

COMENTARIOS A UNA TESIS DE GRADO

Dr. Camilo Gutiérrez.

Por una casualidad llegó a mis manos la Tesis que para optar el título de doctor en Medicina y Cirugía presentó al correspondiente Jurado Calificador el señor Aquilino Gaitán Mariño, con el nombre de "*Crítica a la campaña antileprosa en Colombia*", pero que más propiamente debiera llevar el de "Crítica a la organización de los lazaretos colombianos, en particular el de Agua de Dios", pues el panfleto se reduce a censurar varios aspectos de nuestras leproserías, que constituyen apenas un cortísimo capítulo de la gran obra de la lucha antileprosa en Colombia; y como el doctor Gaitán ejerció seis meses en Agua de Dios, enfila sus baterías contra este leprosorio quizá el único conocido por él.

Desvirtuado el cargo que hace a los médicos del leprocomio de Agua de Dios por retener en la leprosería a "sospechosos" que han sido enviados como enfermos por los médicos encargados de la lucha antileprosa en las provincias, haré un breve comentario a las "Conclusiones" que trae el capítulo XV de la Tesis.

Con mucha frecuencia llegan a las leproserías personas enviadas por los médicos de los Dispensarios Antileprosos, de las Unidades Sanitarias o por los Médicos Visitadores, con el diagnóstico de lepra y casi siempre con la advertencia de que son positivos en el moco o en la linfa, pero que sólo presentan síntomas clínicos sumamente discretos, no patognomónicos, de la enfermedad de Lázaro. Todo diagnóstico, y más si es de un especialista, debe respetarse por ética profesional y por simple precaución, pues es muy fácil que el equivocado no sea el que ha hecho el diagnóstico sino el que intenta rectificarlo sin estudio suficiente.

Por esta razón cuando llega una persona con diagnóstico de lepra hecho por algún médico oficial de provincia, si hay la más pequeña sospecha de que el diagnóstico sea correcto aunque bacteriológicamente se encuentre negativa, es dada de alta en *observación* por tres meses, durante los cuales debe ser observada por el médico correspondiente y presentada al final por él mismo a la Junta Médica, para que ésta decida si esa persona es enferma de lepra o no. En el primer caso se da de "*alta definitiva*".

tiva" y en el segundo, se pone en libertad por "Sanidad", nunca como curado social, como lo afirma el doctor Gaitán.

Es evidente que ha habido casos en que estos sospechosos permanecen en el leprosorio un tiempo largo como dados de "alta en observación", pero eso proviene de que en el curso de los tres meses reglamentarios el médico a quien corresponde el caso ha comprobado en él síntomas clínicos o bacteriológicos de lepra que lo han hecho olvidar de presentarlo a la Junta para que sea dado de "Alta definitiva"; con ésto no se perjudica al enfermo ni al tesoro público, pero sí se habría causado un gran mal a la sociedad si se hubiera rechazado cuando llegó porque no tenía sino síntomas muy discretos de lepra y era bacteriológicamente negativo.

Hay que tener en cuenta que una lesión leprosa inicial puede modificarse sustancialmente en pocos días por influencia del clima, la alimentación, etc., y que no en toda la superficie de la piel de los leprosos se encuentra el Bacillus Leprae; hay enfermos de lepra a quienes no se les encuentra bacilo sino en determinadas regiones de la piel, por ejemplo, en una oreja, de suerte que si se les toma linfa de un codo no se les encuentra el agente productor de la enfermedad.

Aclarado esto, quiero comentar ligeramente los tres primeros párrafos del capítulo XV, que son los únicos que algo tienen que ver con la parte científica de la Tesis. Para mayor claridad me permito copiar literalmente los párrafos en referencia: "La lepra pertenece a la familia de las fiebres eruptivas; tiene tres períodos: primero una fase inicial o de erupción con abundantes bacilos; segundo, una fase de transición o mixta, en que se van atenuando los elementos eruptivos y desapareciendo el bacilo, y, tercero, una fase de regresión o nerviosa, con ausencia total del bacilo de Hansen. Se diferencia de las fiebres eruptivas en la desesperante duración de su ciclo. Esa duración se debe, a la tendencia de los bacilos en unirse en células tan grandes (globi), que no permiten su salida al exterior, o que los órganos de eliminación están obstruidos. La terapéutica con respecto al bacilo exclusivamente, debe ser: disolver esas grandes células bacilíferas para impedir que se transformen en lesiones eruptivas y metastásicas y a procurar que las puertas de salida (emortarios), del organismo estén perfectamente abiertas".

No obstante que estos párrafos parecen un poco traídos de los cabelllos en las conclusiones de una Tesis escrita como crítica a la campaña antileprosa en Colombia, no puedo resistirme a comentarlos por la circunstancia de que están en tan absoluta oposición a lo que todos los autores extranjeros han dicho y escrito sobre lepra y a lo que los médicos colombianos que estuvieron más de seis meses en un lazareto han observado, visto y palpado acerca de la misma enfermedad, que no sería honrado dejar pasar en silencio los conceptos en ellos emitidos.

"La lepra pertenece a la familia de las fiebres eruptivas". Las fie-

bres eruptivas, cuyos tipos son el sarampión, la viruela, la varicela, el zona y para algunos la escarlatina, se caracterizan por su corta incubación (máxima para algunas de 15 días), la hipertermia durante el período de brote, su corta duración, su fácil contagiosidad y el desconocimiento de los agentes que las causan. (Hoy se atribuye el zona al estreptococo y se niega por muchos que éste sea el agente productor de la escarlatina).

El tiempo de incubación de la lepra es, hasta ahora desconocido pero en todo caso superior en muchos meses al de cualquiera de las fiebres eruptivas, pues hay autores que hablan de años. La fiebre en "la desesperante duración de su ciclo" no existe en la lepra sino en la época de la reacción leprosa o brote agudo, y ésto no en todos los leprosos; en cambio, nunca falta en el período de brote de las fiebres eruptivas.

La duración de la lepra es, generalmente, la de una vida, pues excepto algunos pocos casos descuidados de localización laringea y otros más escasos aún de lepra hipertéxica, todos los leprosos mueren de una enfermedad intercurrente; la escasa toxicidad del bacilo de Hansen permite que los leprosos, aun en estado avanzado de su enfermedad, puedan llevar la vida casi en las mismas condiciones de un sano. "La lepra, dice el doctor Muir, puede afectar la mayor parte de los órganos, pero son la piel y los nervios periféricos los más atacados por ella".

La contagiosidad de la lepra ya no es discutida por ninguna persona que tenga siquiera mediana idea de estas cuestiones, pues está admitido por todos los médicos que esta enfermedad es únicamente contagiosa, pero, afortunadamente, dentro de determinadas circunstancias y condiciones, es decir, que para hacerse leproso no basta un contagio accidental y pasajero con una persona atacada de esta enfermedad, como sí ocurre con cualquiera de las fiebres eruptivas.

Los agentes causales de las enfermedades eruptivas se desconocen en algunas con absoluta seguridad y en otras con poca seguridad; en cambio, desde 1873, año en el cual el doctor Armauer Hansen vio el primer bacilo coloreado por una solución de ácido ósmico, proveniente de nódulos cutáneos leprosos, y después cuando la coloración del bacilo tuberculoso por el doctor Roberto Koch aportó una gran ayuda al diagnóstico del bacilo de la lepra, está universalmente aceptado que el mycobacterium leprae es el agente causal de la enfermedad de Lázaro, por más que no cumpla por completo el postulado de Koch.

Por todo lo anterior se ve el abismo que separa la lepra de las fiebres eruptivas, hasta el punto de que aquella pertenece por sus principales características al dominio de la Dermatología y éstas entran en la categoría de las afecciones que estudia la Patología Interna.

"La lepra tiene tres períodos". En cuanto a los períodos de la lepra, considerada como fiebre eruptiva, también me parece que anda un poco errado el doctor Gaitán, pues confunde lamentablemente los períodos de la enfermedad con las formas de la misma. Toda fiebre eruptiva tiene

tres períodos: eruptivo, de estado y descamativo, y puede mostrarse bajo varias formas: abortiva, discreta, confluente, hemorrágica, etc. En cambio, la lepra no tiene períodos definidos y sólo presenta tres formas universalmente admitidas hoy: cutánea, mixta y nerviosa. La primera se caracteriza por sus manifestaciones cutáneas, es decir, manchas, infiltraciones y lepromas, con muy pocas o ninguna perturbaciones de la sensibilidad; la segunda es una forma intermedia entre la cutánea y la nerviosa pues al mismo tiempo que se encuentran en la piel signos de lepra en actividad como en la anterior, hay lesiones nerviosas más o menos marcadas tales como retracciones, atrofias musculares y anestesias. Es cierto que no pocas lepras de forma cutánea evolucionan hacia la nerviosa, pasando, naturalmente, por la forma intermedia o mixta, así como hay muchas de ellas que se curan como tales, es decir, sin sufrir modificación alguna. La tercera forma o nerviosa se presenta en muchas ocasiones de una vez (*d'embleé*), o es el resultado de una modificación de la cutánea. Ocurre también, aunque en más raros casos, que la forma nerviosa evoluciona hacia la cutánea, pasando por la forma intermedia o mixta, luego si esta última forma (nerviosa) es inicial o puede convertirse en cutánea, no es ni puede jamás ser "una fase de regresión" de la lepra o un período de curación de la misma, sino una forma de la enfermedad. Hablar de los tres períodos de la lepra—cutánea, mixta y nerviosa—sería decir lo mismo (guardadas proporciones) de la peste: bubónica, mixta y pulmonar, pues es bien conocido por todos que éstas son tres formas diferentes en síntomas, evolución y pronóstico, que afecta esta enfermedad.

En cuanto a la "desesperante duración del ciclo" de la lepra se debe a la tendencia del bacilo a unirse en células tan grandes (*globi*) que no pueden salir al exterior", tampoco estoy de acuerdo con el doctor Gaitán, pues nunca el *mycobacterium leprae* tiende a fusionarse para formar células más grandes. Lo que ocurre es que, según Muir, cuando las células endoteliales de los capilares reaccionan débilmente en presencia de los bacilos de Hansen, éstos las van llenando porque en lugar de destruirse se multiplican en su citoplasma; esas células se distienden gradualmente, se vacuolizan y mueren, y son las llamadas "células leprosas", bien conocidas por todos los leprólogos. En los nódulos y otras grandes lesiones, grupos de estas células se aprietan unos contra otros y forman masas más o menos uniformes de bacilos; de estas lesiones sería de donde, según el concepto del doctor Gaitán, podrían tal vez partir las metástasis, pues algunos bacilos quedan fuera de las células leprosas y son arrastrados por la corriente linfática. Los bacilos, repito, si bien se encuentran aislados, formando los célebres paquetes de tabaco o agrupados en *globi*, jamás se fusionan para formar células leprosas pues entonces dejarían de ser bacilos para convertirse en elementos celulares endoteliales, es decir, sufrirían una transmutación imposible.

En cuanto a la terapéutica "disolver esas grandes células bacilíferas"

tampoco puede enderezarse en este sentido, pues éllas no son sino una manera de reaccionar en presencia del bacilo; justamente debe dirigirse a impedir la formación de estos grandes elementos, que constituyen una reacción débil ante el ataque del agente microbiano, poniendo al organismo en las mejores condiciones para producir una fuerte reacción o defensa, mediante el buen funcionamiento de los emunctuorios, alimentación adecuada, higiene personal y el aceite de chaulmoogra o sus derivados, que, si no son específicos contra la lepra, por lo menos ocupan hasta ahora en todo el mundo el primer lugar en la terapéutica antileprosa.

Fdo. Dr. *Camilo Gutiérrez*.
Médico Director del Lazareto.

Aqua de Dios, Junio 28 de 1938.

