

Informe sobre la actividad del Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile en los años 1908 - 1909 ⁽²⁾

Una contribución a la patología humana comparada [] del profesor Dr. Westenhoeffer (sic) (3).*

En mi primer informe *Sobre la Enseñanza de la Anatomía Patológica y la instalación de un Instituto Patológico en la Universidad de Santiago de Chile* [**], había dado algunas indicaciones someras acerca del número de autopsias practicadas en el período comprendido entre abril y septiembre. Como es de comprender, de tan exiguo material de autopsias no era posible extraer conclusiones. Quisiera subsanar esta deficiencia mediante este nuevo informe, publicando la estadística de autopsias de los años 1908-1909 y las conclusiones que de ella se desprenden. Por su misma naturaleza, una estadística de esta índole, basada solamente sobre cadáveres obtenidos en un hospital, sólo puede ser empleada con mucha cautela en los aspectos de mortalidad general de la población pero, por lo menos, sirve de cierto punto de apoyo para posteriores investigaciones y constituye el comienzo de una estadística más ordenada de la mortalidad en Chile. Tal estadística no existe en forma satisfactoria hasta hoy día, debido a que los datos presentados a los Registros Civiles respectivos son completamente arbitrarios y en la gran mayoría de los casos no están garantizados por médicos o médicos que practiquen las autopsias. Se repite aquí, por

lo visto, algo parecido a lo que ha ocurrido en Alemania, es decir, que los trabajos iniciales de una estadística científica sobre las enfermedades y la mortalidad de la población se llevan a efecto en los hospitales.

No obstante, consideraría superfluo el presentar esta estadística a mis colegas alemanes si no tuviera la convicción de que ella presenta aspectos interesantes que difieren de las condiciones imperantes en Alemania, de modo que una comparación resulta provechosa además del hecho que se ofrecen nuevos puntos de vista para la explicación de más de un fenómeno patológico, que sólo pudieron ser obtenidos precisamente gracias a la comparación. Esta estadística representa, pues, un trozo de patología comparada humana. Además, esta estadística merece el calificativo de precisa —en contraposición a ciertos relatos médicos de viajes sobre enfermedades o sobre la frecuencia de las enfermedades en países extraños—, ya que se basa en material proveniente de autopsias, material de que disponen en muy escasas ocasiones los informantes médicos viajeros. Concuera, sí, con una relación de viaje en el sentido de que, para la mejor comprensión de los diferentes capítulos, me he visto obligado a intercalar relatos generales acerca de las condiciones higiénicas y manera de vivir de los chilenos.

La estadística comprende los años 1908 y 1909, de tal manera que no se consideran solamente las autopsias practicadas en cadáveres del Hospital San Vicente de Paul, en el cual se encuentran las clínicas universitarias con excepción de las maternidades, sino que todas las autopsias efectuadas por mí y por mis ayudantes en otros hospitales destinados exclusivamente a una categoría especial de enfermos. He reunido ambos años para aumentar el número total de autopsias y llegar así a conclusiones estadísticas más seguras.

El número de autopsias asciende en 1908 a 58 y en 1909 a 200.

El reducido número en el año 1908 que, no obstante, supera en mucho el número de autopsias anuales de mis predecesores, se explica por las di-

(1) Constituye este trabajo la tercera parte de la obra del profesor Hugo K. Sievers publicada con el título: *Max Westenhöfer* (1871-1957), en las ediciones N.º 112 y N.º 113 de los *Anales de la Universidad de Chile*. El informe del Dr. Westenhöfer ha sido traducido del publicado en *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1911, N.º 23-27. Bericht über des pathologischen Instituts der Universität Santiago de Chile in den Jahren 1908-1909. (Edit.: August Hirschwald, Berlín).

(2) Traducción del original por Elisabeth Sievers W.; revisión técnica, Hugo K. Sievers W. Las notas señaladas con asteriscos corresponden al texto original.

[*] El trabajo estaba ya terminado en junio del año pasado (1910), pero no pudo ser enviado debido a que se enfermó mi dactilógrafo y hubo que buscar un reemplazante.

(3) Ortografía del nombre que usó hasta 1913.

[**] En este mismo semanario. 1909, N.º 2.

ficultades para obtener cadáveres, circunstancia ya mencionada en mi primer informe, dificultades que hoy en día están casi completamente eliminadas.

Los cadáveres en los cuales se practicaron autopsias durante 1908 provienen del

Hospital Clínico San Vicente	50
Hospital de Mujeres San Borja	2
Hospital Mixto del Salvador	2
Hospital Mixto San Juan de Dios	1
Hospital de Niños	1
Privadamente	1

El número total de cadáveres del San Vicente en 1908 ascendía a 557 (número de camas 696), o sea, que se practicaron autopsias en un 8.99%.

De las autopsias en 200 cadáveres en 1909, éstos provienen del

Hospital Clínico San Vicente	177
Lazareto para enfermos de viruela San José	13
Hospital de Niños	4
Entregados por la Justicia	2
Privadamente	4

El número de cadáveres del San Vicente ascendía en ese mismo año a 671, o sea, que se practicaron autopsias en un 26.4%.

Se registra, por lo tanto, un adelanto satisfactorio en la práctica de autopsias. Las cifras se refieren principalmente a los meses de abril hasta diciembre, mientras que desde enero hasta marzo no se hizo absolutamente ninguna autopsia. Esto se debe en primer lugar a las calurosas vacaciones de verano y en segundo lugar a la falta de personal, la que, espero, no será tan notoria en los años venideros para poder efectuar, por lo menos, las autopsias más urgentes durante las vacaciones mediante la organización de un servicio permanente. El hecho de haber organizado yo en los hospitales más grandes de Santiago, y que seguiré organizando, servicios de prosectores, eliminará a los demás hospitales de las estadísticas del Instituto. Estos últimos deberán proceder paulatinamente a presentar estadísticas propias, lo que aumentará el número de autopsias y permitirá así una visión más completa de las principales enfermedades mortales. Esto tiene ya una gran importancia por el hecho de que el material recogido en diferentes hospitales en parte difiere totalmente. Lo que llamará inmediatamente la atención del lector de mi estadística es el hecho de que los casos, tanto de mujeres como de niños, son extraordinariamente escasos, que se menciona solamente a un recién nacido y que no aparece ningún lactante. Igualmente faltan enfermedades crónicas del sistema ner-

vioso central. Esto se debe a que el Hospital San Vicente, no obstante ser mixto, no alberga todas las mujeres enfermas, las que, generalmente son tratadas en el Hospital de Mujeres San Borja, donde se encuentra también la maternidad, mientras que en el Hospital San Vicente se dispone solamente de 115 camas, incluso las 40 camas de la clínica ginecológica. A esto se añade, que los niños menores de 15 años se reciben en el Hospital de Niños y que los que padecen de enfermedades nerviosas son hospitalizados en la Casa de Orates. Esto no va solamente en perjuicio de mi estadística, sino que también, hasta cierto punto, de la enseñanza clínica, por ejemplo, en la medicina infantil y muy especialmente en la enseñanza de anatomía patológica, a la que se escapa, por lo menos ahora, el material de estos hospitales, que, en parte, se encuentran a gran distancia.

Por las razones expuestas no estoy en situación de proporcionar indicaciones seguras sobre la frecuencia de enfermedades puerperales, enfermedades cerebrales y de la médula espinal, sobre la causa de la pavorosa mortalidad infantil aquí (¡casi un 40% en el primer año de vida!), sobre la frecuencia o la rareza de casos de raquitismo y sífilis congénita, etc. En los casos en que tales indicaciones me parecían necesarias, me he basado en comunicaciones de médicos acreditados y en la estadística del hospital a pesar de que ellas no pueden ser consideradas completamente inobjectables, pues, al menos según mi material, la mitad de los diagnósticos son errados o imprecisos.

De los 258 cadáveres sometidos a autopsia, corresponden al sexo masculino 223; y al sexo femenino, 35.

En cuanto a la edad, ésta no fué posible constatarla en 69 casos; en los casos restantes queda repartida como sigue:

Nacidos muertos	Masculino	Femenino	Suma (4)
1 — 10 años	—	1	1
10 — 20 "	10	8	18
20 — 30 "	8	3	11
30 — 40 "	32	4	36
40 — 50 "	29	4	33
50 — 60 "	38	1	39
60 — 70 "	21	3	24
70 — 80 "	14	3	17
80 — 90 "	5	—	5
90 — 100 "	2	—	2

(4) Nótese: sumados los casos detallados por edades, resulta un total de 187, sin embargo, se trata de 258 cadáveres autopsiados, de los cuales, en 69 no se establece edad, debían ser por tanto 189 y no 187; hay pues un error de dos.

Si al observar estas cifras dejamos de lado las correspondientes a los niños de 1 a 10 años, que se refieren en su mayor parte a casos especialmente escogidos de viruela, nuestra estadística de edad nos muestra proporciones muy parecidas como, por ejemplo, la estadística de Orth acerca del material de caráveres de la Charité de 1906 [*], con la sola diferencia que mis cifras correspondientes a la edad de 20-30 años son algo más altas que las del decenio siguiente de 30-40, mientras que el punto más alto de la curva, igual que en la estadística de Orth, cae sobre la edad de 40-50 años. Esta diferencia en las proporciones del decenio de 20-30 puede tener, pues, una causa especial, fundada en las condiciones de vida en este país. Se constata que ello es así al observar las causas de muerte en este período; figuran allí, en gran cantidad, lesiones de la más diversa naturaleza, que son aventajadas sólo en un pequeño porcentaje por los casos de tuberculosis pulmonar, los que en Alemania constituyen el principal contingente de enfermedades mortales en esta edad. Sin embargo, se añade a esto un índice de mortalidad muy alto debido a neumonías (no menos de 19 casos) y algunos casos de disentería, que en Alemania se cuentan entre las grandes excepciones.

La distribución de los casos entre los diferentes meses es la siguiente:

Verano	{	Enero	} meses de vacaciones	
		Febrero		
		Marzo		
Otoño	{	Abril		24
		Mayo		28
Invierno	{	Junio [**]		14
		Julio		36
		Agosto		41
Primavera	{	Septiembre [***]		15
		Octubre		29

[*] *Anales de la Charité*, año XXXII.

[**] El número reducido en junio se debe al cierre de la Escuela de Medicina durante un mes por orden del Presidente de la República, en vista de que los estudiantes habían obligado al Director de la Escuela a renunciar.

[***] El número reducido en el mes de septiembre se debe a las Fiestas Patrias durante las cuales todos los establecimientos de enseñanza permanecen cerrados por espacio de tres semanas.

Verano	{	Noviembre	37
		Diciembre	29

Al comparar estas cifras, tomando en cuenta las fuentes de errores ya señaladas, se ve que la diferencia entre los diferentes meses es insignificante; de todas maneras se observa que las cifras de agosto, es decir, del mes más crudo del invierno en este país, exceden todas las demás.

CAUSAS DE MUERTE

Como causa de la muerte se considera la enfermedad principal en cada caso, siempre que no se agregue casualmente una afección adicional que haya producido la muerte. Al concurrir dos o más enfermedades, se consideró causa de la muerte a aquella que parecía ser la más importante. Cada caso se cuenta solamente una vez. Para mejor comprensión desearía citar algunos ejemplos: Cuando una lesión tifoidea se perfora y el enfermo sucumbe a una peritonitis purulenta, coloco el caso bajo tifus y no bajo peritonitis; en los casos en que a una otitis crónica sigue una inflamación purulenta de las meninges o un absceso cerebral, que ocasiona la muerte del enfermo, yo coloco el caso bajo otitis; si a consecuencia de una herida en el abdomen, ya sea ésta a cuchillo o a bala, se produce una peritonitis purulenta, yo considero la herida causa de la muerte; indico una meningitis o una peritonitis como enfermedad mortal independiente sólo cuando no se puede constatar la aparición previa de otras enfermedades, pues la estadística debe, en lo posible, indicar en cada caso la causa de muerte o la enfermedad mortal de tal manera que se ofrezca un cuadro de las enfermedades del pueblo y sus causas, para así poder indicar el camino a seguir para prevenir y combatir estas enfermedades. Hice una excepción con aneurismas de la aorta y las afecciones de las válvulas de la aorta (*Aortenklappenfehler*), los que no he colocado bajo sífilis sino bajo las enfermedades del aparato circulatorio.

Hay que mencionar además que, últimamente y en vista de algunas observaciones interesantes, tratamos de constatar en cada autopsia, lo más precisamente posible, la nacionalidad y ascendencia, si netamente chileno o mezclada o netamente europea. Esto es, aparte de señales raciales físicas, especialmente importante para la cuestión de la frecuencia y de la naturaleza de la tuberculosis, la sífilis, las alteraciones del aparato circulatorio y del sistema nervioso central. Para la constatación de la ascendencia nos basta el nombre del padre y de la madre del muerto y algunas características físicas. En

esta oportunidad quisiera adelantar que el pueblo chileno es, de todos los pueblos sudamericanos, el de composición más pareja; pero que presenta divergencias en sí mismo. La llamada aristocracia, es decir, las familias adineradas de los hacendados tienen seguramente la sangre española más pura mezclada con otras europeas, por ejemplo, inglesa y alemana, pero seguramente también, según pruebas históricas, características físicas que en algunos casos denotan la presencia de sangre araucana. La clase media, muy reducida, presenta en forma ya más notoria la mezcla con sangre araucana; el roto, en cambio (en alemán: *Abgerissene, Verlumpte*), es decir, trabajadores, peones, etc., está tan impregnado de sangre araucana, que se hace a menudo difícil distinguirlo del araucano actual, principalmente en edad avanzada. Estos chilenos descienden en tal grado de la mezcla entre españoles y araucanos, que en el reducido número de los primeros españoles el aditamento cada vez mayor de sangre araucana ha cimentado en el tipo siempre más la raza araucano-mongólica que la raza blanca, prevaleciendo permanentemente la primera. Las características principales son: piel morena, cabellera negra, tiesa, muy abundante, escasa barba negra y tiesa, iris negro, pigmentación intensa de la córnea blanda, prolongación atávica del mesocéfalo, frecuente riñón lobulado (véase más adelante).

El desarrollo físico puede ser considerado excelente; figuras fuertes, de formación regular, de estatura algo menor que la mediana, y que no denotan deformaciones de ninguna especie debidas a raquitismo, manos y pies pequeños. Gracias a las características físicas sobresalientes heredadas de los bélicos y tenaces araucanos y de los conquistadores españoles, el chileno es uno de los mejores soldados del mundo, pero las mujeres, con razón, son célebres por su belleza y su porte.

Según su frecuencia, las causas de muerte se distribuyen como sigue:

1	Tuberculosis	59
	Pulmonar	45
	Urogenital	9
	General	3
	Empiema	1
	Intestinal (primaria)	1
2	Influjos mecánicos y térmicos, incluso envenenamientos	36
3	Perturbaciones de la circulación	27
	Fallas valvulares	14
	Aneurisma	5
	Esclerosis de las coronarias	2
	Embolia	2

	Ateromatosis	1
	Hipertrofia cardíaca idiopat.	1
4	Neumonía fibrinosa	19
5	Cáncer	17
6	Disentería	12
7	Viruela	12
8	Enfermedades renales	11
9	Bronquitis crónica, <i>Bronchiektasie</i> , enfisema, carnificación	9
10	Sepsis, piemia incluso endocarditis ulcerosa	8
11	Cistopielonefritis (primaria)	6
12	Otitis media	5
13	Tifus	4
14	Sífilis	3
15	Leucemia	3
16	Bronconeumonía	3
17	Equinococo	3
18	Tumores gástricos	3
19	Púrpura	2
20	Cirrosis hepática	2
21	Meningitis purulenta	2
22	Sarcoma	2
23	Teratoma del testículo	1
24	Difteria	1
25	Apendicitis	1
26	Gastroenteritis	1
27	Coproestasis y Peritonitis	1
28	Cholangitis purulenta	1
29	Anemia perniciosa	1
30	Myelomalacia	1
31	Pancreatitis crónica y necrosis del tejido graso	1

Total 258

Para la valorización y comparación de estas cifras con las condiciones alemanas, deseo dar a continuación, antes de entrar a comentar cada una de las principales enfermedades mortales, la estadística de Orth acerca de los cadáveres de la Charité del año 1906: se practicaron autopsias en 1,316 cadáveres, de los cuales 862 tenían más de 15 años de edad.

1	Tuberculosis	243
2	Cáncer	125
3	Infecciones:	
	a) puerperal	29
	b) postoperatoria	20
	c) umbilical	9
	d) endocard. ulcer. no puerperal	7
	e) otras	20

4	Sífilis congénita.	56
5	Bronquitis y bronconeumonía de los niños	49
6	Fallas de las válvulas cardíacas	47
7	Nefritis crónica	41
8	Arteriosclerosis	39
9	Neumonía fibrinosa	29
10	Enfermedades del músculo cardíaco	22
11	Glioma y gliosarcoma	19
12	Meningitis purulenta:	
	a) epidémica	5
	b) otógena	7
	c) otras	7
13	Lesiones	18
14	Enteritis de los niños	18
15	Cirrosis hepática	16
16	Erisipela	14
17	Marasmo senil	12
18	Escarlatina	11
19	Flemón	11
20	Cistopielonefritis	71
21	Eclampsia	11
22	Bronquitis crónica y enfisema	11
23	Sarcoma	10
24	Tifus	10
25	Difteria	10
26	Empiema de la pleura	9
27	Anemia sec.	9
28	Aneurisma	8
29	Tabes	8
30	Apendicitis	7
31	Sífilis en adultos	7
32	Absceso cerebral	6
33	Esclerosis múltiple	6
34	Ulcus ventriculi et duodeni	6
35	Envenenamientos	6
36	Diabetes mellitus	5
37	Parálisis progresiva	5
38	Diátesis hemorrágica	5
39	Anemia primaria	4
40	Derrame cerebral sin arteriosclerosis	4
41	Abortos	3
42	<i>Darmeinklemmung</i> (invagin. intestinal).	3
43	Osteomielitis	3
44	Tétano	3
45	Tumores cerebrales no gliomáticos	3
46	Cisticercos en el cerebro	3
47	Enfermedad de Basedow (<i>Morbus Basedowii</i>)	3
48	Fallas cardíacas congénitas	3
49	Encéfalomalacia embol.	3
50	Melanoma	3
51	Gangrena pulmonar	3
52	Leucemia	2

53	Lymphomas aleucémicos	2
54	Esclerosis cerebral difusa	2
55	Myeloma	1
56	Cistos renales congénitos	1
57	Opturación intestinal congénita	1
58	Estenosis congénita del píloro	1
59	Hidrocefalia congénita	1
60	Aplasia congénita pulmonar	1
61	Varicela	1
62	Poliomielitis anterior	1
63	Mielitis transversal	1
64	Enfermedad de Mueller-Barlow	1
65	Quemaduras	1
66	<i>Morbus Addisonii</i>	1
67	Pachymeningitis cervical hipertrófica	1
68	Trombosis de la vena Porta en el parto.	1
69	Torsión intestinal	1
70	Epitelioma fibroso de la laringe	1
71	Equinococus hepático	1

TUBERCULOSIS

La tuberculosis como causa de muerte se observó 59 veces en 238 cadáveres mayores de 15 años (57 veces = 24%). La estadística de Orth indica 200 casos entre 862 cadáveres mayores de 15 años = 23.2%, es decir, que el porcentaje es casi igual en ambas estadísticas.

Según la ubicación principal y el punto de partida principal, estos casos se distribuyen como sigue:

<i>Tuberculosis pulmonar</i>	45
de éstos con tuberculosis intestinal.	25
" " " a la laringe	7
" " " urogenital	2
" " " a las meninges	2
" " " al páncreas	1
" " " a la mucosa de la lengua	1
" " " general, en la mayoría de los casos tubercul. miliar	24
" " tubérculos conglomerados del bazo y el hígado	5
<i>Tuberculosis urogenital</i>	9
de éstos: primaria	6
" secundaria	2
" con foco pulmonar muy antiguo (2 veces más en tuberculosis pulmonar mortal)	1
" con tuberculosis miliar y meningitis.	1
" con tuberculosis del pulmón	1

<i>Tuberculosis general</i> (sin comprobación segura de su origen)	3
<i>Empiema tuberculoso</i>	1
<i>Tuberculosis intestinal primaria</i>	1

Según la edad la clasificación es la siguiente:

1 — 10 años	1
10 — 20 "	1
20 — 30 "	7
30 — 40 "	5
50 — 60 "	8
60 — 70 "	5
sin indicación de edad	12

En la estadística de Orth, la mayoría estaba en el tercer ó cuarto decenio de la vida. En el caso nuestro está, en cambio, especialmente representado el quinto decenio.

Tal como en Alemania, la tuberculosis pulmonar ocupa también aquí el primer lugar. Sin embargo, existe una diferencia considerable en la forma de esta tuberculosis. Entre los 45 casos de tuberculosis pulmonar que condujeron a la muerte, hay solamente 28, en los cuales un desarrollo crónico de la enfermedad se hacía suponer según el estado de los enfermos, pero faltan también en estos casos la inclinación general hacia un desarrollo de tejido conjuntivo y la formación de cavernas mayores. He podido guardar en el museo un solo caso en el cual la caverna ocupa tal vez la mitad del lóbulo superior de un solo pulmón. Diecisiete casos no presentan, en cambio, en absoluto, el cuadro de la tuberculosis crónica sino que la mayoría de ellos presenta neumonías caseosas confluentes y extensas, que en muchos casos han abarcado lóbulos enteros, de tal manera, que en el plano de corte, la neumonía gelatinosa da en cierto modo el fondo en el que se destacan claramente, dispersos y en parte confluentes en extensiones mayores o menores, los focos caseosos y los focos más pequeños de degeneración grasosa alveolar. En algunos de estos casos, las pleuras no presentan adherencias fibrosas y engrosamientos antiguos, sino que están meramente enturbiadas y, en parte, cubiertas de una capa fibrinosa finísima.

En algunos pulmones se observa un estado caseoso avanzado, de modo bien irregular, una vez en el vértice, una vez en la base, una vez en el centro del lóbulo, la formación de cavernas, frecuentemente en tal forma, que en las pequeñas cavernas se puede ver todavía el foco caseoso sequestrado. Las glándulas linfáticas presentan en la mayoría de estos casos fuerte hinchazón mieloide

fuera de caseosidad fresca, rara vez antiguas, presentan estados indurados o antiguas caseificaciones.

Para mí no cabe duda que, por lo menos en $\frac{1}{3}$ de los casos de tuberculosis pulmonar, se trata de casos bien agudos, como lo esperaríamos en personas que, al ser atacadas por la tuberculosis, no están inmunizadas en lo más mínimo por infecciones previas menos peligrosas. Esto aun cuando naturalmente no se excluye el hecho que, no obstante esta enfermedad aguda, haya habido, en uno u otro caso, enfermedades tuberculosas ya más antiguas en el pulmón, lo que se puede presumir especialmente en aquellos casos en que las pleuras y las glándulas linfáticas han presentado deformaciones antiguas de tejido conjuntivo. A pesar de todo, y como ya lo he acentuado, también en un gran número de autopsias no ha dejado de presentarse una formación de cavernas y la destrucción del tejido pulmonar, que no coinciden con el cuadro que generalmente relacionamos con la "tisis pulmonar". También el gran número de infecciones intestinales secundarias (más de la mitad de los casos), como también las demás numerosas propagaciones de bacilos tuberculosos, además el número relativamente alto de tubérculos conglomerados en los adultos, son circunstancias que igualmente hablan en favor de la suposición de que aquí han sido atacados individuos que estaban poco protegidos contra la infección tuberculosa y que, en muchas de estas personas, la tuberculosis se presentó como una forma de enfermedad infecciosa aguda, pero no en la forma de enfermedad lenta y crónica, como aparece de costumbre y más frecuentemente entre nosotros (en Alemania).

Esta idea encuentra un apoyo aún mayor al investigar cuántos de los cadáveres presentan indicios de tuberculosis fresca o antigua (curadas clínicamente). Se deduce, que fuera de los 59 casos mortales de tuberculosis se encontró en 27 casos tuberculosis en parte antigua y curada, en parte tuberculosis fresca y en proceso de desarrollo, es decir, entre 258 cadáveres se observaron indicios de tuberculosis 86 veces = 33,3%, es decir, una tercera parte de todos los cadáveres.

Aun cuando no necesitamos suponer que el 100% de los cadáveres europeos presenta indicios de tuberculosis, al contentarnos con sólo un 70 ó 80%, mi estadística demuestra claramente que las cifras constatadas en las instituciones anátomo-patológicas europeas exceden en más del doble las cifras de mi Instituto (confieso que en el comienzo de de mi actividad no se ponía mayor atención a estas cosas que la que comúnmente se presta en las autopsias, pero que, una vez que esta falta de fe-

nómenos tuberculosos en los cadáveres me llamó la atención, me dispuse yo mismo a estudiar intensamente este punto en cada autopsia). Lo que se siga investigando en relación con esta interesante materia será expuesto en los próximos informes anuales.

De esto se deduce que la tuberculosis es en Chile una enfermedad que, proporcionalmente, destruye tantas vidas humanas como en Europa pero que, al máximo, enferman de tuberculosis la mitad de las personas que en Europa, que en Chile la tuberculosis se presenta más bien como una especie de enfermedad infecciosa y que, por lo tanto, no existe probablemente en Chile desde hace mucho tiempo (en comparación con los países europeos) y que, por consiguiente, debe ser mucho más fácil combatirla que en Europa (en lo que se refiere a las circunstancias sanitarias véase más adelante). Esto concuerda también con el hecho de que en las autopsias no haya observado yo hasta ahora la forma torácica, que nosotros denominamos *Habitus phthisicus*.

Estos hechos hablan en favor de la idea modificada de von Behring, que últimamente adquiere más y más adeptos, es decir, que la tuberculosis pulmonar se forma porque, debido a la tuberculosis adquirida en la niñez y que se ha mantenido latente, el organismo es inmunizado o, por lo menos, cambiado en tal forma, que infecciones tuberculosas posteriores no producen una enfermedad aguda sino que la tisis pulmonar crónica con formación de cavernas y de tejido conjuntivo. En consecuencia, existen dos posibilidades para la relativa rareza de tuberculosis pulmonar crónica, a saber: la mayoría de las personas no ha sufrido en su juventud ninguna infección tuberculosa, o bien; la mayoría de los niños que adquirieron tuberculosis sucumbieron a ella, así es que quedaron relativamente pocos que pueden presentar la forma crónica de la tuberculosis a raíz de una nueva infección. Por lo tanto, para aclarar este punto en toda su extensión es preciso practicar un gran número de autopsias en niños y así disponer de datos fehacientes acerca de la frecuencia de la tuberculosis en la niñez en Chile. Espero poder informar también sobre esto más tarde.

Yo estoy convencido de que Roberto Koch, si hubiera llegado a Chile en sus viajes, hubiera arribado mucho antes a la conclusión tan célebre y unánimemente aceptada, de que el problema de la lucha contra la tuberculosis es, en primer lugar, una cuestión de habitación.

Las moradas, en las cuales se aloja la mayoría del pueblo chileno, en realidad no merecen el calificativo de habitación. Ya el nombre de corral sería

demasiado bueno para estas cuevas sin ventanas, tiesas de mugre, hechas de tierra aplanada, que se reúnen en los llamados conventillos, es decir, *Klösterchen*, y que fueron denominadas por un repórter humanitario de diario "Cuevas de mugre para salvajes". El nombre de conventillo lo llevan estas habitaciones debido a que se componen de un patio largo de forma tubular, dividido en dos a tres secciones separadas por edificios transversales, recorrido en el centro por un canal de desagüe más o menos ancho y hediondo (llamado "acequia"). En este patio desembocan docenas, a veces cientos de puertas, de las cuales cada una da acceso a un recinto cerrado, que representa a toda la habitación, y que recibe luz y aire exclusivamente por la puerta. En estas habitaciones, que no se asean casi nunca, vive toda la familia, aun a veces otros allegados y el arriendo de una de estas celdas o cuevas cuesta, según el patio, de 17 a 25 hasta 45 pesos. En vista de que estos patios rematan hacia la calle con habitaciones mejores y a veces muy caras, existen conventillos que le producen a su dueño una renta anual de más de 36,000 pesos, sin que el dueño gaste ni siquiera un centavo para mejoras de estas habitaciones. En la mayoría de estos conventillos no existen servicios higiénicos, pues para ello corre la acequia por el medio. Aquí se encuentran las incubadoras de toda clase de bacterias y agentes de enfermedades y de estas cuevas emprenderá la tuberculosis su acción destructora si el gobierno no hace desaparecer a tiempo y en forma enérgica estos conventillos. Esta es, por cierto, una esperanza difícil de satisfacer, ya que la mayoría de los conventillos pertenecen a las personas bien situadas, es decir, pertenecientes a la clase predominante, entre las que, siento tener que confesarlo, se encuentran también muchos médicos. El mejor negocio que se aconseja a los extranjeros en Chile, para hacerse ricos a corto plazo, es la construcción de conventillos o bien, lo que es mucho más difícil, comprarlos, para llevar una vida brillante y altamente honorable a costa de la salud y bienestar de los desgraciados moradores de los conventillos.

Está a la vista que seres, que están obligados a vivir en estas circunstancias, no tengan idea de la vida familiar y que caigan en todos los vicios, principalmente en la ebriedad, y así se agrega a la facilidad para contraer enfermedades por agentes infecciosos, la falta de resistencia del organismo provocada, en primera línea, por el abuso de bebidas alcohólicas. A esto se agrega un tercer elemento, la alimentación insuficiente motivada por el alza cada vez mayor de los artículos de primera necesidad, sus continuas alzas (un saco de papas cuesta 18 pesos, más o menos 16 marcos), que se producen

gracias al cambio obligado e injustificado del sucio papel moneda.

Tal vez he hecho resaltar estos puntos en forma algo más cruda de la que correspondería a la naturaleza de este trabajo, pero lo he hecho porque últimamente se están empleando en Santiago dineros públicos y privados para erigir sanatorios y establecimientos similares para tuberculosos a imitación de los europeos, y que en ello no se ha considerado, acaso con o sin intención no lo sé, el atacar el mal en su raíz y extirparlo. En vista del estado actual de la tuberculosis, tal como lo he relatado, este procedimiento sería mucho más fácil y menos costoso que en la vieja Europa, más aún, si se considera que los resultados obtenidos en la lucha contra la tuberculosis en los sanatorios no corresponden, en absoluto, a las esperanzas que en ella se cifraron.

Citaré solamente unos pocos casos:

Ejemplo de neumonía tuberculosa aguda: Roberto J. (autopsia N.º 4509), 45 años de edad, de buena constitución y tejido graso normal. Posición del diafragma a la derecha en la sexta, a la izquierda en la séptima costilla. Neumonía gelatinosa de ambos pulmones en extensión lobular. Bronquitis y peribronquitis y bronconeumonía caseosa tuberculosa. Pequeñas cavernas frescas diseminadas en el lóbulo izquierdo superior e inferior. Pleuritis fibrinosa fresca en ambos lados. Hipertrofia de ambos ventrículos del corazón. Hinchazón turbia del corazón. Superposiciones verrugosas frescas en la mitral. Tumores tuberculosos frescos del colon. Nefritis interstitialis diffusa et parenchymatosa recens. Infartos necróticos anémicos de ambos riñones, el derecho con tres pelvis y una uretra. Hipertrofia de la pulpa del bazo, infiltración reducida de grasa en el hígado.

Segundo ejemplo de una neumonía reciente con cavernas antiguas:

Mercedes E., 39 años de edad. Phthisis ulcerosa cavernosa lobis superioris dextri chronica. Bronquitis y peribronquitis y neumonía gelatinosa lobar de ambos pulmones. Enfisema alveolar y edema de los pocos lobulitos pulmonares no atacados, principalmente del lóbulo medio derecho. Laringitis y bronquitis tuberculosa ulcerosa. Pleuritis fibrinosa tuberculosa reciente izquierda y adhesiva fibrosa crónica derecha. Tuberculosis miliar del bazo y de los riñones. Enteritis y colitis ulcerosa y tuberculosa reciente. Hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. Hinchazón turbia del corazón. Hipertrofia de la pulpa del bazo. El riñón derecho con dos pelvis y dos uréteres.

Interesante por su gravedad, es también el siguiente caso:

Benito D., 46 años de edad (diagnóstico clínico: neoformación maligna de la parótida y de las glándulas linfáticas axilares derechas). Bronquitis caseosa, peribronquitis y bronconeumonía y neumonía gelatinosa, fibrinosa, tuberculosa reciente de ambos pulmones, especialmente del izquierdo. Induración y degeneración caseosa reciente de las glándulas linfáticas traqueobronquiales, especialmente en la bifurcación. Caseificación y reblandecimiento de las glándulas linfáticas del lado derecho del cuello y de la axila derecha con múltiple formación de fístulas. Tumores tuberculosos del intestino grueso. Cicatriz pigmentada en el íleon inferior y pigmentación de la mucosa en los alrededores. Atrofia amarilla aguda del hígado. Inflamación tuberculosa purulenta del conducto biliar, fuerte hinchazón y caseosidad de las glándulas linfáticas periportales del hígado. Nefritis tuberculosa reciente. La pelvis izquierda del riñón contenía un cálculo del tamaño de una lenteja. Focos caseosos en los lóbulos glandulares de la cola del páncreas. Induración cianótica e hipertrofia de la pulpa del bazo. Dilatación de ambos ventrículos del corazón y ampliación del izquierdo. Degeneración grasa del músculo del corazón. Ictericia general.

El siguiente caso presenta, tal vez en forma algo extraordinaria, la predisposición a enfermarse por influencia mecánica:

Lorenzo V., 35 años de edad (diagnóstico clínico: ruptura de un aneurisma de la aorta, obliteración del saco del corazón). Aneurisma múltiple y multicámara en forma de saco de la curva de la aorta y de la parte inicial de la aorta torácica con perforación hacia el esófago y lesiones múltiples de la columna vertebral torácica. Neumonía caseosa reciente y pleuritis fibrinosa y fibrinosa de todo el vértice del lóbulo superior izquierdo en un tamaño mayor al de un huevo de gallina. Anemia general.

Es muy probable que, en este caso, la presión del aneurisma de la aorta contra el lóbulo izquierdo superior favoreció la creación de la tuberculosis tanto por la dificultad creada en la circulación como también en la respiración.

En nuestra estadística llama la atención, además, el gran número de casos de tuberculosis urogenital, de los cuales 6 son con seguridad primarios, 1 primario dudoso, 2 secundarios después de tuberculosis pulmonar más antigua. Se agregan, además, 2 indicados en la tuberculosis pulmonar de manera que, en total, el aparato urogenital enfermó gravemente once veces. La tuberculosis urogenital concuerda en cierto grado con la frecuencia de enfermedades infecciosas del aparato urogenital masculino en general, la que en su totalidad me da la impresión de infecciones debidas verdaderamente

a suciedad y negligencia (véase más adelante).

Según la edad, los casos se distribuyen entre el décimo octavo y cuadragésimo séptimo año de vida. Algunos son interesantes en cuanto a propagación de la tuberculosis ya sea en forma continuada o discontinua:

Autopsia N.º 9-1908 del 13-V-1908. Joven de 22 años. Destrucción tuberculosa caseosa del riñón izquierdo. Perinefritis extensa fibro-tuberculosa. Caries tuberculosas de la parte superior de la columna lumbar. Inflamación crónica fibro-tuberculosa del tejido conjuntivo retroperitoneal y retropleural izquierdo con compromiso superficial de algunas costillas. Inflamación pulmonar crónica fibro-tuberculosa intersticial del lóbulo inferior izquierdo del lado del diafragma. Fístula tuberculosa del ángulo esplénico del intestino grueso. Cicatriz de la piel con fístula en la región izquierda del riñón.

La predisposición a la enfermedad por obliteración de los conductos urinarios queda muy bien ilustrada mediante los dos casos siguientes:

Autopsia N.º 19-1908 del 28-VII-1908. Hombre de 30 años (diagnóstico clínico: sospecha de tuberculosis intestinal). Focos calcáreos antiguos del pulmón derecho. Peritonitis tuberculosa fibrinosa reciente. Tuberculosis caseosa ulcerosa de ambos riñones, de los uréteres, de la vejiga y de la próstata. Cicatriz antigua y estrechamiento de la uretra. Tubérculos submiliares recientes de los pulmones (el enfermo había llegado al hospital para hacerse operar su antiguo estrechamiento uretral).

Autopsia N.º 44-1908 del 7-XI-1908. Hombre de 39 años (diagnóstico clínico: estrechamiento postblebomorrágico de la uretra. Prostatitis. Neoformación del hígado?). Atrofia caseosa purulenta, ulcerosa, tuberculosa e hidronefrótica del riñón derecho. Hipertrofia compensatoria y pionefrosis del riñón izquierdo. Tuberculosis ulcerosa de la vejiga y de la parte posterior de la uretra. Obliteración fibrosa total del uréter derecho y de la parte inicial de la pelvis del riñón. Cicatrices antiguas del vértice izquierdo del pulmón con focos caseosos calcáreos.

Tres veces se agregó a la tuberculosis urogenital una tuberculosis general, en parte miliar, de los demás órganos. Una vez una meningitis tuberculosa.

Existe solamente un caso seguro de tuberculosis intestinal primaria:

Autopsia N.º 194-1909 del 22-XII-1909. Hombre de 20 años (diagnóstico clínico: tifus). Inflamación intestinal tuberculosa, ulcerosa, crónica. Caseosidad de las glándulas linfáticas mesenteriales. Enfisema alveolar reducido en ambos pulmones. Bronquitis purulenta antigua circunscrita y bronquiectasia con pleuroneumonía fibrinosa lobular reciente y neumonía intersticial de la base del lóbulo

superior derecho sin ningún indicio de tuberculosis. Tumor decubital en el borde libre de la epiglotis. Marasmo general.

En cuanto a eventual contagio de la tuberculosis mediante la leche, hay que destacar que ninguna persona en Chile, no importa a qué clase social pertenezca, toma leche cruda. La leche es muy cara (hasta 50 centavos el litro) y, por consiguiente, con frecuencia se le agrega bastante agua y se la ensucia.

Del grupo de tuberculosis general, quiero citar solamente un caso, de un niño de tres años, el que me da bien la impresión de una infección general debida a desaseo, como puede producirse en los conventillos ya descritos.

Autopsia N.º 105-1909 (diagnóstico clínico: meningitis tuberculosa). Tuberculosis general. Tubérculos conglomerados del tamaño de casi un huevo de gallina en el hemisferio cerebral izquierdo. Meningitis tuberculosa. Caverna reciente, tuberculosa, ulcerosa del lóbulo derecho inferior con neumonía caseosa del mismo lóbulo. Focos diseminados, caseosos de bronquitis y bronconeumonía en ambos pulmones. Caverna bronquiectásica antigua llena de pus en el lóbulo inferior derecho, que está unida firmemente al diafragma mediante adherencias antiguas del tejido conjuntivo. Tuberculosis miliar reciente de ambos pulmones. Tumores tuberculosos intestinales. Tuberculosis de las glándulas linfáticas mesentéricas, bronquiales, del cuello, axilares derecha e inguinales.

Tumores tuberculosos de la mucosa de las encías, que llegan hasta el hueso, principalmente en el maxilar inferior. Osteomielitis tuberculosa caseosa y periostitis osificante del cuarto hueso metacarpiano derecho con formación de fístula a través de la piel exterior y del tercer hueso metacarpiano izquierdo sin formación de fístula. Osteomielitis tuberculosa de la *Spina ventosa* porción proximal. Focos caseosos recientes en la médula de la tibia derecha. Marasmo general.

SÍFILIS

A pesar de que, según informes médicos, la sífilis se ha propagado extraordinariamente en el pueblo y que en cada hospital se encuentran varias salas para enfermedades sexuales (algunos médicos son de la opinión que aquí es más frecuente que en Europa), en la mesa de autopsias esta enfermedad es relativamente rara. Si dejamos de lado los casos de aneurismas o si los tomamos en consideración solamente cuando se presentan también otros indicios de sífilis, resulta un número de 8 casos, en sólo tres de los cuales la sífilis se puede considerar causa directa de la muerte.

Nódulos gomosos fueron observados siete veces (la estadística de Orth contiene solamente dos casos de goma, una vez en el hígado, una vez en los pulmones y en el testículo).

El primero de estos casos (autopsia N.º 2, 1909) es especialmente notable por haberse observado en él por primera vez en Chile degeneración amiloidea; se trataba de una mujer de 35 años con diagnóstico clínico de uremia. El diagnóstico de la autopsia fué: *Syphilis constitutionalis*. Hígado lobulado, nódulos gomosos del hígado, oophoritis capsularis. Degeneración amiloidea del bazo, del hígado, de ambos riñones, del corazón, del intestino y del útero. Engrosamiento crónico fibroso. Endocarditis vascularizada, verrugosa y reciente de la válvula mitral. Hipertrofia y dilatación, especialmente del ventrículo derecho, endurecimiento ciánico de todos los órganos. Edema de la meninge blanda, hidrosephalus internus, hidropericardio, hidrotórax, hydrops ascites y anasarca, edema pulmonar.

Notable es también el caso de sífilis pulmonar (autopsia N.º 176-1909, diagnóstico clínico: adenopatía traqueobronquial). El resultado de la autopsia fué: cadáver de un hombre de 30-40 años. Cicatrices extensas retrayentes y deformantes, fuertemente vascularizadas y engrosamiento fibroso, blanco-grisáceo de toda la pared de la tráquea y ambos bronquios principales; el grosor de la pared es en parte de 1 cm. Nódulos gomosos, múltiples, rodeados de tejido conjuntivo fuerte y calloso en ambos pulmones y separados entre sí. Dichos nódulos se encuentran rodeando la raíz del pulmón, principalmente en el lado izquierdo. Bronquiectasis secundarias con fuertes retenciones de mucosa en el lóbulo superior izquierdo. Focos bronconeumónicos recientes en ambos lóbulos inferiores. Endurecimiento fibroso y aumento del tamaño de las glándulas linfáticas traqueobronquiales, de las cuales algunas en el lado derecho contienen focos calcáreos antiguos. Hipertrofia del ventrículo derecho del corazón, degeneración grasosa del miocardio. Cicatriz antigua del frenillo del pene. Los demás órganos hiperhémicos sin otras alteraciones, especialmente sin alteraciones sifilíticas. La alteración de la tráquea comienza directamente debajo de la laringe, esta misma como también los conductos de aire superiores están libres de alteraciones.

El tercer caso (autopsia N.º 193-1909, causa de la muerte: tuberculosis generalizada), presentó además del goma del testículo izquierdo, junto con una periorquitis fibrosa extensa y orquitis intersticial, como otro signo de sífilis, un aneurisma cilíndrico de la aorta ascendente.

De los demás casos, dos son quizás dignos de ser

mencionados especialmente. En uno de ellos entran en competencia tuberculosis y sífilis en lo que se refiere a producir una degeneración amiloidea (este caso se mencionó ya en el capítulo acerca de la tuberculosis). El diagnóstico acusa lo siguiente: engrosamiento fibroso, ulceroso, crónico, calloso, duro como el cuero y retracción de la pleura izquierda con desplazamiento izquierdo del corazón. Pericarditis reciente, fibrinosa, tuberculosa y hemorrágica. Tuberculosis caseosa reciente de la suprarrenal izquierda. Periorquitis adhesiva y orquitis intersticial crónica. Cicatriz retrayente del frenillo del pene. Cicatriz radiada fruncida del lóbulo hepático derecho. Tumor al lado derecho de la parte inferior del muslo y periostitis osificante de la tibia derecha. Degeneración amiloidea del bazo y de los riñones. Hydrops ascites. Hydrops anasarca.

En el segundo caso se trata de una endo- y periarteritis proliferante que obstruye la arteria basilaris y de la arteria fossae Sylvii del lado derecho con trombosis consecutivas recientes y reblandecimiento reciente del cerebro en un hombre de 50 años. Como otro signo sospechoso de sífilis se podrían considerar cicatrices fuertemente retrayentes del hígado (autopsia N.º 137-1909, diagnóstico clínico: derrame cerebral). El caso me recuerda vivamente otro que observé junto con Hans Kohn poco antes de mi partida de Berlín: un hombre de 30 años, recién casado, cayó como fulminado una mañana temprano en el camino a su ocupación y murió sin haber recobrado el conocimiento. La autopsia acusó una arteritis proliferante y trombosis reciente de la arteria basilaris sin otros indicios de sífilis. Espiroquetas, tal como ahora, no pudieron ser encontradas, no obstante haber hecho E. Hoffmann, personalmente, varias preparaciones.

Cicatrices retrayentes del pene, especialmente del frenillo son estados tan extraordinariamente frecuentes que, al poner durante un tiempo nuestra especial atención en ellos, no había casi ni un solo cadáver masculino que no los presentase, tanto así, que uno de mis asistentes llegó a denominar esta afección directamente "el pene chileno".

De afecciones óseas se observó solamente una, o sea, la descrita en el caso 14.

A pesar de que nuestra estadística contiene relativamente más casos de sífilis en los adultos que la estadística de Orth, debo suponer que la sífilis se presenta aquí en forma mucho más benigna que en Europa. Quizás la mayoría de la gente del pueblo que contrae la sífilis no se somete en absoluto a tratamiento o bien, a tratamientos insuficientes y a pesar de que con extraordinaria frecuencia tuvimos ocasión de observar cicatrices del pene en el lugar predilecto del chancro sifilítico, es decir, en

el frenillo, así también encontramos relativamente en raras ocasiones indicios de sífilis visceral supe-
rada. Precisamente en interés de este asunto me he esmerado siempre tanto en la calle como en reuniones y fiestas del pueblo, en encontrar nari-
ces sifilíticas en forma de silla de montar, las que en Alemania, no muy raras veces se ven en la calle, pero hasta ahora he visto aquí solamente 2 y una de estas veces fué en un extranjero.

Consultas acerca de la frecuencia de parálisis progresiva y tabes, que no se me habían presentado hasta ahora en la mesa de autopsias, que hice a dos neurólogos muy requeridos, me confirmaron íntegramente mi hipótesis de que estas dos afecciones se presentan raras veces en el pueblo. Estas afecciones se observan, sí, no tan raras veces en extranjeros radicados aquí y también en las clases más altas. Así ocurre que la estadística de la clínica y policlínica para enfermos del sistema nervioso (profesor Dr. Luco) hecha a solicitud mía, en el período de 1893 hasta 1910, es decir, en el curso de 17 años, contiene 80 casos de Tabes dorsalis, entre los cuales, según el nombre, se encuentran 10 extranjeros. No se puede constatar la ascendencia de los otros; según el nombre, son todos chilenos, es decir, 4 por año, ciertamente un número reducido cuando se considera que esta policlínica para enfermedades nerviosas es la única en una ciudad de 400,000 almas y que los otros hospitales, por regla general, no aceptan tabéticos debido a su desarrollo crónico y que Orth, en su estadística, menciona no menos de 8 casos fatales de tabes y que también la estadística hecha por mí en su tiempo, en mi disertación de los protocolos de autopsias en el Berliner Pathologische Institut, Instituto Patológico de Berlín, indicaba como término medio 7 casos de tabes por año.

Mi viejo amigo Germán Greve, quien es desde aproximadamente 20 años un neurólogo muy requerido, me escribe lo siguiente: "Volviendo a nuestro tema, le comunico a Ud. el resultado de mi investigación entre enfermos de mi consultorio privado y deseo volver a recalcar que atiendo en mi consulta casi exclusivamente a enfermos de las mejores clases sociales".

"De 25 paralíticos, que yo recuerdo, 8 eran extranjeros o hijos de extranjeros. De 11 tabéticos 2 eran extranjeros y uno cuyo padre era francés. No recuerdo ni un solo caso de parálisis en la clase social llamada del "roto" y 3 a 4 tabéticos, que no están incluidos entre los casos precitados. He visto solamente una mujer enferma de parálisis progresiva, de tabes ninguna. Nunca vi en Chile niños que sufrieran de parálisis progresiva o de tabes".

Este fenómeno puede tener su origen, ya sea en el hecho de que la sífilis se presenta benigna y que el sistema nervioso está mucho menos gastado y, por lo mismo, menos predispuesto a la enfermedad que en europeos o descendientes de europeos, o bien, que el deficiente tratamiento a base de mercurio no haya dañado al sistema nervioso central y éste esté, por ello, menos predispuesto a contraer enfermedades postsifilíticas, según las observaciones que hizo Lesser en su conferencia en el Comité Central de Relacionamento Médico, en el semestre invernal de 1909, sobre la base de una recopilación hecha por Kron, en el sentido de que, por lo general, el tabes se presenta tanto más temprano, cuanto más enérgico haya sido el tratamiento con mercurio. Me puedo permitir recordar tal vez también una hipótesis expuesta por mí en mi disertación inaugural, que el tabes se presenta con más facilidad en aquellas personas cuyo sistema nervioso central está debilitado debido a predisposiciones hereditarias, hipótesis que parece apoyada por el hecho de que esta afección aparece en relativamente raras ocasiones en pueblos culturalmente jóvenes y con relativa frecuencia en pueblos de cultura altamente desarrollada.

La cuestión de la frecuencia o rareza y de la gravedad o benignidad de la sífilis visceral tiene, sin embargo, también una significación histórica, de manera que el origen de la sífilis en América cobraría un nuevo apoyo, en tanto que, precisamente a la inversa, las formas graves de la sífilis, como lo ha informado Dühring-Pasch desde el Asia Menor, se opone muy decididamente a la idea de una gran antigüedad de la sífilis en el Asia y con ello a su origen asiático.

También entre los nativos en Chile, los araucanos, se conoce la sífilis y yo mismo vi algunos casos de sífilis secundaria durante mi permanencia entre ellos. Acerca del curso de la misma y de su gravedad o benignidad, ciertamente, no puedo dar por ahora ninguna indicación.

Finalmente, quisiera hacer especial mención del hecho que, cuando incluimos los aneurismas entre las enfermedades sifilíticas, se encuentra en primera línea la sífilis del sistema vascular, de lo que se desprende el hecho interesante, que el sistema vascular de los chilenos es igualmente accesible a los daños infecciosos, inflamatorios, enfermando de ello aún con más frecuencia y facilidad que el de los europeos, mientras que los daños culturales, que obran en forma simplemente degenerativa, no han ejercido hasta ahora una influencia substancial (véase el capítulo referente a las alteraciones del aparato circulatorio).

En cuanto a la degeneración amiloidea desearía

agregar algunas observaciones de interés histórico-local. Ya al comienzo de mi actividad había sido informado por mi antecesor directo, el profesor interino de anatomía patológica, Dr. Croizet, desde largos años ayudante del profesor anterior de anatomía patológica, A. Oyarzún, alumno de Recklinghausen y Weigert, que en Chile no se había encontrado hasta ahora amiloide en ningún cadáver. En los apuntes de sus clases (revisados y aprobados por el profesor e impresos) se lee efectivamente en la hoja número 74: "La degeneración amiloidea en Chile no se ha descrito aún". Yo presenté el primer caso como también los siguientes en mi curso de demostración, recalcando al mismo tiempo el interés histórico. En la Facultad hubo gran agitación, por haber señalado yo estos casos como los primeros en Chile y el decano mismo me instruyó al respecto, diciéndome que me encontraba en un error y que el antiguo profesor de anatomía patológica, Dr. Puelma Tupper, igualmente alumno de Recklinghausen, ya había observado repetidamente amiloidea. Sin embargo, el licenciado en medicina que reunió tres casos en su disertación para optar al título de médico, recalcando que esta degeneración amiloidea había sido observada por primera vez en Chile por mí —el extranjero— estuvo a punto de fracasar en su examen final sólo por haber aseverado tal cosa y su tesis casi fué rechazada. Entretanto, el profesor Puelma Tupper, que ya en repetidas ocasiones me había honrado con su visita en mi Instituto, y a quien debo algunas valiosas sugerencias, vino a verme para declararme que yo tenía la completa razón, que él no había observado nunca amiloide y que se había inclinado a creer que la falta de esta degeneración debía ser atribuída a características especiales de los chilenos y que había estado mal que otros se hubieran referido a él al formular su oposición. Con esto quedó liquidado el incidente.

ENFERMEDADES SÉPTICAS

De 8 casos de enfermedad séptica, de los cuales 3 se presentaron acompañando a un aborto, desearía hacer resaltar especialmente tres:

(Autopsia N.º 22-1909). En un individuo de sexo masculino, extraordinariamente fuerte, de 19 años de edad, se podía indicar como única posible puerta de entrada para el agente de una enfermedad séptica, una de las 4 pústulas de vacuna, de las cuales el cuerpo tenía 2 en cada brazo. Las pústulas se encontraban todas en estado de secarse y formar costra. Mientras tres de estas pústulas no presentaban nada que llamase la atención, la cuarta presentaba en el fondo de la epidermis, debajo de la

pústula propiamente tal, una necrosis circunscrita del tamaño de la cabeza de un alfiler, la que se presentó como tal también al microscopio, pero en la cual no se pudieron constatar bacterios (este caso es, por lo demás, el único que se conoce entre los muchos miles de vacunados durante la epidemia de viruela, lo que es una buena señal de la bondad de la vacuna empleada).

El segundo caso (autopsia N.º 118-1909), que se refiere a un hombre fuerte, de 26 años, está también algo relacionado con la epidemia de viruela, ya que al ser internado, bajo sospecha de viruela, en el lazareto de variolosos de San José, murió allí poco tiempo después de su hospitalización. Sin embargo, en la autopsia se encontró un tumor en proceso de curación, un chancro blando en el precapio del miembro y cortaduras cicatrizadas en ambas regiones de la ingle y, debajo, glándulas linfáticas hinchadas con focos necróticos; en cambio no se encontraron alteraciones que pudieran señalar la presencia de viruela.

El tercer caso se refiere a una niña de 9 años de edad con el diagnóstico clínico de tétano (autopsia N.º 195-1909). La autopsia acusó una enteritis catarral y folicular y colitis, dilatación aguda de la pulpa del bazo, fuerte hiperemia e hinchazón turbia de los órganos. Cerca del ano, por la parte superior, se encontraban en la mucosa del recto, 2 pequeños tumores socavados, los que dieron tal vez acceso a los agentes sépticos y a los bacilos del tétano. En lo que se refiere a la etiología de estos tumores, no se puede quizás descartar su relación con un himen recientemente desgarrado, en cuyos bordes se podían constatar todavía claramente vestigios de la hemorragia (!)

De los 4 casos de endocarditis ulcerosa, uno tenía su origen en una otitis purulenta del oído medio (autopsia N.º 15-1908), uno en una antigua gonorrea (autopsia N.º 39-1908), uno en un absceso subcutáneo del pecho (autopsia N.º 146-1909, inyección?) y el cuarto probablemente en antiguas bronquiectasias (autopsia N.º 98-1909).

A estos casos de enfermedades sépticas agrego, enumerando, todos aquellos en los cuales desempeñaron un papel las supuraciones, sin tomar en cuenta hasta qué punto la muerte había sido el resultado; en parte, como ya se ha recalcado al principio, estos casos van indicados, según su etiología, bajo otros rubros como, por ejemplo, la mayoría de las peritonitis.

Peritonitis purulentas fueron observadas 25 veces, 12 veces por trauma, 4 veces por operaciones, 7 veces debido a tumores perforados gástricos o intestinales, 3 veces debido a abscesos hepáticos, una vez debido a cistitis, una vez debido a fístula gas-

trocólica carcinomatosa y absceso subfrénico, una vez debido a neumonía fibrinosa.

Meningitis purulentas fueron observadas 10 veces después de antiguas gonorreas, 3 veces después de fracturas del cráneo, 1 vez después de otitis del oído medio con absceso simultáneo del cerebelo, 1 vez después de endocarditis ulcerosa, 1 vez después de operación, 2 veces, es decir, en hombres de 50 a 56 años respectivamente, en los cuales no se pudo constatar el origen de la meningitis, pero en ninguno de los dos se trata de la forma epidémica de la meningitis, que hasta ahora, por supuesto, no había sido observada nunca en Chile.

Tal vez en uno de ellos (autopsia N.º 86-1909, hiperemia enorme de los pulmones) una neumonía estaba en vías de producirse. La cifra de 10 casos de meningitis purulenta es ciertamente considerable si se toma en cuenta que la estadística de Orth, en un material mucho mayor, menciona solamente 19 casos de meningitis purulenta.

De los 5 casos de otitis purulenta del oído medio se referían 3 al oído izquierdo y 1 al oído derecho. La muerte fué originada una vez por erisipela del cuello, una vez por periflebitis purulenta del sinus sigmoides dexter y endocarditis ulcerosa, una vez por tromboflebitis purulenta del sinus sigmoides sinister, y una vez por meningitis purulenta y absceso del cerebelo, una vez por infección séptica general y neumonía fibrinosa del lóbulo superior derecho en un niño de 4 años (autopsia N.º 134-1909).

Fuera de eso se observó, en la totalidad de los niños atacados de viruela, otitis purulenta del oído medio.

En forma congruente agrego aquí las enfermedades necrotizantes purulentas de las vías urinarias que, por su parte, frecuentemente dan origen a enfermedad séptica general. El reducido material de que dispongo ofrece no menos de 7 de estos casos primarios, mientras que la estadística de Orth contiene solamente 11. Si agregáramos los tuberculosos, que ya se mencionaron bajo tuberculosis, llegaríamos a un total de no menos de 13 casos de enfermedades infecciosas primarias urogenitales entre 231 cadáveres mayores de 10 años.

De los 10 casos de cisto-pielonefritis se produjeron: 4 por uretritis crónica (probablemente gonorrea), 3 por hipertrofia de la próstata, 2 por afecciones de la médula espinal, uno por cáncer al recto. En cuanto a la edad, los casos se distribuyen entre el décimo séptimo y el septuagésimo año de vida. En estos casos se pueden citar las siguientes complicaciones: 2 veces meningitis, una de ellas simultáneamente con endocarditis ulcerosa (autopsias N.º 21 y 39-1908), una vez peritonitis (autopsia

N.º 27-1909), una vez infiltración de orina y flegmón (autopsia N.º 49-1909).

La hipertrofia de la próstata parece ser, en general, una enfermedad extraordinariamente frecuente, ya que en el Hospital San Vicente casi nos inundan de próstatas hipertrofiadas. En todos estos casos se trata casi sin excepción de la hipertrofia glandular con supuración relativamente frecuente de los canalicitos glandulares.

Como último número de esta serie cito aún 2 casos de púrpura, de los cuales uno (autopsia N.º 12-1908) se refería a un hombre de 26 años, con hemorragias de la piel, de las membranas serosas y mucosas de todos los órganos. La muerte se produjo a causa de hemorragias de las meninges y del cerebro mismo con destrucción del lóbulo frontal izquierdo y de la parte anterior del palio. No fué posible constatar el origen de las hemorragias, el bazo pesaba 150 grs., estaba solamente un poco dilatado, la consistencia de la pulpa casi normal. En el ductus thoracicus había sangre.

El segundo caso es también de gran interés desde el punto de vista médico-legal: Francisco O. había sido encontrado inconsciente e internado en el hospital el 1.º de diciembre. Falleció en el mismo día. Diagnóstico clínico: fractura del cráneo (autopsia N.º 178-1909): púrpura cutánea, de las pleuras, del pericardio, del endocardio, de la pelvis del riñón y del estómago. Fuerte dilatación y degeneración muscular de ambos ventrículos del corazón. Antiguas cavernas tuberculosas del lóbulo superior izquierdo y desgarramiento de una pequeña rama de la arteria pulmonar. Hemorragia y aspiración sanguínea en ambos pulmones. Linfangitis crónica tuberculosa de ambos pulmones. Nefritis grave, aguda, parenquimatosa. El riñón izquierdo con pelvis doble. Hinchazón turbia del hígado. Pequeña hiperplasia reciente de la pulpa del bazo. Tumores tuberculosos y cicatrices en el intestino delgado. Esclerosis de las glándulas linfáticas mesentéricas. Fractura de la parte superior del cráneo en las inmediaciones del hueso frontal derecho, del temporal y del parietal con desgarramiento de la arteria meníngea media y 2 pequeñas rasgaduras de la duramáter. Pequeño hematoma epidural, zonas hemorrágicas entre las meninges del hemisferio izquierdo en la convexidad y en la base del lóbulo temporal izquierdo. Herida contusa del cuero cabelludo en la región derecha de la frente.

No fué posible obtener detalles anamnésticos, en especial sobre la forma en que se había producido la lesión, si por accidente o por acto criminal. En base a las claras apariencias de una infección séptica aguda supuse que el hombre, gravemente enfermo y delirante de fiebre, había caído o bien,

había sufrido cualquier otro accidente y, por esta razón, catalogué este caso bajo causas infecciosas de muerte y no bajo causas traumatológicas. No puedo aseverar si la hemorragia en la caverna pulmonar se puede atribuir a la sepsis o si hubo una coincidencia casual entre el momento de la ruptura y la infección séptica, tanto menos cuanto que el caso no fué examinado al microscopio.

VIRUELA

La viruela es endémica en Chile, y, como consecuencia, se presentan casos esporádicos en distintos lugares como también, y ésta es la regla, cada cierto tiempo aparecen en las principales ciudades, así en Santiago y Valparaíso, brotes epidémicos que se extienden poco a poco, en el curso de los años siguientes, por todo el país. Así ocurre que, en este momento, reinan epidemias en las ciudades de provincias, en los pueblos y las aldeas más pequeñas, cuyo origen es la gran epidemia que reinó en Santiago en el año 1909, año a que se refiere este informe.

Las cifras oficiales de la "Junta Central de Vacuna", en vista de la estadística deficiente, dan solamente una idea insuficiente de la magnitud de la epidemia. Desde enero hasta noviembre de 1909 fueron internados solamente en el lazareto para enfermos de viruela San José, 3,955 enfermos, de los cuales fallecieron 2,150, o sea, un 54.36%. Estas cifras pueden representar más o menos la mitad, quizás aún menos, de todos los enfermos de viruela en Santiago en el período indicado, así es que no se incurre en error al suponer que aproximadamente 8,000-10,000 personas enfermaron de viruela y que murieron cerca de 4,000-5,000.

Yo aproveché la oportunidad de las ya mencionadas revueltas estudiantiles, en los meses de marzo y abril de 1909, para instalar en el lazareto para enfermos de viruela San José, un pequeño laboratorio en el pabellón de operaciones aún no ocupado y practicar allí autopsias y exámenes del contenido fresco de pústulas y glándulas linfáticas.

Se hicieron protocolos detallados de 12 autopsias pero, por lo demás, se practicaron considerablemente más autopsias, especialmente para reunir material para el Museo y para hacer ensayos para la mejor conservación de la piel enferma que, como se sabe, es el objeto más difícil para la conservación coloreada, la que, quiero recalcarlo desde luego, no nos ha satisfecho hasta ahora. Gracias a estas autopsias, nuestro Museo posee ahora una colección completa de la totalidad de las formas de viruela, desde las más leves hasta las más gra-

ves, en todos los estados de desarrollo, junto con las complicaciones más frecuentes de esta enfermedad.

En lo que se refiere a la anatomía patológica de la viruela, no puedo hacer ninguna nueva contribución. Quisiera, empero, llamar la atención sobre algunos puntos que, por lo general, no se recalcan bastante, pero que, por lo menos a mi juicio, merecen ser mencionados y subrayados, es decir, para comenzar, la enorme dilatación de las glándulas linfáticas, no solamente de las superficiales (axilares, inguinales y cervicales), sino también de las más profundas, así, por ejemplo, muy frecuentemente las retroperitoneales y las preaórticas. En casos bien recientes, que llegaron para la autopsia, busqué en el humor de las glándulas linfáticas los supuestos agentes promotores de la viruela viendo, no solamente corpúsculos móviles, apenas perceptibles, como fueron descritos, acaso, en el último tiempo como agentes promotores, sino también formas que presentaban una conformación especial y que se movían, no sólo en torno a su propio eje sino también hacia adelante y hacia atrás. Vi estas formaciones en estado libre como también intracelulares (5).

Una vez se encontraban en el humor de una glándula linfática, examinada inmediatamente después de la autopsia, cristales finos que, según su forma, correspondían exactamente a los cristales Charcot-Leyden-Neumann del asma, o sea, cristales de dispermina (6). No es este un descubrimiento maravilloso, ya que encontramos también estos cristales en otros procesos con un aumento celular colosal y descomposición de albúmina, como en la leucemia y en la médula de los huesos.

En vista de que en la viruela el hígado se encontró, con una frecuencia relativamente mucho mayor que en otras enfermedades infecciosas agudas, en estado de considerable dilatación turbia y en que, frecuentemente, los ganglios portales presentaban una fuerte hinchazón, examiné una vez la bilis de la vesícula biliar. Se encontraron innumerables estreptococos en cadenas largas y cortas, diplococos y los mismos corpúsculos pequeñísimos aislados similares a cocos como en las glándulas linfáticas pero que, en término medio, son más pequeños que cocos. Conjuntivitis purulenta y tumores purulentos de la córnea son extraordinariamente frecuentes y una gran parte de los numerosos ciegos de Santiago deben su ceguera a la viruela (por lo general, las enfermedades oftálmicas

(5) Debe haberse tratado de corpúsculos de Guarnieri.

(6) Según H. Schmidt Hebel *Piperazina o dietilendiamina* C₄ H₁₀ N₂ (1958).

son muy frecuentes, entre ellas recientemente también el tracoma).

La descamación del epitelio en la boca, faringe y laringe puede a veces ser tan fuerte, que estas cavidades quedan casi rellenas con ella. En las masas se encuentran a menudo tumores; una vez observé también en un niño de 8 años una lesión grave de la punta de la lengua.

La complicación más frecuente es, naturalmente, la bronconeumonía, la que a menudo es hemorrágica y que muestra una pronunciada tendencia a terminar en focos purulentos. Ella no falta en ninguno de los casos en que practicamos autopsias y representa quizás en la mayoría, especialmente en lo que se refiere a los casos más benignos de exantema, la causa principal de la muerte. Yo creo que la alta cifra de mortalidad, que excede en un 20% la cifra mayor de mortalidad indicada por Struempfel (su texto de enseñanza) y M. Kohn (en la *Enciclopedia Real de Eulenburg*), se debe considerablemente a estas complicaciones, las que, seguramente, podrían ser reducidas en cierto grado mediante un tratamiento adecuado y solícito del personal de enfermería. Pero, desgraciadamente, durante la epidemia faltaban en el lazareto médicos y personal de enfermería perfeccionados; la ventilación del pabellón de enfermos, situado en medio de hermosos jardines, se llevaba a efecto siempre abriendo todas las puertas y ventanas, de manera que los enfermos quedaban durante horas expuestos a las más fuertes corrientes de aire, a menudo en tiempo de neblina, mientras eran examinados. En cambio, parece que no se sabía emplear la ventilación desde el techo, que estaba constantemente cerrada, a pesar de que expliqué repetidamente las ventajas de la misma.

Especialmente interesantes eran aquellos casos en que la vacunación se había llevado a efecto durante el período de incubación y en los cuales se producía simultáneamente la erupción de la viruela y de las pústulas de la vacuna. En tales casos se pueden distinguir muy bien ambas en los brazos, ya que las pústulas de la vacuna son más grandes. Naturalmente, casos de esta especie se prestaban mucho para desacreditar la vacunación, a pesar de todas las instrucciones.

No deja de ser interesante agregar aquí algunas observaciones acerca de la forma en que se procedió para combatir la epidemia en Santiago, para lo cual me refiero a las informaciones del jefe del vacunatorio extraordinario en Santiago, el doctor A. Caballero. En vista de no ser obligatoria la vacunación en Chile, se la recomendaba a la población, mediante llamamientos públicos, en los

que participaba también el clero, con el Arzobispo de Santiago a la cabeza.

Con este objeto se instalaron vacunatorios en diversos puntos de la ciudad, especialmente en los hospitales y aún, lo que quisiera hacer resaltar como especialmente loable, en las iglesias, como, por ejemplo, en la iglesia "La Estampa", a cargo del capellán del ejército don Rafael Edwards y ubicada en el barrio Independencia, el más gravemente afectado de la ciudad. Además, se contrataron vacunadores especiales, cuyo número ascendía a 49 en el período más intenso de la epidemia, fuera de eso, a estudiantes de medicina, de farmacia y de dentística, que recorrían cada uno de los barrios de la ciudad para vacunar a las familias, en parte a deseo, en parte por persuasión. Igualmente se sometió a la vacunación a hospitales, colegios, fábricas, burdeles, propiedades agrícolas y pequeñas aldeas en los alrededores de Santiago. De esta manera fueron vacunadas alrededor de 200,000 personas. La linfa fué suministrada por el Instituto de Vacuna (7), a cargo del profesor de higiene y bacteriología Dr. Mamerto Cádiz, en abundantes cantidades y de calidad y efecto sobresalientes. Fué, pues, vacunada y revacunada, aproximadamente la mitad de los habitantes de Santiago. Además, se practicó una extraordinaria limpieza de toda la ciudad, especialmente de los barrios más sucios, y en el curso de esta acción se sacaron de algunas casas carretadas enteras de inmundicias. El combate contra la epidemia, en Santiago solamente, le costó al gobierno US\$ 707,248 fuera de las vidas que sucumbieron a la epidemia y que en un país de tan escasa población como Chile, debiera estimarse de más valor que en Europa.

La esperanza surgida nuevamente debido a la aparición de esta epidemia, de que, por fin, el Congreso elaborase una ley sanitaria para combatir, según el modelo europeo, las enfermedades infecciosas, no se cumplió, pues, hasta ahora, no pudo cobrar terreno en el poder legislativo la idea de que el bienestar general está por sobre la libertad personal, o, mejor dicho, el capricho individual. En grado igualmente reducido ha sido acogida esta idea, por ejemplo, en la administración del lazareto de variolosos de San José, que, por respeto a la libertad legalmente garantizada del individuo, no se decidía a prohibir la entrada de visitantes u otras personas al lazareto. Sólo en las últimas semanas

(7) El Instituto de Vacuna Animal, como se llamó antes, fué creado por el Presidente J. M. Balmaceda, en el interior de la Quinta Normal, en el sitio que actualmente ocupa el pabellón de aulas de la Escuela de Medicina Veterinaria. Preparaba además la vacuna anticarbunclosa (1888).

de la epidemia y presionado por la necesidad y circunstancias insostenibles, se atrevió a tomar esta medida.

En vista de que, no obstante estas dolorosas experiencias que se hacen ya por espacio de decenas de años, no se crea una ley de vacunación, tendremos aquí a más tardar en 5 años, nuevamente el mismo triste espectáculo. Esta ley no se dicta a pesar de que todo el mundo está convencido de la necesidad de ella, con excepción de algunos enemigos fanáticos de la vacuna, de los que ciertamente existen bastantes en Alemania, y de los cuales se debe suponer que no han estado nunca en un lazareto para enfermos de viruela y visto la miseria y espantosas desfiguraciones que origina esta enfermedad. Esto le costará al Estado cerca de un millón de dólares, fuera de los miles de vidas, y esto no terminará, quizás, hasta que la viruela no haga su entrada en el Palacio del Congreso y haya dañado sensiblemente a las familias de la aristocracia, de las cuales depende todo aquí y las que carecen absolutamente de sensibilidad social y que hoy día piensan como aquella condesa en Breslau, de la cual escribe Federico el Grande a Voltaire: "Durante la guerra reinaba en Breslau una enfermedad infecciosa y se sepultaban diariamente 26 personas. Una cierta condesa decía entonces: "¡Gracias a Dios! La alta nobleza es respetada por esta enfermedad; todo lo que muere es solamente populacho". Ve Ud., así piensa la gente de esta clase social; creen que están compuestas de partes más nobles que el pueblo, al que oprimen".

Para poder hacerles a mis estudiantes demostraciones acerca de la viruela, los hice vacunar 14 días antes de las proyectadas visitas al hospital, en el lazareto para variolosos. Hice entonces con ellos repetidamente cursos demostrativos en dicho lazareto. En vista de que ni uno solo de los profesores de clínica hacía otro tanto, ni presentaban casos de viruela en la clínica, encargué a uno de los médicos del lazareto, Dr. Astaburuaga, jefe del Departamento Médico del Ministerio del Interior, hacer también demostraciones en las salas de enfermos; de todos modos es seguro que sin mi intervención ni uno solo de los estudiantes de medicina hubiera tenido oportunidad de examinar prácticamente un caso de viruela, es decir, de conocer una enfermedad que es de tan grande importancia para el país.

Si la campaña contra la viruela es aún en Santiago muy difícil, pero todavía posible con el aporte de grandes sumas de dinero, en las provincias, no obstante la densidad de la población, en cambio, no se hace prácticamente nada para combatir la viruela, lo que, por la misma naturaleza de la

epidemia, contribuye a su propagación y le abre las puertas para su retorno. De la forma de combatir la viruela en el sur de la república, en la llamada Frontera, citaré algunas observaciones que hice durante mi última expedición indígena, las que desprendo de una carta a mi mujer.

"Hoy en la tarde vi, en lo que se refiere a hospitalización y cuidado de enfermos, lo peor que había visto hasta ahora en Chile, y eso es ya decir mucho. Estuve en el lazareto de variolosos de Temuco, capital de la provincia de Cautín, residencia de un Intendente, que posee un liceo, una guarnición militar y varios grandes Bancos, con una población de aproximadamente 25,000 almas. El nombre de lazareto es un barniz hermoseador, que no se justifica por nada. Tal vez recuerdes tú un relato sobre las colonias de leproso en Siberia, que leímos hace muchos años; más o menos así es este lazareto. Aproximadamente a media hora de distancia de la ciudad, en una isla arenosa del ancho río Cautín, cubierta abundantemente de árboles de selva virgen, se encuentran dos ranchos de madera, de los cuales uno más pequeño sirve de cocina, al menos ardía un fuego en el suelo, sobre el cual había un tronco de árbol medio carbonizado; el más grande, de una superficie de más o menos 6 x 8 metros, dividido en dos secciones; la luz y el aire penetran por la puerta; en el recinto más grande hay una especie de tragaluz a guisa de ventana".

"Ya en las inmediaciones de la cabaña el suelo está sembrado de trapos, frazadas y colchones viejos y sucios, en parte medio carbonizados. En el recinto más pequeño, carente de todo vestigio de alguna instalación (en ambas cabañas el piso es la tierra dura y sucia), se acurrucaban cuatro figuras miserables, dos mujeres aún jóvenes y dos niños pequeños de 1 a 2 años, cuyos padres habían muerto de viruela en los últimos días. Los niños estaban acurrucados sobre un montón de harapos, uno de ellos completamente desnudo y enteramente cubierto de pústulas de viruela, de las cuales se espantaron cientos de moscas al aproximarme yo. El niño gemía continuamente y, como tenía frío, trataba de cubrirse con un poncho viejo e inmundado, que siempre volvía a resbalar, al mismo tiempo roía de vez en cuando un pedazo de pan. En otro rincón, sobre un montón de ropa sucia de cama, estaba echado tranquilamente un perro. En la segunda pieza había cuatro caballetes hechos de tablas y palos, sobre los cuales se encontraba ropa asquerosamente sucia con sangre y pus. El cuidador de toda esta maravilla es un viejo morfinómano, cuya fotografía incluyo, el que se encuentra ahora, ciertamente, en mejor estado, de manera

que se le puede ocupar en caso de emergencia. Sobre una repisa, en un rincón, había una colección de los más variados frascos de medicinas y un poco de material sucio de curaciones. Al cuidado de este hombre, quien, como me lo decía él mismo, no posee ninguna instrucción para ejercer las funciones de un enfermero y quien abrazó esta profesión solamente para ganar algo de dinero, han sido entregados hombres, mujeres y niños, que yacen aquí todos revueltos. Este lazareto no lo había pisado nunca un médico, recién en estos últimos días llegó desde Santiago un estudiante de medicina medio atorrante, que ha estudiado durante tres años, es decir, que no ha asistido a cursos de clínica y que no ha rendido ningún examen desde hace tres años, voluntariamente como médico, para la viruela en la ciudad de Temuco y la vecina ciudad de Lautaro, donde se encuentran aún más enfermos”.

“La comida la suministra la policía de Temuco, carne, porotos y arroz, que es depositada por los policías a una distancia segura de la cabaña, de donde la retira el cuidador y la prepara”.

“La ropa no se lava sino que se tiende simplemente al aire libre, al sol, una vez que el paciente ha sido dado de alta o después de haber muerto. La misma ropa se da entonces al siguiente con toda la mugre y las manchas de pus y sangre. A 100 metros de distancia de allí se encuentra el cementerio para las víctimas de la viruela, donde seis cruces nuevas marcaban a los recientemente fallecidos. Solamente puedo decirte que quedé espantado al ver este estado de cosas. Esto sucede en una capital de provincia, cómo será en los poblados más pequeños. En la Edad Media, las órdenes monacales se dirigían a tales lugares para ayudar a sus hermanos cristianos; en cambio, hoy día, estos señores se quedan en sus suntuosos conventos de Santiago y otras grandes ciudades y ceban, a costas del mismo pueblo que ellos abandonan en su desgracia, sus vientres y sus bolsas; las monjas hospitalarias, empero, prefieren dirigir los hospitales de las ciudades, lo que es ciertamente mucho más agradable, tanto más cuanto que allí se puede fastidiar a los médicos. El mismo cuidador sostenía que no era trabajo para un hombre cuidar mujeres y niños enfermos, sino que cosa para mujeres. Con bazares de beneficencia y cosas similares no se mejora el cuidado de esta pobre gente, que seguramente en el interior del África no se encontraría peor que aquí en una república civilizada que por añadidura se atribuye a sí misma ser la primera en Sudamérica.

“En el hotel me topé más tarde con un médico de Santiago, al que relaté mis impresiones. Me

miró entonces solamente sorprendido y, al mismo tiempo, algo irritado y embarazado me preguntó que con qué fin iba a ver yo esas cosas. Es cierto, los chilenos no van a ver algo así. En Temuco hay 10 médicos aproximadamente, entre ellos un médico de la ciudad y dos médicos de hospital, también la mayoría de los otros ocupa, por lo demás, algún puestecito público, pero ni uno solo fué jamás allá, lo que no es sorprendente, ya que aún en Santiago se pudo encontrar solamente un número insignificante y absolutamente insuficiente de médicos para el lazareto de San José, y esto en un país donde toda la enseñanza, también la médica, es completamente gratuita, donde el Estado manda por su cuenta anualmente numerosos médicos a Europa, sin exigirles la más mínima obligación con respecto a prestación de servicios, ya sea en el campo de la sanidad pública o del ejército y la marina. Esta última, por ejemplo, para poder llenar las vacantes más importantes, está obligada a contratar médicos en el extranjero o se tiene que contentar con estudiantes mayores de medicina, que no habían podido rendir su examen de estado; como si el soldado no fuera también ciudadano chileno y no tuviera derecho a recibir un tratamiento médico eficiente”.

“Para llegar a las cabañas es preciso vadear dos brazos de río más pequeños, lo que se puede hacer mejor a caballo, pues con sólo un poco de crecida no le sirven a uno de nada las piedras sobresalientes más grandes, al querer vadear el río a pie; ignoro en qué forma llegan allá los enfermos; probablemente en carretas tiradas por bueyes. Todo esto me recordó vivamente el tratamiento que se daba a los leprosos en la antigüedad y aquel relato de Siberia”.

“Se ve a diario cómo el gobierno en Santiago no tiene idea de las necesidades de las provincias sureñas tan agraciadas por la naturaleza, y de cómo las autoridades locales fracasan totalmente en sus tareas, a pesar de que aquí se gasta igual cantidad infinita de papel y tinta que en Santiago en escritos, de lo cual, ciertamente, no hay que admirarse, ya que los medios en dinero que se ponen a disposición de estas autoridades para fines de higiene son tan irrisoriamente reducidos, y en vista de que el nombramiento de las autoridades se rige casi exclusivamente por principios políticos y no en base a la comprobación de la capacidad administrativa. Para mayor ilustración te sirva la siguiente historia: Mientras estaba yo conversando en el hotel con el médico para viruela, sobre sus enfermos, viene el prefecto de policía de Temuco y le dice que se sirva ir a Lautaro a inspeccionar, ya que dos cadáveres de víctimas de la viruela habían

