

ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Redactores: J. B. LONDOÑO y L. POSADA BERRIO

AÑO XV

Medellin, Febrero de 1910.

Número 2º

NUEVA ENFERMEDAD

ESPOROTRICOSIS Ó ENFERMEDAD DE DE BEURMANN Y
GOUGEROT

DR. L. POSADA BERRÍO

No es nuestro ánimo hacer un trabajo original, ni siquiera una monografía completa sobre el estado actual de la nueva afección que hoy cautiva y atrae con ardor á los grandes centros europeos. Nó: nuestra tarea, si más humilde, por no ser más que un reflejo de lo que hemos encontrado en las revistas científicas extranjeras, no por eso podrá ser menos importante y fecunda en resultados. Aspiramos, tan sólo, á dar el primer grito del combate, á dar la voz de alerta á aquellos de nuestros colegas que por vivir reclusos en sus aldeas, y esclavizados, quizás, por sus múltiples y variadas ocupaciones en el afanoso luchar por la existencia, no hayan tenido, talvez, la oportunidad para seguir, aunque de lejos, el movimiento moderno de las sociedades científicas europeas.

Así, resumiendo lo más que nos sea posible, trataremos de dar una idea somera del estado actual de la nueva enfermedad que, si apenas cuenta un poco más de un lustro, no por eso es ya menos fecunda en resultados y enseñanzas de trascendental importancia.

Terminaremos con el relato de un caso dudoso, en el cual, desgraciadamente, no nos fue posible confirmar el diagnóstico por carecer, no sólo de los me-

dios apropiados para ello, sino por la carencia de muchos datos hasta entonces ignorados y hoy de uso corriente donde disponen de los medios necesarios y certeros para investigaciones de esta clase de trabajos, mas coronado, no obstante, por un éxito tan brillante como inesperado.



Se da el nombre de esporotricosis, ó de enfermedad de de Beurmann y Gaugerot, á una micosis, afección producida por una nueva variedad de parásito perteneciente á la clase de los mucedíneos ú hongos filamentosos inferiores: el *Sporotrichum Beurmanni*.

El primer caso observado, ó mejor, conocido, de esta enfermedad, fue en 1903, en un individuo que presentaba múltiples nódulos y gomas subcutáneos de focos múltiples y de aspecto sífilítico ó tuberculoso.

Tras variadas y pacientes observaciones é investigaciones bacteriológicas de de Beurmann y Raymond, médico el primero del Hospital San Luis, de París, estos autores encontraron que las gomas subcutáneas de focos múltiples, no eran debidas ni al treponema de Schaudinn que produce la sífilis, ni al bacilo de Koch que produce la tuberculosis, sino que vieron que se trataba de una nueva enfermedad hasta entonces por completo desconocida, debida á una nueva variedad de *sporotrichum*, parásito determinado y denominado por Sabouraud y Matruchot *Sporotrichum Beurmanni*.

No debe confundirse esta nueva variedad de parásito con el *sporotrichum Schenkii* (1898), ni con el *sporotrichum Dori* (1906), y que, aunque desconocidas hasta hoy las formas perfectas de reproducción, por lo cual no se ha hecho hasta el presente una clasificación botánica exacta, se trata, no obstante, de especies bien determinadas, siempre idénticas, que crean lesiones del mismo orden.

Así, pues, hasta hoy tenemos tres variedades de micosis esporotricósicas.

El primer caso lo observó Schenk en EE. UU. en 1898, producido por el *sporotrichum* que

lleva su nombre: *sporotrichum Schenkii*. A éste siguieron, también en EE. UU., los casos de Hektoen y Perkins, y de Brayton, que fueron linfangitis gomosas ascendentes localizadas en los brazos, semejante á la linfangitis tuberculo-gomosa de Bazin.

En todos estos casos se comprobó que la afección era debida al *sporotrichum Schenkii*.

El caso de Dor lo observó este autor en Lyon, en 1906, caracterizado por grandes abscesos múltiples. En el pus de esos abscesos encontró el mismo autor otra variedad de *sporotrichum*, al cual le dio su nombre: *sporotrichum Dori*.

Aunque el *sporotrichum Beurmanni* puede producir á veces linfangitis localizadas como el *Schenkii* y grandes abscesos como el *Dori*, como después se ha comprobado, no hay que confundir, no obstante, ni tres tipos clínicos distintos, ni tres parásitos diversos.

*
*
*

En este estudio nos ocuparemos única y exclusivamente de la esporotricosis de de Beurmann, pues hasta el presente, las otras dos variedades de micosis esporotricósicas, son consideradas, más que todo, como curiosidades patológicas, lo que no sucede con la de de Beurmann, pues á medida que se adelanta y se profundiza en su estudio, su diagnóstico se hace más fácil, y de día en día abundan más las observaciones de esta afección.

En efecto, en 1903 se observó en Francia el primer caso por de Beurmann y Ramond en un individuo portador de múltiples abscesos y gomas subcutáneos con caracteres diversos, afección que más parecía una ladrería que una sífilis—y ya sabemos cuántos casos de sífilis exóticas y polimorfos pasan desapercibidos aun hasta para sífilógrafos de renombre mundial—ó á una tuberculosis. Hasta 1906, época en que estos autores se propusieron examinar sistemáticamente todos los casos de sífilis y tuberculosis típicas y atípicas, enfermedades con las cuales se la confunde más á menudo, sin contar, por supuesto, ciertas clases de cánceres

con los cuales se le ha confundido, ni otras micosis, como la actinomicosis, la blastomicosis, la sacaromicosis, &c. &c., y hasta el flegmón leñoso de Reclus, encontraron dos nuevos casos, aún más interesantes que el primero por la semejanza grandísima, para hacer caer en error á cualquiera, con las afecciones sifilíticas, y con tanto mayor razón cuanto que el tratamiento por el yoduro de potasio es heroico en ambas enfermedades.

Estos tres casos de la nueva enfermedad, observados por estos autores, hasta entonces los únicos conocidos, fueron los que sirvieron de base para la comunicación á la Sociedad de Dermatología y Sifilografía que de Beurmann y Gougerot presentaron y publicaron en los *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (Octubre de 1906), creando, desde entonces, el tipo que denominaron *esporotricosis subcutánea gomosa múltiple diseminada* (tipo de de Beurmann y Gougerot.)

Despejada la incógnita y con luminoso y amplio porvenir por delante, dichos autores continuaron con tesón en sus investigaciones científicas; y así vemos publicar á Gougerot, en Marzo de 1909, después de dar á conocer en asocio de de Beurmann una serie de trabajos en las *Société de Dermatologie* y *Société des Hopitaux*, agregando la esporotricosis dérmica tubérculo-ulcerosa ectimatiforme ó sifiloide, la esporotricosis hipodérmica úlcero-tuberenlosa ó sifiloide, la acción de las toxinas esporotricósicas, &c. &c., un concienzudo estudio sobre la nueva enfermedad en los *Annales de venerologie*, en el cual hace el estudio no sólo clínico sino bacteriológico, histológico y anatomopatológico, llegando á reproducir experimentalmente, en conejos recién nacidos, la forma humana de nudosidades subcutáneas tanto en el punto de inoculación como á distancia.

Hasta entonces (Marzo de 1907) sólo estos cuatro casos eran conocidos. Mas de esta época en adelante, llamada la atención del Cuerpo Médico, y abierta y despejada la brecha, vemos cómo se multiplican los casos de esta nueva y polimorfa enfermedad que debe contar en su activo millares de víc-

timas por haber pasado desapercibida hasta nuestros días.

No exageramos si decimos que no se pasa ya semana sin que encontremos en las revistas científicas nuevos casos de esporotricosis de de Beurmann, presentados á las sociedades científicas, no sólo bajo la forma de nódulos, abscesos, gomas, &c. &c. subcutáneos, como se creyó en un principio, que estaba localizada la enfermedad, sino con múltiples localizaciones, ya dérmicas ó hipodérmicas, musculares ú óseas, sino con polimorfismo ya evolutivo, lesional ó de asociación. Y no sólo esto, sino también casos de infección generalizada—*sporotricemia*—(observados por la primera vez por Widal y Weill, quienes encontraron en la sangre el *sporotrichum Beurmanni*) caquetizante, mortal, como los dos casos presentados por de Beurmann y Gougerot el 2 de Junio de 1909, enfermos de Lagoutte y Briand, enfermos que presentaban lesiones tan múltiples como variadas, entre las cuales deben citarse la epididimitis y la conjuntivitis esporotricósicas, seguida esta última, de pérdida del ojo, lesiones éstas observadas por primera vez, y en las cuales el tratamiento específico—yodo yodurado—seguido por largo tiempo, no dio resultado ninguno.

Hoy en día pasan yá de ciento los casos en que se ha hecho el dignóstico clínico-bacteriológico de la nueva enfermedad, no ya en Francia sino en Suiza, Italia, Bélgica, Alemania, Brasil, Argentina, Uruguay y Africa, identificándose en todas partes el *sporotrichum Beurmanni*.

* * *

Veamos ahora, rápidamente, cómo se presenta ó puede presentarse, por lo general, la enfermedad.

Aparece casi siempre bajo la forma de abscesos, nudosidades ó gomas subcutáneos, sin reacción febril ni inflamatoria, duros é indolentes al tacto; sin repercusión ni sobre el estado general ni sobre el sistema ganglionar—aunque no es carácter fijo como al principio se creyó—ya en un punto determinado ó en varios, á la vez, ó sucesivamente—ha habido casos

en que se han contado hasta 70 nódulos y gomas de aspecto polimorfo, según el estado de evolución en que se encuentran. El número sirve á veces, justamente, para hacer el diagnóstico clínico diferencial con las lesiones sifilíticas—del tamaño de un grano de maíz ó un poco más grandes ó pequeños, de desarrollo lento é insidioso—aunque también se encuentran casos de evolución rápida.—A medida que aumentan de volumen, semejando en su evolución la marcha de un absceso crónico, la piel toma una coloración roja, se adhiere, se reblandece y se ulcera en el vértice del absceso ó goma, aumentando la coloración rojiza hasta volverla casi cianótica y dejando escapar una serosidad purulenta, viscosa ó citrina, mezclada con sangre.

Una vez abierto el absceso ó goma, bien sea espontáneamente ó por medio de una incisión, en vez de desaparecer, los bordes casi siempre se infiltran y se engruesan más ó menos; las producciones mórbidas se extienden, encontrándose en el fondo de la ulceración ó ulceraciones aspecto fangoso, abriéndose cráteras ó trayectos fistulosos, tomando entonces la enfermedad tal semejanza por su polimorfismo evolutivo, lesional ó de asociación, á lesiones ya sifilíticas, como sífilides ectimatiformes, rupiodes y últero-crustáceas como las que se ven en las lesiones sifilíticas terciarias ó malignas precoces, ó á gomas abiertas; ó á lesiones tuberculosas, como gomas reblandecidas, ó á la tuberculosis verrugosa y papilomatosa de Riehl y Paltauf; ó á afecciones cancerosas, como las sarcoides de Boeck; ó á abscesos subcutáneos múltiples; ó á foliculitis, epidermitis, osteomielitis, &c. &c. (1)

La esporotricosis de de Beurmann queda no solamente localizada, como se creyó en un principio, á los tejidos dérmico é hipodérmico, sino que ataca,

(1) Cuando la enfermedad se localiza en los huesos semeja de tal manera la osteomielitis, que ahí está elocuente el caso de Jossset—Moure, en que el paciente, después de recorrer inútilmente varios Hospitales por espacio de 3 años, y de haber sufrido con paciencia cuatro operaciones infructuosas, y á quien ya se le aconsejaba la amputación de la pierna como último remedio, una vez reconocida la enfermedad como una esporotricosis de de Beurmann, sanó definitiva y radicalmente en 6 semanas con el tratamiento yodo-yodurado!

igualmente, no sólo los músculos y los huesos como acabamos de ver, sino aún más: á las mucosas—esporotricosis muco-faríngea y palpebro-conjuntival—como lo prueban los casos de Thibierge y Gastinel, de A. Cantonnet, y otros varios.

De manera que lo que en un principio se admitió como punto de partida para el diagnóstico clínico diferencial—la falta de lesiones mucosas—con la sífilis, no existe.

Yá podemos comprender los errores funestísimos á que nos puede llevar el desconocimiento de la nueva y polimorfa enfermedad de de Beurmann y Gougerot, y la dificultad ó casi la imposibilidad para hacer el diagnóstico clínico de ella.

Si especialistas eminentes de las enfermedades de la piel, encanecidos en una práctica diaria, que han visto desfilas ante sus ojos, en las clínicas de los grandes Hospitales europeos y en sus clínicas particulares, no centenares sino millares de enfermos, son en ciertos casos impotentes ante la sola vista del enfermo ó de su examen clínico para decidir si la lesión que se les presenta es esporotricósica, sífilítica ó tuberculosa, &c. &c., ¿qué diremos entre nosotros donde el médico tiene por fuerza que ser universal? . .

Claro está que no podremos, quizás, confirmar nuestro diagnóstico científicamente, mas por lo menos, sí, sospecharlo, y lo que es aún más importante por el momento, curar radicalmente al paciente por medio del tratamiento yodo-yodurado, como más adelante veremos.

* * *

Aunque no estén al alcance de la generalidad, veamos, no obstante, de qué medios podemos valernos para hacer el diagnóstico científico de la esporotricosis de de Beurmann y Gougerot.

El medio más práctico y sencillo, y al alcance de todo médico, es el cultivo del *Sporotrichum Beurmanni*, pues no necesita ni de gabinete bacteriológico ni de microscopio. Es de tal manera característico y fijo el aspecto macroscópico del cultivo, que es enteramente patognomónico, y debido á él fue á lo que se debió el conocimiento de la nueva enferme-

dad, pues este medio es aún más característico que por medio del microscopio.

El cultivo se hace de la manera más sencilla. Para esto basta una jeringa de Pravaz hervida, una aguja ó un hilo de platino y un tubo de gelosa glicosada peptonada de Sabouraud. (1) Naturalmente, tanto la toma del pus como la siembra deben hacerse con la más rigurosa asepsia, para evitar confusiones con los microbios banales de la piel. Si el absceso ó goma no están abiertos, basta introducir la aguja y aspirar. La serosidad ó pus obtenidos se depositan entonces en la gelosa en estrías paralelas. Si la goma está abierta, se limpia bien la región con agua hervida, jabón y algodón hidrófilo, *v gr.*; se hace presión al rededor de la goma para hacerla manar serosidad ó pus. Del líquido obtenido de esta manera debemos rechazar para la siembra el primero que se obtenga, con el fin de evitar una serosidad ó pus infectados por otros agentes distintos del *sporotrichum Beurmanni*.

Tomadas estas precauciones, se hace el cultivo como en el caso anterior.

Una vez hecho el cultivo en los tubos con el líquido sospechoso, basta taparlos con un pedazo de algodón hidrófilo únicamente y dejarlos á la temperatura ordinaria.

Del cuarto al octavo día aparecen las colonias del *sporotrichum Beurmanni*. Al principio aparece la colonia por pequeños puntos blanquecinos, acuminados, rodeados por una aureola plana y blanca; continúan aumentando de volumen, toman una forma casi circular y una coloración oscura, á veces intensa. El aspecto de las colonias es entonces patogno-

(1) Para poner este medio al alcance de todo médico, fuera de desearse que los Sres. Boticarios pusieran al expendio los tubos de gelosa de Sabouraud, después de prepararlos por indicación de un médico, si se quiere.

Hé aquí la fórmula para la preparación de la gelosa.

Agua.....	1000 gr.
Peptona.....	10 gr.
Glicosa en bruto.....	40 gr.
Gelosa.....	18 gr.

mónico: son salientes, circunvaladas, morenas ó negras y aureoladas.

El número de las colonias puede ser hasta 80 y más si se trata del sero-pus de las lesiones ulceradas, y menos—2 á 15—con el pus de las gomas profundas, no ulceradas.

Como este medio, según acabamos de ver, puede, con buena voluntad, estar al alcance de todos los médicos, á él debemos recurrir sin vacilación en todo caso que podamos sospechar semejante lesión—y ya hemos visto la variedad múltiple de lesiones pertenecientes á otras afecciones con que puede presentarse la esporotricosis de de Beurmanu y el polimorfismo de ésta.

Cierto es también que el diagnóstico clínico se impone á veces según los signos descritos por de Beurmann y Gougerot.

Gran número de lesiones que contrastan con la conservación de un buen estado general; principio de la lesión por nudosidades que poco á poco se transforman en abscesos; reblandecimiento parcial cupuliforme; ulceración, pequeña al principio y que se extiende en seguida, con bordes violáceos, cianóticos á veces; contraste entre la estrechez de la úlcera y la extensión de la fusión gomosa; coexistencia de varios orificios ó de dos ulceraciones contiguas para una misma goma y persistencia de puentes delgados de piel violácea; pus viscoso ó serosidad citrina mezclados á veces con sangre; facilidad de las autoinoculaciones; evolución sin fiebre é indolente; ausencia habitual de adenopatias; cicatrices planas, estrelladas, flexibles y con aureola obscura, &c. &c.

Ahora, si se dispone de microscopio, puede hacerse el diagnóstico desde el segundo ó tercer día, siguiendo el procedimiento indicado por Gougerot, de depositar, al hacer el cultivo, una gota de pus en las paredes secas del tubo, en el ángulo que forman la cara cóncava del vidrio y la superficie plana de la gelosa. Gracias á esta técnica tan sencilla, se puede, como ya dijimos, hacer el diagnóstico científico desde el segundo día. Para esto no es más que colocar el tubo del cultivo sobre la platina del microscopio, con una inclinación de 45°, con el fin de evitar que el

agua de condensación del fondo del tubo humedezca el cultivo, y hacer el examen con un objetivo B. de Zeiss y un ocular 8. Vense, entonces, en la pared seca del tubo en que se colocó la gota de pus, las nacientes colonias del *sporotrichum Beurmanni*, invisibles aun á la simple vista, las cuales se presentan en medio de los leucocitos del pus como una estrella parasitaria más ó menos ramificada y coroliforme, ó filamentos rectilíneos que no tardan en esporularse. Así queda el diagnóstico confirmado en 48 horas.

Si al 3º ó 4.º día, se examina de nuevo el cultivo por este medio, se encuentra que los parásitos están yá en completo desarrollo.

En cuanto á buscar directamente el parásito en el pus por el microscopio es un medio no sólo largo y difícil, sino aleatorio y que necesita una gran versación en bacteriología.

Para quienes dispongan no sólo de microscopio sino también de gabinete bacteriológico, les queda aún el campo más amplio para confirmar el diagnóstico inmediatamente, por los procedimientos modernos, conocidos de todos, y llamados hemo-cultura, suero diagnóstico de Widal y Abrami, esporo-aglutinación, reacción de fijación, &c. &c.

Aún más: hoy sabemos que se puede hacer el diagnóstico científico retrospectivo de la esporotricosis de de Beurmann y Gougerot. En individuos curados, cuya curación databa de más de dos años, aún ha sido positiva la siembra del moco buco-faríngeo, lo mismo que los otros procedimientos bacteriológicos que acabamos de enumerar.

Esto nos prueba la resistencia y vitalidad del *sporotrichum Beurmanni*.

*
*
*

Y esta afección que, á medida que se ha ido conociendo, va extendiendo más y más sus dominios ¿cómo y porqué medios la adquirimos?

Aunque el punto no está aún del todo dilucidado —por haberse observado diversas maneras de inoculación, pudiéramos decir—sí sabemos que el *sporotrichum Beurmanni* se encuentra en el estado de sa-profito en la naturaleza.

Por lo tanto, en la etiología de la esporotricosis de de Beurmann y Gougerot, debemos tener en cuen-

ta, como en toda micosis, no sólo el contagio de hombre á hombre sino del animal al hombre y la contaminación por todos los objetos en que vive el hongo en el estado de saprofito. Así es, entonces, que nos puede atacar de distintas y variadas maneras. Ya por una herida ó contusión del tegumento externo por un objeto cualquiera maculado, ó por la penetración por los alimentos—principalmente frutas y legumbres—por las mucosas buco-faríngea—hoy se sabe que el *sporotrichum Beurmanni* puede vivir en el estado de saprofito en la cavidad buco-faríngea y dar lugar á anginas de repetición—ó por transmisión de un animal. (1)

Ya podemos comprender, por lo expuesto, la importancia trascendental y la obligación que tiene el médico de conocer la nueva enfermedad, pues de su desconocimiento puede depender, no sólo la vida de un individuo, sino talvez, también, de muchas generaciones. Si un individuo joven, por ejemplo, es atacado de la esporotricosis de de Beurmann con la apariencia de una sífilis, y no quiere, por no tener desconfianza tarada, ó no puede casarse por el aspecto de su enfermedad, ¿quién es el culpable? El médico, indudablemente, por no haber conocido una enfermedad que pudo haber curado total y radicalmente.

O también, si se presenta la enfermedad con las apariencias de una tuberculosis ó un cáncer, como ha sucedido, enfermedades incurables en la generalidad de los casos, ¿no nos queda el consuelo de haber llevado la alegría del vivir á quien ya carecía de ella, volviéndolo á la vida activa y feliz que da la salud? Y de qué medios podemos valernos para esto? Veámoslos.

* * *

Felizmente, en el tratamiento de la esporotricosis de de Beurmann se ha mostrado como remedio heroico, maravilloso, verdaderamente específico, el trata-

(1) Ahí está el caso reciente [17 de Noviembre de 1909] de Carougean, de Tananarive [Madagascar], en que un veterinario que operó una mula que se creía atacada de muermo, se inoculó la enfermedad por una pequeña picadura que se hizo con el bisturí con que operaba, en el índice de una mano. Tres meses después sobrevino un absceso seguido de una linfangitis de la mano, brazo y antebrazo con nódulos gomosos. El diagnóstico clínico-bacterológico identificó el *sporotrichum Beurmanni*.

miento yodo-yodurado como ya varias veces lo hemos dicho y repetido.

Una vez hecho el diagnóstico, ó si se quiere, sospechado con fundamento para ello, se debe instituir inmediatamente el yoduro de potasio—no hay que olvidar que también obran bien, aunque no con tanta eficacia como el primero, parece, los yoduros de sodio y de hierro—á la dosis de tres ó cuatro gramos diarios, dosis que se debe ir aumentando sin vacilación, si el enfermo lo tolera, hasta diez ó doce gramos por día, ó más si es preciso, como lo aconseja Reclus, por espacio de dos, cuatro ó más meses si es preciso.

Para evitar los inconvenientes de las altas dosis de yoduro, conviene combinarlos ó asociarles los amargos, ó recurrir á la antisepsia intestinal.

Al tratamiento general conviene agregarle, también, el tratamiento local, el cual consiste en la aplicación en los abscesos ó gomas abiertos y ulcerados de una solución débil de yoduro de potasio al 1 por 50 *v. y gr.*, á la aplicación de tintura de yodo, ó á una solución yodo-yodurada; por ejemplo:

Agua.....	1,000 gr.
Yodo metálico.....	2 gr.
Yoduro de potasio.....	20 gr.

M. y R.

También se puede hacer la punción del absceso ó goma ó inyectar una solución yodo-yodurada fuerte, al 1 por 100.

El tratamiento debe continuarse no sólo hasta que desaparezcan todas las manifestaciones, sino algunos días más, pues se ha visto que en individuos en los cuales se ha dejado muy pronto la medicación, vuelven á aparecer las manifestaciones.

En ciertas personas que se han mostrado intolerantes para el tratamiento yodo-yodurado, se ha recurrido con buen éxito á la yodomaizina, ó sea una albúmina yodada.

Ya vemos, pues, que el tratamiento no puede ser más sencillo.

No sabemos que hasta ahora, en Colombia, se haya diagnosticado científicamente la esporotricosis

de de Beurmann y Gougerot, ó que hayan publicado, al menos, la observación comprobatoria. Mas estamos convencidos que si se busca con cuidado y metódicamente, se encontrará. Y no como curiosidad patológica sino como afección corriente y vulgar.

¿Cuántos de nuestros diagnósticos de sífilis terciaria ó maligna, de tuberculosis, de osteomielitis y aun de cánceres habrán sido única y exclusivamente casos de esporotricosis de de Beurmann? ¿Quién sabe!

Para terminar yá este largo trabajo, presentamos la observación que al principio prometimos de un caso un poco obscuro aún y que no nos atrevemos á catalogar rotundamente de esporotricosis de de Beurmann, por faltarnos la base esencial para el diagnóstico científico: el cultivo del *sporotrichum Beurmanni*. Más que en todo caso nos dio, como decíamos al principio, una vez instituido el tratamiento apropiado como para tal enfermedad, un éxito tan brillante como inesperado. En ese tiempo apenas empezaban á llegarnos los primeros estudios que en París hacían de la nueva enfermedad.

Podría objetárenos que nuestro caso no fue un caso típico de esporotricosis de de Beurmann y Gougerot, caracterizado por la multiplicidad de los abscesos ó gomas subcutáneos, como algunas de las que se han publicado.

Mas para esto no tenemos más que recordar el sabio dicho de Peter: *No hay enfermedad sino enfermos.*

En Julio de 1907 notó Z., hombre robusto, vigoroso, de 74 años, de una excelente salud y que ha llevado siempre una vida muy activa, un tumor duro, indolente, en la pierna derecha, en el tercio inferior del muslo, un poco encima del vértice de la cavidad poplitea y hacia adentro.

Por prescripción médica—ignoramos la opinión de nuestro colega—se aplicó una pomada de yoduro de plomo con extracto de belladona, y de motu proprio, después de consultarnos si no había inconveniente, se tomó dos frascos de zarzaparrilla de Bristol.

Como no dimos importancia por no haber ni dolor ni reacción general, no vimos por esos días el tumor. Z., como no sintiera dolor ni impedimento alguno, no se preocupó ni poco ni mucho por aquéllo, de manera que continuó en su vida activa, montando á caballo á diario, y con tanta mayor razón cuanto que con la zarzaparrilla casi desapareció el tumor. Mas en Febrero de 1908 volvió el tumor á crecer, siempre indolente y duro. Prescribimos entonces aplicaciones de tintura de yodo. El tumorcito siguió creciendo, semejando en su marcha la evolución de un absceso crónico, diagnóstico que hicimos entonces, tomando como etiología los frotos constantes y pequeños traumatismos que sufre aquella parte del muslo en el galápagó.

Lo que sí nos llamó la atención desde entonces fue la coloración rojiza intensa que tenía tanto el tumor como la piel circunvecina, el cual tenía ya el tamaño como de un huevo de paloma, coloración que atribuimos á las aplicaciones de la tintura de yodo, sin provocar, no obstante, ni reacción general ni ganglionar. Z. suspendió las aplicaciones de tintura de yodo y se aplicó cataplasmas de cebolla. El absceso tomó, además, un aspecto cupuliforme, abriéndose un pequeño orificio en el vértice, por el cual se escapaba, más que pus, una serosidad citrina.

Esto ocurría á fines de Febrero de 1908, época en que aconsejamos á Z. se dejase abrir ampliamente el absceso para que sanara pronto. En efecto, después de desinfectar cuidadosamente la región, y antes de aplicar una inyección con una solución de cocaína al 1 por 100, notámos que se trataba, no de uno sino de dos abscesos casi continuos, de coloración roja intensa, ambos, más reblandecido el superior—el mismo en que se había abierto el orificio de que hablamos—y de mayor tamaño que el inferior. Hecha la anestesia abrimos ampliamente el absceso superior y, al ver que no había pus—lo que verdaderamente nos sorprendió—sino la serosidad de que hablamos, mezclada con sangre, resolvimos no abrir el inferior por estar aún duro. En seguida cubrimos la herida con gasa y algodón hidrófilos y continuamos con lavados de agua hervida y aplicando la misma curación. Al cabo de seis días de reposo, la incisión se había cicatrizado en los extremos mas no en el centro. Z. se levantó y empezó á moverse, llevando siempre su vendaje y sin sentir dolor.

La coloración de la piel no disminuía y los bordes de la incisión, en vez de acabar de cerrarse, se fueron engrosando, reblandeciéndose y abriéndose en ellos pequeños orificios.

El segundo absceso siguió la misma marcha que el primero, abriéndose en el vértice no ya uno sino varios orificios ó cráteres.

Todo esto lo atribuíamos á infecciones secundarias y al movimiento de Z. que aun en este estado—por la casi indolencia de la lesión—continuaba montando á caballo de tiempo en tiempo. Lo que sí nos llamaba siempre la atención era la nula repercusión sobre el estado general y la carencia de fiebre. Hubo días que al hacer la curación contáramos hasta siete pequeñas ulceraciones, de aspecto fungoso algunas y úlcero-crustáceo otras, que manaban pus, de bordes gruesos y desgarrados y separadas algunas de ellas por delgados puentes de piel roja.

Inútil decir que las cosas en este estado pensáramos en lesiones sífilíticas aunque carecíamos de antecedentes, ó en lesiones tuberculosas, y principalmente por la edad, en lesiones cancerosas, si bien es cierto que al mismo tiempo veíamos el buen estado general de Z. y la ninguna repercusión, como fuera natural, dadas las lesiones, sobre el sistema ganglionar. Además, en distintas ocasiones nos ocurrió ver cicatrizar algunas de las úlceras, pero abrirse al rededor nuevos orificios.

Los días y los meses pasaban sin lograr obtener curación. En Agosto, es decir, siete meses después de haber empezado la enfermedad y tres de estar Z. reducido á la cama, y de haber agotado inútilmente toda la serie de antisépticos y secantes en soluciones ora fuertes, ora débiles, en pomadas y polvos; desde las simples aplicaciones con agua hervida y oxigenada hasta cauterizaciones con nitrato de plata—no habíamos cauterizado con el termocauterío de Paquelin por no haberlo permitido Z.—; de haber instituido tratamiento mercurial y de haberse aplicado Z. cuanto remedio le aconsejaban los amigos, resolvimos llamar en consulta á nuestro colega, el distinguido médico Dr. Jorge E. Delgado, con quien seguimos tratando á Z.

Debemos advertir que Z. volvió á tomar zarzaparrilla de Bristol—un frasco—y que en ciertas ocasiones notámos que al cambiar de un tratamiento á otro había alguna detención en la marcha de la enfermedad, mas ésta se perdía pronto y volvían á aparecer nuevos orificios y ulceraciones precedidos por pápulas pequeñas y rojas. El aspecto de las lesiones de Z. no podía ser peor. En el punto en que apareció el absceso primitivo se presentaba una úlcera fongosa, ovalada, de siete á nueve centímetros en su mayor diámetro y de dos á tres en su menor, encontrándose la parte más ancha en la parte inferior. Esta úlcera se había formado por la fusión de varias pequeñas. Debajo de ésta, y separadas por dos puentes de piel delgada y roja, se encontraban otras dos ulceraciones consecutivas á pequeños abscesos, de aspecto fongoso, de bordes irregulares y gruesos y de piel más que roja, cianótica.

En plena cavidad poplítea se encontraba un tumor pequeño é indolente cual un ganglio infartado, pero de piel no muy roja.

Estas lesiones contrastaban con el excelente estado general de Z. Tampoco había dolores estando en reposo, ni infarto ganglionar, ni albúmina ni azúcar en la orina.

Esto pasaba en la mitad de Agosto de 1908.

Nuestro colega el Dr. Delgado, no encontró, tampoco, antecedentes sífilíticos, y por los datos que le dimos, creyó también, en un principio, en un absceso crónico seguido de infecciones secundarias, porque luégo, viendo la inutilidad del tratamiento á que sometimos á Z.,—cauterizaciones en forma con el termocauterio de Paquelin, tanto en el centro de las úlceras como destruyendo por completo los bordes infiltrados; inyecciones de mercurio, antisépticos ya fuertes ya débiles, cauterizaciones con nitrato de plata &c., &c.—pensó en una afección cancerosa y como tal se lo dio á entender á Z.

Con estos medios continuámos, como se ha dicho, sin éxito ninguno, hasta el mes de Noviembre, es decir, nueve meses de haber empezado la enfermedad y seis de estar Z. reducido á la cama. Por esa época tenía ya, también, en el brazo izquierdo, otro pequeño tumor, el cual temíamos que se abriera de un momento á otro, por tener la piel una coloración roja.

Yá Z. había perdido la esperanza de sanar y, nosotros temíamos que si la úlcera continuaba ahondándose, sobreviniera una flebitis ó una hemorragia fulminante de la arteria poplítea.

En esos días nos llegó de París, en una revista científica, una observación detallada de esporotricosis de Beurmann y Gougerot, y aunque nuestro caso no era de los típicos, sospechámos que en Z. se trataba de tal enfermedad. Y en efecto, el 25 de Noviembre manifestámos á nuestro colega el Dr. Delgado, nuestra sospecha, mostrándole al mismo tiempo el estudio de la nueva enfermedad y proponiéndole instituir inmediatamente el tratamiento yodurado, á lo que accedió nuestro compañero, manifestándonos que vigiláramos el efecto producido por la nueva medicación, por el término de ocho días, mientras él volvía á juntarse con nosotros.

El mismo día 25 de Noviembre empezó Z. á tomar cuatro granos diarios de yoduro de potasio químicamente puro y á hacerse aplicaciones locales con una solución de yoduro de potasio al 1 por 50.

Como Z. soportó sin inconveniente el yoduro, aumentámos á seis granos la dosis diaria al cuarto día.

El efecto fue de tal manera sorprendente que, á los ocho días, cuando volvimos á juntarnos con el Dr. Delgado, la situación había cambiado por completo. No había vuelto á aparecer ningún nuevo orificio; las superficies fongosas empezaban á limpiarse; los bordes estaban menos infiltrados y la coloración de la piel menos intensa; en una palabra, el cuadro sombrío y de pronóstico casi funesto que te-

níamos á la vista ocho días antes, se presentaba ahora halagador y lleno de esperanzas.

El éxito obtenido por medio de este tratamiento, vino á confirmar nuestra sospecha. Quisimos, entonces, confirmar científicamente el diagnóstico de esporotricosis de de Beurmann y Gougerot, enfermedad que hasta entonces sólo habían presentado á lo sumo una veintena de casos en París, por medio del cultivo del *sporotrichum Beurmanni* con objeto de enviarlo con la observación correspondiente á la Academia de Medicina de París; mas no nos fue posible conseguir la gelsa glicosada peptonada de Sabouraud.

Escribimos á nuestro colega, el Dr. J. B. Montoya y Flórez á Bogotá, solicitando el envío de unos tubos de gelsa de Sabouraud, mas nos contestó que estaba cerrada la Facultad de Medicina y en vacaciones los estudiantes.

Entre tanto, Z. continuaba tomando seis gramos de yoduro de potasio diarios, aplicándose la solución yodurada, y mejorando de una manera notable.

El 25 de Abril, ó sea cinco meses después de empezar con este tratamiento, Z. estaba radicalmente curado. En la pierna, en el punto de las ulceraciones, sólo quedaba una cicatriz estrellada, blanda y un poco pigmentada. Los otros dos tumores, el de la cavidad poplítea y el del brazo habían desaparecido por completo.

No obstante, Z. continuó tomando tres gramos de yoduro diarios por espacio de unos dos meses. Después no ha vuelto á sentir novedad ninguna, y Z. disfruta hoy de una salud excelente.

Actualmente tenemos otro enfermo, de Girardota, en quien sospechamos igualmente la esporotricosis de de Beurmann y Gougerot y en quien tampoco hemos podido confirmar el diagnóstico por falta de la gelsa de Sabouraud.

Enero—1910.

FILOSOFIA MEDICA

El racionalismo y el pragmatismo en Medicina.
El empirismo científico.

Por el Dr. Luis Renón, Profesor agregado de la Facultad de París
Médico de la Pitié.

Señores: Deseo exponeros hoy, en una conferencia doctrinal, algunas ideas acerca de la filosofía de la medicina.

Pensarán algunos que este asunto no corresponde á una enseñanza práctica de la medicina; yo no soy de ese parecer. Conviene levantarse á veces por encima de las ocupaciones habituales para considerar el estado general de la profesión que ejercemos, sobre todo cuando es tan interesante como la medicina. Y lo es tanto más útil cuanto que en la actualidad hay en ella *crisis doctrinal*. Hablando con franqueza se debe reconocer que existe zozobra en la razón de muchos médicos. Es indudable que en todas las épocas ha habido *misoneísmo* en todas las ciencias. El temor á las innovaciones tiene como cómplices la natural indolencia del espíritu humano, el miedo al esfuerzo y cierta tendencia innata *laudatrix temporis acti*. Mas nunca ese temor se ha manifestado tan vivo como en nuestra épo-

ca: cosa peculiar es esto á las épocas de transición. Se explica uno la vacilación de los médicos en seguir á la medicina por la vía por donde quieren meterla los biólogos. Por esto la gran mayoría de los médicos ya no sabe nada de medicina. Estupefactos leen los informes dados á las Sociedades sabias en que sólo se trata de antígenos, anticuerpos, alexinas, sensibilizadoras, reacciones de fijación, &c. No se habla ya de clínica. El enfermo desaparece en presencia de la enfermedad, ante la concepción impersonal, única base de las concepciones de los biólogos. Desdénosos éstos de las individualidades clínicas, tratan con desprecio á quien se atreva á hablar de terreno, herencia y formas morbosas.

¿Será esto la insolencia de la Medicina? Nó. Es el advenimiento de una medicina diferente, la medicina biológica, interesante, pero todavía teórica. Se apoya en abstracciones, por nadie vistas, concebidas, en nombre de un racionalismo deductivo. Pueril sería negar el seductor atractivo de la Medicina biológica. Ella explica varias cosas incomprensibles hasta hoy. Ella hace entrar la Medicina en el cuadro general de la fisico-química; pero de nada servirá si no se funda en hechos. La medicina biológica será clínico-biológica ó no será nada.

La crisis de la Medicina, cuyo bosquejo acabo de hacer, no es cosa nueva. Se ha repetido en el curso de la historia del espíritu humano. Todas las etapas de la medicina se han señalado por las mismas tendencias, las tendencias racionalistas. En nombre de las teorías reinantes se ha hecho tabla rasa con el pasado. Se extreman las nuevas ideas; luego se revisa lo pasado; y con este flujo y reflujo se forma una arena pura y neta con la cual se edifica en firme.

Tál ha sido la historia de la *era bacteriológica*. En nuestros primeros años de medicina nos entusiasmos con las doctrinas pastorianas; y con razón, porque la medicina tenía explicación. El parasitismo rompía el velo de las tinieblas patológicas. Durante varios años asistimos á la florecencia de nuevos microbios. Cada cual quería descubrir uno y darle su nombre. La patología toda se resumía en la infección. Fuera del parasitismo no había enfermedades. Siendo omnipotente el microbio, despreciábamos las viejas doctrinas con dificultad adquiridas por nuestros antepasados, relativas á las causas morbosas ocasionales, como el terreno y el frío. Orgullosos porque llevábamos en los bolsillos tubos con gelosa ó con caldo, mirábamos con cierta lástima á los que no participaban en nuestras ilu-

siones. Esta misma lástima la tienen hoy los médicos que manejan la reacción de fijación, los sueros hemolíticos y los glóbulos rojos del carnero. El tiempo ha cambiado. La revisión bacteriológica se ha impuesto por modo ineludible. Empezó por los estreptococos de las anginas y seguirá adelante.

El exceso de racionalismo bacteriológico ha dado resultados deplorables en la práctica médica. Excelente cosa han sido la antisepsia y la asepsia. Trepábamos alegremente la pendiente de Mentilly, montando para ir al Hospital Tenón á ver heridas reunidas por primera intención en el servicio de Lucas-Chambonnière, el iniciador del método de Lister en Francia. Nos maravillábamos de los resultados obtenidos por Tarnier en la Maternidad. Pero se quiso ir muy lejos: se creyó poder matar todos los gérmenes nocivos del aire, asepsitando la atmósfera de las salas de operación, evaporando en ellas permanentemente polvos húmedos de ácido fénico, y el aire se hacía irrespirable y las orinas de los enfermos se coloreaban de negro. No se destruían los gérmenes del aire, pero sí se intoxicaba el enfermo con el ácido fénico. Seducidos por el éxito de los cirujanos en la antisepsia, los médicos aplicaron el método á sus enfermos. Como el tubo digestivo les parecía el más infectado por los microbios, hacia él se dirigieron las tentativas de desinfección: este fue el período de auge del naftol. Se trató el tifo con yodoformo y varios delirios yodofórmicos se consiguieron con esta medicación. Mas, el error más ruidoso fue el del origen de la *peladera*. En nombre de las ideas en boga sobre el parasitismo, se declaró esta enfermedad, á causa de su analogía con la tiña, contagiosa y epidémica. Se aislaron los enfermos. Tratados como parias se les expulsó de todas partes y cayeron en la última miseria. Cierta día se les miró más de cerca. Mr. Jacquet observó que el contagio no era demostrable; se averiguaron otras causas del mal y los peládicos entraron en relación con todo el mundo.

Hé ahí rápidamente esbozada la historia crítica de la era bacteriológica. Las mismas exageraciones se repetirán, quizá, en la era biológica. Sobre algunos hechos se hace una teoría en que el razonamiento mal dirigido en muchos casos, quiere hacer entrar todo en la nueva teoría. Se vuelve uno racionalista. El *racionalismo* ha existido en todo tiempo, en la medicina, pues ella se ha ufano de ser racional. En nombre de la razón ha cometido muchos yerros y ha impedido muchos progresos. Era racional en tiempo de Molière cuando combatía la circulación de la sangre; racional en

tiempo de Broussais cuando trataba la inflamación, causa inicial de las enfermedades; racional hace pocos años cuando lavaba con suero artificial el organismo de los neumónicos yá saturado de cloruros. Como se ignoraban los peligros de la retención clorúrica no podían preverse los accidentes debidos á tal práctica. En la medicina china, fija desde hace muchos años en sus conocimientos adquiridos, es la acupuntura un proceder terapéutico aplicado en nombre de la razón. Para los chinos la economía tiene doce manantiales de vida, asientos del "húmedo radical" y del "color vital". Estas doce fuentes están reunidas por doce conductos de transmisión: los Kings. Para modificar la enfermedad era lógico obrar sobre esos conductos y el número de puntos del cuerpo por donde la acupuntura puede penetrar en ellos es de 388.

La razón le encuentra siempre explicación á todo hasta á lo más absurdo y nocivo. "La lógica á veces engendra monstruos" dice el Sr. de Poincaré. No nos hagamos ilusiones. Lo que á nosotros nos parece racional es irracional para nuestros sucesores. Basta un hecho nuevo cualquiera para variar los términos de los problemas médicos.

¿Quién habría sospechado en tiempos pasados las conexiones de la osteomielitis con el forúnculo? ¿Quién sabe si dos enfermedades que nos parecen en nombre de la razón totalmente diferentes, como el sarampión y la gota, no se reunirán más tarde con lazo racional?

Lo dicho basta para que os pongáis en guardia contra el racionalismo médico. Penetremos algo más en su esencia y examinemos de cerca sus ventajas y sus inconvenientes.

El racionalismo médico es amante de las teorías. Estas pueden ser útiles cuando encierran verdades.

"Un día nacen las teorías, al día siguiente están de moda, pasado otro día yá son clásicas, después se tornan antiguallas y se olvidan. Pero si se las mira de cerca, se observa que lo que así cae son propiamente las teorías en cuanto pretenden explicarnos lo que son las cosas, sobreviviendo algo de ellas. Si alguna teoría nos revela una relación verdadera, esta relación queda definitivamente adquirida y se la encuentra de un modo disimulado en otras teorías que vendrán después á reinar". El racionalismo se ocupa poco de los resultados. Ama la ciencia por la ciencia misma, lo que no debe menospreciarse en un siglo de utilitarismo práctico como el nuestro. Sólo se cree en la verdad científica. Es la doctrina oficial, la doctrina clásica.

Al lado de estas ventajas relativas, el racionalismo médico tiene varios inconvenientes. Confiando en sí mismo,

pues que es la verdad, no da impulso ni al esfuerzo ni á la acción. Y desde que se la vea de cerca y se atreva uno á tocar el dogma, pueden perderse las ilusiones y á menudo caen con estrépito. Ved si no lo que ha pasado con la afasia. La localización de la afasia motora en la circunvolución de Broca nos pareció la base de la neurología. Fue consagrada con la autoridad de Charcot. Nunca supusimos que los tres cerebros que sirvieron de base á la concepción de Broca estuvieran intactos en sus bocales en el museo Dupuytren. Y sin embargo de eso, el Sr. Eugenio Dupuy en diversas publicaciones inglesas combatió la opinión de Broca. Yá mi maestro, el Profesor Dieulafoy, había demostrado que las localizaciones cerebrales no eran absolutas. Se necesitó que un observador de primer orden, á quien se debe el tipo clínico de la acromegalia, al Sr. Pierre-Marie, después de diez años de examen minucioso de los hechos, diese el golpe decisivo á la doctrina de Broca.

"Tál es, dice él, la concepción de la afasia á la cual fué conducido por hechos observados sin idea preconcebida, sin intervención de hipótesis alguna. Por diferente que ella sea de la doctrina clásica, tengo la convicción de que es la verdadera. En verdad, la divisa de Montaigne: '*¿Que sais-je?*' debe ponerla en práctica cada cuál; pero cuando se trata de *dogmas*, de cualquier clase que sean, establecidos ó transmitidos por los hombres que nos han precedido, no es justo aplicarla á estos hombres, como nosotros falibles é ignorantes y preguntarse '*¿Qu'en savent ils?*'" La histeria, que parecía sólidamente cimentada, se ha desmoronado en manos del Sr. Babinski.

Peter había observado algunos casos de accidentes grávido-cardíacos de la preñez. Generalizando luégo formuló la famosa ley draconiana: "Joven, prohibición de matrimonio; casada, prohibición de embarazo; madre, prohibición de lactancia." Durante mucho tiempo, cuando alguna desdichada había infringido esa ley, temblada durante su embarazo y se sorprendía uno de verla parir naturalmente. Hoy no se prohíbe el matrimonio á los cardíacos: se hacen retriaciones.

Los trabajos sobre el retardo de la nutrición habían permitido afirmar que ésta se retardaba en las mujeres encinta y se temían en ellas los accidentes grávidicos de la autointoxicación. Diez años de notables y pacientes estudios de mi maestro el Profesor Bar, nos demostraron que no hay tál. Cuando las madres y los fetos están sanos, lejos de ser perjudicial para las madres el embarazo, les es ventajoso. "La madre sana, con uno ó varios fetos sanos, saca provecho de su gestación."

El peligro del racionalismo, nefasto en medicina, es mayor en la terapéutica. La terapéutica es invadida por las teorías con detrimento de los enfermos. A la terapéutica sintomática se opone la terapéutica patogénica. Como la patogenia del mayor número de las enfermedades se ignora aún, la terapéutica sigue la fortuna de las teorías médicas y asistimos á una verdadera ataxia terapéutica racionalista. Cada año se hallan malísimas las medicaciones que se reputaban excelentes los años precedentes. Año por año se rehabilitan medicaciones olvidadas. Año por año, en nombre de las teorías reinantes, prométemos la curación de este ó el otro azote y la promesa no tiene cumplimiento. El cúmulo de decepciones lleva á los médicos al escepticismo y á la inacción. La terapéutica es abandonada y desdeñada. Sólo es cultivada por algunos espíritus que insisten en creer que el papel del médico no está en cruzarse de brazos dejando á los enfermos en poder de los charlatanes que saben aplicar esta máxima de La Rochefoucauld: "La esperanza, por engañosa que sea, sirve por lo menos para llevarnos por un camino agradable al fin de la vida." El racionalismo médico conduce, pues, directamente al nihilismo terapéutico.

¿ Por qué, señores, tiene tantos inconvenientes el racionalismo médico ? Porque *quiere saber* lo que todavía no es posible explicar. Nosotros los médicos nos asustamos de lo poco que sabemos y por ello nos sentimos desolados.

Cuando bajamos al fondo de nuestra conciencia reconocemos que ignoramos la mayor parte de las cosas de que hablamos. Nos pagamos de las palabras: mientras más altisonantes son éstas, mayor es nuestra ignorancia. Tenemos gran dificultad en conocer cuándo comienza la tuberculosis. Ignoramos casi toda la fisiología y sin embargo algunos no hablan sino de metabolismo celular. "Siempre he observado, dice el Sr. Bourget, que cuando hay necesidad de invocar el metabolismo, es decir, el conjunto de cambios biológicos ó químicos que se efectúan en el seno del organismo, la cosa no quedaba clara, sino por el contrario; vagar y estar ciertos que entramos en pleno dominio de la fantasía". Sabemos poco: hé ahí la verdad. No es culpa nuestra. Depende esto de la impotencia de nuestros medios de investigación. Pero tengamos por lo menos la franqueza y el valor de reconocerlo.

El Sr. H. Poincaré no ha temido confesarlo. El ha demostrado que en las ciencias consideradas como más exactas, nada hay de absoluto. "La ciencia es un sistema de relaciones". ¿ Queréis un ejemplo de la ausencia de lo abso-

luto en las cosas más simples? Lo presto también á Poincaré.

“Estoy—dice él—en un punto determinado de París, en la plaza del Panteón, por ejemplo, y yo digo: mañana volveré aquí. Si se me pregunta: ¿creéis que volveréis al mismo punto del espacio?, yo pienso que respondería: sí; y sin embargo, no habría razón para ello puesto que de hoy á mañana la tierra se habrá movido llevándose consigo la plaza del Panteón más de dos millones de kilómetros. Y si quisiera precisar eso, con ello nada ganaría, porque esos dos millones los ha recorrido la tierra en su movimiento con relación al sol y éste se ha movido con relación á la vía láctea, que también se mueve sin que sepamos con qué velocidad. De modo es que ignoramos ó ignoraremos siempre cuánto se traslada cada día la plaza del Panteón.”

Señores, el Sr. Poincaré nos ha prestado un enorme servicio demostrándonos que las ciencias exactas reposan, en su mayor parte, sobre hipótesis, y que ellas no pueden aclarar bien sino verdades relativas. Ignorando la esencia misma de los fenómenos no conocen ellas sino la relación de éstos entre sí. Lo que no impide que la ciencia haga, aun con verdades relativas, constantes progresos cuya importancia en la vida práctica apreciamos todos los días. Por esto ha habido contra el racionalismo, en filosofía y en ciencia, una reacción que ha determinado el pragmatismo.

Pragmatismo, voz griega que significa hecho, acto, acción, es la evidenciación de los hechos, los resultados de la vida práctica, de la experiencia y de la acción. En otro lugar he explicado los principios del pragmatismo. No los tocaré hoy. Es precisamente lo opuesto al racionalismo. Conoce él lo incierto de la medicina y sólo le pide lo que pueda darle. La medicina no conocerá la esencia de las cosas en muchos años, en siglos, quizá nunca. Entre tanto debe obrar con sus imperfectos medios. Debe investigar siempre comparando los resultados que obtenga. El pragmatismo comprende toda la fuerza de un hecho bien observado, sobre todo si se trata de un hecho simple “bien rendidor” (H. Poincaré). Obra sin idea preconcebida, sin determinación tomada, con espíritu independiente. Si alguna vez se sirve de una teoría es para evidenciar nuevos hechos, pero considerándola como un medio, no como fin. Por ello la medicina le debe al pragmatismo resultados prácticos durables. Mi colega y amigo el Sr. F. Widal nos ha suministrado el serodiagnóstico, el citodiagnóstico

y la decoloración, sin hacer uso de teorías, por examen sencillo y genial de hechos. La opoterapia, la vacuna, la digital, el salicilato de soda, la aspirina, la antipirina, el radio-diagnóstico, la radioterapia, &c., son hijos del pragmatismo. En terapéutica, los pragmatistas prescindían de la medicación patogénica cuando ignoran la patogenia de la enfermedad; pero no cruzan los brazos delante de los enfermos. Hacen la medicación sintomática si la creen útil, siguiendo las indicaciones terapéuticas individualizadas con sumo cuidado en cada caso, y consiguen el alivio de los pacientes con mil pequeños medios y una bien dirigida psicoterapia. Conocen el valor de la esperanza y consiguen buenos éxitos donde otros han encallado. En una palabra, el pragmatismo es un positivismo utilitario. No excluye el raciocinio. No niega el determinismo de los fenómenos. Ejercita sobre hechos bien observados la lógica del sentido común. Como me lo decía uno de nuestros cofrades "el hecho es la materia, el razonamiento es el útil". El pragmatismo trabaja en una buena materia con un buen útil. Juzgando hechos, jamás se pierde en la metafísica transcendente de los teóricos y el resultado práctico le da la razón.

Señores, entre estas dos tendencias tan distintas del espíritu, entre el racionalismo y el pragmatismo, ¿dónde está la verdad? ¿Cuál de los dos métodos puede asegurar mejor el progreso de la medicina? El pragmatismo es menos deslumbrante que el racionalismo, pero es menos peligroso y es el que ha dicho siempre la última palabra. Por otra parte, la medicina si es pragmática no puede comprenderse y frecuentemente es pragmática sin saberlo. En veces se pasa del racionalismo al pragmatismo. Uno de los más bellos ejemplos de esta verdad nos lo ha dado el serodiagnóstico de la sífilis con la reacción de Wassermann, es decir, con la fijación del complemento. Sabéis que este método, análogo al de los Sres. Bordet y Gengou, permite, en los sífilíticos, revelar los anticuerpos y los antígenos, poniendo fuera de acción el complemento en un sistema hemolítico dado. Como antígeno, á falta de un cultivo puro de treponemas, Wassermann utilizaba extractos de hígado de sífilíticos hereditarios ricos en espirochaetos. La reacción era siempre positiva en los casos de sífilis. Pero se observó que idénticos resultados se obtenían con extractos de hígados desprovistos de treponemas, y aun se pudo hacer el serodiagnóstico de la sífilis con lecitina pura, con sales biliares, con glicocolato de sodio, con colestestina y con oleato de sodio. El serodiagnóstico de la sífilis subsiste, su valor práctico es considerable, pero las

ideas teóricas que hizo concebir son falsas. Es yá una reacción pragmática: de teórica ha venido á ser empírica.

Señores, acabo de pronunciar una palabra, el *empirismo*, del cual hablamos siempre con desprecio. Empirismo, empírico, son términos que nos horrorizan. ¿Por qué? Porque representan para nosotros la ignorancia y la falta de razonamiento. Empero, debemos ampliar su significado. Empirismo es la experiencia de las cosas y nadie puede negar que ésta sea útil al médico. La experiencia de las cosas puede ser personal, por esto hay todavía tanto arte en la medicina, sobre todo en el diagnóstico, en el cual "el papel personal del médico es enorme". Puede aquélla adquirirse por tradición y trabajos anteriores, pues el empirismo ha precedido al estudio científico de la medicina. Hoy es indispensable en el ejercicio de la medicina ligar el factor personal del médico con el factor impersonal que da la ciencia. Es ella quien nos ha dado métodos capaces de acercarse más á la verdad. En una palabra, en medicina no puede existir el progreso sino con el *empirismo científico*. Es, á pesar de la aparente contradicción de estos dos términos, el empirismo el que hace uso de todos los medios científicos de que dispone la medicina.

En el empirismo científico, lo empírico es la observación de los hechos, la clínica, cuyo edificio ha sido creado por nuestros predecesores. La ciencia avanza día por día. Aplicamos á la medicina los datos de la química, de la física, de la química física, los de la biología, &c. Tenemos cada día nuevos medios de exploración. Pero no podemos pedirle más datos que los que ellos pueden darnos y pueden comprobarse por la clínica.

Considerad lo que es actualmente la sífilis, y veréis en ella un bello ejemplo de empirismo científico. Debemos al empirismo la clínica de la sífilis por los notables trabajos de Bassereau, de Ricord, y de Fournier. Sin conocer el agente de la enfermedad, la clínica ha determinado toda su evolución y todas sus formas morbosas. El empirismo nos dio el tratamiento por el mercurio y el yoduro. Luégo el período científico ha venido y se ha reproducido experimentalmente la sífilis; se ha descubierto el parásito infectante y se le ha hallado en las lesiones. Merced al serodiagnóstico de Wassermann se han podido averiguar las sífilis aun cuando el enfermo no tenga manifestaciones visibles. Con todo, este período no debe olvidarse del que le ha precedido. Con razón Metchnikoff, ha dicho: "La sífilografía, hasta entonces ciencia puramente clínica, es yá ciencia de laboratorio en que el diagnóstico pue-

de hacerse sin ver al enfermo con el simple examen de las secreciones morbosas ó de su suero sanguíneo". Tal diagnóstico será exacto, pero incompleto. Las bases del pronóstico y del tratamiento no pueden sentarse sólidamente sino con el examen de las formas clínicas morbosas.

Señores, para terminar esta conferencia, podemos decir que para que la medicina haga progresos reales se necesita de la observación clínica y de la ciencia. Tan imposible es concebir la medicina sin ciencia, como la medicina puramente científica sin la observación clínica. Así entendida, unidas la observación, la experiencia y la ciencia, no tendrá el peligro de extraviarse en la investigación de la verdad; no se perderá en las tinieblas donde tantas veces se ha perdido. El escepticismo y el pesimismo actuales desaparecerán para ser reemplazados por una fe ardiente en el descubrimiento de nuevos métodos capaces de disminuir más aún los sufrimientos del hombre.

Journal des Praticiens, número 4.—1909.

ACLIMATACION

DR. J. B. LONDOÑO.

Aclimatarse es, según el Diccionario de la Academia, "hacer que se acostumbre un sér orgánico á clima de diferente temperatura y condiciones que el que le era habitual."

La aclimatación para los vegetales consiste en darles el calor, la humedad y el alimento que tiene el sitio en donde crecen espontáneamente.

Se ha dicho que "los hombres que abandonan su lugar natal pueden asimilarse á vegetales trasladados del clima en que han nacido y crecido naturalmente, á otro en donde no pueden ser conservados y aclimatados sino á fuerza de cuidados." Lind.

Rigurosamente hablando no puede hacerse esta asimilación. Pero la verdad es que mientras el hombre conserve en buen estado las funciones vegetativas, su aclimatación está hecha, puede decirse así, porque la buena marcha de estas funciones es garantía de la buena marcha de las demás. Alimentarse y digerir bien, absorber los alimentos digeridos y hacerlos circular, oxigenar y quemarse ó modificarse pa-

ra producir el calor y movimiento animales, es lo que se ha llamado vida vegetativa.

La aclimatación para los hombres comprende mucho más que eso, á saber: ejecución normal, sin fatiga ni esfuerzo, de los actos de la vida orgánica, y ejecución fácil sin cansancio ni esfuerzo de las funciones de la vida de relación, comprendiendo entre éstas las de orden psíquico. En una palabra, ejecución fácil, esto es, sin esfuerzo ni fatiga, del trabajo físico é intelectual en el clima que se habite, sean cuales fueren las condiciones de este clima.

PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDA LA ACLIMATACIÓN DEL HOMBRE SANO.

Para que el cuerpo humano funcione convenientemente, debe hacer su trabajo reflejo y automático, si se trata de las funciones de la vida vegetativa y animal propiamente dicha, sin que el individuo se dé cuenta de ello, es decir, sin sentir el mecanismo ó actos de ese trabajo. Para que tal cosa suceda, los centros nerviosos superiores no deben influir voluntaria y directamente sobre los centros del sistema medular ó ganglionar ó simpático, á cuyo cargo están esas funciones ni apercibirse de su funcionamiento.

Por ejemplo: los movimientos vermiculares de las paredes del estómago y los intestinos, los del tejido bronquio-pulmonar, los del corazón central y del periférico ó vascular, se ejecutan con cierto ritmo y facilidad, sin que en ello tenga que intervenir el cerebro, ó mejor dicho, la voluntad.

Estas funciones vegetativas ó puramente animales poseen un aparato nervioso, el cual está dotado de un poder de acomodación ó adaptación al medio, que conviene nos detengamos á examinar bien, porque él nos dará la explicación de los fenómenos que estudiamos.

Examinemos, por ejemplo, la acomodación del corazón. Este órgano en un peón acostado bate con mucha suavidad porque el impulso que ha de darle á la corriente sanguínea no tiene que ser muy recio, puesto que la sangre se mueve en un aparato colocado en un plano horizontal; cuando el peón se sienta,

yá la fuerza de impulsión tiene que ser mayor para que la sangre que va á la cabeza suba, y lo mismo la que viene de los pies; en mayor grado pasa esto si el peón se pone de pie, y cuando camina, corre, trepa alturas, &c. Para vencer todas las resistencias que se le presentan en estos casos, el corazón va ejecutando su trabajo por mecanismo reflejo y automático de una manera gradual, proporcionada á la resistencia.

Este mecanismo es exactamente igual en el esfuerzo y en los casos de enfermedades valvulares del corazón. En el caso de que el corazón tenga qué trabajar continuamente con esfuerzo, adquiere mayor volumen, se hipertrofia, siempre según el mismo proceso.

Tal propiedad se llama *acomodación*. La acomodación es, pues, la facultad que tiene un órgano de adaptar el trabajo á la resistencia que debe vencer. Naturalmente es por medio de un funcionamiento hecho de una manera gradual y en un tiempo bastante largo, es decir, de un *aprendizaje*, como el órgano *se educa*, esto es adquiere en mayor grado esa facultad de acomodación, cual sucede, verbí gracia, á los gimnastas y acróbatas, y á los peones que trepan nuestras montañas con un enorme peso á la espalda, sin sentir la menor fatiga en el corazón; á los peones de barra y hacha, quienes por la noche cuando mucho se quejan de frío porque la evaporación del sudor les ha quitado calor y nada más.

Pues bien: un órgano que por medio de una bien dirigida educación, con el trabajo ha ejercitado esa fuerza de acomodación que virtualmente posee, puede aclimatarse fácilmente, ó por mejor decir, permite á quien lo posee, aclimatarse. Por esto todo montañés necesita estar educado para subir y bajar las montañas de su país natal.

Lo que se dice del corazón central se puede decir del periférico, el cual está formado por la red capilar y por todos los músculos del cuerpo.

Del propio modo que por el ejercicio gradual el corazón despliega las energías que potencialmente posee, asimismo los músculos respiratorios ó que mueven la caja torácica, van acomodándose al trabajo del

corazón, y la respiración se hace en armonía con la circulación. Y como todas las funciones orgánicas son solidarias, igual cosa pasará á la termogénesis, que es, con el movimiento, la resultante apreciable de todas ellas.

Los centros medulares, bulbares y cerebrales que presiden la nutrición de los músculos (centros tróficos) y los de la regulación termogénica, de un modo reflejo ó automático, también hacen producir y distribuyen el calor, gradualmente, por el cuerpo, en relación con el trabajo muscular producido.

Cuando el trabajo muscular voluntario no es bien hecho ó es mal conducido, por falta de educación en el músculo que trabaja, se produce un exceso de calor, y viene la fatiga ó el cansancio: no hay acomodación; sobra calor, hay agotamiento general y perturbación de las funciones respiratorias y circulatorias. El hábito, que es la repetición de un mismo acto, educa el músculo, y el músculo educado, no se fatiga sino excepcionalmente. Un artesano hábil trabaja mucho y no se cansa; un aprendiz trabaja poco y se cansa pronto.

Para que el organismo funcione regularmente es indispensable que no falte el motor. El motor fisiológico es el alimento. De suerte que la clave de la aclimatación debe decirse que está en la alimentación; luego comer bien, en el sentido que el fisiólogo y el higienista dan á esta expresión, es el principio fundamental de la aclimatación.

De la misma manera que una planta no prospera si no encuentra en la tierra en que se siembra el alimento que necesita, y no halla éste en condiciones de ser absorbido, y luego asimilado, del propio modo, el hombre no está bien, ó no podrá vivir donde no encuentra buena alimentación.

Expliquémonos. Por buena alimentación se comprende: alimentos que no hayan sufrido alteración ni adulteración; alimentos bien preparados antes de servirse á la mesa, y bien masticados é insalivados para tragarlos; alimentos bien digeridos, pues el "hombre no vive de lo que ingiere, sino de lo que digiere", y por último, alimentos de toda especie y calidad, en

cantidad proporcionada á la naturaleza del clima y á las condiciones generales de vida de cada individuo, para lo cual deben tenerse presentes las leyes fundamentales de la química biológica y los conocimientos prácticos de los individuos yá aclimatados.

Un individuo bien alimentado lleva á su sangre los elementos que ésta necesita para reparar las pérdidas que ella haya sufrido. Las pérdidas han de variar según la hora del día, según el día, la estación, los hábitos sedentarios ó de trabajo activo, la naturaleza de éste, y según el clima. La alimentación bien dirigida es, digámoslo una vez más, la base de la aclimatación: "Díme qué comes y te diré quién eres", decía Rochard; dime qué comes y te diré si te aclimatas, decimos nosotros.

Por tanto, la buena capacidad digestiva ó la aptitud para digerir bien una cantidad suficiente de alimentos, sin que el estómago sufra, es condición *sine qua non* de la aclimatación.

Como la capacidad digestiva de los estómagos varía según la naturaleza de la alimentación y los hábitos adquiridos, y sufre variación bajo la influencia del clima, quien pretenda cambiar de clima debe prepararse de dos modos, á saber: enseñando primero su estómago á digerir toda clase de alimentos, (asunto de educación de grande importancia, que puede lograrse perfectamente), y en segundo lugar, si no soporta alimentos, debe procurárselos como los acepta mejor su estómago, variando las cantidades científicas y razonadamente, pecando más bien por defecto que por exceso.

Queda dicho, desde luego, que el poder de adaptación que tienen los órganos que están bajo la dependencia de centros nerviosos de la vida animal, por estar subordinado al funcionamiento normal del estómago, cuyo acomodo ó adaptación es dirigido por el hombre racional, que la aclimatación se hace en el hombre, en rigor, como en las *plantas que se cultivan científicamente*.

No hay qué perder de vista el que además del trabajo mecánico que el hombre como cualquiera otro animal ejecuta, tiene un trabajo de orden superior,

el intelectual, para hacer el cual necesita un medio adecuado; familia, amigos, libros, &c., que no le impidan dar buenos frutos, ó que por lo menos no le induzcan á producirlos dañados: *Mens sana in corpora sana*: ese debe ser el estado habitual del individuo, sea cual fuere el clima que habite.

Por regla general, una buena alimentación y una digestión perfecta mantienen no sólo el cuerpo en buena salud, sino también el espíritu en perfecto equilibrio, pues el conocimiento consciente del buen estado de la salud del cuerpo, redundando en provecho del espíritu; y cuando, por el contrario, hay conciencia de un mal estado físico, el espíritu se conturba y desequilibra. La nostalgia, los estados neurasténicos originados por los pesares y penas morales, tan frecuentes en los que han variado de suelo, perturbando las funciones digestivas, la nutrición y demás funciones puramente orgánicas.

LOS COLONOS ANTIOQUEÑOS

DR. J. B. LONDOÑO.

De Antioquia como de todas las partes del mundo salen dos clases de colonos: unos con recursos para establecerse en otra región, y otros desprovistos de casi todo lo necesario para ello.

Van los primeros talvez por atavismo á semejanza de los primitivos colonos españoles, en persecución de una mejor suerte, á establecer casas de comercio ó fincas rurales en el Cauca, Tolima ó Cundinamarca; van los otros huyendo de los acreedores y del hambre á pedirle á las tierras vírgenes y feraces de aquellos Departamentos lo que no han podido obtener de esta estéril tierra antioqueña.

A todos los mueve el deseo innato en el hombre de mejorar su suerte y la de su familia, á la cual, el antioqueño, con excepciones que son raras en las clases sociales elevadas, pero frecuentes en las demás, consagra todos sus cuidados y desvelos.

Con frecuencia se ve en Antioquia padres de una numerosa familia (6 á 12 niños casi todos ó todos impúberes) levantar el campo, en donde no dejan ninguna propiedad porque "ya es ajena la casa paternal", para salir, atraídos por la fama de algunas tierras, en busca de un pan ganado con menor esfuerzo y una propiedad, siquiera sea un cortijo de pocas cuadras, en una tierra en donde no haya tanto egoísmo como suele haber en los propietarios de tierras por acá.

Aquella familia emprende el éxodo llevando por todo capital unos cuantos pesos p. m., es decir *centavos, oro*: el varón lleva á la espalda un niño y el morral con unas pocas prendas de vestido; la esposa lleva en los brazos el último vástago, mamando todavía; los demás niños van á pie.

La generosidad de los habitantes pobres de Antioquia es proverbial; sin ella sería imposible el viaje de estos colonos: los pobres habitantes del camino les ayudan mucho.

Llegado que han al pueblo á donde se dirigen averiguan por los campos que pueden ocupar y van á ellos llevando un bastimento pobre y en un sitio, generalmente á la vera de un camino, hacen el rancho [1] y acomodan la familia; luego, trabajando unos días á jornal y otros en un baldío, forman la *roza* que más tarde servirá de dehesa á la vaca de leche; y lentamente van aumentando su propiedad.

Si la tierra elegida les ha salido buena y la suerte les ha favorecido, se establecen allí definitivamente; y si nó, continúan su marcha en busca de otra mejor.

¿Cómo es posible que esta pobre gente no muera toda en tan difíciles circunstancias, de hambre ó bajo la influencia del clima?

Desde luego advertiremos que sin escopeta y pertrechos no entran los antioqueños al monte; y tiro hecho por un montañés equivale á carne en la cocina.

Han llevado del mercado maíz, frísoles, panela y sal. Unas pocas aves del corral que no les faltan dan los huevos; y las frutas silvestres y la miel de *pegadilla*, completan la comida de los niños.

La bitoria ó calabaza, la zapaya, ó *cidrayota*, la uyama, el frísol de árbol ó el de enredadera, el tomate, la mafafa, la batata, la arracacha, la yuca y el ají, la col y la cebolla se ven aparecer por detrás de la cocina en una huerta improvisada que queda á cargo de la esposa y de los niños.

Tres á seis meses después yá hay maíz *chócolo* y frísoles verdes, y cuando se ha logrado una buena cosecha, el hambre se ahuyenta del hogar. Los niños acompañan al trabajo á su padre; las niñas á su madre. Seis años más tarde estos colonos yá visten bien, y tienen una casita regular rodeada de una buena huerta.

No le teme el colono antioqueño al hambre sino al clima. Le huye á las tierras calientes, porque si para él es cosa cierta que en ellas se consigue más pronto qué comer, también lo es que las enfermedades aminoran los días de trabajo y con frecuencia la muerte acaba con la minúscula y pobre colonia.

Por eso el antioqueño pobre *habita siempre las cuchillas*, ó climas templados ó fríos.

Ocupa las cuchillas ó lomos de las cordilleras porque allí hay mejor piso para la casa y mejor aire, y es más fácil hacer en ellas un *abierto*; y para quedar á la vera del camino, pues casi todos los caminos en Antioquia van por las cuchillas en los campos todavía incultos. Prefiere los climas templados y fríos porque en ellos la familia se desarrolla mejor.

Esto explica por qué en Antioquia están abandonadas las regiones calientes y por qué la emigración antioqueña se extiende en el Cauca y el Tolima por la región montañosa y fría.

El instinto de conservación ha guiado á los briosos trabajadores antioqueños.

Tres cosas llaman la atención del viajero que recorre las comarcas habitadas por colonos antioqueños, á saber: su bien constituido hogar aun entre la gente de las clases sociales más ínfimas; su actividad y vigor físico para toda clase de labores, especialmente campestres, y la alimentación sana y frugal.

Un hogar bien constituido es prenda de felicidad para todo hombre, y, como la dicha es siempre cosa relativa, puede asegurarse que hay pocas gentes que gocen más que los campesinos antioqueños cuando ven abundancia en la despensa, y en progreso su propiedad porque con ella aseguran el bienestar que desean á su familia. La religiosidad es virtud que corre pareja con la buena vida de hogar, y es ma-

[1] En un tambó ó casucha de estantillos, con zarzo para dormir y cuyo piso sirve de cocina, comedor y sala.

yor y más sincera en los habitantes del campo. El campesino ve á Dios por donde quiera que pasa y lo alaba y lo bendice.

Reza para que llueva, reza para que haga verano: en fin, á todas horas está orando porque "trabajar es orar".

No hay quizá en el mundo entero quién madrugue á cojer el trabajo como el campesino antioqueño y rara vez vuelve á la casa antes de ocultarse el sol.

En todas esas horas en que está el sol iluminando y fertilizando el campo, el labriego antioqueño está preparándolo con sus instrumentos de labor, y regándolo con el sudor de su rostro. No hay árbol, por corpulento y compacto que sea, que su hacha no abata, bosque espeso que no descenaje, animal bravío que no dome, ni fardo que no levante.

El antioqueño se habitúa á comer toda clase de alimentos; pero no se siente bien sino cuando toma la masamorra con panela y los frísoles con tocino ó carne de marrano y la arepa ó pan de maíz. Estos alimentos que para el estómago de nuestros montañeses no son pesados, le dan ese vigor físico de que antes hablábamos y constituyen para ellos en verdad, como lo cantó el sublime vate antioqueño, Gregorio Gutiérrez González, una trinidad bendita:

“¡ Salve frísoles, mazamorra, arepa!”

Completa la felicidad del campesino de Antioquia el aseo de su casa, de su persona, de la mujer y de sus hijos. Esto es en él característico. Encanta ver el orden y el aseo que mantienen las pobres gentes de los campos en sus viviendas. Prenda es esta segura de felicidad por cuanto lo es de salud.

El montañés antioqueño es un hombre muy distinto del artesano antioqueño que es anémico y menos virtuoso.