

Ideas sobre la escrófula en Chile, antes de 1882

Ignacio Duarte G.¹

Resumen Desde la antigüedad la escrófula o lamparón era descrita como tumefacción crónica de ganglios linfáticos cervicales, que afectaba principalmente a niños, adolescentes y jóvenes. Se pensaba que algunas veces también podía comprometer otras partes del cuerpo y cursar con caquexia letal. En el presente artículo se intentó indagar las ideas reinantes en Chile sobre las características y tratamiento de la escrófula, antes del descubrimiento del bacilo tuberculoso. Se revisaron estadísticas principalmente hospitalarias, textos extranjeros disponibles y opiniones de médicos que trabajaron en Chile. Se consignaba el diagnóstico de escrófula en aproximadamente 2,2% de los pacientes, y tisis en 3,8%. Sin embargo, ambas condiciones pueden haber sido inadecuadamente identificadas, especialmente debido a sub-diagnóstico de tisis pulmonar en casos clasificados como neumonía o pleuresía. En el tiempo descrito se opinaba que la escrófula era causada principalmente por transmisión hereditaria, alimentación inadecuada o sífilis en individuos predispuestos por un temperamento linfático. No se encontraron textos chilenos en que se normaran criterios para el diagnóstico de escrófula. Para el tratamiento se mencionaban plantas medicinales y algunos compuestos químicos administrados en infusiones o emplastos. Quedan dudas para interpretar lo que se pensaba sobre el significado y límites de las condiciones denominadas escrófula, escrofuloso y tisis. Este problema se aprecia también en la literatura clínica internacional y se atribuye principalmente al insuficiente desarrollo científico y metodológico de la medicina de la época.

Palabras clave: Escrófula; tisis; tuberculosis; linfadenitis; siglo XIX; medicina chilena

Abstract: Scrofula in Chile before 1882

Since ancient times, scrofula was described as a chronic swelling of cervical lymph nodes, affecting mostly children and young people, and that sometimes it could also compromise other parts of the body, evolving into a lethal consumptive disease. The purpose of this study was to determine the main perceptions about scrofula in Chile, its characteristics and treatment, before the discovery of the tubercle bacillus. Hospital statistics on diseases, available foreign literature, and opinions of physicians who had worked in Chile were reviewed. Scrofula was diagnosed in roughly 2.2% of patients, and phthisis in 3.8%. Nevertheless, both conditions may have been inadequately identified, especially due to underdiagnosis of pulmonary phthisis, classified as pneumonia or pleurisy in some cases. Scrofula was considered to be caused chiefly by hereditary transmission, an inadequate diet, or syphilis, in people predisposed by a lymphatic temperament. No Chilean texts establishing criteria for diagnosing scrofula were found. Some writings suggested using medicinal plant infusions or poultices to treat scrofula. Uncertainty persists to understand the meaning and limits assigned to the conditions named scrofula, scrofulous and phthisis. This dilemma is also found in the international clinical literature, being attributed mainly to insufficient scientific and methodological development in that epoch.

Keywords: scrofula; phthisis; tuberculosis; lymphadenitis; 19th century; Chilean medicine.

Fecha de envío: 27 de junio de 2018 - Fecha de aceptación: 12 de octubre de 2018

Introducción

El prototipo de la enfermedad llamada escrófula desde la antigüedad correspondía a una tumefacción crónica de ganglios linfáticos cervicales, que afectaba principalmente a niños, adolescentes y jóvenes. El término escrófula deriva de un diminutivo de la palabra latina *scrofae*, que significaba puerca, dado que el aspecto del cuello de los pacientes escrofulosos recordaba al de la papada

de un cerdo; también el compromiso sucesivo de varios ganglios se comparaba a que se multiplicaban como cerdos. El aumento de volumen ganglionar tenía como sustrato una materia blanca amarillenta de aspecto caseoso. Su evolución clínica podía variar desde regresar espontáneamente, sufrir remisiones y reactivaciones, reblandecerse y fistulizarse a la piel. El compromiso ganglionar podía asociarse con afecciones cutáneas, oculares y catarros de

(1) Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Autor de correspondencia: igduarte@gmail.com



mucosas. En algunos casos, lesiones caseosas o tubérculos podían afectar otras partes del cuerpo, evolucionando muchas veces a una consunción letal, lo cual dificultaba distinguir entre escrófula y tisis (Morton, 1720; Wiseman, 1734; Villemin, 1868). En tales casos diversos autores procedieron a denominarlas “escrófula” o “enfermedades escrofulosas” (Lepelletier, 1830).

La génesis de la escrófula se atribuyó a variadas causas, patogenia y estados predisponentes principalmente heredados. A fines del siglo XIX se reconoció su etiología infecciosa por *Mycobacterium tuberculosis*, demostrándose en muchos casos su asociación con la tuberculosis pulmonar. Posteriormente se han caracterizado otras especies de micobacterias que pueden causar lesiones similares (Duarte, 2017).

La voz escrófula aparece documentada en castellano en el siglo XVIII, sin embargo, el diccionario de la Real Academia Española acogió primero el nombre de lamparón: después definía escrófula como “lo mismo que lamparón”. Desde 1884 el diccionario define lamparón como vocablo médico que significaba “escrófula en el cuello” (Duarte & Chuaqui, 2010). En un diccionario de idioma mapuche el término lamparón se traducía por el vocablo *pavpillco* (Febres, 1765).

El presente artículo tiene por objeto indagar acerca de la frecuencia de la escrófula en Chile y las ideas que se plantearon acerca de sus características y tratamiento, antes que en 1882 Koch descubriera la etiología infecciosa de la tuberculosis y demostrara el bacilo tuberculoso en ganglios escrofulosos (Koch, 1932).

La escrófula en textos disponibles en el siglo XX en Chile

Ante la escasez de escritos originales chilenos durante la Colonia y principios de la vida republicana, cabe referirse a algunos aspectos tratados en obras médicas extranjeras disponibles en el país en aquella época.

En la segunda mitad del siglo XVIII la Botica de los Jesuitas en Santiago albergaba una biblioteca que contenía alrededor de 130 obras de índole médico-farmacéutica. Se ha sugerido que el Dr. Domingo Nevin, primer profesor de medicina de la Real Universidad de San Felipe de Santiago, tenía acceso a aquellos volúmenes (Laval, 1953). Entre ellos se encontraba una versión castellana de *Lilium medicinae* de Bernardo Gordon, reputado profesor de Montpellier, cuyo primer texto había aparecido a principios del siglo XIV. Clasificaba la escrófula entre las “apostemas o hinchazones anormales frías y duras, producidas por los humores flema o melancolía”. Entre los tratamientos recomendaba sangrar al paciente, llevar un régimen para evitar cosas que hinchen la cabeza de vapores, como consumir ajos o vino fuerte, o proferir gritos. Para resolver los

tumores, aplicar emplastos con variadas sustancias, entre ellas higos, culantro, estiércol de cabra o de paloma, carne de culebra cocida. Si era necesario aplicar cirugía, guardarse de las venas, arterias y nervios. Finalmente, sugería recurrir al Rey de Francia, que tenía la propiedad de curar las escrófulas tocándolas (Gordonio, 1697).

Otra obra era la Cirugía universal de Juan Fragoso, médico español. Describe el lamparón o estruma como una “hinchazón dura de las landrecillas, envuelta en una tela”. Agrega que “son únicos o muchos; grandes, pequeños o medianos; mansos o malignos, estos tienen dolor o inflamación”. Se ubican “principalmente delante o detrás del cuello: unos como colgados, que se mueven fácilmente; otros fijos y sin movimiento; unos están adheridos a venas y arterias, y otros despegados”. “Si tienen dolor, calor y bermejura, es indicio de que están madurando”. El autor explicaba que los lamparones se curan con medicamentos que ablanden y resuelvan, y con obra de manos. Algunas alternativas eran las siguientes: los pequeños y blandos se trataban con compresión y emplastos de amoníaco. Para los que no parecían resolverse, aplicar un emplasto a base de raíces de malvavisco, y de azucena, ajos asados y enjundia de ganso. En los lamparones que no se mueven y están arraigados en venas y arterias, insertarles solimán (sublimado corrosivo); al tercer día se reventaría y expulsaría materia, que se debía limpiar con una mezcla de apio y blanduras (Fragoso, 1592).

Autores preferidos por profesores de medicina

En 1833 se inauguró la escuela de Medicina del Instituto Nacional de Chile. El primer profesor de Patología médica fue el médico irlandés Guillermo C. Blest, quien se basaba en la taxonomía de las enfermedades elaborada por William Cullen, “menos defectuosa que cualquiera de las otras” (Blest, 1983). Dicho autor clasificaba la escrófula como sigue: Clase: Caquexia. Orden: Impétigo, definido como “hábito depravado que produce afecciones preternaturales de la piel o partes externas del cuerpo”. Género: Escrófula, “tumor de las glándulas conglobadas, especialmente en el cuello, con tumefacción de labio superior y parte carnosa de la nariz, cara rubicunda, piel suave y abdomen grande”. Este género incluía: 1) la escrófula vulgar, simple, externa, duradera; 2) la escrófula mesentérica: simple, interna, con palidez de la cara, pérdida de apetito, tumor abdominal, e inusual hedor de las heces. El sistema nombraba además una “tabes escrofulosa” en sujetos escrofulosos, correspondiente a la Clase Caquexia, Orden Marchitez, caracterizado por emaciación de todo el cuerpo; Género Tabes: emaciación, pérdida de fuerzas, fiebre héctica (Cullen, 1800).

La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile se inauguró en 1843. Profesores del establecimiento recomendaban textos de autores europeos. El Dr. Francisco Javier Tocornal, que enseñaba

Patología Interna desde 1863 al 1871 se basaba en el texto de Grisolle. A su vez, el doctor Ramón Elguero, quien asumió esa misma cátedra en el período 1871-1874, se basaba, o recomendaba, entre otros, a Graves, Jaccoud y Monneret (Orrego Luco, 1924). Estos autores conceptuaban la escrófula como un conjunto de fenómenos mórbidos o distrofia constitucional crónica debida a una alteración general primitiva de todo el organismo. Se explicaba que comprometía ganglios linfáticos, particularmente los submaxilares y los laterales del cuello (Grisolle, 1857). Además, podía lesionar piel, mucosas, tejidos subcutáneo y osteo-fibroso, y vísceras, comprometidos aisladamente o sucesivamente en el orden indicado, aunque solía quedar restringida a las manifestaciones ganglionares, y cutáneo-mucosas superficiales. En cuanto a su génesis, no se consideraba contagiosa, sino frecuentemente hereditaria, transmitida directamente por padres escrófulos: "los niños están marcados al venir al mundo" (Graves, 1871). En algunos casos podía ser congénita no hereditaria en hijos de padres añosos, consanguíneos o afectados por males caquetizantes; en otros se presentaría en forma adquirida bajo ciertas condiciones higiénicas inadecuadas, como mala alimentación, insuficiente aireación, falta de ejercicio o trabajo excesivo (Monneret & Fleury, 1845).

Saccoud indicaba que el pronóstico de la escrófula podía ser grave debido a su duración, recaídas, grado de las lesiones y su transmisión hereditaria. Podía llevar a la muerte por tumefacción de ganglios peribronquiales, adenitis mesentérica y peritonitis, neumonía y tisis caseosa, caquexia, depósito amiloideo renal o hepático. El tratamiento consistía en normalizar los hábitos higiénicos, administrar tónicos como aceite de hígado de bacalao, preparaciones de yodo, mercurio y baños en aguas minerales sulfurosas. Se concluía que ciertas lesiones locales ameritaban intervención quirúrgica (Jaccoud, 1882).

Una hipótesis proponía que algunas hinchazones tuberculosas de glándulas del mesenterio, de bronquios y de ganglios linfáticos exteriores, deberían referirse a una enfermedad especial diferente de las escrófulas; y no debería incluirse entre ellas a la tisis pulmonar, la caries ósea, y las curvaturas del raquis producidas por el tubérculo. Se agregaba que aunque muchos sostenían la identidad de la "tuberculización" y de las escrófulas, la distinción debía ser mantenida, aun reconociéndose que había similitud entre las dos diátesis o predisposiciones correspondientes. Se planteaba que el desarrollo de tubérculos y el de la consunción eran consecuencias de una "constitución escrófulosa" (Monneret & Fleury, 1845).

En el diccionario de Jaccoud se estimaba que las manifestaciones anatómicas atribuidas a la escrófula podían desembocar en la neoplasia tuberculosa. Deducía que todas las formas de lo que se conceptuaba como escrófula (ganglionares, dermohipodérmicas,

lupus, etc.) eran tisis locales en individuos portadores de la predisposición escrófulosa. Debería considerarse escrófula propiamente tal sólo las manifestaciones restringidas a conjuntivitis tenaces y a repetición, erosiones fáciles de las narinas, manifestaciones paroxísticas hacia la piel y mucosas o erupciones exantemáticas efímeras. Postulaba que la tisis o tuberculosis era una enfermedad contagiosa, aunque no se hubiera aún reconocido el agente (Jaccoud, 1882).

Graves no abordaba la escrófula como entidad separada. Concedía importancia a la "inflamación escrófulosa", que tanto en el pulmón como en los abscesos escrófulosos externos o de localizaciones como la rodilla, seguía los mismos pasos: comienzo insidioso, evolución lenta, induración gradual seguida de reblandecimiento progresivo, material puriforme, ulceración y fistulización. Negaba que, en general, el compromiso ganglionar en una enfermedad fuera causa de otras manifestaciones mórbidas, y afirmaba que era consecuencia de las lesiones de cualquier parte, en la cual se afectaban los vasos linfáticos locales, a lo largo de los cuales se propagaba el mal hasta penetrar los ganglios respectivos (Graves, 1871).

Cabe la posibilidad de que, además de los autores mencionados, algunos médicos que ejercían en Chile pudieran acceder a otros escritos que aportaran visiones distintas de la escrófula.

Frecuencia de la escrófula

En el Hospital San Francisco de Borja de Santiago se atendieron 784 enfermas desde marzo de 1782 hasta fines de febrero de 1783. Entre los diagnósticos formulados figuraba un caso de escrófulas, 6 de tisis, 1 de esputo de sangre y 35 de fiebre hética (Laval, 2011).

En el primer informe de 47 pacientes internados en 1827 el Hospital San Juan de Dios de Valparaíso se incluían 3 casos de escrófula y 2 de tisis crónica. Además, se consignaban 2 casos de pulmonía (Noziglia, 2013). En el mismo establecimiento se analizaron los datos de 2071 pacientes (que es la suma de 823 hospitalizados en 1868 y 1248 en 1874): se emitieron 60 diagnósticos de escrófula y 49 de tisis pulmonar, 82 de pulmonía y 17 de pleuresía (Gajardo Tobar 1982).

En un análisis de las enfermedades de 1073 soldados hospitalizados en establecimientos de Santiago, Valparaíso, Los Ángeles, Mulchén y Coquimbo, entre los años 1865 y 1866, figuraban 43 con diagnóstico de escrófula, 48 de tisis y 37 de pulmonía. Las enfermedades venéreas alcanzaban el primer lugar, la tisis el quinto, las escrófulas el octavo y la pulmonía el noveno (Murillo, 1869).

El Hospital San Juan de Dios de Santiago contabilizaba 1262 fallecidos durante los primeros 9 meses de 1864: se incluían 23 con escrófulas y 120 con tisis; también se registraban 131 pleuroneumonías y 14 pleuritis (Laval, 1949).

Un recuento de 772 enfermos del personal a bordo del blindado Blanco Encalada desde septiembre de 1878 hasta 1881, consigna que se diagnosticó escrófula en 5 atenciones y tuberculosis en 2 (Soza, 1884).

Sumando las cifras de las series expuestas, con el objeto de tener una idea muy general, se aprecia que se diagnosticó escrófula en alrededor del 2,2% de los casos y tisis en 3,8%.

Opiniones en Chile

En forma paralela a las cifras anotadas, que solo dan cuenta de pacientes bajo observación institucional, resulta interesante revisar las opiniones sobre la escrófula vertidas por diferentes médicos que ejercieron en el país y de autores de memorias de grado.

El médico y cosmógrafo peruano José Gregorio Paredes estuvo 15 meses en Chile en 1814, al cabo de los cuales opinaba que “de las caquexias, las que asoman más a la cara son las escrófulas o ‘puercas’ (lamparones)...no recuerdo más que dos personas con tales humores y dos con úlceras pequeñas” (Díaz, 1863)

En 1830 el médico-cirujano Tomás Leighton respondía desde Valparaíso una encuesta del *Royal College of Physicians* de Londres y declaraba que la enfermedad predominante era “las escrófulas en todas sus formas y en todas partes de Chile; 25 por ciento de las muertes son ocasionadas por tisis...”. Por su parte, la respuesta del cónsul británico en Coquimbo, Matthew Carter, consignaba que “las enfermedades predominantes son disentería, fiebre tifoidea, reumatismo, consunción y escrófulas” (Correa, 2010).

En una memoria presentada a la Facultad de Medicina, el Dr Jorge Hércules Petit escribía: “Hace cuarenta años, Chile ...no presentaba entre sus hijos sino unos pocos escrofulosos...Hoy... los escrofulosos son innumerables, y la tisis pulmonar llena nuestros hospitales y roe la existencia de la sociedad entera” (Petit, 1861). En un artículo sobre Chile publicado en una revista francesa, el doctor Francisco Julio Lafargue relataba que la afección escrofulosa era infinitamente más rara que en Francia, y que, siendo muy frecuentes las conjuntivitis, parecían ser más de origen sifilítico que por “la diátesis escrofulosa” (Díaz, 1863). El profesor Juan Miquel aseveraba que “... el vicio escrofuloso y las afecciones orgánicas del corazón hanse difundido de tal modo en la capital de la República, que ya asustan al médico pensador...” (Miquel, 1854). En sus comentarios sobre las escrófulas, Adolfo Murillo opinaba que los tumores escrofulosos del cuello abundaban en la tropa y que las adenitis escrofulosas (parece referirse al compromiso de otras localizaciones ganglionares) se presentaban “con más o menos frecuencia”; agregando que las osteítis de igual naturaleza eran escasas (Murillo, 1869).

Causas

Herencia. Miquel incluye el vicio escrofuloso, la hemoptisis y la tisis entre las muchas que se transmiten por medio de la generación. Tienden a manifestarse “por regla general, en la misma edad, en igual época y en medio de circunstancias análogas a las que acompañaron la aparición de ellas en los padres. Suele acontecer también que la ausencia absoluta o parcial de las causas que han favorecido el desenvolvimiento de las indicadas enfermedades en el padre, no permitan que se reproduzca en el hijo, aunque este haya recibido la predisposición hereditaria”. Explicaba que aquella predisposición hereditaria podría corresponder a la transmisión de los atributos que caracterizan a un temperamento particular. Al respecto el Dr. Juan Mackenna, observaba que “en la mayoría de los habitantes de los pueblos de Chile se observa el temperamento linfático en lugar del sanguíneo nervioso que legaron sus ascendientes”. Interpretaba este cambio por efecto de la moda, en particular la introducción del té, del café y otros estimulantes, y sugería que el linfatismo puede evolucionar a temperamento escrofuloso, y predisponer a enfermedades orgánicas de difícil y aun imposible curación, entre otras, tisis y obstrucciones glandulares (Mackenna, 1850). Por otra parte, en su memoria de grado Joaquín Barañaño escribía que “se ha creído y se cree aún al presente que existe una constitución escrofulosa y que la predisposición a los tubérculos se muestra por un hábito externo especial. Las investigaciones más rigurosas de la ciencia moderna demuestran que la sana observación no suministra hasta ahora más que datos contradictorios, resultados sin valor” (Barañaño, 1858).

Alimentación. La mala alimentación era sindicada como causa de la escrófula (Murillo, 1869). A fines del siglo XIX, refiriéndose a los hábitos alimentarios de los indígenas en Chile, Barros Arana citaba a un observador que anotaba: “no hacen distinción de animales comestibles a los inmundos y asquerosos, que todo no lo coman sin asco ni recelo, sin perdonar sabandija, lo cual entiendo es causa de que críen muchísimos de él los feísimos lamparones” (Barros Arana, 2000).

Sífilis. Se aseveraba que la sífilis, en particular la forma terciaria “enjendra las escrófulas” (Mackenna, 1850; Díaz, 1875). A su vez Petit pensaba que una de las manifestaciones no bien conocidas de la lúes venérea eran las escrófulas, que serían el prolegómeno de la tisis pulmonar. Especificaba que no consideraba la tisis como un accidente sifilítico, sino como consecuencia de los destrozos y envenenamiento producidos por el mal venéreo (Petit, 1861).

Efecto de otros hábitos. Murillo afirmaba que las afecciones escrofulosas en los soldados además de la mala alimentación tienen su origen en la clase de vida, las privaciones, las fatigas,

la mala disposición de las habitaciones y el trabajo casi forzado al que les obligaba la escasa dotación de las guarniciones que cubrían (Murillo, 1869).

Tratamiento

En Chile se generó material escrito sobre terapia de la escrófula: en ellos se recogían métodos tradicionales usados por curadores y datos de bibliografía extranjera.

En 1674 Diego de Rosales enumera emplastos que curaban lamparones cerrados o abiertos a base de las hierbas que llama Tautue, Pulal-pulal, Gadu o cebollitas de campo, y Hierba de Lamparones (Rosales, 1877)

El texto "Al lector doliente deste Reyno de Chile" es una obra manuscrita del fraile Antonio de Arteaga (Noziglia, 2013). Recomendaba diversas cataplasmas para tratar los lamparones: culantro con harina de habas; hojas de llantén con sal; pimienta incorporada con pez; boñiga de buey mezclada con vinagre; albayalde (carbonato de plomo) mezclado con aceite; tortilla de ceniza con orina de mujer preñada. Además, relataba que "algunos traen las raíces de llantén colgadas al cuello para quitar los lamparones, y así los resuelven" (Arteaga, 1745-1757).

También se citaban las siguientes fórmulas: infusión de raíz de huaicurú, cocimiento de hojas de nogal y jarabe y extracto de corteza de las nueces (Murillo, 1861).

En la Botica de los jesuitas, un inventario de 1767 daba cuenta de 612 fármacos simples y compuestos. Entre ellos, los siguientes se consideraban aptos para tratar las escrófulas: Azafrán de Marte (sesquióxido de hierro anhidro), Azufre dorado de antimonio (pentasulfuro de antimonio), Polipodio p163 (*Polipodium vulgare*), Sal Amoníaca (Cloruro de amoníaco), y Sal Gema (Cloruro de sodio). (Laval, 1953).

Murillo recomendaba tratar la escrófula mediante un régimen tónico y fortificante, y la aplicación local repetida de emplastos con vejigatorios (sustancias irritantes). Refería que más dificultosos resultaban los tumores escrofulosos que supuraban, proceso que se repetía eternizándose al formarse nuevos abscesos, senos fistulosos y denudaciones del cutis, que dejaban cicatrices viciosas de aspecto desagradable. Especificaba que las osteítis escrofulosas siempre terminaban mal (Murillo, 1869).

Prevención

Miquel propuso que para evitar o aminorar la transmisión hereditaria, una persona escrofulosa, que probablemente en Chile pasaría a ser tísica muy luego, debería contraer matrimonio con una pareja de

constitución firme y de fibra seca y de temperamento bilioso-nervioso, sanguíneo-bilioso o nervioso sanguíneo. Agregaba que, en el caso de un individuo que ya es portador de la predisposición escrofulosa, debe prevenirse que se desencadene la enfermedad aplicando las siguientes medidas: Cambiarse desde un clima frío y húmedo a uno caliente y seco, como el cercano a la cordillera. Consumir carnes asadas y succulentas, legumbres, frutas azucaradas y bebidas ligeramente amargas y espirituosas. Acostarse temprano, en cama ni dura ni blanda, levantarse con sol y evitar los prolongados "trabajos de bufete". Evitar emociones tristes y excesos de toda clase. Practicar ejercicio corporal al aire libre, tomar baños de agua corriente, agua de mar o termales. Aplicársele fricciones espirituosas y aromáticas en toda la piel (Miquel, 1854).

Discusión

En las escasas estadísticas citadas se aprecia, en general, mayor frecuencia de diagnóstico de tisis que de escrófula, habiendo variaciones. Sin embargo, para ponderar el valor de los esos datos deben tomarse en cuenta los siguientes factores. En primer lugar, se ha estimado la proporción de diagnósticos consignados principalmente en hospitales, cuya limitada capacidad determinaba un alto rechazo de pacientes (Laval, 1949; Noziglia, 2013). En segundo término, no se encontraron estudios de atención ambulatoria o domiciliaria. Además, en el caso de la escrófula, no hay información de iniciativas de detección en poblaciones o en grupos de personas, especialmente niños y adolescentes, como las realizadas en Europa en el siglo XIX (Phillips, 1846).

No ha habido acceso a textos de autoridades médicas en el Chile de la época que impartieran pautas normativas para la conceptualización y diagnóstico de escrófula. En este sentido Salas Olano no pudo averiguar en qué libros se basaban los profesores de la Universidad de San Felipe para exponer las materias. No obstante, menciona que en la Biblioteca Nacional había un manuscrito en dos tomos, titulado *Silva Medica*, que contenía los que parecían ser apuntes de clase de Prima Medicina, presumiblemente elaborado hacia 1785, el cual no ha sido hallado (Salas Olano, 1894). A su vez, Ferrer declaró que conservaba un ejemplar de apuntes de clases del Dr. Blest, titulado Elementos de Patología y Terapéutica: no se ha localizado después ese original ni copias (Ferrer, 1904).

Se deben considerar también las dificultades de la época concernientes a formular el diagnóstico de escrófula:

En primer lugar, problemas de orden conceptual: la discordancia entre autores, principalmente del siglo XIX, en el significado atribuido a los nombres escrófula, escrofulosis y escrofulismo, y al adjetivo escrofuloso. Asimismo, había confusión entre la identidad o diferencia entre escrófula y tuberculosis. Además, se debatían dos

planteamientos: uno postulaba que ambas condiciones derivaban de una única predisposición o diátesis; el otro, que existía una predisposición escrofulosa, distinta de la predisposición tuberculosa. Por otra parte, se discutía si caseificación y tubérculo eran sinónimos o denotaban lesiones diferentes (Wardrop, 1825; Villemin, 1868). Para evitar aquel desconcierto, en el siglo XIX algunos recurrían al nombre adenitis caseosa o adenitis escrofulosa para referirse al prototipo cervical de la escrófula, introduciéndose después: adenitis tuberculosa.

Varias de las disyuntivas enumeradas se advierten o conjeturan de las cifras, textos y opiniones recabados en Chile, como en los siguientes ejemplos. La relación entre caquexia y escrófula que mencionaba Paredes. La expresión de Leighton "escrófula en todas sus formas", que puede entenderse como las fases de la evolución del compromiso prototípico ganglionar cervical desde la tumefacción hasta la fístula o cicatriz; o bien referirse a la afectación de otros órganos. En los escritos de Leighton y Petit, la yuxtaposición de los nombres "escrófula" y "tisis" puede denotar sinonimia o distinción entre ambas condiciones. Por su parte, Miquel parecía considerar que escrófula y tisis son enfermedades diferentes, pero que la primera puede ser una condición o etapa del desarrollo de la segunda: no queda claro si "escrófula" o "vicio escrofuloso" podía aplicarse a una entidad mórbida o solo una predisposición heredada o adquirida.

En segundo lugar debe comprenderse que las dificultades anotadas se deben en gran medida a los aún insuficientes conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y etio-patológicos, lo cual influía en la delimitación nosológica y en la nomenclatura de cuadros clínicos que compartían algunas manifestaciones. Así, hay que admitir la posibilidad de que muchas tisis pulmonares hayan estado sub-diagnosticadas bajo cuadros clasificados como pleuritis, esputos con sangre, fiebre héctica y especialmente neumonía, dado que se llegó a considerar que alrededor del 80% de las "pulmonías" podían corresponder a tuberculosis pulmonar (Gajardo Tobar, 1982; Noziglia, 2013). Entre las condiciones que podían confundir el diagnóstico de escrófula se pueden mencionar: aumentos de volumen de linfonodos no cervicales, masas cervicales no ganglionares, y la inclusión de diferentes lesiones inflamatorias y destructivas de vísceras, huesos o articulaciones.

En tercer lugar, debe tenerse en cuenta que los diagnósticos pudieron ser emitidos por distintos facultativos con diferente formación, experiencia y acceso a textos clínicos, en un contexto en que no se disponía de exámenes microbiológicos ni radiológicos ni se había generalizado el uso del estetoscopio.

En conclusión, hasta fines del siglo XIX los datos y pareceres obtenidos en Chile acerca de la frecuencia, naturaleza y diagnóstico de la escrófula eran similares a las opiniones, confusiones y discordancias encontradas en la bibliografía extranjera, atribuibles principalmente al insuficiente desarrollo de la medicina anterior al desenvolvimiento de la mentalidad etiopatológica de la teoría microbiana.

Referencias

- Arteaga A. (1745-1757). *Al lector doliente*. Hay copia de este manuscrito en el Museo Fonck de Viña del Mar.
- Barañao J. (1858). *Memoria sobre las causas predisponentes de la tisis pulmonar*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Universidad de Chile. Colección del Museo Nacional de Historia de la Medicina Dr. Enrique Laval.
- Barros Arana D. (2000). *Historia general de Chile*, Tomo 1, p 69. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Blest G. (1983). Alocución del profesor de Medicina. *Rev Med Chile*: **111**, 360-363.
- Correa MJ. (1830). Respuestas a los cuestionarios enviados por Royal College of Physicians of London a los puertos de Valparaíso y Coquimbo, 1830. *An hist med*. **20**, 65-69.
- Cullen W. (1800). *Nosology, or a systematic arrangement of diseases*. Willan Creech, Edinburgh.
- Díaz W. (1863). Medicina. Documentos a ella relativos i a la historia de las enfermedades en Chile. *Anales Univ Chile*. **23**, 735-762
- Díaz W. (1875). Jeografía médica de Chile. Enfermedades reinantes en Chile. *Anales Univ Chile*. **47**, 86-130.
- Duarte I & Chuaqui C. (2010), La tuberculosis en el Diccionario de la Real Academia Española. *An hist med*. **20**, 51-62.
- Duarte I. (2017). De la escrófula a la linfadenitis micobacteriana. *Rev Chil Infectol*. **34**, 589-595.
- Febres A. (1765). *Arte de la lengua general del Reyno de Chile*, p 58, Lima.
- Ferrer L. (1904). *Historia general de la Medicina en Chile*, p 381. Imprenta Talca, Talca.
- Fragoso J. (1592). De los lamparones. En *Cirugía Universal*. Casa de Juan Gracian, Alcalá.

- Gajardo Tobar R. (1982). Los problemas médicos en Valparaíso entre 1860 y 1885. *Rev Med Valparaíso*. **35**, 81-90.
- Gordonio B. (1697). De escrófulas. En *Lilio de Medicina*, pp 35-36. Antonio González de Reyes, Madrid.
- Graves R. (1871). Phthisie pulmonaire, En *Lecons de clinique médicale*, pp 137-195. Adrien Delahaye, Paris.
- Grisolle A. (1857). De la afección escrofulosa. En *Tratado elemental y práctico de Patología Interna*. Tomo I, pp 82-84. Viuda de Alonso Martín, Madrid.
- Jaccoud S. (1882). Scrofule. En *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Tomo 32, pp 710-756. J. B. Baillièrre et Fils, Paris.
- Koch R. (1932). The aetiology of tuberculosis. *Am Rev Tuberc* **25**, 285-323.
- Laval. E. (1949). *Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago*, pp 130, 190-191, 203, 208) Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago de Chile.
- Laval E. (1953). *Botica de los Jesuitas en Santiago*, pp 19-23. Asociación Chilena de Asistencia Social, Santiago de Chile.
- Laval E. (2011). *Historia del Hospital San Francisco de Borja de Santiago (1782-1944)*, p 26, pp 132-133. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Lepelletier A. (1830). Maladies scrophuleuses locales considérées collectivement. En *Traité complet sur la maladie scrophuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir*, pp 99-107. Germe Ballière, Paris.
- Mackenna J. (1850). De las causas de la mortalidad en Chile; fundadas en la desproporción entre el temperamento de los hijos del país y su clima. *Anales Univ Chile*.
- Miquel J. (1854). Memoria acerca de las enfermedades hereditarias en Chile, con especialidad en Santiago. *Anales Univ Chile*, serie **1**, 351-355
- Monneret E, Fleury L. (1845). De la degeneración tuberculosa de los ganglios y de las escrófulas en general. En *Tratado completo de Patología Interna*. Tomo IV, pp 77-92. Viuda de Jordán e Hijos, Barcelona.
- Morton R. (1720). Of a scrophulous consumption. En *Phthisiologia, a treatise of consumptions*, pp 194-201. W. and. J. Innis, London.
- Murillo A. (1861). *Memoria sobre las plantas medicinales de Chile i el uso que de ellas se hace en el país*. Imprenta del Ferrocarril, Santiago de Chile.
- Murillo A. (1869). *Enfermedades que más afectan al soldado en Chile: sus causas y su profilaxis*. Imprenta Nacional, Santiago de Chile.
- Noziglia C. (2013). *La Medicina en Valparaíso. En el contexto local y nacional de Chile hasta fines del siglo XIX*, pp 194, 366, 369, 370. Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
- Orrego Luco A. (1924). *Recuerdos de la Escuela*, pp 54-64. Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.
- Petit, H. (1861). Investigación de las causas que tan frecuente han hecho en Chile, en los últimos años, la tisis pulmonar, e indicación de las medidas hijiénicas que convendría emplear para removerlas. *Anales Univ Chile* **19**, 723-743.
- Phillips B. (1846). Prevalence of scrofula in Great Britain. En *Scrofula; its causes, its prevalence and the principles of treatment*, pp 77-88. Lea and Blanchard, Philadelphia.
- Rosales D. (1877). *Historia General del Reyno de Chile. Flandes Indiano*, Tomo I, pp 27-37. Imprenta del Mercurio, Valparaíso.
- Salas Olano E. (1894). *Historia de la Medicina en Chile*, pp 88-89. Imprenta Vicuña Mackenna, Santiago de Chile.
- Soza P. (1884). *Consideraciones sobre las enfermedades reinantes a bordo, acompañadas de la estadística llevada en el blindado Blanco Encalada desde el año 1878*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia, Universidad de Chile. Colección del Museo Nacional de Historia de la Medicina Dr. Enrique Laval.
- Villemin JA. (1868). Du escrofulisme. En *Études sur la Tuberculose*. pp 179-262. B. Baillièrre et Fils, Paris, 1868.
- Wardrop J. (1825). Preliminary observations on disease structure. En: *The works of Mathew Baillie, M.D*, Vol II, p XXXIV. Longman, Hurst, Rees; Orme, Brown and Green, London.
- Wiseman R. (1734). Of the King's evil. En *Eight surgical treatises*. 6a ed, Treatise IV, pp 392-512. J. Walthoe et al., London.