tiempo sentía una gran debilidad, hasta

el punto de no poder entregarse á las ocupaciones de costumbre.

Dos meses despues de la última erupcion de manchas, le apareció un tubérculo en la region posterior de la muñeca, y poco mas tarde en distintas regiones de su cuerpo, principalmente en la cara, los brazos y las piernas.

Estos tubérculos se han presentado por brotes sucesivos y en distintas épocas, siguiendo una evolucion muy lenta, pues hace tres años que le apareció el primero y la enfermedad no ha avanzado mucho, lo que prueba que su marcha es fracamente crónica.

El 28 de Setiembre de 1885, se hizo cargo de esta enferma el Dr. B. Sommer, prescribiéndole el tratamiento del Dr. Unna que hemos descrito anteriormente.

Los tubérculos de la frente, las mejillas, los labios y las manos tenian dimensiones muy variables y presentaban una coloracion violeta oscura, siendo bastante duros al tacto.

Despues de algun tiempo de tratamiento algunos esperimentaron la regresion, se reblandecieron y acabaron por desaparecer, otros quedaron estacionarios, tal vez porque no habia llegado el momento de la metamórfosis regresiva; lo que prueba que si los primeros desaparecieron, fué obedeciendo á su propia evolucion y no al tratamiento empleado.

Hace año y tres meses de esto, y la mejoria aparente del principio no va adelante.

Actualmente la enferma tiene algunos tubérculos antiguos en la mejilla, la nariz, los párpados, los labios y las manos.

Hace un mes que tuvo fuertes escalofrios y una elevacion de temperatura que le duró varios dias; á estos síntomas de infeccion ha seguido un nuevo brote de tubérculos, situados en los labios, la nariz y mejillas.

Cuando sobrevino este último brote, la enferma estaba todavia bajo la influencia del tratamiento del Dr. Unna que se le prescribió el 25 de Setiembre de 1885.

El estado general en que hoy se encuentra, es mejor que el que presentaba cuando principió la asistencia: está mas gruesa, no siente tanta debilidad y tiene mejor apetito.

En vista de estos antecedentes, no podemos decír que la enfermedad ha cedido á la terapéutica; continúa su marcha lentamente; los tubérculos aparecen y desaparecen, siguiendo su evolucion ordinaria.

2a. observacion

N. N. paraguayo, de 28 años de edad, soltero, de constitucion regular y temperamento nervioso, no tiene antecedente que pueda inducirnos á creer que ha heredado la predisposicion de la enfermedad de que hoy es víctima.

Hace 19 años que vino del Paraguay. No ha tenido ninguna afeccion hasta el momento de ser atacado por la que le aqueja actualmente.

Hace siete años que le salió una erupcion de manchas en el cuerpo, que fué seguida despues de un tiempo, que él no sabe apreciar, de una erupcion de tubérculos en las piernas, la cara y los brazos. Ha estado asistiéndose de esta enfermedad en el Hospital San Roque, sin conseguir ninguna mejoria.

Desde que le apareció la erupcion sus fuerzas disminuyeron mucho, lo mismo que el apetito.

Dice que ha tenido varios veranos erisipela, sintiendo mucha mejoria en su primera enfermedad cuando ésta desaparecia.

En Diciembre de 1885 entró al Hospital de crónicos donde permanece hasta ahora.

El Dr. Sommer le prescribió desde su entrada á este establecimiento el tratamiento del Dr. Unna.

Ahora la enfermedad está muy adelantada, hay insensibilidad absoluta en las piernas; no siente cuando se le pincha con un alfiler.

La mucosa de la parte superior de la faringe, la laringe y la de la fosas nasales están afectadas, notándose varias ulceraciones.

Algunos tubérculos de la cara están alterados, lo que da al enfermo un aspecto repugnante.

Los ganglios del cuello y de la axila se encuentran infartados, siendo esta una prueba de la infeccion del sistema linfático.

El aparato gastro-intestinal revela no estar íntegro, pues el enfermo tiene frecuentes diarreas.

En una palabra, el fin de este desgraciado está próximo.

El tratamiento del Dr. Unna no ha servido aqui ni siquiera para prolongar la vida,

La enfermedad marcha con bastante rapidez á su terminacion fatal: la muerte.

3a. observacion

N. N. italiano, soltero; de 44 años de edad, de buena constitucion, pero actualmente deteriorada, no tíene antecedentes de lepra en su familia.

Dice no haber tenido ninguna enfermedad venérea.

Su afeccion apareció hace 7 años por ampollas de pénfigo en las manos y en las piernas; fiebre, debilidad general y pérdida del apetito.

Tres años despues de la aparicion de las ampollas, le vino un brote de tubérculos en la frente y piernas.

En esa época se acentuó mas la debilidad hasta el punto de serle difícil practicar los trabajos que acostumbraba.

En este estado ingresó hace varios meses al Hospital de Crónicos. Desde el momento de su entrada le fué prescrito el tratamiento del Dr. Unna.

En el mes de Octubre tuvo fiebre bastante alta,

la que fué seguida de un brote de tubérculos y de ampollas de pénfigo.

Los tubérculos de las piernas han sufrido la regresion, dejando en su lugar cicatrices.

En el dedo índice de la mano izquierda tiene un tubérculo ulcerado, cuya ulceracion ha dejado la articulacion al descubierto.

La enfermedad sigue esa marcha lenta que se observa en la mayor parte de los casos, pero no se nota mejoria alguna.

4° Observacion

N. N. argentino, de 29 años de edad, soltero, de constitucion buena, no dá antecedentes hereditarios de la enfermedad que sufre, y dice que nunca ha tenido enfermedades venéreas.

Refiere que hace tres años estuvo cuidando un amigo enfermo de lepra, y que vivió con aquel en la misma pieza hasta que se produjo la muerte del paciente.

Un año despues de esto, sintió fuertes escalofrios y fiebre; tuvo tambien frecuentes epístaxis desde la época de los escalofrios hasta que le aparecieron los tubérculos, que hace próximamente 3 años.

Las fuerzas y el apetito habian disminuido.

Hace varios meses entró en el Hospital de Crónicos, prescribiéndole como á los otros, el tratamiento de Unna,

Actualmente el enfermo presenta varios tubérculos bastante voluminosos en la frente, los lábios, las mejillas, la nariz, las manos y los antebrazos.

La voz esta alterada debido á la propagacion de los tubérculos á la laringe y faringe.

Ninguna modificacion favorable ha experimentado el enfermo desde que se le prescribió este tratamiento, lo que nos induce á creer que aquí como en los otros tres casos, no nos dará buen resultado.

Conclusiones

—

Como lo decimos al final de cada observacion, ninguno de los enfermos en que se ha empleado este tratamiento ha tenido una mejoría de llamar la atencion. Si bien uno de ellos se encuentra en mejores condiciones, en cuanto á su estado general, no por eso la enfermedad deja de seguir su curso, pues hace poco tiempo, segun hacemos constar en la primera observacion, ha tenido un nuevo brote de tubérculos acompañado de fenómenos generales de infeccion.

El resultado obtenido en estos enfermos, así como el hecho de ser un solo caso de curacion el que se ha observado, y las circunstancias especiales de que él viene rodeado, no nos permite aceptar la conclusion tan absoluta del Dr. Unna deducida de su terapéutica: La lepra se cura.

Por un solo enfermo curado, si es que la curacion es definitiva, no nos atreveríamos á sentar semejante proposicion.

Sabemos que en la historia de esta enfermedad se encuentran casos de curacion espontánea ó aparente; y el enfermo referido se encontraba en las mejores condiciones para su curacion definitiva (?) ó aparente.

Un hombre que contrae su afecion fuera de su patria, en un país donde ésta es endémica, abandona éste y vuelve al suyo, está, volvemos á repetirlo, en condiciones especiales sino para curarse, para esperimentar una notable mejoría.

Abandonar el foco endémico y habitar en localidades sanas, es una de las principales indicaciones en el tratamíento de la lepra.

Lo que no podemos aceptar, aunque la curacion sea difinitiva, es que un caso sea suficiente para proclamar todo un método como absoluto.

¿Porqué no ha de ser él uno de esos hechos raros de curacion espontánea?

Antes de llegar á esta conclusion el Dr. Unna debió ensayar en otros casos, y si el resultado hubiera sido favorable, habria tenido entonces, y solo entonces, razon para decir: mi tratamiento cura la lepra.

Otra consideracion que debió tener en cuenta el médico aleman, antes de escribir sobre esta curacion, es la siguiente:

En los primeros períodos de la enfermedad, no es difícil que presente mejorias que simulen una curacion, mejorias que pueden durar años y no obstante, no existe tal curacion.

El sabio Dr. Kaposi dice que en los casos poco avanzados, sobre todo en la lepra tuberculosa en sujetos jóvenes, la permanencia en localidades excentas de dicha afeccion, puede detener el proceso durante muchos años y producir una curacion aparente.

Como hemos visto al estudiar la marcha de esta enfermedad, los tubérculos se reblandecen y reabsorben ó ulceran dejando solamente una cicatriz. Pues bien, si un nuevo brote no viene á sustituir á los que desaparecieron dejando solo sus rastros, la curacion aparente existe, siempre que todavía no esten afectados otros órganos; y sabemos que ella puede durar años, segun nos lo dicen sábios observadores.

La conclusion deducida por el Dr· Unna es anticientífica, porque debió tener en cuenta todas las consideraciones que dejamos referidas para no esponerse impremeditadamente á la crítica.

Rechazamos, pues, la consecuencia que saca el Dr. Unna, pero no rechazamos en absoluto su tratamiento que puede ensayarse todavía.

V° B°

I. Pirovano

PROPOSICIONES ACCESORIAS

HISTOLOGIA—Puede haber celula sin membrana de cubierta?

ANATOMIA—Cuáles son los órganos contenidos en el torax y aparatos de que hacen parte.

FISIOLOGIA—La radiacion solar bajo la forma de calor ó de luz, es la condicion esencial de toda vida vejetal y animal?

MATERIA MÉDICA Y TERAPÉUTICA—Quina y sus alcaloides.

PATOLOGIA ESTERNA—Cuerpos estraños—Su etiologia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

NOSOGRAFIA MÉDICA—¿La coqueluche reconoce causas generales ó tiene una especial?

PATOLOGIA GENERAL—Que es la diátesis y cuales son sus caractéres?

CLINICA MÉDICA—La tuberculosis es contagiosa?

MEDICINA LEGAL—Cuales son los fenómenos que se verifican para determinar la muerte en la asfixia?

OBSTETRICIA—De las articulaciones de la pelvis.

OFTALMOLOGIA—Del ojo como instrumento de óptica.