

La Crónica Médica

AÑO XXXII — LIMA, OCTUBRE DE 1915 — N° 628

QOYU SIKI

Manchas cutáneas congénitas de los aborígenes del Perú

Por el Dr. RICARDO PALMA

I.—DEFINICION

Se denomina *q o y u s i k i* (*) en la lengua aborígen general mente hablada en el Perú, á las manchas congénitas dermo-pigmentadas polimorfas, que como estigma temporal presentan en la piel del dorso y particularmente en la región sacro-coxígea, los niños de estirpe americana ó mongólica.

II.—ETIMOLOGIA Y SINONIMIA

<i>q o y u s i k i</i> .	En keshua: <i>q o y u</i> , cardenal; <i>s i k i</i> , nalgas, gluteos.
<i>u y u s i k i</i> .	En Huánuco.
<i>k o y u s i k i</i> .	En Ayacucho.
<i>g o y u s i k i</i> .	En Ancash.
<i>q o y u t c i m a</i> .	Entre los Aymaras del Altiplano andino (**)
<i>a n a s i k i</i> .	En Huancavelica.
<i>a ñ a s i k i</i> .	En ciertas provincias del Departamento de Ancash.
<i>a g a s i k i</i> .	En Pallasca y otros lugares del Departamento de Cajamarca (***)
<i>m i s h a</i> .	—En ciertas provincias andinas del Departamento de Lima y en Cajamarca. (****)

(*) No hay uniformidad en el uso de los caracteres ortográficos empleados en la escritura de nuestras lenguas aborígenes por cuya razón acogemos el alfabeto fonético empleado comunmente por los lingüistas norte-americanos.

(**) Las voces precedentes son derivaciones fonéticas de *q o y u s i k i* peculiares de los diversos dialectos keshuas. No es infrecuente designar entre los aymaras al *q o y u s i k i* con las voces *t c o x ñ a t c i ñ i* que literalmente dice nalga verde

(***) *a n a*, lunar en keshua; *añ a y a g a* sus derivaciones fonéticas usuales.

(****) El mismo vocablo designa unas manchas moradas insolitas que aparecen en las mazorcas de maíz blanco.

- callana* zo.—Entre los criollos de la costa. (*)
testamento.—En el Departamento de Arequipa.
medalla.—En Chota y otras provincias del departamento de Cajamarca.
medalla siki.—En el Ecuador. (Rivet)
esmeralda de familia. id. id.
genipapo.—En el Brasil, aludiendo al color azul gris de la fruta de ese nombre.
manchamorada.—En la Argentina. (Lehmann-Nitsche)
uitsypan.—Entre los mayas de Centro América.
oleila.—En Samoa.
heila.—En Hawai.

III.—FOLK LORE

No ha pasado inadvertido á la observación de las gentes que esta particularidad dermatológica es un indicio constante de sangre aborigen, cuando ha impresionado su inteligencia hasta originar interpretaciones racionales y precisas. El pueblo admite, generalmente, que la presencia de la mancha es debida á una causa puramente étnica y la considera como estigma de la raza de los incas. A ello ha contribuido, evidentemente, el hecho mismo de la miscegenación que existe entre las razas blanca é india en gran parte del continente americano y particularmente en el Perú. Así, pues, es interesante consignar que por todo nuestro territorio se recoja la afirmación de que «la mancha proviene de la casta» ó que «es producida por la raza». Y esta noción popular de causa étnica está reforzada por la consideración de que ciertas denominaciones llevan implícitamente consigo la idea de herencia, como ocurre con el nombre *Testamento* con que designan al *goyu siki* en Arequipa ó el de *Esmeralda de familia* que le dan en la república del Ecuador.

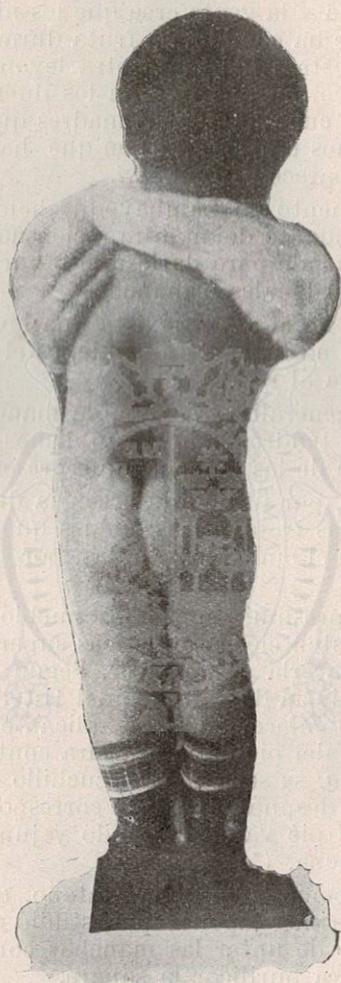
Como era natural que ocurriese, la imaginación popular ha enriquecido el folk-lore creando leyendas que explican con cierta fantasía el origen de la mancha congénita.

Es corriente entre los pueblos de baja cultura, la tendencia á explicar los fenómenos naturales ó ciertas particularidades de los seres vivos y de las cosas, como originados por cosas ó seres á los que suponen dotados de un poder sobrenatural. Así, dicen los indígenas del departamento de Cajamarca que cuando una mujer embarazada pasa cerca de determinados cerros ó *paccarinas* que tienen poder de encantamiento ó quizás por residir allí encanta-

(*) Se originó sin duda esta denominación por la analogía que se observara entre las manchas gluteas de un niño y las que presenta exteriormente una olla de tierra cocida o callana.

do el antecesor, el niño nace con *qoyu siki* imitando, suponemos, á la *paccarina* ó al antecesor que poseía esta particularidad. (*)

El nombre de Misha que hemos oído á gentes de Cajamarca y también en Huarochiri, es sugerido por analogía con una ma-



zorca de maíz blanco que presenta algunos granos jaspeados de morado y que denominan *misha*. (**)

(*) De este mismo orden es la leyenda que oímos en unos criaderos de ganado de las serranías vecinas á Lima. Existe en ese lugar una peña que con precisión notable simula á lo lejos la figura de un toro overo ó manchado y á él atribuyen los pastores que todos los terneros de esa zona nazcan con esa coloración peculiar.

(**) En la provincia de Huarochiri (Dep. de Lima) hay una original costumbre entre los campesinos en la época de la cosecha del maíz. Un bando de hombres y otro de mujeres hace separadamente la recolección de las mazorcas en un mismo pantío y aquel que primero encuentre una *misha* tiene derecho de azotar con ella los del bando contrario simulando una lucha divertida.

Por analogía también, emplean en el Brasil la palabra indígena *genipapo*, nombre de una fruta de color gris oriunda de ese país. Los brasileros dicen «Tem genipapo» para indicar que una persona tiene raza aborígen. (Lehmann-Nitsche).

En el Hawai existe una fruta llamada *popólo* que machacada tiene un color violeta y la gente cree que los niños salen manchados porque la madre ha comido esa fruta durante la preñez.

Corre entre nuestros indígenas otra leyenda, de origen probablemente hispánico, en que figuran los duendes como causantes de la mancha. Y cuentan que las madres que llevan á sus tiernos hijos á los molinos ú otros sitios en que habitan duendes, notan que luego les aparece el *qoyu siki*.

En el departamento de Lambayeque hemos oído decir muchas veces, que en cuanto dejan á un recién nacido solo en su cuna, aprovecha el duende para darle uno ó varios pellizcos dejándole otros tantos cardenales ó manchas.

Es curioso que en el Japón exista una leyenda idéntica, con la diferencia de que en lugar del duende, es el dios partero Kami Sama el que pellizca al recién nacido.

Otra creencia generalizada es que la mancha augura mal carácter y que el niño tendrá genio mas ó menos fuerte según el número y la extensión de las manchas que presenta.

Consignaremos, por último, la creencia de que la mancha es producida por causas traumáticas: golpes que el marido ha dado á su mujer durante el embarazo, caídas, por cargar pesos á la espalda, etc.

Como era de presumir, entre los pueblos que presentan la mancha étnica, existen ciertas prácticas supersticiosas ó empíricas con el objeto de hacerla desaparecer. Según el doctor Lehmann Nitsche, en la provincia de Santiago del Estero (Rep. Argentina), la consideran como enfermedad y le aplican el remedio siguiente: apriétase la planta del pié de la criatura contra la corteza de un árbol llamado *tunua*; se saca con un cuchillo el contorno del piecesito y se elimina después el pedazo correspondiente de la corteza. Esta huella del pié va cicatrizando y junto con este proceso desaparece la mancha. (*)

Del Japón sabemos que Soha Hatano, que vivió de 1641 á 1697 y que fué el primer japonés que estudió medicina en Europa, tenía la costumbre de untar las manchas congénitas con un unguento especial para purificar la sangre.

Aunque presumimos que es una práctica rara, se nos ha asegurado que algunos de nuestros indígenas frotan las manchas con ciertas pomadas para que se borren pronto.

(*) Mantegazza refiere un procedimiento análogo: cuando el ombligo de un recién nacido tarda en cicatrizar, se coloca la planta del pié de tal criatura sobre la corteza de un *ombú* ó de un *tala* y se saca la parte de la corteza cubierta por el pié. L. N.

IV.—DATA

La mayoría de los niños que sirvieron para esta investigación son hijos de los departamentos de Cajamarca, Amazonas y Lambayeque; un grupo menor está formado por niños mestizos examinados en Lima, muchos de ellos nacidos en diversos lugares de la República. En casi la totalidad de los casos nos eran conocidos ambos progenitores y en no pocos hasta los abuelos.

Número de casos observados.....	189
Con <i>qoyu siki</i>	137
Sin „ „	52
Sexo:	
Masculino	80
Femenino	57
Edad:	
De 0 á 1 año.....	76
De 1 á 2 años.....	33
De 2 á 3 „	20
De 3 á 4 „	8

V.—CARACTERES DESCRIPTIVOS

A.—*Forma y dimensiones.*—La morfología se halla influenciada por las dimensiones de la mancha y recíprocamente; las manchas pequeñas tienen casi siempre un perímetro neto, en tanto que las grandes se presentan generalmente esfumadas en sus bordes. Por otra parte, forma y tamaño son caracteres subordinados, á la edad del niño: á cierta edad, juzgando por vestigios todavía perceptibles, se puede asegurar que la mancha ocupaba al principio una gran extensión, pero estando en vías de desaparecer, en el momento del examen solo se observa una diminuta zona pigmentada.

Refiriéndonos á las dimensiones, las manchas son pequeñas y grandes. Con las pequeñas podemos formar los cinco tipos siguientes:

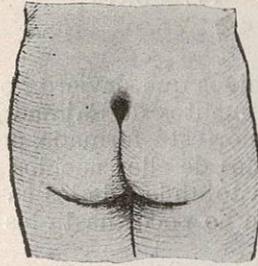


fig. 1

a) La mas común de todas, que podríamos llamar típica, es una mancha de forma regularmente redondeada ú oval, de contornos bien definidos y cuyo tamaño varía de una moneda de medio real á medio sol de plata.

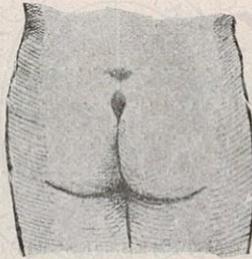


fig. 2

b) La misma manchita con otra satélite superior.

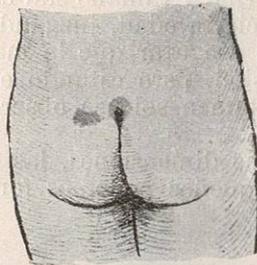


fig. 3

c) Idéntica á la anterior con la mancha satélite lateral.

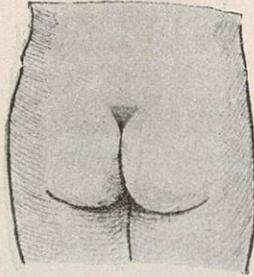


fig. 4

d) Conservando las anteriores dimensiones, toma otras veces la forma de un triángulo.

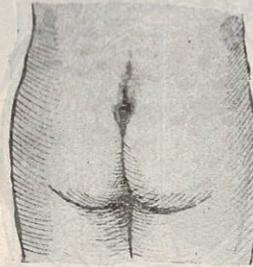


fig. 5

e) Irregularmente alargadas siguiendo el eje espinal. Las grandes manchas presentan en forma y extensión irregularidades caprichosas y pueden agruparse en cuatro tipos:

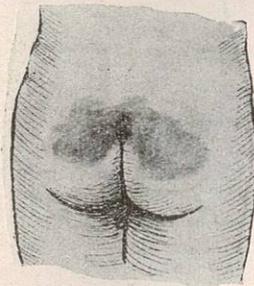


fig. 6

a) Manchas orientadas horizontalmente guardando cierta simetría con el eje espinal.

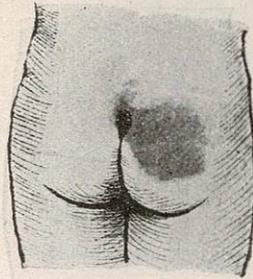


fig. 7

b) Manchas con la misma orientación esparciéndose asimétricamente.

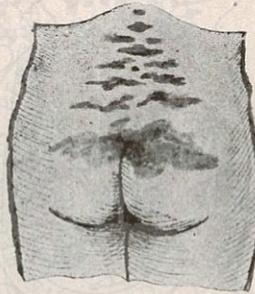


fig. 8

c) Manchas orientadas metaméricamente conforme al eje espinal.

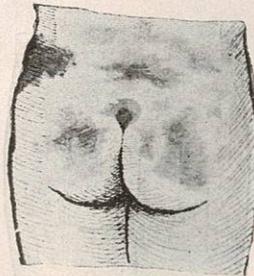


fig. 9

d) Manchas caprichosamente polimorfas.

Pequeñas manchas

Tipo a.....	42
„ b.....	9
„ c.....	7
„ d.....	5
„ e.....	13
	76

Grandes manchas

Tipo a.....	16
„ b.....	11
„ c.....	16
„ d.....	18
	61

B.—*Localización y topografía.*—La zona en la cual aparece constantemente el *qoyu siki* es la región sacro-coxígea. Sin embargo, en los sujetos con manchas múltiples, éstas se distribuyen preferentemente en el dorso del cuerpo y solo en casos muy raros, se las ve aparecer sobre ciertas zonas ventrales; pero, en tesis general, parece como si todas irradiasen de la mancha sacra como punto focal.

Topográficamente se distribuyen las manchas, en los casos observados, en la forma siguiente:

A.—Manchas simples	79
a) Sacro - coxígeas	60
b) Gluteo - sacro - coxígeas.....	19
B.—Manchas múltiples.....	58
a) Dorso - sacro - coxígeas.....	20
b) Gluteo - dorso - sacro - coxígeas.....	20
c) Esparcidas ó aberrantes.....	18

Solo una vez hemos observado que la mancha simple típica no radique sobre el eje espinal de la región sacro-coxígea, sino que desviándose varios centímetros, aparece sobre un gluteo.

En algunos casos, la mancha gluteo-sacro-coxígea se lateraliza invadiendo en mayor ó menor extensión una sola nalga (fig. 7) y otras veces se esparce simetricamente invadiendo las dos nalgas á la vez. (fig. 6)

Las manchas dorso-sacro-coxígeas suelen estar dispuestas siguiendo el eje vertebral. En ocasiones llevan una ó dos manchitas satélites (fig. 2 y 3) y otras veces las manchas se extienden metamericamente á uno y otro lado de la columna vertebral. (fig.8)

Las manchas esparcidas ó aberrantes presentan la mas variada localización tanto en el tronco como en las extremidades. En el tronco, suelen presentarse en toda la espalda, siempre orientadas transversalmente y también se les observa en la vecindad de los omóplatos; en ocasiones aparecen sobre el muñón del hombro y pasan á la cara anterior simulando una charretera. Ocupando

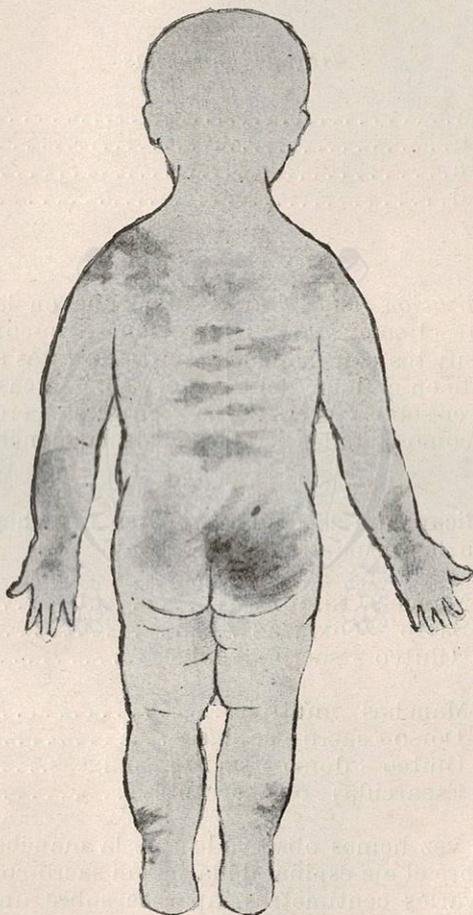


fig. 10

Un caso de pan-pigmentación

la cara anterior ó ventral, hemos visto, en una misma chiquilla, manchas por debajo de la tetilla derecha y otras cerca del ombligo. También las hemos visto presentarse hácia la base del muslo y ocupando la espina iliaca ántero-superior. En las piernas se las

observa generalmente hácia la parte inferior y en una zona vecina á la región maleolar externa. En los miembros superiores, las hemos observado sobre el antebrazo y también en la región posterior de la muñeca esparciéndose hasta el dorso de la mano; pero hagamos presente que en las extremidades superiores ó inferiores se las observa muy rara vez.

Entre los niños observados hemos encontrado un caso raro, que podría decirse de pan-pigmentación, en una niña de dos meses, natural del departamento de Cajamarca, que presentaba, además del *goyu siki* en la región clásica, manchas de igual naturaleza que ocupaban ambos gluteos, toda la espalda, los dos hombros, las piernas y ambos antebrazos y parte del dorso de las manos. (*) (fig. 11)

El Dr. Wateff, de Sofia, describe el caso de una niña de trece meses que además de tener manchas dorsales presentaba una bajo la nariz y otro caso de una criatura de dos meses en que la mancha radicaba sobre la parte superior derecha de la frente.

La predilección topográfica del *goyu siki* por la región sacro-coxígea es uno de los mas sugestivos problemas de morfología humana. Efectivamente, es de suponer que el ancestral tuvo una piel intensamente pigmentada y que, por ley evolutiva, ha ido per-

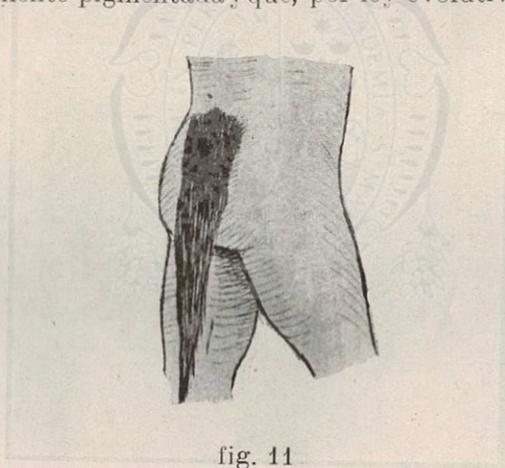


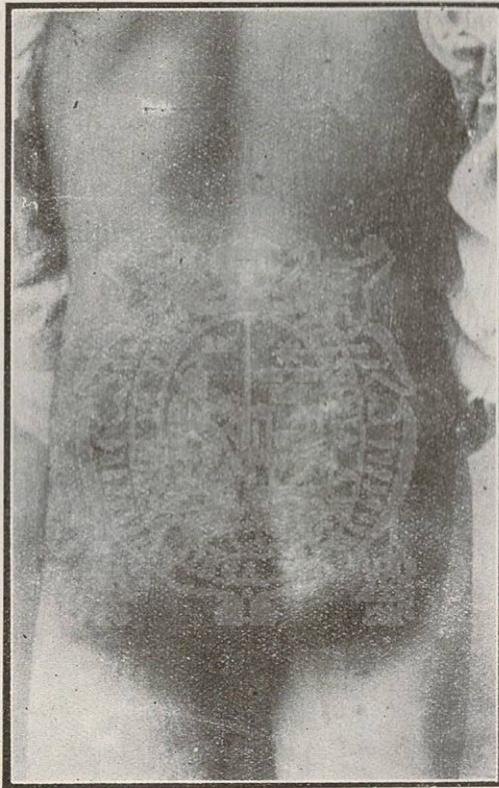
fig. 11

diendo gradualmente su pigmentación general hasta quedar reducida ó limitada solo á ciertos reductos del cuerpo como estigmas ó menos apreciable en determinados grupos étnicos. Y se explica que la región sacro-coxígea sea la preferida, por el hecho mismo de ser ella una región incompletamente desenvuelta:

La presencia de la glabela coxígea, que deprimiéndose da lugar en el recién nacido á la foveola coxígea; la inconstancia numérica de

(*) Estando en prensa este trabajo, hemos observado un caso idéntico en un niño indio de cinco meses.

las vértebras caudales, la glándula coxígea, las anomalías del *filum terminale*, de la arteria sacralis, de los dos nervios espinalis, etc., y de la musculatura de la cauda, cuya existencia es una prueba de que la cola fué externa y funcional, vienen á probar que la región sacro-coxígea pasa todavía por un estado de transición involutiva. Por otra parte, pueden también tenerse en cuenta ciertas consideraciones de orden teratológico: la espina bífida, los



Nevus verrucoso hipertricósico

depósitos pigmentarios y la hipertricosis, frecuentemente observados en la región sacro-coxígea.

Como ejemplo notable de hipertricosis en esta región, podemos citar el caso presentado por Atgier á la Sociedad de Antropología de París. Se refiere á un muchacho de 18 años que tenía implantada sobre la región lumbo-sacra una espesa cabellera negra que le llegaba hasta las piernas. (fig. 11)

Un caso de hipertricosis y pigmentación al mismo tiempo es el que representamos en el adjunto fotografado. Se trata de un

indio mestizo del departamento de Piura, de 24 años de edad, de piel bronceada, lampiño, que presenta un extenso nevus de aspecto marcadamente verrucoso en algunos puntos, intensamente pigmentado y cubierto de pelos de tres á cuatro centímetros de longitud. La hipertrichosis y sobre todo la pigmentación son mas aparentes sobre la zona lumbo-sacro-coxígea; de ahí se extiende el nevus á ambos lados ocupando las regiones gluteas y teniendo un perímetro perfectamente delimitado de la piel normal.

Entre los niños de pocos meses en los que comprobáramos la presencia del *qoyu siki*, hemos notado diez veces la existencia de la foveola coxígea y en cuatro de estos casos podía apreciarse una ligera hipertrichosis.

C.—*Número*.—En la mayoría de los casos la mancha es única y radica sobre el sacro-coxis; pero con bastante frecuencia se observan niños con múltiples manchas y, ateniéndonos á nuestras observaciones, podemos decir que hay criaturas hasta con dieciseis ó dieciocho manchas aisladas, cuya distribución y forma pueden ser más ó menos caprichosas, pero sus demás caracteres las hacen idénticas á la mancha única típica y tienen, por lo demás, la misma significación.

D.—*Duración*.—La mancha es apreciable apenas nacido el niño, pero es indudable que existe desde la vida intrauterina segun lo ha comprobado Grimm en un embrión de cuatro meses, Baelz en uno de cinco y Adachi en varios fetos á término.

Segun algunos observadores, hay niños de ocho ó diez años en los que todavía son perceptibles los vestigios de la mancha y otros autores aseguran haberla observado en adultos y creen que en casos excepcionales puede durar toda la vida. Lo general es que desaparezca hácia los dos ó tres años de edad y esto es lo que corrientemente se observa entre nosotros.

En las criaturas que presentan varias manchas, la sacro-coxígea es la que mas tarda en desaparecer; antes que ella se borran las de la espalda y son las mas fugaces las de las extremidades. Esto es debido á que, por lo general, la mancha sacra es la que tiene mayor pigmentación; pero si existiese en otra región una mancha tanto ó mas pigmentada que ella, la época de su desaparición estará subordinada á la intensidad pigmentaria.

E.—*Color*.—Generalmente el color de la mancha es de un azul pizarra que recuerda al de los tatuajes y que es mas intenso y manifiesto en razon directa de la blancura de la piel. Se le podría también comparar con el tinte azulado de ciertas equimosis traumáticas ó cardenales, al extremo de que en algunos casos puede haber confusión.

Cuando la piel es fuertemente bronceada como en ciertos grupos de nuestros indígenas, la mancha toma un tono azul verdoso bastante marcado. Quizá aludiendo á esta tonalidad verde le han dado en el Ecuador el nombre de *esmeralda de familia*.

En los niños de piel muy oscura, como en el producto de cruzamientos de indios y negros, la mancha tiene una coloración azul violeta ó morado debido á la mayor pigmentación general de la piel. De aquí el origen, sin duda, del nombre de *mancha morada* que se le dá en algunas provincias de la República Argentina. Este tinte particular se observa pocas veces entre nosotros.

La intensidad de color es á menudo función de la edad del niño; las manchas son generalmente mas intensas en los recién nacidos ó niños de pocos meses que en los de tres ó cuatro años.

Se observa á veces manchas que durante los primeros meses de la vida del niño alcanzaron proporciones considerables con mayor intensidad de pigmentación. Se ven, en efecto, á veces placas bastante oscuras contiguas á otras grises ó azuladas en vías de desaparición, en medio de las cuales algunos espacios mas pigmentados dan al conjunto aspecto de mosaico.

En la mayoría de los casos de mancha única sacro-coxígea, tiene ésta una tonalidad de pigmentación homogénea, pero también se observa con frecuencia que la pequeña mancha de esa región presenta hácia el extremo del pliegue interglúteo y casi en el centro de la mancha una especie de núcleo mas oscuro. Puede entonces observarse una transición bastante marcada entre los dos grados de pigmentación; la parte de tinte mas intenso, está rodeada de una aureola de coloración mas débil, remediando la sombra y la penumbra. Otras veces la transición es inapreciable y solo se ve una mancha cuya parte central aparece insensiblemente mas oscura. Lo mismo se observa en cuanto al perímetro de la mancha: La transición á la piel normal es á veces imperceptible, pero en otros casos es bien delimitada.

Por fin, comparando en un mismo sujeto el tinte de la mancha sacro-coxígea con el de la mancha de otras regiones, se nota que esa es casi siempre la mas pigmentada y solo en raros casos una mancha glútea, dorsal ó del hombro, tiene coloración mas intensa.

VI.—HISTOLOGIA

Es sabido que nuestra piel está constituida por dos formaciones histológicas superpuestas denominadas dermis y epidermis; que ésta consta de siete estratos, de los que los tres primeros forman lo que en histología se conoce con el nombre de cuerpo mucoso de Malpighi y que la importancia capital de este cuerpo estriba en que sus células contienen, englobado en el protoplasma, finísimos granos redondeados de pigmento melánico ó melanina, cuyo tinte puede variar del amarillo claro hasta el pardo casi negro.

El color de la piel en las diferentes razas humanas depende, como se sabe, de la mayor ó menor cantidad de pigmento melánico acumulado en las células de las capas malpighianas, de mo-

do que, según su abundancia, observamos el tinte de la piel de los negros del Yloff, que es la más oscura de todas, el de otras variedades de negros africanos, el moreno oscuro de los australianos, el cobrizo de los indios americanos, el amarillo aceitunado de los malayos, el amarillo claro de los japoneses, el blanco moreno de los europeos meridionales, en fin, el blanco puro de los habitantes del norte de Europa. El pigmento falta por completo en los individuos denominados *albinos* y falta por islotes en secciones determinadas de la piel, en la anomalía llamada *Pinta* ó *Kara* y cuyos portadores son conocidos entre nosotros con el nombre de *overos*.

La presencia de ciertas máculas morenas como los *nevi* y como las *peças* ó *efélides*, son debidas á acumulaciones pigmentarias. Es sabido que los blancos se «quemán» cuando están al sol, porque el pigmento se desenvuelve en cantidad y se deposita en las células bajo la acción del aire, del calor y de la luz y quizás si también desempeña algún papel en este proceso la congestión de los vasos.

Normalmente el pigmento no está uniformemente repartido en todo el cuerpo. En las razas más blancas como en las más oscuras, son la nuca, la cara dorsal de los miembros, axilas, escroto, etc. las que presentan mayor pigmentación, por el contrario, el vientre (como en los animales), la palma de las manos y la planta de los pies, tienen poco pigmento.

En el nacimiento, el pigmento se encuentra en el cuerpo en cantidad menor que en estado adulto. Los cabellos y los ojos de los niños blancos son más claros al nacer y se oscurecen más tarde. Los niños de las razas amarillas y americanas son, en la época del nacimiento, mucho más claros que sus padres y, en fin, los negros, al nacer, son de un color canela rojizo y no ennegrecen sino al cabo de tres ó cuatro días comenzando por determinados sitios: mamezones, nuca, etc.

Durante la preñez se exagera la secreción del pigmento cutáneo sobretodo en la cara (máscara del embarazo) y también en la aureola mamaria, línea media abdominal, etc.

Nada diremos de las producciones pigmentarias en casos patológicos, como la enfermedad de Adisson, la atrofia del corazón, etc.

El dermis, parte fundamental de la piel y la más importante desde el punto de vista de su espesor de su resistencia y de los elementos que contiene, es una membrana fibrosa formada por el entrecruzamiento de haces conjuntivos provistos de células y reforzada por una red elástica.

Las dos capas que forman el dermis son el *cuerpo papilar*, que es la más superficial, más vascularizada y donde los cambios nutritivos tienen mayor actividad y el *corión* que es la más profunda, más densa y de textura más grosera.

El corión es el segmento dermatológico en el que reside la causa histológica del *quyu siki*.

Así como las células pigmentarias de la capa de Malpighi son las que producen la coloración de la piel normal, los *cromatoblastos* inmensos elementos celulares cargados de pigmento melánico que radican en el corión de la piel manchada por el *qoyu siki*, son la causa de esta peculiaridad somatológica.

Estos cromatoblastos, estudiados primitivamente por Baelz y más tarde por Karakaschoff y por Adachi, son células muy alargadas, pero, no realmente fusiformes como frecuente se ha dicho, sino que tienen sus contornos más ó menos ondulados remedando el aspecto de un tripanosoma. Su longitud varia entre 30 y 50 micras.

Aunque son perfectamente apreciables en preparaciones microscópicas teñidas por los procedimientos usuales en histología, hemos encontrado que aplicando á su estudio una técnica especial de impregnación por el nitrato de plata(*) ó examinando al microscopio los cortes microtómicos montados sin coloración previa, se hace más completo tanto el estudio de conjunto como la apreciación de los detalles de las células dérmicas en cuestión.

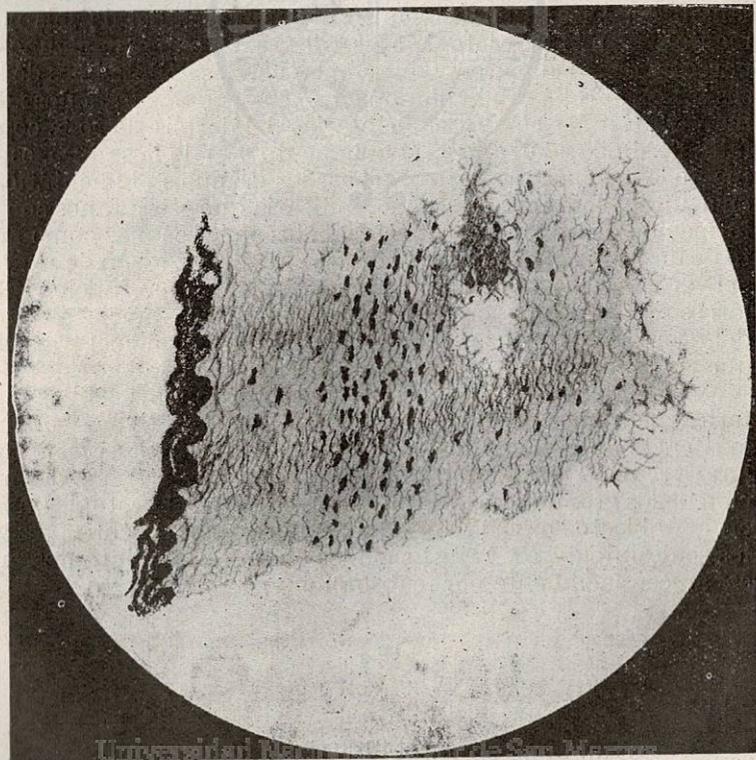
Si examinamos con poco aumento la preparación en conjunto, se aprecia, luego, la capa de Malpighi; debajo una zona ó faja paralela á ella y completamente clara, pues no están teñidos los elementos histológicos que la componen y luego una faja más ancha formada por hileras discontinuas de cromatoblastos orientados en filas superpuestas. La zona que queda inmediatamente debajo es también completamente clara como su homóloga superior. Este efecto de contraste es debido, en una técnica, á la afinidad electiva del nitrato de plata por el pigmento y en la otra, á que solo las células pigmentarias, tanto de la epidermis como del dermis, son las únicas que tienen coloración propia y que pueden ser visibles en un corte sin teñido artificial.

Los cromatoblastos son sobre todo abundantes en las capas medias del dermis, casi entre la epidermis y el tejido celular subcutáneo; sin embargo, en la parte superior del dermis hacia la zona de Malpighi son más abundantes que en la parte inferior. Se orientan paralelamente á los haces de tejido conjuntivo y, por consiguiente son las más á menudo paralelos á la superficie de la piel. Algunos observadores, como Karakaschoff, dicen que hay cromatoblasto, que llegan á penetrar por sus prolongaciones hasta el espesor de la capas epidérmicas. Nunca hemos podido comprobar este hecho, ni tampoco la afirmación de que los cromatoblastos siguen el trayecto de los capilares.

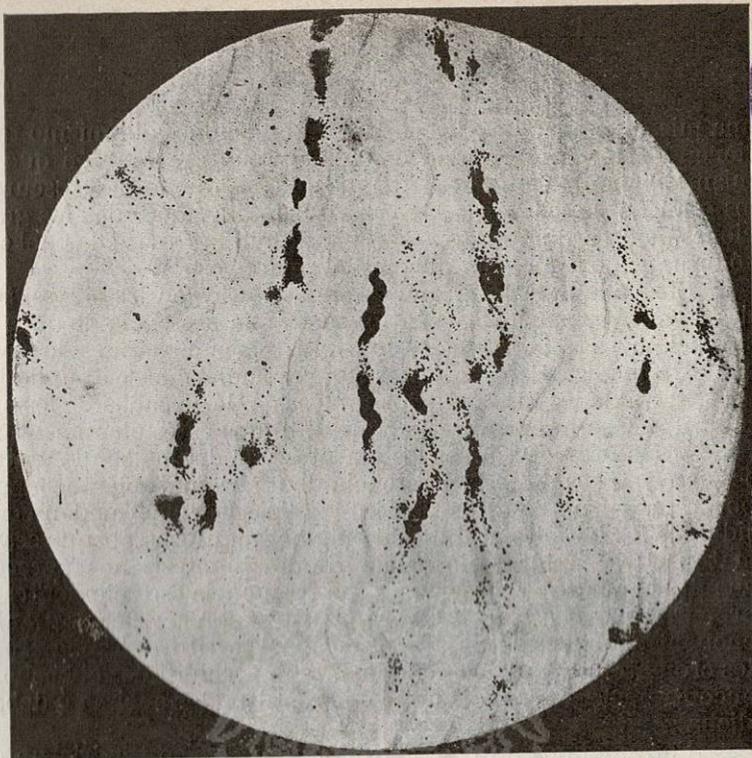
Observados con un fuerte aumento, los cromatoblastos presentan, como decíamos, una forma alargada, de contornos sinuosos y con las extremidades frecuentemente terminadas en punta, no aguda y neta, sino más bien como desflecada; á veces parece que una de las extremidades está hendida hasta la mitad de la célula figurando una Y y otras veces la célula tiene un aspecto asteriforme.

El protoplasma de los cromatoblastos esta cargado de gránulos de pigmento que se observan distintamente con aumentos poderosos en las preparaciones sin coloración. Son estos gránulos más ó menos esferoidales y su color varía del amarillo al pardo casi negro, aún en

Histología del qoyu siki



Corte de piel con la zona de cromatoblastos en el dermis



Cromatoblastos vistos con gran aumento



una misma célula. Hay veces que granulaciones del mismo tamaño tienen diferente intensidad de color y ocurre también que en un mismo elemento celular existen gránulos pequeños mas oscuros que los grandes y viceversa. Alguna vez se nota que todas las granulaciones de un cromatoblasto son pálidas, en tanto que las del cromatóforo vecino se presentan completamente oscuras.

Si se examina los gránulos pigmentarios en los cortes sometidos á la impregnación argéntica se nota la presencia de unos granitos melánicos infinitesimales cuya existencia no había sido revelada con otra técnica. Estos granitos son particularmente abundantes en las extremidades más ó menos ramosas ó desflecadas de los cromatoblastos y se puede apreciar que al unirse estos elementos celulares por sus prolongaciones los granitos van de una célula á otra. En ocasiones se sospecha la existencia de un cromatoblasto solamente por la presencia de estos granitos, quizás porque queden como residuo de los grandes gránulos de pigmento, quizás porque sean cromatoblastos en formación. La primera hipótesis nos parece más aceptable por haber observado con frecuencia esos elementos en las preparaciones de *goyu siki* próximo á desaparecer. Estos granitos se encuentran á veces libres, pero solo en el territorio ó zona propia de los cromatoblastos y prueba que no son precipitados el hecho de no encontrarseles en las fajas histológicas situadas encima ó debajo de dicha zona.

Para algunos autores el pigmento dérmico tendría un origen sanguíneo. Dicen que las células pigmentarias del dermis no solamente siguen el trayecto de los capilares, sino que en algunos sitios parecen formar su pared y que son las células endoteliales de los vasos las que proliferando dan nuevas células, que cargándose de pigmento, serían las células pigmentarias del dermis. Pero la completa falta de similaridad entre este pigmento y el de la sangre, especialmente la ausencia de fierro, y el ser los gránulos pigmentarios ricos en azufre y contener nitrógeno, indicaría que esos granos son transformación de los albuminatos formados en las células como producto de una actividad celular peculiar. «La última razón de ser y el papel verdadero de las células pigmentarias, es una función glandular: es producir, por su actividad propia, una sustancia, el pigmento del mismo modo que las células del pancreas forman el tripsógeno ó que las células grasosas elaboran la grasa»

En cuanto á la forma como desaparecen estas células pigmentarias, pensamos que lo hacen por reabsorción. Hemos señalado la existencia de granitos melánicos infinitesimales, á veces intracelulares y á veces libres, que, á nuestro modo de ver, son la desintegración de los gránulos de pigmento que llenaban el protoplasma de un cromatoblasto en plena vitalidad. Al envejecer la célula esos gránulos se desintegran y transformados en un residuo infinitesimal, desaparecen facilmente por reabsorción.

VII.—DISTRIBUCION GEOGRAFICA

Para tener una idea de la repartición étnico-geográfica de la mancha congénita basta echar una mirada sobre el adjunto mapa en el que aparecen marcados todos los pueblos que presentan esa particularidad.



Carta etno-geográfica del q oyu siki

Observaciones hechas en diferentes islas de la Polinesia, nos enseñan que existe la mancha entre los indígenas del Hawai y Tahiti, así como entre los samoanos y en los maoris de Nueva Zelanda. De una manera general, puede decirse que la presentan todos los niños de raza malaya, según puede apreciarse entre los aborígenes de las islas de Sumatra, Java, Borneo, y las Célebes y también entre los mestizos malayo-negrítico de las islas Filipinas.

Recorriendo el continente asiático de sur á norte, se observa la mancha entre los malayos de la península de Málaca, igualmente que en los de la Indo China, Siameses y Annamitas. Mas hácia el norte la presentan constantemente los chinos, coreanos y mongoles y, frente á ellos, los habitantes del archipiélago japonés, con excepción de los ainos, que parecen ser una rama aberrante de la raza caucásica.

Se ve pues que, hasta ahora, la mancha aparece en todos los pueblos que la antropología considera estrechamente emparentados con la raza mongólica.

En la parte mas setentrional del Asia encontramos un nuevo grupo étnico, los esquimales, en los que también se presenta el estigma.

Pasando ahora el estrecho de Behring, llegamos al continente americano por Alaska y volvemos á encontrar esquimales poblando toda la América ártica, las islas adyacentes y, aún mas allá, las costas de la Groenlandia.

En toda la parte occidental de la América del Norte, donde todavía sea apreciable la influencia de la raza india, se observa corrientemente la mancha y así mismo se la aprecia entre los indios aztecas de Méjico y los mayas de la América Central.

Aunque no tenemos datos respecto de la parte norte de la América del Sur, puede asegurarse que los indios de Colombia y Venezuela nacen con *qoyu siki*. En el Brasil es muy frecuente, según afirman varios observadores, entre ellos el Dr. Olintho de Oliveira, que dice, equivocadamente para nosotros, que es mas comun entre los descendientes de negro que en cualquier otra raza. Sabemos que existe en el Ecuador por las observaciones de Rivet y cogimos que debe presentarse en Bolivia por analogía á lo que ocurre en el Perú. De la Argentina y Chile tenemos los datos positivos del Dr. Lehmann Nitsche.

VIII.—CONCEPTO ETNICO

La observación continuada de generaciones tras generaciones originó en la mente popular la idea de que el *qoyu siki* es engendro de la raza india. Para corroborar este aserto era necesario averiguar si allí donde la raza se conserva todavía en toda su pureza, es decir, entre los aborígenes que habitan la región de las selvas, los niños presentan el estigma étnico en cuestión, y podemos afirmar que así sucede, por lo menos en las tribus de los indios campos, cunibos y chamas.

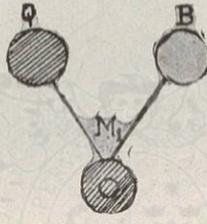
Si es la mancha un carácter racial, que aparece como una constante en los niños de cepa aborigen pura, debemos investigar como se comporta bajo la influencia de la miscegenación.

El cruzamiento de indios y blancos produce mestizos con la mancha (*) y lo mismo ocurre en el cruce de los mestizos entre si.

(*) Star ha estado en un error al decir que los mestizos de españoles y mayas no presentan la mancha

Pero digamos que no todos éstos nacen con esa característica, sino que la presentan en una determinada proporción. Nuestras propias investigaciones enseñan que en el 72'4 por 100 de los niños que examinamos existe el *qoyu siki*, como vamos á verlo, éste se comporta como un carácter hereditario dominante siguiendo la ley de Mendel.

En efecto, si una persona de raza india (que por lo tanto ha tenido el *qoyu siki*) se cruza con otra de raza blanca B— no importa á cual corresponda el sexo masculino ó femenino—los mestizos M1 de la primera generación nacerán todos con la mancha. Es decir, que la presencia de la mancha es aquí el *carácter dominante* y su ausencia el *carácter dominado*.



Ahora, si los mestizos M1 se cruzan entre si, darán origen á una segunda generación, M2, en la que unos individuos tendrán el carácter dominante y otros el dominado, pero en una proporción definida: tres con *qoyu siki* y uno sin él. Lo que demuestra que los elementos M1 no eran indios puros sino que llevaban la tinte el carácter B.

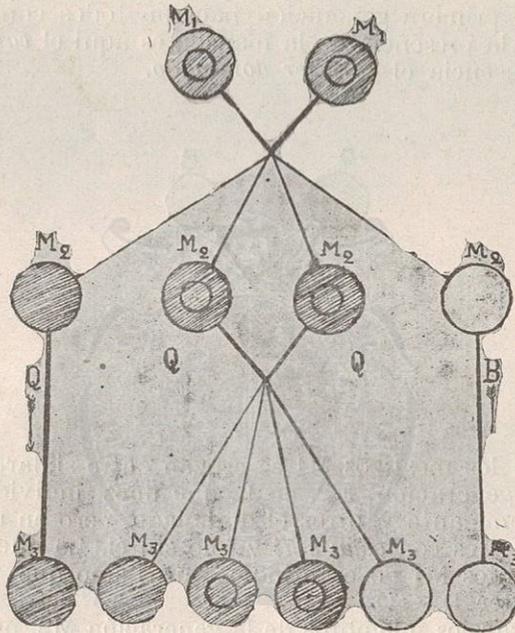
Si se cruzan los miembros de la generación M2, pero separadamente las dos clases, es decir, los del carácter B entre si y los del carácter Q también solo entre ellos, tendremos que los B producirán individuos B puros (sin *qoyu siki*) por un número indefinido de generaciones; pero del cruce habido por separado entre los individuos Q, resultarán dos clases: una parte, análogamente á lo anterior, producirá individuos Q puros por un número indefinido de generaciones, en tanto que las dos partes restantes de ellos darán al cruzarse individuos que, en la misma proporción de tres por uno, presentarán los caracteres Q y B.

Con el cruce de los miembros de la generación M3 ocurrirá el mismo proceso y así sucesivamente.

Esta proporción de tres por uno que acabamos de anotar para la herencia de los caracteres mendelianos dominantes es practicamente igual á la proporción de 72'4 por 100 que hemos encontrado al hacer el cálculo sobre nuestros observados. Si no llega exactamente á 75, es porque, entre otras causas, algo debe haber influido la miscegenación con la raza negra, particularmente te en el mestizaje de la costa.

Los negros puros no presentan el *qoyu siki*, pues lo hemos investigado entre los recién nacidos de esta raza cuando la pigmentación general de la piel era aún poco intensa, sin haberlo podido observar.

En la raza amarilla se presenta la mancha exactamente como en la india y, como era lógico esperar que sucediese, los mestizos nacidos de su cruzamiento la tienen también, según hemos comprobado.



En la raza blanca no se observa la mancha étnica y si en casos excepcionalmente raros ha aparecido en niños europeos puros, está averiguado por el testimonio de los abuelos que los padres de esas criaturas no presentaron el estigma; y no se podría entonces explicar el hecho por un mestizaje mas ó menos alejado, ya que, como hemos visto, la mancha se trasmite hereditariamente conforme á la ley de Mendel, de manera continua y sin saltar generaciones. Es mas acertado pensar con Apert, que cuando esta particularidad dermatológica aparece en un niño de raza blanca pura, es unicamente á título de anomalía ó mutación, pues es casualmente un carácter de las anomalías congénitas, el de reproducir una disposición que es normal en un género, especie ó variedad vecina. No debe pues extrañar que el *qoyu siki*, normal en las razas americana y asiática, aparezca de cuando en cuando como rara anomalía en un niño europeo de pura raza.

IX.—CONCLUSIONES

El término **qoyu siki** es el que debería usarse en el Perú para designar las manchas congénitas de nuestros aborígenes.

Según nuestra estadística, es más frecuente en los varones que en las niñas.

Es más aparente mientras más tierno es el niño.

Desaparece á los cuatro años cuando más tarde.

Se localiza de preferencia en la región sacro-coxígea, porque ésta atraviesa todavía un período involutivo. Y cuando está mas repartido prefiere la cara dorsal, porque es la ordinariamente mas pigmentada en todos los mamíferos.

Su causa histológica reside en grandes células cargadas de pigmento melánico ó cromatóblastos que radican en el dermis.

Es un carácter hereditario y se trasmite conforme á la ley de MENDEL.

Etnicamente considerado, es patrimonio exclusivo de las razas india y mongólica.

LA PARAGONIMIASIS EN EL PERU

por el Dr. JULIAN ARCE

Las relaciones comerciales, que acercan a los pueblos y contribuyen a su riqueza y bienestar, tienen, desgraciadamente, al lado de sus grandes e innegables ventajas, serios inconvenientes y aún peligros de orden sanitario, sobre todo si con ellas se establecen corrientes inmigratorias de mayor o menor entidad. Al peligro de la importación de enfermedades transmisibles exóticas, por medio del buque y su carga, se agrega, entonces, la posibilidad del transporte de esas enfermedades por medio del hombre mismo, tanto mas peligroso desde este punto de vista, cuanto que los inmigrantes pertenecen, por lo general, a las capas sociales inferiores, poco cuidadosas de la higiene y expuestas por tal causa y por la escasez de recursos, a vivir en las zonas mas insalubres de las localidades donde tienen su morada.

La inmigración asiática ha sido siempre para el Perú serio peligro sanitario, que, si no se ha manifestado ostensiblemente en épocas pasadas,—quizá por el cuidado con que se escogía a los esclavos chinos en el lugar de partida y el aislamiento en que se les mantenía desde su llegada al Perú—no por eso ha dejado de existir, adquiriendo proporciones mas graves en los últimos quince años, en que a los inmigrantes chinos ya libres, se han agregado numero-

esos contingentes de inmigrantes japoneses. La falta de precauciones adecuadas, para conocer con exactitud el estado de salud de esos individuos en los puertos de embarque, de un lado, y el largo periodo de incubación de muchas enfermedades trasmisibles propias del Japón, de otro, han dado lugar a que se vea, ahora, con relativa frecuencia, en nuestros hospitales, casos de beri-beri, de lepra, de parásitos del hígado, intestinales, etc., en trabajadores de esa nacionalidad. Ha contribuído también, a este lamentable resultado, el escaso conocimiento que hasta hace poco se tenía, de algunas enfermedades propias del Asia y que, hoy mismo, ofrecen muchos puntos oscuros, especialmente en lo que se refiere a su modo de transmisión. Tal ocurre con la paragonimiasis, endémica en diversas zonas del Japón y de la China, importada al Perú, probablemente, con los inmigrantes japoneses llegados en los últimos quince años.

«La paragonimiasis, dicen CASTELLANI y CHARLMERS, (1) es una infección local o general, crónica o subaguda, debida al *paragonimus westermani* (KERBERT), que produce lesiones quísticas, llenas de un líquido espeso, opaco y rojizo, donde se encuentra el parásito o sus huevos». Este parásito, del que decía el profesor MANSON (2) en agosto de 1905, ante el Cooper Medical College de San Francisco U. S. A. «que tenía o podía tener interés para los americanos», existe, principalmente en la China, Corea, Japon Formosa, las islas Filipinas, Sumatra y Cochinchina. En los distritos donde la paragonimiasis es endémica, gran parte de la población está afectada y «no es improbable, agrega MANSON, (3) que cuando se extienda el conocimiento de la enfermedad, se la encontrará en otros países. Recientemente, se ha encontrado el parásito en los Estados Unidos, en el gato, el perro y el cerdo; no pasará, pues, mucho tiempo, sin que tengamos noticia de la existencia de la hemoptisis endémica en América. Los chinos y japoneses se encuentran hoy en casi todo el globo y es seguro que llevan consigo sus parásitos peculiares: *opistorchis sinensis*, *fasciolopsis buskii* y *paragonimus westermani*.»

El parásito adulto es de color bruno rojizo, que se hace más oscuro en los primeros momentos de su extracción, tornándose después grisáceo, cuando está expuesto al aire. Es de forma oval, con la superficie ventral algo aplanada y su aspecto ofrece ligeras alteraciones, debidas a la protusión y retracción de la cabeza, así como a la variación aparente del emplazamiento de su chupador ventral, que puede parecer terminal. Los huevos son de forma oval, de color bruno rojizo, que varía al amarillo claro, miden 0,08 a 0,1 m.m. de largo, y 0,052 a 0,075 m.m. de ancho; poseen opérculo.

No se conoce aún, desgraciadamente, la evolución completa del *paragonimus westermani*. Todo lo que se sabe es como principia aquella y como termina, pero se ignora los estados intermediarios, que, para el caso, son los más importantes de conocer. Partiendo del hecho

(1) Castellani & Chalmers.—Manual of tropical medicine.—London, 1913. pág. 1114.

(2) Lectures on tropical diseases—London—pag. 48.

(3) Tropical diseases—London, 1907—Pág. 693.

comprobado que la primera etapa evolutiva del *paragonimus* tiene lugar en el agua, estudia MANSON, con la sagacidad que le es propia, cual puede ser el destino natural de los esputos cargados de huevecillos del parásito, que los enfermos arrojan en el suelo. «Pueden desecarse, dice, y en tal caso los huevecillos morirán; o pueden ser ingeridos por algún animal; o pueden, finalmente, ser arrastrados por la lluvia o de cualquier otro modo, a pozos o charcos de agua. Experimentando, agrega, conforme a esta última hipótesis, comprobé que mezclando el esputo con agua y cambiando ésta de vez en cuando, se desarrollaba, al cabo de algunas semanas—más o menos, según la temperatura ambiente—en cada huevecillo, un embrión ciliado, que emergía en seguida, empujando el opérculo, y una vez en el agua, se le veía nadar con gran energía por muchas horas». MANSON no ha podido seguir mas allá de este estado la evolución del embrión, pero, razonando por analogía con lo que ocurre con otros parásitos, sugiere la idea de que el embrión ciliado consigue penetrar en algún animal acuático, quizá un pequeño molusco, en el cual completa la evolución bien conocida y característica de los distomas. En estas condiciones volvería nuevamente al agua, o se enquistaría quizá en alguna planta, por cuyo intermedio regresaría al organismo humano.

Los autores que han estudiado la paragonimiasis, señalan varios tipos de la enfermedad, de los que solo describiré el tipo torácico, que es el único que he tenido ocasión de ver. Los enfermos sufren de tos crónica, que es más intensa en las primeras horas de la mañana; los accesos de tos terminan por la expulsión de esputos herrumbrosos, de aspecto neumónico; con frecuencia hay hemoptisis, ya ligeras y limitadas solo a los accesos matinales de tos, ya profusas hasta el punto de amenazar la vida. Los esfuerzos violentos provocan generalmente la hemoptisis y algunos enfermos refieren a esta causa el principio de su enfermedad. No hay, por lo común, trastornos generales apreciables y aparte de la tos molesta de las mañanas, de la expectoración sanguinolenta y algunas veces, de dolores en el dorso o el pecho, los enfermos gozan de buen apetito, digieren bien y aun aumentan de peso, siempre que la hemoptosis no alcance ciertas proporciones. Este contraste notable de buena salud evidente y de ausencia absoluta de signos físicos bronco-pulmonares, con la expectoración hemoptoica persistente y rebelde, que presentan los enfermos de este tipo de la enfermedad, es, a mi juicio, de gran importancia diagnóstica.

El exámen microscópico de los esputos demuestra, fácilmente, la presencia de los huevecillos característicos, pudiendo verse, en raras ocasiones, un ejemplar del parásito adulto, así como cristales de CHARCOT LEIDEN y de creatinina. Las complicaciones más frecuentes, son la tuberculosis y la disentería entamélica. La paragonimiasis es incurable, sin embargo se citan casos en los cuales, al cabo de muchos años, han cesado la tos y la expectoración característica (1).

El doctor ALBERTO L. BARTON (2) fué el primero que demostró, en 1910, la existencia de la paragonimiasis pulmonar, en un individuo

(1) P. Manson y A. E. Shipley.—System of Medicine. C. Allbutt—vol. II, I. I. 1912—pág. 861.

(2) «La Crónica Médica». Lima.

natural de Trujillo, que nunca había salido del Perú, pero que había trabajado, por varios meses, en la hacienda Huaito (provincia de Chancay), como mayordomo, teniendo a su cargo 45 trabajadores japoneses, a quienes distribuía diariamente el trabajo y vigilaba en las faenas del campo.

Tres años antes, en diciembre de 1906, el mismo doctor BARTON había encontrado huevos del paragonimus, en el esputo hemoptoico de un chino, natural de Foochow, fogonero del vapor «Oceanía», de tránsito en el Callao.

En agosto de 1910, ingresó en mi servicio del hospital «Dos de Mayo», un indígena, natural de Parinacochas, que sufría de resfriados y dolor a la espalda. Este sujeto, que contaba entre sus antecedentes personales varias disenterías y neumonías y un ataque cerebral con afasia y hemiplegia derecha, había estado trabajando en años anteriores en la hacienda *Collique* del valle de Carabayllo de la provincia de Lima, donde también trabajaban inmigrantes japoneses y chinos, recientemente llegados. A los pocos días de su permanencia en el servicio, le sobrevino una hemoptisis de cierta consideración, provocada por un acceso violento de tos; la persistencia de la hemoptisis, aunque reducida en cantidad, a pesar de los tratamientos más enérgicos, la ausencia del bacilo de Koch en el esputo y el buen estado general del enfermo, que se sentía dispuesto a trabajar, me hicieron pensar en la posibilidad de que se tratase de un caso de paragonimiasis pulmonar, teniendo en cuenta los casos publicados por el doctor BARTON, a que he hecho referencia. El examen microscópico del esputo, demostró la presencia de numerosos huevecillos (hasta 16 en un campo) de paragonimus.

En diciembre de 1912, ingresó en mi servicio otro enfermo de paragonimiasis pulmonar, procedente de la hacienda *Caudivilla*, valle de Carabayllo (provincia de Lima) y en abril del presente año observé el tercero y último caso de la enfermedad, en un jornalero procedente de la hacienda *Monte rico grande*, valle de Ate (provincia de Lima).

Los cuatro casos de paragonimiasis pulmonar, comprobados en Lima, precedentes de diversas haciendas ubicadas en las provincias de Lima (*Caudivilla*, *Monte rico* y *Collique*) y Chancay (*Huaito*), donde también trabajan peones japoneses, demuestran, con la evidencia incontestable de los hechos, que esa implacable enfermedad, oriunda del Asia, ha adquirido por desgracia, carta de ciudadanía en el Perú. Las condiciones sanitarias tan desfavorables en que se encuentran por lo general las haciendas, el desaseo e ignorancia propios de nuestros indígenas y las condiciones favorables del medio para la transmisión de la enfermedad, explican la facilidad y prontitud con que la paragonimiasis se ha implantado entre nosotros y hacen temer, fundadamente, que será muy difícil conseguir su extinción.

Aunque se podría arguir, que la distomiasis pulmonar ha sido importada al Perú con los antiguos inmigrantes chinos, y no con los japoneses, yo creo que su importación data tan solo de los últimos años. En primer lugar, hay la circunstancia de que la hemoptisis endémica no habría podido pasar desapercibida a los médi-

cos de los valles y establecimientos agrícolas, en cuyos trabajos y explotación tenían parte tan principal los peones chinos contratados. Yo he residido por más de diez años en diversas haciendas de la costa donde aún existían trabajadores chinos y no recuerdo haber visto otras hemoptisis que las tuberculosas y traumáticas, perfectamente evidenciadas. En segundo lugar, hay la circunstancia, muy digna de tenerse en cuenta, de que la mayoría de los inmigrantes japoneses llegados al Perú desde antes de 1900, proceden de provincias del Japon donde reina endémicamente la paragonimiasis, y muy especialmente de Kumamoto, lugar muy pobre de recursos y por cuya razón emigran sus habitantes más fácilmente que los de otras provincias. Desgraciadamente, en Kumamoto reina no solo la paragonimiasis sino también la lepra, lo que explica el número relativamente considerable de japoneses leprosos que acuden a nuestros hospitales. Estas dos razones prueban, hasta donde es posible probar en ambos casos, que la paragonimiasis ha sido importada al Perú con los inmigrantes japoneses, más bien que con los chinos: Y la importación ha sido facil, a pesar del cuidado con que los médicos de la estación sanitaria del Callao examinan a los inmigrantes asiáticos, porque, por una parte, la enfermedad puede haber venido en incubación, en cuyo caso no hay medio de descubrirla y por otra, el exámen médico de los inmigrantes, por más completo que sea, no puede revelar la existencia de la enfermedad sino cuando se sorprende la expectoración hemoptóica, único dato, en muchos casos, que permite sospechar la paragonimiasis pulmonar y que el inmigrante que la sufre tratará siempre de ocultar al médico sanitario. De aquí la necesidad inaplazable de completar la estación sanitaria del Callao, con un departamento en el que se pueda practicar la observación médica de los inmigrantes por un tiempo no menor de quince días, lo que permitirá vigilarlos individualmente, para descubrir sus enfermedades y practicar los exámenes microscópicos y de laboratorio, de su sangre, secreciones, excreciones, etc. Solo de esta manera se podrá evitar nuevas importaciones del paragonimus y de tantos otros gérmenes o parásitos, propios de los países asiáticos.

Para hacer más eficaz la observación médico-sanitaria de los inmigrantes, es igualmente necesario establecer en los puertos de embarque, el exámen y observación médicos, por varios días, a cargo de un médico peruano, adjunto al consulado. Este procedimiento, puesto en practica por muchas naciones con resultados siempre favorables, es hoy mas necesario que nunca para el Perú, que, con la apertura del canal de Panamá va á tener que hacer frente a ese y a otras grandes problemas sanitarios de vital importancia para el desarrollo de sus relaciones comerciales y para la conservación de la salud pública.

Precisa, igualmente, que los médicos que tienen a su cargo el servicio de sanidad marítima y en especial los jefes de las estaciones sanitarias, conozcan, con detalle, la patología propia de los países de origen de los inmigrantes y muy particularmente, en el caso actual, la del Japon y la China.

Cuanto a las medidas profilácticas que deben tomarse en el Perú para evitar la propagación de la paragonimiasis y conseguir su extinción, ellas deben inspirarse en los preceptos generales de la profilaxia urbana y rural y en los pocos datos que se tienen acerca de la historia natural del *paragonimus westermani*. No insistiré, pues, sobre este punto y me limitaré para terminar, a recomendar la preparación de instrucciones especiales a los médicos y de cartillas populares destinadas a instruir y proteger contra los peligros de la paragonimiasis, a los habitantes de los lugares infectados o sospechosos de estarlo, así como a los de aquellos que por su vecindad o relaciones comerciales estén en peligro de ser contaminados.

EN CONCLUSION

- 1.º *La paragonimiasis existe en el Perú; y*
- 2.º *La importación del paragonimus ha tenido lugar, probablemente, en los últimos años, por medio de los inmigrantes japoneses.*

MOVIMIENTO MEDICO

Administración intradural de suero mercurializado en el tratamiento de la sífilis cerebro espinal.—Los datos suministrados por la reacción de Wassermann y la constatación hecha por Noguchi del *spirochaete pallida* en el cerebro de los enfermos afectos de parasífilis (tabes y parálisis general progresiva) ha cambiado el concepto que englobaba el término de sífilis cerebro espinal. El doctor Charles Metcalfe Byrnes (*The Journal of the American Medical Association*.—Chicago december 19 de 1914) antes de estudiar la terapéutica de las afecciones sífilíticas del sistema nervioso central, las agrupa en las subdivisiones siguientes.

1º. Meningitis sífilítica, secundaria y terciaria; 2º. Sífilis cerebro espinal, comprendiendo todas las afecciones sífilíticas en las que el tejido nervioso es directamente afectado, tales como meningomielititis, infiltración gomosa, tabes dorsalis y parálisis general; y 3º. Arteritis sífilítica cerebroespinal.

Como se ve las afecciones parasífilíticas están consideradas, hoy, como sífilíticas, conservando el término un significado solamente clínico. Aceptada, su naturaleza específica, era justo esperar que las sales de Ehrlich dieran brillantes resultados terapéuticos, pero, desgraciadamente, estos fueron inconstantes mientras se usó la vía endovenosa, sea porque los trastornos que había sufrido el sistema nervioso fueran irreparables ó porque el medicamento no alcanzara á llegar al sitio de la infección.

Teniendo en cuenta la segunda posibilidad Swift y Ellis emplearon en 1912 la vía espinal.

Este método que consistía en inyectar en el canal raquídeo 12 c.c. de suero sanguíneo de un paciente que hubiera recibido por vía endovenosa 0,60 grms. de salvarsan, conseguía disminuir el número de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo, pero graves objeciones se le hicieron. Así, sabiendo que 15 á 40 minutos después de haber recibido salvarsan por vía intravenosa, la sangre del enfermo no revela al análisis químico sino 0,00004 á 0,0001 de arsénico y tres cuartos de hora después, no ha podido demostrarse arsénico libre en el suero, se dijo que la cantidad de arsénico introducida al canal raquídeo, si no era insuficiente, era por lo menos incierta.

Se intentó después aumentar la cantidad de específico introducido en el espacio subdural, pero varios clínicos que así lo hicieron (Wechselmann, Marinesco, Ravaut, Marie y Levaditi, Wile, etc.) no alcanzaron resultados favorables con el método.

Dado los peligros de la introducción de preparados arsenicales en el saco dural, Ch. Metcalfe Byrnes, ensayó las sales mercuriales, sobre todo el cloruro de mercurio.

Ya Ravaut había preconizado el empleo del mercurio por vía dural, en el tratamiento de la sífilis cerebro espinal, aunque su técnica no estaba definitivamente establecida, pues, en sus estudios solo se refiere á dos casos. La reacción en estos enfermos fué pronunciada (dolor de cabeza, calambres, enérgicas contracciones musculares, pero que solo duraron un día) demostrando, que las sales mercuriales eran tan tóxicas como las preparaciones arsenicales. Sin embargo hay que hacer constar que el examen del líquido cefalorraquídeo, cuatro meses después de este tratamiento, reveló reducción notable de los linfocitos y reacción de Wassermann negativa.

El autor después de constatar la presencia de mercurio en el suero de todo paciente tratado con inyecciones intramusculares de este metal, pero en cantidad tan mínima como la que se constata de arsénico en individuos que siguen este tratamiento, creyó inútil suponer que el suero gozara de propiedades terapéuticas, introduciéndolo en la vía espinal, en los casos de sífilis del sistema nervioso, como Swift Ellis, habían creído respecto al suero salvarsanizado.

Sabiendo también, que una sal inorgánica de mercurio, cuando se pone en contacto de sustancias proteicas forma un albuminato insoluble de mercurio, atribuyó a esta reacción algunos de los síntomas desagradables que siguen á la introducción directa de sales inorgánicas de mercurio en el espacio subdural. Para salvar este inconveniente, mezcló *in vitro* la sal mercurial al suero humano, y el precipitado formado observó que se redisolvió en un exceso de suero, obteniéndose así una solución perfectamente clara.

Por tanteos determinó que 6 c.c. de suero bastaban para tener en solución 0,022 grm. de cloruro de mercurio, convertido en albuminato y que la dosis que podía emplearse, con seguridad, era 0,0013 á 0,0026 grm. de cloruro de mercurio, en el suero así preparado.

La técnica para la preparación y administración del suero, es similar á la empleada en el método de Swift Ellis, excepto que ninguna droga se administra antes de extraer la sangre.

1º.—Suficiente sangre se retira de manera que ceda 12 a 30 c.c. de suero según que vaya a usarse solución concentrada ó débil. Después que la sangre se coagula, el suero se guarda en pipetas si es necesario.

2º.—Centrifugación de 20 minutos.

3º.—Si se va á usar 12 c. c. de suero, á la muestra centrifugada se le agrega 1 c.c. de una solución de cloruro de mercurio en agua destilada reciente, de manera que cada centímetro cúbico contenga 0,0013 gm. de cloruro de mercurio.

4º.—Al suero de tal suerte preparado puede agregarse una cantidad suficiente de solución salina para que alcance un volumen total de 30 c. c. Si se va a usar suero concentrado se omitirá esto.

5º.—Esto se calienta á 56 ° c. por media hora y

6º.—Administrarlo, por gravedad, á la temperatura del cuerpo.

La administración del suero se hace de la siguiente manera:

Estando el paciente en la cama, se practica la punción lumbar, dejando correr el líquido cefalorraquídeo hasta que la presión disminuya á 30 m. m. Entonces se administra el suero, elevandolo cerca de 8 pulgadas, durante una media hora, sobre el borde de la cama.

Hasta el presente 32 pacientes con sífilis del sistema nervioso, han sido tratados por este método.

De los 32 casos, 13 son de tabes dorsalis, 2 de taboparálisis, 3 de meningomielitis cerebrospinal y 14 de parálisis general. En general los casos de tabes y meningomielitis han mostrado marcada mejoría; algunos de parálisis general han conseguido beneficio manifiesto.

La reacción que sigue á la administración del suero mercurializado, es generalmente benigna y suave. Se siente algún dolor en las piernas por 6 ó 12 horas, náusea ligera, rara vez vómito y una moderada elevación térmica. Todos estos síntomas, por lo general, calman á las 36 horas. No se ha observado disturbios esfinterianos, como acontece después del uso del suero salvarsanizado, no hay ninguna evidencia de disturbio renal (nefritis) ú otros síntomas desagradables.

La mejoría en los síntomas clínicos, ha sido similar á lo observado con el método de Swift-Ellis. En los casos de ataxia locomotriz, el alivio de los dolores ha sido marcado, la marcha ha mejorado y los síntomas gástricos se han aliviado claramente; en otros, ha sido pequeño el cambio en el estado clínico. Un tabético y un paciente con taboparálisis, mostraron tan marcada mejoría que merecen breve mención «Cuando por primera vez vi al tabético, se quejaba de ligeros disturbios sexuales, trastornos vesicales, y trastornos de la motilidad; que le impedían caminar sin ayuda. Después de cuatro aplicaciones, todos los síntomas mejoraron marcadamente, y, según he sabido, ahora conduce un provechoso negocio y es padre de un niño vigoroso. En el caso de taboparálisis, con trastornos mentales marcados, el paciente quizo primero probar una cura mercurial completa de inyecciones intramusculares. Alcanzado el límite de tolerancia, no hubo cambio clínico alguno, y entonces se deci-

dió á seguir la terapia intraespinal con suero mercurializado. Desde la primera aplicación la mejoría fué evidente, en el estado mental y este progreso ha continuado. En suma, cinco inyecciones intraespinales, se practicaron y el estado mental del paciente es prácticamente normal, las ideas de grandeza han desaparecido, la marcha ha mejorado y ha ganado 19 libras de peso. Seis meses más tarde vimos al paciente y lo encontramos en tan buen estado mental, que resolvimos no mandarlo á una casa de insanos, 'donde su familia deseaba enviarlo, por la atención que requerían sus síntomas tabéticos».

El líquido cefalorraquídeo ha mostrado en cada caso, marcada disminución de los elementos celulares; en muchos casos la disminución ha ocurrido más rápidamente que la que se ha observado después del uso del suero salvarsanizado. Las globulinas en general han disminuído, pero la reacción de Wassermann, es la que ha tardado más en modificarse. En los 32 casos, se obtuvo reacción negativa solamente en 12. Este bajo porcentaje puede explicarse por el hecho que el número de aplicaciones estuvo determinado por la cuenta celular y los síntomas clínicos y desde que estos mejoraban evidentemente las curas—generalmente cinco— no se proseguían.

Como se vé este método de tratamiento de la sífilis cerebroespinal, presta algunas esperanzas y bien merece la atención de los prácticos, dada la falta de medicación segura para la sífilis de los centros nerviosos.

Como lo espera el autor, hay que acariciar la esperanza, de que conocida la mayor estabilidad del suero mercurializado, se descubra el método, que permita conseguir gran cantidad de suero humano, para venderlo en ampollas, simplificando de esta manera el tratamiento.

CARLOS A. BAMBAREN.

SOCIEDAD MEDICO QUIRURGICA DEL HOSPITAL "DOS DE MAYO,"

SESION DEL DOMINGO 1º. DE AGOSTO DE 1915.

Bajo la Presidencia del Dr. Molina se abre la sesión á las 10 y 30 a. m.

Se da lectura al acta de la anterior, la que es aprobada con una ligera rectificación del Dr. Arce referente al año en que se emprendieron en Panamá los estudios sobre *Kala Azar*, que fué en 1904 y no en 1914, como se había consignado en dicha acta.

El Dr. Herculles pide la palabra con el objeto de hacer una explicación respecto de la clasificación hematológica que emplea el

Laboratorio que está á su cargo, contestando así á la observación que hizo el Dr. Arce en la anterior sesión.

Esto dió lugar á un interesado debate entre los Dres. Arce y Herculles sobre Hematología, al que puso término el Dr. Molina, proponiendo á la consideración de la sociedad el nombramiento de una comisión que presentase un proyecto sobre reorganización de los servicios de Laboratorio teniendo en cuenta las ideas expuestas en el curso de este debate.

Aceptada unánimemente esta proposición el Sr. Inspector propuso y la Sociedad aceptó para formar parte de esta comisión á los Drs. Herculles, Velásquez y Arce, aumentándose después con el Dr. Luis de la Puente como cirujano á petición del Dr. Corvetto.

Por último, el Dr. Molina felicitó á los Drs. Herculles y Arce por la interesante discusión que habían sostenido.

UN CASO DE LEISHMANIASIS CUTENEO MUCOSA TRATADO POR EL TARTARO EMETICO.—El Dr. Voto-Bernales presenta á la consideración de la Sociedad un caso de Leishmaniasis de la cara y mano izquierda con lesiones localizadas en la nariz, tanto en su cara externa como en la fosa nasal del lado derecho, curado rápidamente mediante las inyecciones intravenosas de tártaro emético en solución al 40 %. procedimiento preconizado por 1a. vez en el Brazil y cuyos buenos efectos los había señalado en anterior sesión el Dr. Arce.

Después de lo que se levantó la sesión.

SOCIEDAD MEDICA "UNION FERNANDINA"

SESION CELEBRADA EL 5 DE SETIEMBRE DE 1915.

PRESIDIDA POR EL DR. RICARDO PALMA.

Abierta la sesión a las 9 y 30 de la noche con asistencia del socio honorario Dr. Eduardo Bello y de los socios activos, Dr. Baltazar Caravedo, Ricardo Ugaz, Fortunato Quezada, Felipe Chueca, Carlos A. Bambaren, Manuel F. Elias, Mateo G. Morán, Honorio F. Delgado, Luis D. Espejo, Jorge de Piérola, Jorge Morrisón, Esteban Campodónico, Constantino J. Carvallo, Carlos Monge, Anibal Corvetto, Eduardo Ojeda José Linares, Romulo Melgar, Leon M. Vega, etc., el presidente manifestó que con la presente sesión científica se iniciaban una serie de conversaciones, y en esta virtud concedió la palabra al Dr. Luis de la Puente.

El Dr. Luis de la Puente disertó sobre «*Tratamiento Quirúrgico de la úlcera gástrica*», haciendo un juicio sobre las diversas técnicas propuestas, declarandose partidario de la gastro enteroanastomosis de suspensión vertical de Monyhan y Ricard, pues, en los varios casos que ha operado, siguiendo esta técnica los resultados han sido satisfactorios.

Al concluir, le fué tributado un merecido aplauso.

El Dr. Constantino J. Carvallo preguntó al Dr. La Puente, si la técnica por él preconizada era realizable en los casos de piloro permeable, y si en estos casos no era escludido éste.

El Dr. La Puente manifestó que esta cuestión había sido muy debatida por Hartmann en el Congreso Americano de Cirujía celebrado en 1914 pero que las opiniones no se habían uniformado.

El Dr. C. Monge, felicitó al Dr. La Puente por su disertación y manifestó que no tenía observación que hacer.

Se levantó la sesión á la que concurren muchos médicos y estudiantes, á las 10 y 30 de la noche.

EL SECRETARIO

SOCIEDAD CLINICA DEL HOSPITAL DE 'SANTA ANA'

SESION DEL 29 DE AGOSTO DE 1915.

UN CASO DE MAL DE BRIGHT HIDROPIGENO.—El Dr. Carlos Monge á propósito de este enfermo que presenta, expone el concepto actual que se tiene del mal de Bright, al que se aplica para su estudio el criterio fisiopatológico.

Distingue el autor cuatro síndromas: *síndrome urinario*, caracterizado por albuminuria, celulas y cilindros en el sedimento; *síndrome de retención clorurada* con impermeabilidad renal á los cloruros y edema como manifestación clínica; *síndrome de retención ureica* con azohemia consecutiva y *síndrome hipertensivo* con lesiones de arterioesclerosis renal; estos á su vez se hacen mixtos.

En la enferma presentada, había 3 gramos de albúmina, elementos renales en el sedimento y edema generalizado. Sometida al régimen declorurado, su peso de 130 libras que era, bajó á 110 libras desapareció el edema y la albúmina poco después.

Gracias al régimen alimenticio se ha podido en este enferma, provocar á voluntad el edema, pues bastaba que ingiriese 4 grám de Na Cl para que la balanza marcara aumento en el peso. Por esta razón el régimen lacteo no se empleó, y en cambio dió magníficos resultados el tratamiento por la alimentación sólida desprovista de sal.

Intervienen en la discusión que originó la presentación de este caso típico de nefritis hidropigena, los Drs. Castañeda y Carvallo, levantándose después la sesión.

SESION DEL 5 DE SETIEMBRE DE 1915.

PRESIDIDA POR EL DR. MANUEL CASTAÑEDA

UN CASO DE EMBARAZO COMPLICADO DE FIBROMA.—El Dr. Pedro Villanueva dió lectura á su trabajo sobre este caso clínico, presentando la enferma y terminó su exposición con las siguientes conclusiones:

1º.— Es necesario preocuparse con toda atención del diagnóstico del embarazo complicado con fibroma, antes de que el desarrollo de este, cree para la mujer una situación de urgencia.

2º.—La muerte del feto cuando no obedece á discracias ó accidentes fácilmente explicables, debe hacernos, investigar sinó interviene en ello la fibromatosis uterina.

3º.—El estado general después de constatada la muerte del feto, debe indicar al tocólogo si debe dejar la espectación y decidirse á intervenir.

4º.—Siempre se debe esperar de la extirpación del útero grávido y en feto muerto, por malas que sean las condiciones de la enferma, una situación mucho más satisfactoria que la de esperar la salución por la vía vaginal.

La discusión que originó este caso dió por resultado insistir en la necesidad de la intervención precoz.

RUPTURA INTRACAPSULAR DEL BAZO POR TRAUMATISMO.—El Dr. Augusto Dammert comunicó un caso que ha tenido oportunidad de operar quince días después del accidente, habiendo salvado el paciente.

REVISTA DE TESIS

Exploración de la función ureica renal en cirugía. Tesis para el doctorado de Medicina por D. Manuel Castañeda — 1915.

En este trabajo se estudia de la manera más completa cuanto hay de nuevo y sancionado por la clínica, sobre el valor de los métodos modernos para explorar el funcionamiento renal ureico.

Estudio bien documentado y que se basa en observaciones y comprobaciones personales del autor, merece ser consultado por quienes desean encontrar sintetizado en forma directamente utilizable, el estado actual de la ciencia en estas investigaciones.

Después de una introducción en que el Dr. Castañeda hace la historia de las diversas tentativas tendentes a precisar los términos del problema y encaminada poco á poco á su resolución, se ocupa de la excreción de la urea al estado fisiológico y patológico, analiza detenidamente los métodos hoy usados en la exploración funcional ureica del riñón, y termina deduciendo las conclusiones siguientes:

1º. Que todos los métodos de exploración del funcionamiento renal uréico han conducido á nociones de patología renal de suma importancia; haciendonos sospechar, algunos de ellos, probándonos hasta la evidencia, otros, la impermeabilidad renal en las nefritis; y lo que es más aún, la electividad de la impermeabilidad. Que fundándose estos procedimientos en principios diferentes, no podemos exigirles á todos los mismos resultados; pues proceder de otra manera sería revelar poco criterio, desconocer las bases de cada método, pedirles, ó más de lo que nos ofrecen, ó cosa enteramente diversa.

2º. Que debemos persuadirnos que ninguno de esos métodos es capaz de darnos indicaciones de una precisión matemática, ni de la que debemos hacer una aplicación ciega. En esto, como en todo en Medicina, es el criterio clínico el que debe prevalecer; él interpretará los datos suministrados por los métodos de exploración, teniendo en cuenta las condiciones en que fueron realizadas las experiencias.

3º. Que el exámen global de las orinas, no tiene más importancia que la de revelarnos la presencia de elementos anormales. Que los métodos crioscópicos, por la insuficiencia y falta de precisión de sus resultados y las falsas interpretaciones á que se prestan, deben abandonarse, como lo pedía Rowsing en el Congreso Urológico de Berlín en 1914.

4º. Que el método de Widal, por sí sólo, nos hará rechazar la intervención quirúrgica en muchos casos; nos dará la seguridad de la muerte por azohemia; que es el único que hace el pronóstico de la nefritis. Pero que no se le debe pedir, no siendo tal su pretensión, que nos de el verdadero valor funcional del parenquina renal; sabiendo, como sabemos, que ese valor puede estar reducido en un 86 %, con azoe vías normales.

5º. Que los métodos de eliminación provocada, azul de metileno y, sobre todo, fenolsulfoptalina, tiene un significado que se acerca mucho al de la constante de Ambaré; siendo sus indicaciones superponibles á las de esta, debiendo por consiguiente conservarse su empleo.

6º. Que el método de Ambaré, es el único capaz de darnos una idea precisa del funcionamiento úreico del riñón; prestándonos su valioso concurso, en casos, en las cuales los demás metodos ó no nos servían ó nos darían datos muy sujetos á errores. Pero que siendo una verdadera balanza de precisión, para que su empleo no sea contraproducente, se requiere sujetarse á una técnica estricta y conocer con exactitud los casos en los cuales no debe emplearse.

FACULTAD DE MEDICINA

SESION CELEBRADA EL 18 DE SETIEMBRE DE 1915.

Con asistencia de 16 catedráticos el Decano Dr. E. Odriozola abrió la sesión.

Se declaró expeditos para obtener el grado de doctor á los señores Hermillo Valdizán y Ricardo Palma.

Los exalumnos Víctor Lituma y Mario Villacorta optaron el grado de Bachiller presentando, respectivamente, las tesis: «Contribución al estudio de la enfermedad de Basedow» y «Taquicardia paroxística».

BIBLIOGRAFIA

Dr. A. Strumpell. Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas. Traducción española del Dr. P. Farreros. F. Seix, editor Barcelona.

Hemos recibido los cuadernos 6º. al 10º. de esta importante obra correctamente vertida al castellano. Trata de las enfermedades de las vías respiratorias siendo particularmente notable el capítulo dedicado a la tuberculosis pulmonar.

Por la Higiene y la Moral.—Consejos á los jóvenes por el Dr. G. Antonelli. Estudio dedicado a los padres y á los instructores de la juventud.

Traducido del italiano por el Dr. J. Pudor y Faura, Médico de la casa de Misericordia de Barcelona.

Barcelona. Tipografía Católica, calle de Pino N.º 5.

Tratamiento de las anemias por los Drs. Vasquez y Aubertin
Librería de J. B. Bailliere et fils, 19, rue Hautefeuille, á París

Neumotorax artificial en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el Dr. León Bernard, profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, Médico del Hospital Laennec.

Este volumen de las Actualidades Médicas es interesantísimo y de gran oportunidad. Se halla ilustrado con grabados.

Librería de J. B. Bailliere et fils, 19 rue de Hautefeuille, á París.



FACULTAD DE MEDICINA

REGION COLIBRIANA, 18 DE NOVIEMBRE DE 1918

El presente es un documento de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

El presente es un documento de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

El presente es un documento de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos