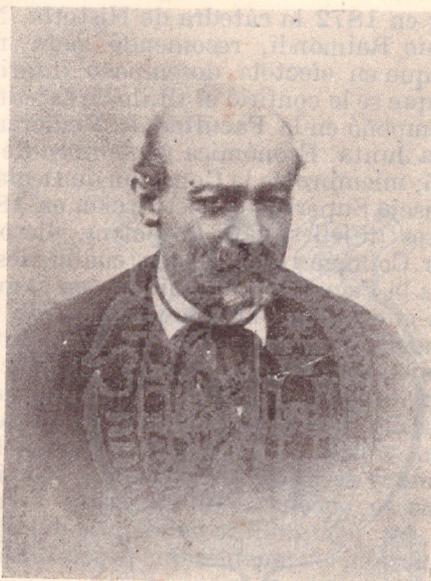


La Crónica Médica

AÑO XXXI — LIMA, MARZO 13 DE 1914 — N° 605

DOCTOR MIGUEL F. COLUNGA †

(1836—1914)



A la edad de setentiocho años, ha fallecido, el 2 de febrero, el doctor Miguel F. Colunga que era uno de los pocos vínculos vivos, en la Facultad de Medicina, que unía, por decirlo así, la actual generación á las viejas glorias de San Fernando.

Conservador celoso de la tradición, su desaparición ha sido dolorosamente sentida, porque con su muerte pierde la Facultad de Medicina, uno de sus más esforzados profesores, que dedicaba á ella todas sus energías, hasta los postreros momentos de su actividad.

Su enseñanza en la cátedra de Historia Natural Médica, que regentara durante treintinueve años, era un ejemplo de asiduidad y cumplimiento, que retrataba la personalidad y virtudes del doctor Colunga. Durante el largo periodo de tiempo que dictó este curso, procuró amoldarlo al desarrollo de esta rama del saber; así, en los últimos tiempos, comprendiendo la importancia que tenía para el médico la Parasitología, le prestaba especial interés, pues á este objeto consagraba muchas lecciones y lo consideraba en primera línea en el examen.

Nacido en Lima en 1836, obtuvo el título de médico el año 1861, siendo, el mismo año, por concurso realizado el 18 de julio, nombrado catedrático auxiliar de Historia Natural Médica.

Formó parte de la comisión inspectora de la construcción del Jardín Botánico en 1868.

Creado el *Museo Raimondi* por decreto supremo de 12 de abril de 1869, fué encargado en 1870 de arreglar el local para instalar dicho museo.

Desde 1873 formó parte de la comisión administradora del Jardín Botánico, siendo el mismo año inspector de rentas de la Facultad.

Al renunciar en 1872 la cátedra de Historia Natural Médica el doctor Antonio Raimondi, recomendó para reemplazarlo al doctor Colunga, que en efectiva desempeñó interinamente hasta abril de 1875 en que se le confirió el título de catedrático titular.

Además desempeñó en la Facultad de Medicina, los siguientes cargos: vocal de la Junta Económica y miembro de la Comisión de Farmacia en 1886; miembro de la Comisión de Reglamento en 1887 y delegado al Consejo Superior de Instrucción en 1897.

Los momentos difíciles para la patria, dieron oportunidad para que el doctor Colunga revelara sus cualidades de patriota; se ofreció, como toda la Facultad de Medicina, en la guerra con España en 1866; en la guerra con Chile, fué primer jefe de la columna llamada «Independencia», y presa de la más santa indignación, presencié, con los horrores de la invasión del ejército vencedor, la destrucción del Jardín Botánico y el saqueo de los Museos de la Facultad, que perpetró el ejército invasor, no pudiendo impedir la destrucción de tan valiosas joyas, que se habían logrado formar, gracias á los esfuerzos de muchos Decanos de inolvidable recuerdo, y que en esa época se encontraban confiados á su cuidado; una feliz amistad con un jefe militar chileno, le dió oportunidad para salvar de la destrucción, los muebles que posee la Facultad de Medicina en su salón de sesiones.

El doctor Miguel F. Colunga formó también parte de la Facultad de Ciencias, siendo catedrático desde 1866, dictando los cursos de Anatomía y Fisiología generales y Antropología, y ejerciendo el cargo de Decano desde 1899 hasta 1902 en que lo renunció.

También formó parte del Parlamento Nacional, como diputado á Congreso por la provincia de Lima.

Fué colaborador de la «Gaceta Científica» revista de la Sociedad «Amantes de la Ciencia» y publicó un tratado completo de Botánica que ha servido de texto en nuestra Universidad.

«La Crónica Médica» al apuntar ligeramente estos datos del maestro, doctor Colunga, no cree haber hecho su biografía, pero sí, cumplido con este postrer recuerdo, que por mil títulos era acreedor.

A su sepelio concurrió la Universidad Mayor de San Marcos, representada por sus catedráticos, pronuciando en dicho acto sentido discurso el doctor Rómulo Eyzaguirre, por la Facultad de Medicina, y el doctor Antonino Alvarado, por la Facultad de Ciencias.

ENFERMEDAD DE CARRION

por el doctor OSWALDO HERCELLES
Catedrático de Anatomía Patológica



He leído en el N° 601 de «La Crónica Médica», el informe preliminar que la Comisión Americana, que presidió el doctor RICHARD P. STRONG, ha dado á conocer al V Congreso Médico Latino-Americano que se reunió en esta Capital el mes de Noviembre del año pasado, y juzgo de mi obligación no permanecer en silencio, ante las conclusiones, á mi modo de ver, erróneas, en que ha incurrido.

No entra en mi ánimo, por el momento, hacer el exámen detenido de todas las partes de este informe, sino concretarme á la conclusión que está formulada en los siguientes términos:

«De nuestras investigaciones llegamos á concluir que la verruga peruana eruptiva y la fiebre grave de la Oroya representan dos enfermedades distintas.....»

En el trabajo que presentamos al Congreso Médico, decimos:

«Creemos que la fiebre grave y la verruga eruptiva son una misma enfermedad y que las diferencias que presentan son función de la virulencia del gérmen que entra en acción.»

Ante estas dos conclusiones completamente opuestas, es necesario expor los fundamentos que han servido de fuente á sus autores para formularlas.

Para poder llegar á la conclusión que sostenemos, hemos buscado nuestra fuente de argumentación, en la Clínica y en la Anatomía Patológica.

Examinemos cada una de ellas por separado.

¿Qué nos dice la Clínica? Que es muy frecuente observar enfermos, que durante un cierto tiempo ofrecen el cuadro clínico completo de la fiebre grave, que se resume en hipertermia, anemia intensa y dolores articulares, y que en cierto momento, á la remisión de estos síntomas, sigue una erupción de verrugas más ó menos bien marcada, de modo que los síntomas de la fiebre grave se ahogan, por decirlo así, en los brotes de verrugas que aparecen.

Casos numerosos cuentan nuestros profesionales, que evolucionan en la forma antes citada, y para ser breve haré la relación de unos cuantos.

El señor N. N., empleado de la casa Welsch, era atendido por el doctor RICARDO FLORES en la «Maison de Santé», en una época en que las opiniones estaban todavía divididas sobre la enfermedad que nos ocupa; después de un cierto número de meses, de una anemia intensa, hipertermia bien manifiesta, y en fin, todos los signos de la Fiebre de la Oroya, entró en un período de remisión; sus glóbulos rojos aumentaron considerablemente, la apirexia apareció y el enfermo entró en un período de verdadera convalecencia, á tal punto que se le creyó curado y se tomó como un ejemplo, demostrativo de que la fiebre grave y la verruga eruptiva eran dos enfermedades dife-

rentes; en estado de convalescencia partió para Stuttgart, donde llegó un mes más tarde, y solo entonces, es decir, después de más de 40 días, tuvo una erupción confluyente de verrugas, completando el cuadro clínico de la Enfermedad de Carrión.

El 15 de Noviembre del año pasado ingresó al hospital «San Bartolomé», Daniel Quispe, de raza india, 26 años de edad, natural de Arequipa y que ocupaba una plaza en el batallón N° 3.

Después de algunos viajes por lugares donde la verruga es endémica, se vió acometido de fiebre, dolores articulares, y una postración tal, que le obligó á ingresar al hospital.

A su ingreso, la hipertermia era intensa, (39° 8), la anemia alcanzaba á 1.000,000 de glóbulos rojos por m. m. c., la leucocitosis á 15,000, presentando abundantes cuerpos endoglobulares de BARTON, es decir, presentaba los síntomas que hoy permiten hacer el diagnóstico de la fiebre grave. Durante varios días su estado fue empeorando, á tal punto que, de un momento á otro, esperábamos intervenir en la sala de autopsia; pero un buen momento, los síntomas amainaron, la fiebre bajó, la anemia se corrigió notablemente (2.200,000), los dolores articulares disminuyeron, y finalmente, con la apirexia se inició una erupción en el miembro inferior izquierdo que en pocos días se generalizó á los miembros superiores.

Otro ejemplo que hemos tenido oportunidad de observar en los últimos meses, merece, igualmente, relatarse para acumular pruebas en favor de la unidad.

Ladislao Torrico, proveniente de Santa Eulalia, ingresó el 18 de diciembre del año último á la sala «Santo Toribio» del hospital «Dos de Mayo» en el periodo de remisión de la fiebre grave (2.000,000 de glóbulos rojos, 16.000 leucocitos, 37 á 37.8 de temperatura, cuerpos endoglobulares de BARTON en la sangre), después de seis días de estadía en el hospital se inicia la erupción bajo una forma miliar discreta; pero es el caso que, tres días más tarde la fiebre reaparece nuevamente (39.2), los glóbulos rojos disminuyen (1.500,000) los cuerpos endoglobulares aumentan y con esta reagravación de los síntomas, la erupción se apaga, al punto de desaparecer y mantener al enfermo durante diez días con los síntomas simplemente de la fiebre grave; pasado este periodo la temperatura vuelve á descender (36.4) y la erupción comienza nuevamente á aparecer.

Difícilmente tendremos un caso, en que en tan corto tiempo se evolucione de fiebre grave á verruga eruptiva é inversamente.

Como complemento de este caso, no puedo dejar de señalar uno que observé cuando era externo del servicio del doctor QUIROGA y MENA en el hospital «Dos de Mayo» y que, aun cuando no se hizo exámen de sangre porque en esa fecha (1896) los análisis de laboratorio no eran de uso corriente, sin embargo, los clínicos hacían perfectamente el diagnóstico de la fiebre grave.

Se trataba de un enfermo apirético, que ingresó á la sala «San Francisco» con un brote generalizado de verrugas, después de muchos días de permanencia en la sala, se notó que el tinte anémico cada día se hacía más marcado, la temperatura fué ascendiendo en el transcurso de pocos días llegando á cifras elevadas, (39° á 40°) la erupción se marchitó notablemente á punto de casi

desaparecer, y no obstante los recursos terapéuticos que se pusieron en juego, nuestro enfermo falleció pocos días más tarde en el período de fiebre grave.

Finalmente, en el mes de Noviembre del año último hemos observado un caso que es, por demás, instructivo y que me va á relevar de seguir citando ejemplos en el terreno clínico.

Cisneros Cayo, natural de Huancavélica, de 18 años de edad, ocupó la cama N° 24 de la sala «Santo Toribio» y evoluciona durante toda su permanencia allí con los síntomas de la fiebre grave (anemia, hipertermia, cuerpos eritroglobulares, hemocultura con un germen tifo-coli), después de un cierto número de días moría en el hospital y nosotros intervenimos en la autopsia dos horas más tarde.

Cadáver emasiado, coloración amarillo paja; presenta al lado derecho de la cara una mancha de *pinta*. No hay erupción en ninguna parte de la superficie del cuerpo, ni en las cavidades naturales.

Masa eviscerada.—*Aparato respiratorio.*—Laringe con ligeras manchas equimóticas en los repliegues laringo-epiglóticos.

Tráquea y bronquios.—Mucosa ligeramente sonrosada, con un exudado ligeramente difluente.

Pulmones.—Enfisematosos, profundamente anémicos; ganglios bronquiales hipertrofiados.

Aparato circulatorio.—Líquido límpido en el pericardio en una cantidad de 200 cc; aurícula derecha notablemente dilatada, mayor cantidad de grasa en la superficie del corazón, insuficiencia tricuspídiana, perforación de las sigmoides aorticas, peso del órgano 140 gramos.

Higado.—Coloración rojo vinoso difluente, dando el aspecto de una víscera que se fuera á hacer su autopsia después de unas 48 horas (reuérdese que la autopsia se hace momentos después de la muerte); al hacer la palpación del órgano se percibe una sensación como de fluctuación sobre todo en el lado derecho; la superficie de sección nos hace ver un órgano notablemente congestionado, dando abundante sangre de color vinoso y dibujando con toda claridad los lobulos hepaticos.

Bazo.—Coloración verde aceituna, su superficie como achagrinada, deja ver por distintos puntos cicatrices de infartos, curados, en uno de sus polos hay un infarto gris. Su peso es de 135 grms.; pero hay que tener en cuenta que los pliegues de la cápsula que envuelve al órgano nos demuestran que su volumen ha sido mucho mayor.

Riñones.—Derecho pesa 120 gramos, izquierdo 109; la cápsula de los dos se desprende con relativa facilidad y la superficie de sección hace ver una sustancia cortical congestionada.

Aparato digestivo.—Estómago dilatado; intestinos con placas congestionadas y sobre todo en su primera porción, donde se encuentra un *ascarides lumbricoides*; estas placas congestivas desaparecen en el ileon para reaparecer nuevamente en las vecindades del ciego.

Los folículos y las placas de Peyer están congestionados; los ganglios mesentéricos notablemente hipertrofiados, la cavidad peritoneal contiene pequenísimas cantidades de líquido.

Los músculos están rojos, (nótese que la autopsia es hecha momentos después del fallecimiento). No se encuentra ninguna verruga. La médula ósea ligeramente congestionada.

Sistema nervioso.—Nada de particular.

La sucinta enumeración que hago de esta autopsia, nos demuestra que el cadáver presentó las alteraciones de la fiebre grave y que en la Clínica y en la mesa de autopsia era imposible sacar un dato en favor de la unidad; pues bien, nosotros hemos continuado nuestra investigación en el campo del microscopio y fuera de las alteraciones que corresponden á la fiebre grave, que más tarde enumeraremos, hemos encontrado (nuestras preparaciones han sido ya vistas por varios profesionales) *erupción de verrugas en el hígado y en el bazo* de este enfermo. Con este solo hecho no hay ya lugar á duda, la unidad de la verruga y de la fiebre grave está perfectamente confirmada.

No obstante, voy á argumentar en el terreno de la Anatomía Patológica y abrigo la esperanza de vencer al ilustrado doctor STRONG demostrando, que, la comisión que él ha presidido se ha equivocado.

¿Cuáles son las lesiones anatómicas que caracterizan á la fiebre grave? La principal alteración anatómica que la acompaña, constantemente, es el trastorno vascular hemorrágico ó trombótico. Cuando se examina tal ó cual viscera de uno de estos enfermos, nunca se deja de encontrar al examen microscópico abundantes hemorragias viscerales; el riñón, el bazo, los ganglios linfáticos, el hígado, el corazón, el pancreas, están, por decirlo así, salpicados en sus parénquimas por una lluvia de glóbulos rojos, y el hígado, el bazo y el pancreas presentan siempre *infartus* en distintos periodos de evolución.

Este es el substratum anatómico de la fiebre grave; no entraré en el detalle de las alteraciones que he descrito en el trabajo que presenté al Congreso Médico, y que para el objeto que me propongo, no tiene importancia conocer; básteme simplemente decir que ahí donde hay fiebre grave no falta trastorno hemorrágico ó infártico.

¿Cuáles son las alteraciones que caracterizan la erupción verrucosa?

Si nosotros examinamos los lugares en los cuales la verruga aparece, no puede menos de llamarnos la atención, que los territorios eruptivos son siempre territorios hemorrágicos, nunca se encuentra una verruga sin que en su vecindad se note uno ó varios focos hemorrágicos, á tal punto que cuando uno examina brotes incipientes se guía siempre por los focos hemorrágicos, para llegar al sitio donde la colonia celular se está formando.

Pero no es esto solo, por cualquier punto donde exista una erupción, se nota igualmente trastornos vasculares; las paredes de los vasos están notablemente alteradas, la luz de muchos de ellos está obliterada por trombos, el endotelio de otros está proliferado

ó descamado, la periarteria notablemente proliferada en la mayor parte de los casos; en una palabra, las verrugas están situadas al rededor de los focos que corresponden á las alteraciones anatómicas de la fiebre grave. De manera que bajo de la piel, en el parenquima de los órganos, en el tejido celular que los envuelve, las verrugas siempre aparecen en territorios donde se encuentran las alteraciones de la fiebre grave.

Si por otra parte, examinamos una verruga del tipo celular subcutáneo, antes de hacerse libre del anillo fibroso que la sostiene, pero suficientemente desarrollada para haber llegado á su estado adulto, notaremos en el centro del botón verrucoso ó en alguna de sus zonas periféricas, *infartus* de la misma naturaleza que los que observamos en el bazo de los enfermos atacados de fiebre grave.

Por otra parte, el examen de los parenquimas del bazo y del hígado, nos revela siempre, entremezcladas, las alteraciones que corresponden á la fiebre grave y a los brotes de verruga eruptiva.

Finalmente, cuando hacemos la autopsia de los enfermos atacados de fiebre grave, en los cuales el examen macroscópico no ha permitido comprobar ninguna erupción, el *examen microscópico permite siempre descubrirla*.

Resulta, pues, de aquí que siempre la erupción acompaña á los trastornos de la fiebre grave, y ya sea macroscópicamente comprobada por la observación no instrumental ó microscópicamente, ELLA NUNCA FALTA para completar el cuadro anátomo-clínico.

El sacrificio de Carrión no ha sido inútil; lo que él pensó demostrar en el terreno clínico, lo confirman hoy las investigaciones de Anatomía Patológica.

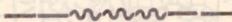
La fiebre grave y la verruga eruptiva son una misma enfermedad, con la diferencia que, en los casos sobreagudos los trastornos hemorrágicos é infárticos son tan abundantes que los tejidos no tienen la vitalidad suficiente para que la erupción crezca y se haga perceptible á la simple vista; es esta la razón por la cual cuando la fiebre se enciende nuevamente, cuando la desglobulización se vuelve á hacer marcada, la erupción, si existe, se marchita y va hasta el punto de desaparecer, porque los fenómenos infárticos y hemorrágicos llevados al máximo, impiden la multiplicación de las células angioblásticas.

Creo que con la exposición que acabo de hacer, he dado á conocer las razones suficientes que han influido en mi ánimo para asegurar la unidad de la fiebre grave y de la verruga eruptiva; quedame ahora por explicarme como una personalidad de reputación reconocida como el doctor STRONG y los ilustrados miembros que suscriben con él el informe, han podido llegar á resultados diferentes.

En mi concepto, la causa principal del error de la comisión STRONG ha sido, que una gran parte de sus investigaciones se han referido á un enfermo que en nuestra opinión no ha sido de fiebre grave; en efecto, el enfermo que ocupó la cama N° 18 de la sala «San Roque», no ha sido un caso á propósito para hacer investigaciones de carácter concluyente; nosotros tuvimos oportunidad de decirselo al doctor STRONG, manifestándole nuestras dudas que el

enfermo fuera verrucoso; y pensábamos así, porque este enfermo había estado de tiempo atrás atacado de anemia intensa, con trastornos intestinales debido á la presencia de *tricocefalo*, como pudimos comprobarlo por el examen de sus heces; la cantidad de glóbulos rojos que tenía era de 640,000 por m.m.c; la cantidad de leucocitos era de 260.000 y había 26½% de glóbulos rojos nucleados, lo que equivalía á 360.000 por milímetro cúbico; por otra parte, no había sino 32% de polinucleares, es decir, una hipopolinucleosis que no es la fórmula que corresponde á la fiebre grave, este enfermo no presentaba sino un dato que permitía discutir el asunto, la existencia de cuerpos endoglobulares, pero como todavía no se ha demostrado que no haya ninguna otra anemia perniciosa que no los presente, tenemos que convenir que, por lo menos, no era el caso que podía servir para sentar conclusiones definitivas. Ya lo hemos dicho: nosotros tuvimos la oportunidad de hacerle conocer nuestra opinión sincera al Dr. STRONG en el sentido de que el caso que le iba á servir de estudio *no era verruga* y, por consiguiente, creemos que hubiera sido más útil para la ciencia, haber empleado sus notables aptitudes en un enfermo que no se prestara á discusión.

Siento mucho haber borronado estas líneas para expresar mi opinión adversa á la ilustrada Comisión Americana; no hubiera querido intervenir sino para aplaudir la labor científica de élla, pero en el terreno de la ciencia no es honrado permanecer en silencio cuando se piensa de otra manera.



LA VALERIANA INGESTABLE

o Intrait de Valeriana

por el doctor JH. FERRUA

El valor medicamentoso de la valeriana ha sido diversamente apreciado por los terapeutas. Algunos han podido profesar, á su respecto, un escepticismo aceptable en tanto que la bioquímica de la raíz de valeriana no era suficientemente conocida. No estamos en las mismas condiciones, desde que se conoce exactamente las circunstancias que es menester respetar para conservar en la valeriana todas sus virtudes medicinales.

La valeriana desecada absolutamente inactiva esta desprovista de todo efecto antiespasmódico (*Prof. G. Pouchet*), y si las preparaciones hechas con esta valeriana seca han podido, en algunos casos, parecer tener un efecto terapéutico, se debe á su olor tan particular, por acción sugestiva. Este olor, la raíz seca de valeriana, la tiene del ácido valeriánico que contiene; luego el ácido valeriánico y sus derivados directos como *Rabuteau* lo ha demostrado desde hace tiempo, no posee valor alguno terapéutico. Sucede lo mismo con

derivados sintéticos de este ácido, como se puede convencer por los trabajos de *Kionka*.

La valeriana fresca sólo es activa. Ella debe su acción medicamentosa á éteres aromáticos numerosos, extremadamente lábiles, que se disocian bajo la influencia del aire y la luz dejando subsistir sólo en la droga el ácido valerianíco producto de descomposición (*Prof. G. Pouchet y Chevalier*).

El aceite esencial de valeriana, al que *Binz* y sus discípulos atribuyen la acción terapéutica de la valeriana, es insuficiente por ella sólo para explicar la acción de la valeriana fresca. Es preciso para interpretar esta acción, admitir la presencia de principios activos todavía mal conocidos y muy probablemente inestables, de tal modo inestables que no existen ya en la esencia de valeriana y, *a fortiori*, en las preparaciones galénicas de la valeriana seca (*Prof. G. Pouchet*).

Brissemoret y *Joanin* habian señalado que los éteres del Borneol, á los cuales la valeriana debe en gran parte sus propiedades antiespasmódicas, desaparecen por el secado. Esta desaparición, y probablemente tambien la desaparición de otros principios activos, está bajo la dependencia de una acción diastásica, que se desenvuelve por el secado de la raíz. *Carles*, en efecto, ha indicado la presencia de oxidasas en la raíz de valeriana.

Si, como lo ha demostrado el prof. *Bourquelot*, se destruye la oxidasa en la raíz fresca por el alcohol á 80° hirviendo, se puede estorbar esta desintegración de principios activos y conservar en la valeriana una parte de las propiedades medicinales.

El estudio de los *Intraits* ha permitido realizar un gran progreso en la obtención de preparaciones galénicas de valeriana. Son los Laboratorios Farmacéuticos *Boulanger-Duisse*, de París, que los entregan actualmente á la farmacia. La lista de los *Intraits* ó extractos fisiológicos comprende un número muy considerable de substancias provenientes del reino vegetal. Gracias al método de estabilización de plantas frescas (*procedimiento G. Pierrot y Goris* catedráticos de la Escuela Superior de Farmacia de la Universidad de París) se puede destruir íntegramente la oxidasa y los demás fermentos hidratantes contenidos en el rizoma fresco de valeriana y obtener un producto, el *Intrait* de valeriana, que conserva todas las propiedades medicamentosas reconocidas á la valeriana fresca.

Se presenta bajo forma pulverulenta gris amarillenta, sin olor muy higroscópica y muy fácilmente soluble en agua. El olor desagradable de la valeriana habiendo desaparecido, permite esta circunstancia su aplicación al mismo tiempo en la medicina infantil y en personas que no soportan remedios de mal sentir.

En razón de su perfecta solubilidad, el *Intrait* de valeriana se emplea bajo forma de elixir, por vía gástrica. Puede igualmente prescribirse en solución, para el uso hipodérmico ó intramuscular.

Antiespasmódico directo, esta substancia obra como tónica de los centros nerviosos debilitados y como moderador de la excitabilidad y contractibilidad muscular. Dá excelentes resultados en las veces en que hay defecto de coordinación de los centros nerviosos superiores ó centros inhibidores, como en los estados nerviosos de

orden asténico, que sobrevienen tan frecuentemente en debilitados ó anémicos.

El *Intrait* de valeriana, antiespasmódico y sedante del sistema nervioso central, está prescrito contra los pequeños accidentes del histerismo. Indicado en todos los casos de nervosismo, de irritabilidad nerviosa, responde también favorablemente á las crisis de fobias, á la angustia de los neurasténicos.

Muy bien soportado en los niños, combate ventajosamente la corea, los tics; y es de buenos resultados en las convulsiones infantiles.

En la mujer es un gran recurso para luchar contra los trastornos tan variados de la menopausia, contra los vapores, los espasmos, los males de cabeza, aturdimientos, palpitaciones. Igualmente eficaz en los jóvenes en la edad de pubertad, permite luchar contra los trastornos cardiacos, contra el estado de languidez ó de variabilidad de caracter que acompaña tan frecuentemente esta época.

Su eficacia no es menos cierta en los casos de palpitaciones nerviosas de que sufren frecuentemente las cloróticas y anémias, así que en el asma nerviosa.

En las dermatosis es muy útil para calmar el prurito de cualquier naturaleza que sea (eczema, seborreas, psoriasis, urticaria, liquen plano, neurodermatosis, etc.).

En todos los casos de insomnio, sea de origen nervioso, provocado por un eretismo sensorial ó eretismo cerebral agudo, ó por un desarreglo nervioso post-operatorio, ó causado por un estado débil ó anémico, el *Intrait* de valeriana, calmando la irritabilidad ó la debilidad nerviosa, facilita el sueño.

Siempre perfectamente tolerado por la vía gástrica, puede ser también empleado, como hemos dicho, bajo forma inyectable.

Sea que se quiera obtener un efecto antiespasmódico rápido, ó bien que tienda remediar la agitación é inestabilidad motriz ó psíquica de todos los periodos post-operatorios, la inyección intramuscular en la nalga produce constantemente en el individuo operado una calma notable y frecuentemente el sueño. Se debe evitar la inyección en el antebrazo, porque es dolorosa; cuyo inconveniente no se presenta en la región glútea. La dosis media inyectable es de 20 á 60 centigramos en 24 horas; la dosis masiva de 40 centigramos (4 centímetros cúbicos) en una vez. Las ampollas de *Intrait* de valeriana contienen exactamente 10 centigramos por centímetro cúbico.

Esta nueva forma de utilización de la valeriana para la hipodermia, puede prestar en la práctica los más grandes servicios.

Londres.

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD DE CARRION EN LAS PROVINCIAS DE YAUYOS Y CAÑETE

Contribución al estudio de la geografía patológica de la verruga.

por el doctor MAXIMO E. GOMEZ

(Continuación)

Flora.—La vegetación es exuberante en las zonas mencionadas, hasta el punto de convertirse en pequeños bosques los lugares no cultivados. Entre los árboles frutales siempre hemos encontrado el pacaé (inga reticula), la chirimoya y guanábana (anona cherimoya y a. muricata), la granadilla (pasiflora ligularis); varias especies de la familia de las Aurantiaceas del género Citrus (Naranjas, limones dulces y agrios), la achira (Canna Indica), el higo (ficus carica), la palta [persea gratissima].—Crecen silvestres, la tara [coulteria tinctoria], el higeron [Ficus giganteun], la retama [genista spartiun], el huarango [Acacia punctata], el molle [schinus molle]; varias especies de cactus [peruvianum, multingularis, pitajaya], la tuna [opuntia tuna], el achiote [Bixa Orellana], la uña de gato [Butneria Cordata], Caña braba [Ginerun sagitatum], Caña hueca, Sauces (Sulix alba y humboldiana).—Varias especies de Piperaceas en las regiones verrucógenas de mas altura, el matico (piper augustipholium). También se encuentran la higuierilla [recinus comunis]. Entre las solanaceas algunas del género datura.—Se cultiva el maíz, yuca, camote, achiras. El maguey [agave americana], la alfalfa [medicago sativa], el berro (Masturtiun officinales).—Hay lugares verrucógenos cuya flora está formada exclusivamente por la tara, huarangos, higuierones, molles, cactus y el uña de gato, como pasa en Airay y Laycho, quebrada secundarias de Omas.

Fauna.—Se crían en estas quebradas algunos animales domésticos entre los que citaremos, el vacuno, caballo, mular y los cerdos. Del lanar y cabrío muy poco. Aves domésticas, gallinas, pavos y patos—Animales silvestres existen en esta zona, venados y zorros—Hay variedad de palomas, loros, huanchacos, zorzales, gorriones etc. Los reptiles é insectos abundan á discreción.

Nuestras miras de hacer un estudio entomológico de las zonas verrucógenas de Yauyos, que era el único trabajo que pensábamos traer á la consideración de la Facultad, se defraudaron por causas superiores á nuestra voluntad; hoy nos limitaremos á citar algunas especies, que colectadas en las quebradas de Yauyos por el Dr. NAPANGA AGUERO, fueron remitidas al Dr. MARIO BEZZI, profesor de la Universidad de Turín quien los clasificó. así: *Culex niurepens*, *C. quinque faciatus*, *C. fatigans*, *C. pipiens*, *Emphis succidilabus*, *Janitonia música*, *Anopheles albitarsis*, *A. pictus*, *A. peruvianus*.

Demás es hagamos presente que en los meses de enero á abril abundan los mosquitos en las quebradas tropicales de Yauyos y que los naturales les denominan con el nombre de *titiras*.

Antes de pasar á estudiar las causas predisponente é inmunitantes de orden económico ó naturaleza social, vamos á dar algunos datos de pueden tener algún valor.

Todas las *poblaciones verrucógenas* están situadas á cierta distancia y altura del cauce de los ríos. Casi siempre en el limite de las zonas cultivadas y los terrenos áridos de los cerros vecinos; tal pasa con *Omas, Viscas y Catahuasi* y no podía ser de otro modo, toda vez que en estas quebradas hay la amenaza constante de los huaiicos. *Omas* está á una cuadra de distancia y veinte metros de altura sobre el nivel del río; *Viscas* y *Capillucas* están casi á la misma altura y distancia; *Catahuasi* á três cuadras del río y 50 metros de altura. Los pueblos de *Auca* y *Putinza* se elevan cerca de 200 metros y están á igual distancia. En *Yauyos, Quisque* y *Cusi*, desde remotos tiempos los ríos tienen formados sus profundos y pedregosos lechos, cerca que las poblaciones.

En *Yauyos* el río pasa por en medio de la población. Ya hemos dicho que en estos pueblos situados á buena altura, en donde no se observa grandes remociones y donde el desarrollo de la vida física es casi constante, los casos de verruga no adquieren la virulencia de las zonas bajas; ellos tienden á presentarse siempre en forma benigna.

Las poblaciones de *Capillucas, Putinza, Auco, Yauyos, Quisque* y *Cusi*, están rodeadas y entremezcladas con pequeños bosquesillos de plantas silvestres que abundan por doquier.

Grandes obras locales, no se han realizado en nuestra provincia, á no ser la apertura del camino de *Cañete* á *Yauyos* en los años de 1908 a 1912, por la quebrada de *Catahuasi*, en el que se presentaron algunos casos de verruga, no en la forma maligna que esperábamos. Buscamos una explicación científica y encontramos que los trabajadores eran naturales de los lugares por donde pasaba dicho camino, es decir, de los sitios netamente verrucosos, pero si nos fué dable ver, casi tantos casos de verrugas como trabajadores bajaban de las serranías y que fueron muy pocos. Estos se enfermaron, en *Llangos, Catahuasi* y *Auco*. Este hecho y los casos que observamos en las familias que con sus ganados bajan á las quebradas en busca de la buena alfalfa y aun á las *lomas* de la costa, prueban que en *Yauyos*, el movimiento *auto-inmigratorio* influye de una manera decisiva en la presentación del mayor número de casos.

También debemos hacer mención de las *enfermedades* reinantes en las zonas de verrugas, especialmente en las quebradas bajas. Tenemos en primera línea el *paludismo*, bajo sus formas *aguda y crónica*. Sabemos que el hematozoario de *LAVERAN* tiene tres formas ó especies: el *plasmodium vivax*, que determina el paludismo benigno ó terciana, del *p. malariae* que determina la forma cuartana y el *p. falsiparum* que ocasiona las formas anormales ó perniciosas; manifestaciones que dependen del tiempo que dura el ciclo endógeno, asexuado ó la fase humana del hematozoario. Pues bien, en ciertas zonas de verrugas como la de *Llangas y Viscas* se ven,

formas anormales de paludismo, indudablemente que sus anofeles están contaminados del *p. falsiparum*. En las otras zonas como Catahuasi, Capillucas y Omas dominan las dos primeras formas, y no encontramos más relación con la verruga, que la de coexistir en las mismas moradas. En estos pueblos donde los médicos rara vez llegan, es admirable observar con frecuencia, los casos de curación *ex-pontánea*, del paludismo.

La *cirrosis*, es otra afección que siempre hemos visto en los habitantes de estas comarcas, especialmente la *atrófica* ó de LAENEC. Aparte del alcohol, que beben con mucha frecuencia, no cabe duda, que el *paludismo* y la *enfermedad de Carrión* que todos los naturales han pasado en su juventud, alteran de tal manera esta viscera, que la predisponen para adquirir la degeneración cirrótica. Es familiar ver en estas quebradas sujetos ictericos y con todo el cuadro clínico que caracteriza estas entidades nosológicas.

La *viruela* es una infección que de vez en cuando hace sus visitas por estas regiones, diezmando á los niños. Felizmente la vacuna se hace hoy en toda la provincia.

La *neumonía*, la *tifoidea* y pocos casos de tuberculosis también se presenta.

La *Higiene* pública en este pueblo, está descuidada. Es corriente ver que cada casa, está provista de sus respectivos corrales, donde por las tardes, encierran toda clase de animales con los que viven casi en consorcio; costumbre que va desarraigándose hoy.

CAUSAS PREDISPONENTES E INMUNIZANTES DE ORDEN ECONOMICO O NATURALEZA SOCIAL.—En esta parte describimos las *habitaciones*, la *población*, *clases y costumbres* de sus habitantes, sus *industrias*, la *alimentación*, *trabajo*, *vestidos*, *educación é instrucción*.

Habitaciones.—Es indudable que la clase del material de construcción de las casas, en las zonas verucógenas, tiene positiva influencia en la producción de la enfermedad. En las poblaciones de Viscas, Omas, Catahuasi y Capillucas la mayoría de las casas, especialmente las de moderna construcción, son: de piedras, adobes y techos de calamina. Otras tienen techo de paja de trigo ó de caña hueca con una sencilla torta de barro para protegerla contra las lluvias. En su construcción no toman absolutamente medida alguna destinada á impedir la penetración de los insectos en las habitaciones, ni menos que, reúna las condiciones higiénicas deseadas.

Pero debemos hacer notar que los habitantes de estos pueblos, viven la mayor parte del año en sus chacaras, donde la construcción de sus habitaciones se simplifica, quedando reducidas á simples *quinchas* de caña, con techos de retama (*genista espartium*) ú otras plantas apropiadas.

En los pueblos de Yauyos, Puntiza, Auco, Quisque, y Cusi, predominan construcciones más sólidas. El material está compuesto de piedra, barro y adobes, calamina y paja, escaseando también los preceptos higiénicos.

(Continuará).

V. CONGRESO MEDICO LATINO AMERICANO

VI. PAN AMERICANO

(Lima, 9 á 16 de noviembre de 1913).

Anatomía y Fisiología normales y patológicas. Bacteriología y Parasitología.

Anatomía patológica de la verruga. Erupción verrucosa.—por el doctor Oswaldo Herculles (de Lima).—Las verrugas cutáneas se presentan bajo tres modalidades clínicas principales: verrugas miliares, nodulares y mulares.

Verruga miliar.—El botón verrucoso tien su cuna en el fondo de saco dermico, que ha penetrado entre dos dentellones epiteliales, y puede nacer en el fondo del cuerpo papilar, en el cuerpo ó en el espacio intra papilar y dermico; de aquí, las 3 modalidades clínicas: verruga miliar poco vascularizada, que corresponderá á la variedad clínica denominada verruga córnea; verruga miliar sexil y verruga pediculada, segun su mayor ó menor unión con la dermis; y por último, el nódulo que se desarrolla en el límite del cuerpo papilar y que dará la variedad conocida con el nombre de verruga miliar jugosa, sangrante y de grandes dimensiones. Todas estas variedades de botón verrucoso, pueden agruparse con el nombre de verrugas *intra-papilares*.

Agrega la variedad sudaminosa.

Microscopicamente, los fondos papilares ofrecen capilares distendidos y á veces focos hemorrágicos perinodulares, con alteraciones vasculares, proliferativas en muchos puntos y obliterantes en otros.

En el boton verrucoso se presentan dos zonas: una periférica, que se tiñe intensamente, lo que hace sospechar que es activa, otra central, debilmente coloreada, regresiva. Además gran número de espacios lagunares, que contienen los elementos celulares de la neoplasia y una gran cantidad de globulos rojos. Los elementos celulares se abarquillan, y hacen que el boton verrucoso se presente como las mallas de una esponja; estos elementos presentan, coloreados por el leishman, las inclusiones observadas por MEYER etc., y que denominó *clamidozos*; pero según el autor, son degeneraciones nucleares y no parásitos.

Verruga nodular.—La verruga nodular aparece en los nidos alveolares del tejido celular subcutáneo, en medio de anillos de tejido celular laxo hiperplasiado, que ofrece en diferentes sitios cojinetes de tejido laxo, con numerosos focos hemorrágicos, que presentan globulos rojos poco alterados. El dermis se encuentra edematizado y con una vascularización bien manifiesta; la epidermis se ofrece, en los cortes, como una guardilla limitante.

El botón verrucoso está constituido por cavidades aereolares, situadas al rededor del vaso, que presenta alteraciones vasculares,

y por células, probablemente de origen angioblástico, con diversas alteraciones.

Así constituida, entra en el periodo de crecimiento, y á medida que su volumen aumenta, dos órdenes de alteraciones se presentaran: unas, en el interior del botón mismo, constituidas por focos necrobióticos, apreciables por que el noduloma no toma en toda su extensión el colorante con uniformidad; otras, en el anillo que lo circunscribe y que determinarán su ruptura, y le permitirán al botón verrucoso, dejar su lecho aereolar subcutáneo, y hacerse dermosubcutáneo.

Llegada á la superficie cutánea, es invadida por leucocitos, germenos, etc. que determinan su ulceración; constituyendo de esta manera las diversas modalidades que la clínica señala.

En las preparaciones histológicas ha observado unos elementos, que ofrecen en su interior aglomeraciones pigmentarias, de aspecto peculiar y que se tiñen electivamente; comparados con los señalados por de VECCHY, y por MEYER, ROCHA LIMA y WERNER se ofrecen diferentes; pues, los de VECCHI no contienen pigmentos, y las inclusiones celulares de MEYER, ROCHA LIMA, y WERNER que califican de *clamidozoarios*, son, segun el doctor Herculles, degeneraciones nucleares.

Hematología de la enfermedad de Carrión, por el doctor Oswaldo Herculles (de Lima).—Las alteraciones que la sangre presenta en la verruga peruana ó enfermedad de Carrión, permite clasificarla en la categoría de las anemias graves de tipo pernicioso, de fondo hemolítico, y de origen esplénico.

La leishmania flajelada en el oriente del Perú, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—Refiere dos observaciones de leishmaniasis cutánea flajelada, que se apartan también en su forma clínica, de la especie clásica. Una de estas constataciones, efectuada en setiembre de 1911, fué comunicada por el autor á la Sociedad de Patología Exótica de París, echando por tierra el dogma de que no se presentan leishmanias flajeladas en el hombre.

Las leishmaniasis del dermis en el Perú. El agente patógeno, por el doctor Carlos Monge M. (de Lima).—Las afecciones conocidas con el nombre de *uta*, *espundia*, *tiac-araña*, *quecpo*, *juceuya*, *llaga*, etc. tienen por agente patógeno la *leishmania trópica*; la enfermedad ha sido transmitida al perro, mono y gato (WENYON). Su agente trasmisor, parece ser un *simulia*, dado que los lugares infectados de la hoya del Urubamba, tienen entre su fauna un *simulia*.

Las formas flajeladas de Escomel, segun la opinión del autor, son excepcionales.

Protozoarios de las aguas de Arequipa por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).

Algunos rotíferos y Braquionianos de las aguas de Arequipa, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).

Asociación del treponema pallidula y del estafilococo piogeno aureo en un enfermo atacado de Pian, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—En un enfermo atacado de Pian, ha encontrado al *treponema pallidula* CASTELLANI, asociado con el estafilococo aureo, lo que obliga á un tratamiento más enérgico, pues, es ta asociacion exalta la virulencia y resistencia de los agentes patológicos.

El cypris aurantia en el agua de Arequipa por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).

El arctiscon tardigradum en el agua de Arequipa por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).

El primer caso de lambliosis intestinal descrito en el Perú, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—En un niño geófago reincidente, ha constatado el autor, al examen de las heces, dadas su gastro enteritis repetidas, la *lamblia intestinalis*. Un tratamiento adecuado, logró hacer desaparecer al parásito del intestino del enfermito.

Uncinariosis de la región selvática del sur del Perú, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—El autor señala la frecuencia de la uncinariosis en las regiones selváticas del Oriente peruano, por la *uncinaria duodenale*, sin que haya podido comprobar la presencia del *necator americanus*. Como tratamiento utiliza el aceite de eucaliptus cloroformado.

Pseudomeloides del sur del Perú, por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—Describe cuatro especies de pseudomeloides del sur del Perú, estudiadas en el Museo de Historia Natural de Paris.

Aplicación del airampo (opuntia tinctoria) por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—El airampo, extraído de la *opuntia tinctoria*, sirve en la histología como colorante, acercándose por sus reacciones generales á los colorantes acidos; de preferencia puede usarse para la diferenciación del tejido muscular, para el estudio de los epitelomas perlados y los eritrocitos.

El pseudomeloe Hunteri por el doctor Edmundo Escomel (de Arequipa, Perú).—Nueva especie de Pseudomeloe dedicada al doctor Jacobo D. Hunter.

Exposición sobre la picadura de la uta por el doctor W. F. Bayley (de La Fundición, Perú).—Relata un caso de uta, tomada en las regiones de la montaña de Huánuco.