Oficina General de Edición y Biblioteca
OFICINA DE ADQUISICIONES BIBLIOGRÁFICAS
U.N.M.S.M.

Universidad Nacional de San Marcos
Biblioteca
Lima-Perú

LA CRONICA MEDICA

AÑO XXX.— LIMA, ABRIL 30 DE 1913 —Nº 584

El Pigmento malárico en la orina de los palúdicos

POR

RAMON E. RIBEYRO Y CARLOS A. BAMBAREN.

EL Doctor *Ciro Urriola* (1) médico del Hospital *St Thomas* en Panamá, ha descrito en 1911 *un nuevo signo patognomónico del paludismo*:la presencia del pigmento melánico en la orina de los palúdicos. Según el Doctor Urriola el diagnóstico del paludismo no puede hacerse en muchos casos con toda exactitud,por que la investigación de los elementos parasitarios en la sangre, no dá resultado constante, por cuanto estos elementos pueden desaparecer temporalmente de ella en el principio de los accesos tropicales, y es difícil encontrarlos en ciertas formas con localizaciones especiales, en los accesos subintrantes, después de la administración de la quinina, etc., etc.; por consiguiente no puede basarse siempre el clínico en la investigación del hematozoario en la sangre para hacer con exactitud el diagnóstico de la enfermedad.

El autor examina los otros métodos propuestos; el poder aglutinante de la sangre de los palúdicos, sobre los hematíes de individuos palúdicos ó sanos, y la presencia de la urobilina, que sería un signo permanente según la comunicación de *Plehn* en 1908 á la *British Medical Asociation*. Urriola estima que ningúno de ellos puede constituir un signo seguro para el diagnóstico; pero en cambio, ha observado que el pigmento malárico en la orina de los palúdicos es un signo constante y que se encuentra tanto en los casos graves como en los casos leves, en las formas agudas, crónicas ó larvadas.

Según Urriola el pigmento negro se presenta bajo cuatro formas

1º. Granos muy finos, casi siempre agrupados y en número más ó menos considerable.

2º. Granos un poco más gruesos que los precedentes y agrupados del mismo modo.

3º. Gruesas masas polimorfas y de tamaño variable.

4º. Granos negros incluídos en placas hialinas, en los leucocitos, ó en las células del epitelio vesical.

(1) Sur un nouveau signe pathonomonique du paludisme,—Semaine Medicale N. 1.—1911

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Posteriormente Cárlos Mars (1) ha controlado las observaciones de Urriola, y de sus observaciones resulta que en siete casos de paludismo que ha examinado,solo en dos ha encontrado algunos granulos negruscos ó brunos y nada en la orina de los otros cinco. Además, Mars hace reservas acerca de las masas negruscas observadas; estarían constituidas, no por el pigmento melánico mismo, sino por *hemosiderina*.

La técnica que debe seguirse para hacer la investigación del pigmento es muy sencilla, basta tener una cierta cantidad de orina, centrifugar y observar el depósito al microscopio. Como el procedimiento propuesto por Urriola es de ejecución muy sencilla y como por otra parte es siempre muy útil tener un signo más en que basar el diagnóstico, sobre todo desde que, entre nosotros el paludismo es muy frecuente, y como por otra parte, no todos los médicos están habituados ó preparados para las prácticas de laboratorio y conocimientos que requieren la investigación del hematozoanio en la sangre, hemos tratado de averiguar lo que había de cierto en el método propuesto por Urriola y el provecho que se podía obtener del nuevo signo; he aquí el resultado de nuestras investigaciones.

Técnica.—La técnica seguida es la misma propuesta por el autor. Reunir en un bocal la orina de 12 ó 24 horas, dejarle en reposo, decantar la parte superior y recojer en un vaso muy limpio la parte inferior; centrifugar todo el líquido del fondo por 5 ó 10 minutos, tomar con una pipeta el depósito, colocarlo entre lámina y laminilla y examinar al microscopio (obj. Zeiss D. D. oc. 2 ó 4).

Siguiendo esta técnica hemos hecho tres series de investigaciones. En la primera, hemos examinado el sedimiento urinario de 44 enfermos del hospital «*Dos de Mayo*», que tenían el diagnóstico *hospitalio de patudismo*.

El resultado es el siguiente:

Casos examinados	Diagnostico clínico: paludismo	Hai pigmento en la orina en	No hai en	Tanto por ciento positivo
44	44	32	12	72 %

En todos estos casos nos atuvimos al diagnónstico clínico y no hubo comprobación del hematozoario, y con todo constatamos la presencia de pigmento en un porcentaje muy elevado lo que nos indujo á seguir nuestras observaciones en una segunda serie de enfermos en los que el diagnóstico «paludismo» estuviese siempre comprobado por la presencia del hematozoario en la sangre, y obtuvimos el resultado siguiente:

(1) Carlo Mars. Sopra un preteso segno pathonomonico de la infezione malárica.—Il Policlinico, abril 1911,

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Oficina General de Editorial y Biblioteca Central
OFICINA DE ADQUISICIONES BIBLIOGRAFICAS
U.N.M.S.M.

Casos examinados	Hematozoario en la sangre	Hai pigmento en	No hai pigmento en	Tanto por ciento positivo
27	27	27	0	100 %

En fin, instituimos una tercera serie de observaciones que se referían á personas sanas y atacadas de otras enfermedades con el siguiente resultado:

Casos examinados	Hai pigmento	No hai pigmento	Total
Sujeto sanos.....	0	6	6
Tifoidea.....	0	2	2
Tuberculosis.....	0	1	1
Disentería.....	0	1	1
Sífilis.....	0	1	1
Fiebre grave de Carrión	0	1	1
Verruga eruptiva.....	0	1	1
Verruga y paludismo...	1	0	1

Más arriba hemos expuesto que Urriola ha observado el pigmento en la orina, bajo cuatro formas diferentes: (gránulos pequeños, gránulos gruesos, masas de pigmento, inclusiones pigmentarias) debemos anotar que en todos los casos que hemos estudiado no hemos encontrado todas estas formas descritas, pues solo se han presentado á nuestra observación, masas grandes negruscas ó de un color negro—ocre; no hemos visto nunca las otras formas.

Carlos Mars (1) estudia la composición química, de las masas negras de pigmento encontradas en los casos de paludismo y basandose en las reacciones micro—químicas del pigmento encontrado, cree que esas masas no son de pigmento melánico (melanina) sino de la sustancia descrita por *Neumann* (2) con el nombre de *hemosiderina*, que es un pigmento amarillento ó bruno amarillento, distinto de la melanina y derivado de la hemoglobina (3). La hemosideirna se encontraría no solo en los casos de paludismo, sino también en

(1) Carlo Mars,—Loc. cit.

(2) Neumann.—Wirchow arch. vol 71.—1907. 3,—W. H. Brown.—Changes in the hemosiderin content of the rabbit,s liver during autolysis. Analisado en el Bull. del Inst Pasteur.—1910.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

otras discrasias, como en la hemoglobinuria paroxistica, en la anemia perniciosa, en el envenenamiento por el ácido pirogálico etc.

Nosotros no hemos hecho el estudio micro químico del pigmento negro de la orina, en los casos que han sido objeto de nuestra observación, por eso no podemos aventurar una opinión al respecto, limitandonos á exponer las ideas de Cárlos Mars.

Pero en todo caso las observaciones que más arriba hemos expuesto, manifiesta que en realidad en *todos* los casos de paludismo que se ha examinado (entre los que hemos visto formas muy diferentes tanto por la especie zoológica del parásito (plasmodium malarie, p. vivax, p. falciparum) cuanto por la forma clínica de la infección palúdica, hemos encontrado masas negras de pigmento, que constituyen un signo de diagnóstico muy valioso por su constancia y al que creemos que puede concedérsele un valor real en el diagnóstico de la enfermedad, sobre todo cuando no puede hacerse la investigación del hematozoario en la sangre, ó bien cuando esta investigación es negativa, (vease las lecciones clínicas del Doctor Ernesto Odriozola, sobre la enfermedad de Carrión) (1)

En resumen, confirmando las observaciones de Urriola, hemos encontrado masas negruscas de pigmento (melanina ó hemosiderina) 1º. en todos los casos de paludismo en los que el examen de la sangre había confirmado el diagnóstico de la enfermedad; 2º. en el 72 % de los casos que tenían el diagnóstico clínico «paludismo» sin comprobación microscópica, y 3º. no lo hemos encontrado en las personas sanas ó atacadas de otras enfermedades. En fín, en dos casos de *Enfermedad de Carrión* (uno de fiebre grave y otro de verruga eruptiva) en los que había anemia muy marcada, no hemos encontrado masas negras ó brunas de pigmento.

Lima, de 1913.

CLINICA MEDICA.

Hospital «2 de Mayo.»

IVª, Leccion del profesor Dr. Ernesto Odriozola

20 de Mayo de 1912

Hoy, Señores, vamos á ocuparnos del enfermo que está acostado en la cama Nº. 39, y que ya ustedes conocen, porque juntos lo examinamos el miércoles último.

En la actualidad, su dolencia ha avanzado de tal manera, que no es cosa difícil llegar á su identificación; por el contrario, salta á la vista, con un conjunto de carácteres tan completo, que no hay lugar

(1) Ernesto Odriozola«—«La Crónica Médica« 1912.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

á dudas. Pero lo que debemos desde luego adelantar es, que sus lesiones son múltiples y marcan en el camino de las degeneraciones, un grado muy avanzado, que compromete irremediablemente su existencia.

Se trata de un sujeto de 37 años de edad, que ingresó en el servicio el día 7 de Marzo último.

Refiere que su padre murió dejándolo muy pequeño. Su madre vive y, al decir del enfermo, es atormentada contínuamente por «fatiga». Tiene cuatro hermanos que gozan de perfecta salud. Ha tenido cinco hijos, los cuales son también sanos.

Este enfermo cuenta que su género de vida ha sido siempre muy laboriosa y dura: sometido á trabajos penosos desde muy jóven. Fué primero carretero y después, por muchos años, brequero del Ferrocarril Central, haciéndo, con esto motivo, continuos viajes á la sierra y sufriendo como consecuencia muy frecuentes cambios de presión atmosférica.

Declara que hace seis años, contrajo un *chancro duro*, según diagnóstico del Dr. Cantuarias que lo asistió.

A la edad de 18 años sufrió una primera blenorrajia que le duró mes y medio.

Agrega además, que hacen dos años, saliendo de su trabajo, fué bruscamente atacado por un *dolor en el pecho*, que le impedía respirar, dolor que se propagaba hasta el dorso. Como este fenómeno no se diera trazas de desaparecer, se vió compelido á entrar al hospital de Guadalupe en el Callao. En este establecimiento parece que el enfermo recibió un tratamiento *antisifilítico* durante tres meses. Fué allí también en donde le colocaron un cáustico en la región precordial, cuyas huellas conserva hasta la fecha. Según propia declaración, algo aliviado salió de allí; pero no duró mucho, porque al cabo de pocos días fué nuevamente acometido por el mismo dolor, viéndose entonces obligado á consultar á varios facultativos. Como todos estos mortificantes trastornos, no solo continuaron sino se acentuaron, imposibilitándolo para toda labor, vino á este hospital y ocupó una cama en la sala de San Pedro, medicinándose allí por espacio de 3 á 4 meses. Volvió entonces á mejorarse á punto que mas confiado en su situación se aventuró nuevamente en su antiguo trabajo de brequero; pero los nuevos viajes á la Sierra reanudaron sus mortificaciones y dolores y aunque se le trasladó á la línea de Ancón, no por eso logró calmarlos. Otra vez entonces se hizo examinar por varios facultativos, uno de los cuales le aconsejó que entrara al hospital.

El aspecto de este hombre es el de una persona robusta y bien musculada, que lleva en la cara las marcas bastantes profundas de una *viruela* desarrollada en temprana edad.

Lo primero que atrae la atención del observador, es la existencia de una *disnea* bien acentuada, estando el enfermo y habiendo estado antes, perfectamente *apirético*. Descubriendo el torax, por su parte anterior, aparecen entonces los signos de las graves alteraciones que este hombre sufre. Hay en efecto un gran *abovedamiento* de toda la región *precordial*, que adquiere al nivel del tercer espacio intercostal, avanzando sobre el estermón mismo, la apariencia de una elavoración *tumorosa, pulsátil*, como del tamaño de una nuez. Por otro lado, debajo y por fuera del mamelón, en una extensión que

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

avanza hasta el sétimo espacio intercostral, se descubre una area de latidos que hacen vibrar toda la pared,con movimientos insócronos al pulso.

Poniendo la mano y haciéndola avanzar á través de todo ese sitio no se percibe más que el impulso vigoroso del órgano, pero la presión sobre la pequeña tumoración de que hemos hablado, produce *dolor* bien manifiesto.

La percusión en toda la zona precordial es perfectamente *macisa*, hasta los anómalos confines de las ya anotadas vibraciones, demostrando que existe una *enorme hipertrofia* del órgano central. Esta macícez se extiende igualmente al esternón, comprendiendo la pequeña tumoración ya descrita.

En el cuello se descubren *ligeros* latidos de los gruesos vasos y *ligera* dilatación de las venas superficiales, particularmente de las yugulares externas. Pero hundiendo el índice, en forma de gancho en la fosita supraesternal, *no se consigue* advertir pulsaciones.

El pulso es igual en ambas radiales, pequeño, pero regular y la pared arterial se siente gruesa y dura.

La auscultación permite descubrir un lijero ruido de soplo que se marca mejor en la base, al nivel de la pequeña tumoración; es *sistolico* y avanza sobre el pequeño silencio. Pero ademas existe otro soplo diastólico que acompaña al segundo ruido, apareciendo el primero oscuro y velado. La impulsión cardiaca se nota enérgica, levanta la cabeza del observador y el segundo ruido *retumba*, con intensidad inusitada.

El examen de los pulmones indica la existencia de gruesos estertores *sibilantes y crepitantes finos* en las bases, más marcados á izquierda que á derecha.

La observación del vientre es muy interesante. Está muy desarrollado, con *líquido libre* en el interior de su cavidad. A este enfermo por lo demás, se le han practicado ya nueve punciones,extrayéndose un líquido amarillento citríno, lijeramente turbio, cuyo examen ha dado por resultado la presencia de linfocitos. El higado se toca, cuando se deprime bruscamente la pared del hipocondrio derecho y también el bazo cuando se hace lo mismo con el izquierdo.

La piel del vientre, así como la del dorso y de los miembros inferiores, ostenta,manchas pequeñas brunas vestigios de anteriores erupciones, aún actualmente, en la porción inferior de la región tibial derecha se vé una pequeña *ulceración* eliptica, sin caracteres de especificidad apreciable.

El análisis de la orina ha descubierto: *oliguria*, vestigios de *serina* y raya de absorción de *urobilina*.

Aquí les presento el trazo *esfigmográfico* de la radial derecha que, como ven ustedes delata la existencia de una *esclerosis arterial*.

Hay *edema* muy lijera de los miembros inferiores.

El exámen de sus pupilas demuestra una *mayor* dilatación de la izquierda sobre la derecha.

Además de la *disnea* y del *dolor* del pecho de que ya hemos dado cuenta, este enfermo ha comenzado á sentir *disfagia*.

Tales son, señores, los datos completos que podemos presentar de este enfermo y bien comprenden ustedes que las alteraciones son ya tan avanzadas, que no es difícil sospechar de lo que se trata.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

La presencia del *tumor pulsátil*, en el sitio que hemos indicado, solo puede hacer pensar en un *aneurisma de la aorta*, porque la otra eventualidad, la de un *tumor del mediastino anterior* con el que podría confundirse aquel, no es sostenible: 1º. por razónes de orden etiológico: este hombre en efecto contrajo un *chancro duro*, según opinión de un profesional, y aunque falta la comprobación tecnica del caso, por médio de la reacción de *Wassermaun*, es bien sabido que los aneurismas de la aorta reconocen, en la inmensa mayoría de casos, un orígen *sifilítico*. 2º. El género de ocupaciones á que este hombre se ha dedicado, brequero del ferrocarril central, en la línea de la Oroya, en donde ha tenido que soportar violentos cambios de presión atmosférica, ha ejercido una influencia poderosa sobre la presión arterial, forzando la pared del grueso vaso y así se explican las *crisis dolorosas* que ha sufrido, cada vez que se aventuraba por esas alturas y el crecimiento relativamente rápido de la *bolsa aneurismática*. 3º. El tumor es *pulsátil*, en una pequeña extensión, con una expansibilidad uniforme, y parece que se ha hecho visible, después de una labor corrosiva ejercitada sobre el esternón. 4º. Se escucha un doble *soplo sistólico y diastótico* al nivel del tumor pulsátil y no en el resto de la región precordial. Todas estas razones, como ustedes ven, favorecen la idea que hemos avanzado, en oposición á la de un tumor del mediantino anterior. ¿Cuál es ahora la localización de este ancurisma? es decir ¿en qué porción de la aorta se ha desarrollado? Su situación en el tercer espacio intercostal, á la izquierda, y la perfecta igualdad de los dos pulsos manifiestan que la dilatación radica en el *orígen de la aorta*, en la porción *intrapericardica*, antes de emitir los gruesos troncos arteriales que desfilan en dirección del cuello; así se explica que ambos pulsos sean iguales.

El *dolor* en este hombre, ha sido el fenómeno más *constante* y más *tenaz*: cuando él existe, con los caracteres apuntados, es de un *valor fundamental* para el diagnóstico. Reviste los atributos de una *crisis anginosa*; pero que se resiste habitualmente á los medios que contra ella se emplean y á los cuales esta cede con docilidad. Es en veces de una *intensidad*, de una *agudeza*, que pasa toda ponderación y que solo se calma merced á repetidas y macisas dosis de morfina. Yo recuerdo á este respecto, el caso de un caballero, coronel de nuestro ejército, hombre valeroso y de gran energía, que sufría de un aneurisma de la aorta y que presentaba la crisis dolorosa de que les hablo; una mañana lo encontré en su dormitorio crispado en una silla, con las manos convulsivamente apoyadas contra el pecho y el rostro inundado de lágrimas. Sólo una fuerte inyección de morfina logró calmar su crisis, sin cónseguir que ella se calmara de una manera absoluta.

La *persistencia é intensidad del dolor*, en los casos en que el exámen no revela fenómenos de importancia, debe considerarse como un argumento poderoso en favor de un aneurisma *latente*.

Pero nuestro enfermo presenta además otros signos, sobre los cuales debemos insistir. Ha comenzado á experimentar dificultades para la *deylución*, es decir una disfagia; esta novedad nos demuestra que la bolsa vá *ensanchándose profundamente* y que llega ya á *comprimir el esófago*, hecho que es corroborado, por otro signo importante: la *dilatación de la pupila izquierda*. Ustedes saben que el íris, es una membrana que á manera de una cortina horadada en su centro, cons-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

tituye el aparato regulador, cuantitativamente hablando, de la proyección de la luz en el interior del ojo. La mayor ó menor cantidad de rayos depende del mayor ó menor diámetro de la pupila y estas diferencias acomodadoras están bajo el imperio de un aparato muscular doble, de fibras radiadas y de fibras circulares. Las primeras dilatan el campo de la abertura, las segúndas lo estrechan, recibiendo el conjunto de estas el nombre de *esfincter pupilar*. Como era de suponerse *á priori*, unas y otras están inervadas por fibras distintas: las *dilatadoras* por el gran simpático, los *constrictoras* por el tercer par ó motor ocular común. En nuestra enfermo hay una *dilatación* de la pupila izquierda, como hemos dicho. Semejante hecho prueba que la labor inflamatoria que circunda la progresión del saco, ha alcanzado ya el simpático *izquierdo* y que su irritación se revela ya por la excitación de los filetes que animan las fibras radiadas del iris.

Sobrada sería, Señores, por sí sola la cruel alteración que este hombre sufre, para compadecerlo con piedad; pero, para acentuar con caracteres más tenebrosos todavía, su desventurada situación, presenta una *degeneración del hígado*, que por los datos que ya hemos descrito, está en el último período de su curso: se trata, en efecto, de una *cirrosis atrófica* de ese órgano, en cuya generación, el *alcoholismo* inveterado en esta gente, por un lado, y la *sífilis*, por el otro, han mancomunado sus esfuerzos, en la misma dirección, determinando lesiones arteriales vastas y profundas y localizaciones esclerosas irremediables, como la del hígado, de que hemos hecho mención.

¿Qué hacer, señores, en estas alturas? Si se tratara del *aneurisma sólo*, podriamos entretenernos en un estudio analítico de los distintos medios y sistemas terapéuticos que pueden emplearse y que algunas veces dán resultados sorprendentes. Como una digresión pertinente, recuerdo el caso de un japonés que hace, poco más ó menos cuatro años vino á nuestro servicio con un aneurisma de la aorta visible y pulsatil al exterior, como el de este enfermo. Después de una corta permanencia en la sala, se dió de alta. Un año después regresó, con su lesión mas acentuada. Pero en esta ocasión lo confinamos en cama por mucho tiempo, lo sometimos á una alimentación escasa y seca, con su ración diaria de yodo. Este enfermo Señores, salió del hospital, desconocido: desaparecieron los latidos del tumor y volvió á su ocupación de vendedor de biscochos. Ignoro cual será su paradero actual.

Pero en nuestro enfermo no hay que pensar en semejantes cosas No sabriamos decir en efecto, cual de sus dos lesiones es más grave: si la de la aorta ó la del higado; lo que si podemos asegurar es que ambas se suman y se refuerzan como factores de peligro inminente. Sin contar con que, en este sujeto, el sistema arterial debe estar universalmente alterado y que sus *riñones*, por consiguiente, no pueden estar ilesos.

Además, ustedes han visto que sus pulmones, presentan los caracteres de *pasivas conjestiones*, que junto con los progresos del aneurisma y la escasa depuración orgánica que resulta del compromiso del higado y riñones, explican la *disnea* que en el se advierte y que es, como ustedes ven, de índole *compleja*.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

En suma, el tratamiento no puede ser sino *sintomático*, teniendo en mira,como deber primordial é ineludible, economizarle sufrimientos, para hecerle más tranquilos los últimos días de su vida.

QUINTA LECCION

3 *junio de* 1912

En la lección de hoy, vamos nuevamente á ocuparnos de la *enfermedad de Carrión;* pero ya no es su modalidad aguda, representada por la *fiebre grave de Carrión* y de la que hemos hecho un estudio completo, sino del estado de la enfermedad en su faz *eruptiva,* es decir de la *verruga* misma, comprendiendo su descripción y los atributos clínicos que las distinguen.

Nos servirá, como base de este estudio, el enfermo que ocupa la cama N°. 52 y que es un bello ejemplar para el caso, por la multiplicidad de su erupción, por la curiosa localización de algúnos de sus elementos, por la forma variada que ellos presentan y por la reacción febril que los acompaña. Esta circunstancias nos darán oportunidad, para abrazar todo el campo de su constitución nosológica y hacer resaltar las diferencias objetivas y clínicas que los separan, dentro de la entidad á que pertenecen.

Voy á hablarles, Señores, de hechos ya adquiridos: consagrados por una seria observación de casos infinitos y que autoriza hoy para formar un organismo clínico, sino perfecto, por lo menos suficientemente documentado y que tiene tanta mayor importancia cuanto que es único en su especie, que ha nacido. crecido y formándose en un ambiente netamente nacional.

El enfermo aludido : ocupa la cama N°. 52 de nuestro servicio. Es de 32 años de edad.

Ingresó en el servicio el 13 del mes pasado.

Refiere que su padre vive y es sano. Su madre murió de «pulmonía», hacen 15 años. Tiene 3 hermanos que gozan de buena salud. Por último sus dos hijos son sanos también.

A la edad de 8 años, cuenta que fué atacado por un «sarampión» y dos años después por una «viruela».

A la edad de 13 años tuvo ocasión de hacer un viaje á varios puertos europeos, viaje que duró 2 años y durante los cuales no padeció tormento algúno.

Al cabo de este tiempo regresó al Perú, emprendiendo poco después un nuevo viaje hasta Nicaragua, para regresar en seguida 6 meses después. En esta ocasión, como la vez anterior, su salud fué perfecta.

De regreso de este último viaje, se empleó en la fábrica de jabón y velas de Guadalupe y después de una permanencia en Lima de 2 años, se dirijió al Cerro de Pasco, ocupandóse en el laboreo de las minas, permaneciendo allí durante tres años más, ó menos, volviéndo entonces á Lima. Después de haber permanecido aquí por espacio de 6 años, se trasladó otra vez al Cerro de Pasco para pasar al poco tiempo á Chanchamayo. Algúnos días después de su llegada á este lugar fué atacado por el «paludismo» y sin embargo, apesar de los frecuentes ataques de terciana, permaneció allí dedicado á sus labores, por espacio de un año y sólo en el mes de Marzo último se de-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

cidió á volver á Lima. Refiere que este viaje lo hizo á pié, deteniéndose en los siguientes lugares: Chanchamayo, Tarma, Oroya, Yauli, Chicla, *Surco* y Lima. En todos estos lugares de tránsito sólo permaneció durante un día, para al siguiente seguir su camino.

Manifiesta nuestro enfermo que desde su llegada á Lima, solo era atormentado, de vez en cuando, por ataques de tercianas «que apesar de todo no le impedían continuar su trabajo; pero un mes después notó que en el lado derecho del cuello comenzó á aparecerle un granito» al cual no le dió gran importancia, no obstante se fijó que en los días siguientes estos titulados granitos se hacían más numerosos y que tomaban dimensiones exageradas; fué entonces que se decidió á venir al hospital.

Si ustedes registran todo el cuerpo de este hombre , notarán dos clases de elementos eruptivos. Unos están constituídos por botones ó pequeños tumores, de un rosado un poco oscuro, de forma regularmente redondeada, lustrosos en su mayor parte y sesiles. Estos tumorcitos son indoloros y se destacan de manera muy marcada sobre el campo más ó menos pálido de la piel. Constituyen lo que de antaño se titulan *verrugas*.

La otra forma de elementos eruptivos, consiste en *nudosidades* que aparecen debajo de la piel ó en ella misma, y que no se distinguen, al principio de su aparición, por signo ostensible alguno. Es generalmente el enfermo el que reconoce su existencia, porque se anuncia, en el mayor número de casos, por *punzados* ó extrañas sensaciones en el lugar en que se implantan. Más tarde, con los progresos de su evolución crecen; los subcutaneos adquieren adherencia con la piel y tienden á sobresalir lo mismo que los desarrollados primitivamente en esta; de donde resulta que la cubierta cutanea deja traducir una coloración ligeramente rosada ó vinosa,otras veces es la coloración que delata su presencia y su mayor ó menor diseminación.

La coexistencia de estas dos formas eruptivas, es cosa muy frecuente en la *enfermedad de Carrión*; pero en muchos casos puede observarse el predominio de una ú otra forma, estableciéndose en consecuencia una muy variable gradación , en un sentido ó en otro , que multiplica infinitamente el aspecto objetivo y clínico de la enfermedad.

Pero en numerosos casos, una forma ú otra predomina en alta escala y entonces la erupción reviste fisonomía propia, mereciendo entonces realmente una autonomía clínica justificada. De aquí ha nacido la creación de la *forma nodular*, en que desde 1898, agrupamos todos los casos en los cuales las mencionadas nudoridades tienen reconocida preponderancia. Y no solo los atributos de de esta erupción, merecen aislarse en una categoría especial, sino que los caracteres clínicos que la acompañan tienen tambien algo de particular.

Estas *nudosidades* siguen dos caminos, en su evolución: unas avanzan, crecen, hacen irrupción á traves de la piel y forman entonces tumores más ó menos desarrollados que de antaño han recibido el nombre de *verrugas mulares*, algunos de los cuales llegan á alcanzar proporciones extraordinarias: del tamaño de un *melocotón* y hasta de una *manzana*. Otras retroceden y desaparecen por completo, sin dejar huellas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las *verrugas comunes* ofrecen también variadas dimensiones; las hay pequeñísimas como las pueden ver en nuestro enfermo, y entonces se llaman *miliares*; otros son más voluminosos, como del tamaño de un *garbanzo*, y hasta de una cereza, generalmente sesiles, habiéndo algunas más ó menos pediculadas; esta última categoría podría llamarse de verrugas *peseudomulares*. Porque las verrugas *mulares* tienen generalmente su orígen en un *nódulo* y pueden entonces alcanzar los grandes volumenes ya indicados; mientras que las *pseudo-mulares*, conservan el color, el lustre y los caracteres de las pequeñas verrugas, diferenciándose tan solo por su mayor desarrollo que se aproxima más ó menos al de las *mulares*. Yo creo, Señores, que estas divisiones son útiles, no solo desde el punto de vista descriptivo, sino que representan formas eruptivas que se distancian unas de otras y que conservan cierta independencia de orígen y de caracteres que autorizan su separación.

Las *verrugas miliares*, son las más frecuentes, son las primeras en aparecer algunas veces, durante el curso de la *fiebre grave de Carrión* y mucho más á menudo cuando está por terminar ó ha terminado ya. Un ejemplo de esto lo tienen en el enfermo de la cama Nº. 16, de quien nos ocupamos en nuestra lección y cuya fiebre ha desaparecido ya.

La observación de muy numerosos casos *de fiebre grave de Carrión*, nos ha enseñado, en efecto, que en la inmensa mayoría de ejemplos, la erupción comienza á aparecer por la cara ó por los miembros, casi inmediatamente despues de desaparecida la fiebre, y afecta habitualmente la forma *miliar;* es muy raro que se presente en ese momento la forma *nodular*. En algunos enfermos las cosas no pasan así: media un interregno entre la desaparición de la *fiebre* y la presencia de la erupción, interregno variable, que por lo común no es mayor de un mes. Entonces se puede ver reaparecer un poco de *fiebre*, sea *intermitente ó remitente y dolores* más ó menos intensos, localizados generalmente en los codos, en las rodillas, en las pequeñas articulaciones de manos y piés. En este caso sí se puede ver la aparición de las dos formas de erupción: las *miliares y las nodulares*.

Un asunto que no está todavía resuelto, es el de saber si es posible que la la *fiebre grave de Carrión* termine de una manera definitiva, sin que aparezca el más ligero vestigio de erupción. Hasta la fecha, Señores, no hemos podido encontrar un hecho de este género y si algúna vez se ha insinuado esta posibilidad, nos parece evidente por hoy, que ó se ha tratado de un error de diagnóstico ó la erupción ha pasado inadvertida. Y es justamente esta invariable constancia de la aparición del brote á raíz de la extinción de la referida *fiebre grave*, otro de los poderosos argumentos clínicos en favor de la índole *netamente verrucosa* de ellos.

Las verrugas *miliares* cuando brotan vigorosas y vivaces, permanecen en el mismo estado, durante un tiempo variable, de uno ó dos meses. Dentro de este plazo, algunas palidecen y se atrofian, hasta desaparecer; otras sea por el roce de su frágil cutícula, sea por las naturales regresiones de sus tejidos, *sangran* y se cubren de una *costra negra* más ó menos gruesa y resistente. Entonces se aplastan, y pierden toda vitalidad y concluyen por desprenderse, *dejando la piel intacta*, sin vestigio de cicatriz.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Las verrugas *peseudo-mulares*, no llegan como hemos dicho, á alcanzar casi nunca el volumen de las mulares: á lo más llegan á las dimensiones máximas de una pequeña nuez Estas verrugas como las miliares, en razón de la frajilidad de su cubierta, suelen sangrar Las más de las veces van poco á poco reduciendo su volumen, se achatan, se cubren de costras blancas, *nacaradas*, y concluyen por desaparecer, sin dejar huella algúna.

Las verrugas *mulares*, sufren algúnas el mismo proceso regresivo que hemos descrito en las anteriores; otras veces, se realizan efracciones de su superficie y producen *hemorragias* copiosas, algúnas alarmantes. En ocasiones, estas soluciones de continuidad constituyen puertas de entrada á los gérmenes comunes y entonces se forman focos *supurativos* y hasta *gangrenosos* que pueden engendrar una *fiebre* más ó menos elevada. Por esta razón aconsejamos la extirpación de esas grandes verrugas que están expuestas á las aludidas contingencias.

Una cuestión importante, que ha sido muy discutida es la de saber si las verrugas *nodulares* podían engendrar *supuración*. Cuando publicamos nuestra monografía, no pudimos encontrar ningún caso probatorio, apesar de que algunos de mis colegas insinuaban el hecho, de tal manera que nosotros rechazamos semejante posibilidad. Pero hacen algúnos años, se presentó en nuestro servicio un enfermo que presentaba una numerosa erupción de verrugas. En los miembros inferiores habían muchos *nódulos*, típicos. El enfermo estaba *febril*, como es habitual en estos casos. Una mañana observando cuidadosamente dichos nódulos, nos sorprendió la existencia de un reblandecimiento, de una fusión de ellos, y de una *fluctuación* característica. Abiertos algunos de ellos se escapó una cantidad de *pus*. El Dr. *Biffi* hizo de este enfermo un prolijo estudio técnico y concluyó afirmando que la *supuración* es una contingencia perfectamente realizable en los *nodulares verrucosos*.

Al frente de un hecho tan categórico como el que acabamos de referir, hay que aceptar que era un error de mi parte el suponer que las verrugas nunca llegaban á la supuración. Y á este respecto es necesario hacer una salvedad muy esencial: no hacemos alusión en estos casos á la supuración *exógena* de que antes nos hemos ocupado, engendrada por la penetración de gérmenes de la piel á través de la cubierta cutanea más ó menos mortificada. En los ejemplos que estudiamos, tratamos de la suración expontanea ó mejor dicho *endógena*.

En la forma *nodular* de la erupción verrucosa, la fiebre es constante, si los nódulos son numerosos y manifiestan vivacidad. El tipo de ella es generalmente *remitente* y más ó menos elevada, según la importancia de la erupción y el mayor ó menor vigor de sus elementos. Ya he dicho, en otra ocasión, que cuando aparece la erupción miliar, después de extinguida la *fiebre grave de Carrión*, es frecuente ver nuevamente elevarse la temperatura; pero sin alcanzar habitualmente los altos niveles que la caracterizan, durante la evolución de la fiebre grave ya enunciada.

Los *dolores* articulares constituyen el fenómeno más constante, precursor de la erupción, y es realmente sorprendente que el enfermo cuya historia hemos referido, no haga mención de ellos; es un hecho positivamente excepcional.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Universidad del Perú. Decana de América

En algunos ejemplos, estos dolores, de localización netamente articular, van algunas veces acompañados de tumefacción y aún de mayor ó menor grado de rubicundez. Es difícil en ellos poderlos distinguir de los que se manifiestan en el reumatismo articular agudo, tanto más cuanto que la fiebre y la anemia son síntomas comunes á ambas dolencias. Por eso, entre nosotros, debe ser regla invariable, la de averiguar la procedencia del enfermo, toda vez que se trate de dolores articulares acompañados de fiebre y de anemia.

Las formas eruptivas que hemos descrito no son las únicas; hay dos, más raras ambas, que hemos descrito hace mucho tiempo y que estan consignadas en nuestra monografía: son la forma *vesiculosa* y la *pustulosa*. Como su nombre lo indica la primera está caracterizada por la aparición de una *vesiculación* en mayor ó menor número, de las cuales unas desaparecen y otras se trasforman en verrugas. La *pustulosa* está caracterizadapor la aparición de una pequeña pustula más ó menos numerosas también, de las cuales, como las anteriores, unas desaparecen y otras se transforman en verrugas.

Por último hay otra forma que ustedes. pueden ver en un enfermo que acaba de llegar al servicio y que hemos descrito con el nombre de *córnea*. Sus elementos son duros sin ningúna reacción y presentan gran similitud con las verrugas vulgares que se desarrollan en el dorso de los dedos de las manos, muy frecuentes en la raza indigena.

Es frecuente en nuestros hospitales, ver desarrollarse al lado de la erupción verrucosa, dermatósis diversas, pruriginosas, eczematiformes, furunculoides, &&. En el mayor número de casos esta erupciones son provocadas ó por lo menos sostenidas, por la mala condición higiénica de la piel.

La erupción de verrugas, como Uds. muy bien saben puede brotar en las mucosas y en la profundidad de nuestros tejidos más recónditos. En el enfermo que hemos historiado, Uds. han podido contemplar una magnifica verruga que, como un pequeño botón color de rosa, est ba implantada sobre la parte externa de la conjuntiva del ojo derecho á algúna distancia del limbo corneal y de la que arrancaba una gruesa arteriola que, á manera de cauda se perdia hacia arriba, bajo el párpado superior.

Hemos dicho que la erupción verrucosa se desarrolla también en la intimidad de nuestros tejidos: estos son casi siempre casos graves que suelen verse, en algúnos ejemplos de *fiebre grave de Carrión* en los que después de un efímero brote, vuelven á encenderse todos los grandes fenómenos que la distinguen. Señores, la materia de que tratamos dista mucho todavía de estar agotada; pero estimo que lo dicho es suficiente para que Uds, se formen una idea de conjunto de todo lo que se relaciona con la faz eruptiva de la enfermedad. Tendremos ocasión en lo sucesivo de completar este estudio, llenando los claros de la presente descripción.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

LA ESPUNDIA ES UNA LEISHMANIASIS DE LA PIEL (1)

POR CARLOS MONJE M.

En una de las lecciones clínicas del profesor Manson en la Escuela de Medicina Tropical de Londres nos fué presentado un caso de Leishmaniasis cutánea en el que la procedencia del enfermo constituía el hecho más importante. Autorizados benévolamente por el director de la Escuela doctor Nawhan y dirigidos por el Protozoologista doctor Wenyon, quien prepara una comunicación al respecto, tuvimos oportunidad de seguir clínicamente el caso y llevar á cabo todas las investigaciones de Laboratorio que ratificaron el diagnóstico de Leishmaniasis. De este vamos á dar cuenta suscintamente

El paciente N N, inglés de 29 años de edad, de constitución robusta, empleado por largo tiempo en obras de ingeniería se dirigió al Perú en el año de 1910 contratado en la comisión de límites que solicitó Bolivia para el arreglo de fronteras con el Perú. Niega toda clase de antecedentes morbosos específicos y asegura no haber salido de Inglaterra sino en un viaje que hizo á la isla de Malta hace algunos años. Gran parte de ese año y del siguiente los pasó en las zonas montañosas de Bolivia sin sufrir ninguna enfermedad. En 1912 hizo una segunda excursión á la montaña llegando á Apolo el 15 de agosto y explorando en esa oportunidad los ríos Cocos y Lanza. El primero de setiembre llegó á San Carlos sobre el río Tambopata donde permaneció hasta el 20 del mismo mes. Siguiendo el curso del Tambopata llegó á Marte donde encontró una población de trabajadores de caucho en su mayor parte sufriendo de úlceras de la cara, manos y piernas y que según las referencias del médico inglés de la expedición, eran exactamente análogas á las lesiones que después ha presentado el paciente. Estuvo después en el Astillero, explorando enseguida el río Heath, viéndose algún tiempo después obligado á regresar á San Cárlos á donde llegó á mediados del mes de noviembre, tocando en este viaje de regreso una vez más en Marte. Emprendió luego viaje á la Paz, llegando allí el 22 de diciembre, Hay dos hechos sobre los que hay que insistir de una manera particular: primero, que N N., durante el tiempo de su permanencia en la montaña dio pruebas de una resistencia para el trabajo verdaderamente extraordinaria: y, segundo, que durante el tiempo de regreso á la Paz no pasó por ninguna otra zona de enfermedad parecida. Durante todo ese tiempo se conservó en perfecto estado de slaud.

Fué en La Paz, el primero de enero de este año, que notó en el lado externo de la región superciliar derecha una pequeña manchita rosada como la producida por la picadura de una pulga, y en los días

(1) Párrafos de un informe presentado al Gobierno por el doctor Monje, pénsionado en Europa.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

sucesivos fué aumentando de tamaño sin inflamación de ninguna clase. El 5 de enero notó otra á nivel de la piél del ángulo externo del ojo derecho. Esta como la anterior se extendía en superficie dando la impresión de una papulita de color rosado. Poco á poco, siempre la segunda sufriendo la evolución de la primera con algúnos días de atraso, la pápula fué elevándose en superficie haciéndose más viva la coloración rosada.

En esta época hizo viaje á Mollendo, embarcándose con rumbo á Inglaterra á mediados del mes de enero. Entonces su lesión ofrecía el aspecto de un tumorcito de color rosado que fué aumentando de volumen y que, según él, daba la apariencia de un absceso. Tal fué también seguramente la opinión del cirujano del vapor quien, el primero de febrero le hizo una incisión que dió paso á un líquido seroso, amarillento, en pequeña cantidad que no tenía la apariencia del pus. Algún tiempo después la piel del otro tumorcito comenzó á adelgazarse, á pulirse hasta que una grieta dió salida á un líquido del mismo aspecto del anterior. Este proceso había sido completamente indoloro: pero después se dio cuenta de que sus ulceraciones se hacían á veces dolorosas, que se tumefactaban y veía aparecer en su cara zonas rojasque se extendían hasta delante de las orejas del mismo lado donde comenzó á percibir unos pequeños tumorcitos dolorosos. Como se comprende todo esto era últimamente función de infecciones secundarias.

En estas condiciones tuvimos ocasión de examinarle en el Hospital de la Escuela. En las zonas descritas anteriormente el paciente presentaba dos ulceraciones del tamaño de una pesata cada una, de bordes rojos gruesos, levantados sobre el nivel de la úlcera, la que se excavaba dentro de la piel ofreciendo una superficie seca, costrosa de color oscuro. Quitando las costras se veía una ulceración que producía una exudación amarillenta concretada, pronto. Las proximidades de ambas úlceras eran asiento de un proceso inflamatorio intenso; ambos párpados estaban edematizados y podía distinguirse con toda claridad travéculas linfáticas que se extendían hasta los ganglios preauriculares.

A partir de este momento se trató una de estas ulceraciones con azul de metileno, en tanto que á la otrb se le hacía únicamente una curación antiséptica con el objeto de seguir los progresos del tratamiento de que nos ocuparemos después.

Los exámenes microscópicos que hicimos sobre el producto tomado directamente de la úlcera pusieron en evidencia los cuerpos de Leishman; en tanto los cultivos hechos con el mismo producto daban lugar á las formas de herpetomonas.

No cabía pues duda algúna. La Espundia era una Leishmaniasis de la piel.

Para completar esta labor en la que—antes que la descripción científica de las particularidades de este estudio que nos reservamos para otra oportunidad—nos han preocupado más el punto de vista informativo por las trascendentales deducciones á que el conocimiento de la naturaleza de esta enfermedad da lugar, es necesario que contemplemos el papel que desempeñará la Espundia en la futura colonización de nuestras selvas, de un lado, y de otro, ciertos hechos de asociación que estamos obligados á aceptar por lo menos en el terreno de las probabilidades puesto que la Patología Tropical es ó

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

puede ser la misma, cualquiera que sea la región del globo que se considere, siempre que las mismas condiciones de clima se reunan.

Sobre lo primero, el problema nunca es más urgente que en el momento actual, pues acaba de establecerse un servicio de transportes de Tirapata á Huancarán, Astillero y puerto Maldonado por la Inca Mining Company lo que vá á multiplicar naturalmente las oportunidades favorables á la diseminación de está enfermedad. Ahora bien, si las Leishmaniasis cutáneas no son padecimientos graves, su predilección por las partes descubiertas del cuerpo, convierten las zonas donde existen, en lugares á los cuales no se vá sin repugnancia, sabiendo de antemano que indudablemente vá á contraerse dicha enfermedad. De alli, pues, la necesidad de las medidas preventivas. Si bien es cierto que el modo de trasmisión es desconocido y que el uso del mosquitero no preserva seguramente contra el contagio; en cambio hay que saber que la vacunación (Wenyon)—punto todavía en estudio—es una garantía que desgraciadamente comienza á ser eficaz cuando aparece el botón ulceroso. De otro lado es lógico admitir que, á medida que se multipliquen las vías de comunicación en la Montaña, nuevas zonas de Leishmaniasis aparecerán

El otro punto que estamos obligados á considerar es la posibilidad de la existencia de la Leishmaniasis de los adultos (Kala-Azar), de la Leishmaniasis de las ciaturas y de la Leishmaniasis canina, por lo menos en el Oriente Peruano ya que los gérmenes que las producen responden á caracteres biológicos semejantes y que la distribución geográfica de esas entidades patológicas en otros países tropicales, se superponen casi siempre. Se sabe cuantas dificultades hay para señalar al enfermo de Kala—Azar en un medio palúdico: Paludismo y Kala—Azar tienen la misma apariencia clínica y externamente no se diferiencian en nada Es preciso, pues, partir de idea preconcebida para que un examen sistemático nos lleve á un resultado concluyente

Estos son puntos de un interés capital y que solo podrán resolverse con investigaciones minuciosas de laboratorio y el estudio de la Historia Natural Médica; tanto para precisar exactamente la Pato ogía de nuestra Montaña como para determinar cuales son los vehículos de contagio, punto todavía en estudio y al cual debemos dedicar todos nuestros esfuerzos

Londres, 30 de abril de 1912

NOTA.—Terminados estos apuntes hemos tenido conocimiento de que Laveran y Nattan—Larrier, han encontrado los cuerpos de Leishman en frottis que les fueron enviados por el doctor Escomel, de un caso proveniente de Tambopata (Buli; Saoc. Pat. Exot. N. 3—1912 y cuya traducción publicó «La Crónica Médica»).

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América