



La Crónica Médica

APARTADO 2563

LIMA - PERU

COMITE DE REDACCION

CARLOS A. BAMBAREN

Director

REDACTORES

EDMUNDO ESCOMEL — CARLOS MORALES MACEDO
LUIS D. ESPEJO — RAFAEL M. ALZAMORA — JOSE MARROQUIN
ERNESTO EGO-AGUIRRE — JORGE AVENDAÑO HUBNER
LUIS QUIROGA QUIÑONES — HUMBERTO PORTILLO
GUILLERMO KUON CABELLO

Año 66.—Núm. 1033

Julio 1949

SUMARIO

NUMERO MONOGRAFICO

Dermatopatología en Lima y litoral peruano por el Dr. Carlos Aubry, pág. 101

Tratamiento de la tos convulsiva con sales de bismuto por el Dr. José B. Jiménez Camacho, pág. 110

Universidad Nac. May. de S. Mar

Ingresado el

FEB 14 1951

BIBLIOTECA CENTRAL
Lima-Perú



CRISTALES DE ACIDO FOLICO

Folvite^{*}

Acido Fólico

Durante los últimos años *Lederle* se ha dedicado al estudio de las carencias nutritivas. Dichas investigaciones han dado resultados sobresalientes en el campo de las anemias macrocíticas de origen nutricional. *Lederle* dió el primer paso hacia la conquista de esta afección, hace varias décadas, al perfeccionar un extracto hepático para administración intramuscular. Más recientemente el conjunto de investigadores de *Lederle* y *Cyanamid*

logró aislar y sintetizar el ácido fólico, el que ha demostrado ser específico para las anemias macrocíticas del esprúe, de la infancia y del embarazo, y las de origen gastrointestinal y pelagroso. El Acido Fólico FOLVITE *Lederle* se ofrece a la profesión médica en varias formas: tabletas, solución y elixir; combinado con sulfato ferroso o extracto hepático; e incorporado en fórmulas plurivitámicas.

^{*}Reg. Ofic. Pat. E. U. A.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
AMERICAN Cyanamid COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.

Representantes y distribuidores exclusivos.

La Química Suiza S. A., Lima-Perú

Dermatopatología en Lima y litoral peruano (Inferencias climatogénicas)

Por el Dr. CARLOS AUBRY

Los puntos que pretendo exponer, conciernen principalmente, a ciertas características de dermatopatología costeña y particularmente de Lima, en sus relaciones con el clima. Después de ejercer algunos lustros en la capital, he apreciado por las propias computaciones y estadística, que el atlas dermatológico de la región, ofrece ciertas modificaciones, algunas mayormente negativas, como si le hubieran arrancado o desglosado algunos cuadros nosográficos, que disminuyen la diversidad y variedad de las dermatosis, tanto más aparente, si se considera la ubicación geográfica, que tiene el litoral en zona tropical. La subordinación de estas modificaciones al clima, se manifiesta como predominante, y es mucho más actuante que la vinculada a la raza, la cual a pesar de los diferentes tipos raciales, y de mestizajes en la población, se puede considerar como secundaria y más bien confirmativa de tal prioridad, pues en principio, existe en apoyo de ello, el hecho, de que las sucesivas y diferentes inmigraciones de Asia, Africa y Europa, no han podido aportar ninguna de sus endemias, solo porque el clima les ha sido inhospitalario. El clima lo entendemos aquí en su más lata acepción, de influenciador ambiente, cósmico, metereológico, geológico y biológico.

Las anotaciones que exponemos son esbozo de aspectos parciales de la dermatopatología de la región, pues se trata de tema vasto y complejo, que reclama abundantes estadísticas y riqueza de informaciones metereológicas, por lo menos del Perú y países vecinos y mucho conocimiento: por eso es más bien una perspectiva, pero con toda su raquítica estructura, es posible que aporte cierta apreciación sumaria del tema en cuestión, cual es la dermatopatología en Lima y el litoral peruano, y algunas de sus relaciones con el clima y la raza. Y decimos en el litoral también, porque apesar de que la mayor parte de nuestras observaciones, han sido obtenidas en Lima, hemos ejercido algún tiempo en la costa de los departamentos de Lambayeque y Libertad,

y además hay un flujo constante de enfermos de la costa a la capital, agregado a que, aunque Lima es el más típico lugar desde el punto de vista metereológico, el resto de la costa, exceptuando Tumbes, tiene igual o análogo régimen climático.

Algo que en cambio facilita el estudio de este tema, con escaso material de hechos, es la circunstancia de tratarse de afecciones de la piel, á nuestro juicio, de menos difícil diagnóstico en la patología, cuyo asiento es un órgano complejo, que por su situación y categoría de funciones, es el más influenciado por el ambiente, y el que más claudica en sus actividades fisiológicas. Detallando un poco al respecto, recordemos que la piel, es la envoltura continente del organismo, estuche que la reviste íntegramente, salvo en las reducidas aberturas naturales, y que en el hombre, la naturaleza parece que antepuso dotarla de superior innervación, sensibilidad y estética, sacrificando su rol esencial protectorio, fragilizándola y tornándola más vulnerable; y en efecto comparado el hombre á cualquier vertebrado, se vé que es el único ser que nace y permanece desnudo biológicamente hablando, á diferencia de todos los vertebrados que poseen una rica vestidura natural, guarnecida de plumas, de abundante pilosidad y aun más viven armados de anexas producciones ectodérmicas (cuernos, garras). Desde el punto de vista normal podría decirse, que no hay en toda la economía un aparato más deficiente. Es debilidad del papel protector de la piel, que permite múltiples injurias traumáticas, siendo las más pertinentes á nuestro tema, las de los parásitos productores de dermatosis y enfermedades internas, y la de los insectos vectores de las mismas. Pero también es vencida la piel, por las influencias físicas del clima, tales como calor y luz. Y en referencia al primero de estos agentes, conviene señalar la insuficiencia de la función cutánea, cooperativa en la regulación térmica, pues la piel humana flaquea en esa contribución, á la homotermicidad indispensable, ante las variaciones ambientales; fracasa, sobre todo, ante las bajas temperaturas, siendo su desempeño termolítico contra las altas, menos deficiente. Tal insuficiencia condiciona en el campo de la patología, el grupo de las dermatosis estivales é invernales. También la luz vulnera fácilmente el tegumento, contribuyendo a generar o generando afecciones de predominio estival, y con predilección, como es sabido por la raza blanca.

En cuanto otros factores de orden metereológico, físico, tales como la electricidad atmosférica, se conoce un poco el papel protectorio y aislador que tiene la piel en parte debida á su queratina y al sebum; en cuanto á la presión barométrica y humedad, las acciones parecen más bien indirectas, esto se vé claramente en el litoral peruano con respecto a la humedad, pues es por el alto grado higrométrico y la formación consecuente de estratos nubosos, que se vela la radiación solar y rebaja la tropicalidad. Las deficiencias protectoras de la piel, frente al calor y la luz, especialmente la primera, con las que obligan el empleo de medios artificiales (ropas, abrigo, calefacción), y conforman

variantes tan típicas en su patología, como las ya mencionadas dermatosis de estaciones, y de modo más permanente, y concerniendo también al ámbito de lo geográfico, las dermatosis de climas tropicales y de climas fríos. Anotando que entre las tropicales hay un coherente grupo, repartido por todos los Continentes, en la zona comprendida entre los trópicos de cancer y capricornio, algunas con dilatado reparto, otras más locales y circunscritas.

La patología cutánea, por ser la más sensible, á la influencia climática y geográfica, debe utilizarse como avanzada en los estudios de Geografía médica y el clima tanto así sus integrantes meteorológico, como en lo biológico y ecológico, parece desplegar su máxima influencia, en la faja de los trópicos, y como no existen en ella ni los sobresaltos meteorológicos (tormentas, fuertes vientos, variaciones barométricas), ni los cambios estacionales, la flora dermatopatógena es correlativamente estable. Zona de máxima exuberancia biológica, lo es también en el dominio de la patología, pululando en su seno, no solo mayor número de parásitos que atacan la piel, sino también, insectos vectores de enfermedades generales. La noción del terreno, capital y vigente en la patología humana, juega muy marcado papel en dermatopatología, pues en ella además de las predisposiciones ligadas á hábitos, labores, alimentación, etc., existen las dependientes de la misma estructura y fisiología cutánea, tan varia en nuestra especie, que por si sola tipifica las distintas razas, y motiva de consuno relativa predilección á determinadas dolencias. De la interacción del clima y la raza, se matiza la dermatopatología de una comarca, y en el Perú se prevee dada la variedad de ambos y en especial del clima, que existan marcadas diferencias en concordancia, con sus tres grandes zonas: costa, sierra y selva u Oriente.

Conviene como preámbulo, esquematizar lo peculiar al clima y á la población, de la costa del Perú. El primero es una franca excepción, al régimen climático tropical que le corresponde, por su situación, entre los paralelos 3° y 18°, y la causa que lo exceptúa es la corriente marina peruana (**Humboldt**) que con aguas mucho más frías, que las del propio océano tropical, corre en su seno bordeando toda la costa, ascendiendo desde el sur hasta el extremo septentrional. El fenómeno meteorológico central, del que derivan todas las irregularidades de su clima, es la formación, á lo largo de todo el litoral y franjeándolo, de un techo de nubes; estrato de color gris opaco, que alcanza su mayor espesor de Junio á Setiembre, esto es en pleno invierno, formado por la evaporación de las aguas frías de la corriente, y que se extiende en anchura de 90 á 120 millas mar afuera, y en altura ó espesor, alrededor de 1 kilómetro; la superficie de la capa nubosa que mira al océano, dista habitualmente 300 metros; sobre esta masa aérea y acuosa, se superpone, la atmósfera much. más caliente de los trópicos, en la que luce constante el Sol, produciéndose así, el fenómeno de la súbita inversión de tempera-

tura (**García Mendez**), que baja en la capa nubosa aproximadamente 15°, alcanza cielo arriba, casi de inmediato 25°: las capas atmosféricas, que van de la base del estrato de nubes, hacia arriba, se superpone en orden de densidades, formando un conjunto estable; el cielo no está en todo el invierno, y meses próximos igualmente encapotado, en toda la costa; en la vecindad de las zonas arenosas y desérticas, Piura, Paracas, Pisco, hay transitorias aberturas y brechas, que dejan irradiar el Sol, que como es habitual en los trópicos luce todo el año. Este dosel de nubes al interponerse al fenómeno capital de la irradiación solar, es el que genera un invierno, caracterizado por las correlativas temperaturas más bajas (medias, máxima y mínimas en julio 19° y 13°, contra las de marzo 29° y 18°, respectivamente, de pleno verano), y sobre todo por la restricción de la luminosidad. Alcanzando la complementaria nebulosidad en Lima en los meses de Junio a Setiembre la cifra record de 90; quedando la radiación luminosa afectada en su promedio anual, llegando solo a 34% en la capital, la luminosidad es un poco mayor en Chicama, 50%, en Lambayeque 60%, en Piura 59%, en Tacna 55%. Hay que tener en cuenta que esa humedad atmosférica siendo en su mayor parte producto de la evaporación marina, tiene en suspensión sales minerales. La presencia en todo el litoral de los gramadales (grama salada), es resultado de la riqueza mineral, de ese vapor de agua atmosférico (1).

Abordando el otro factor conjugado al clima, el habitante, la población, encontramos también peculiares características en nuestra costa, pues, confluyen en ella, elementos de todas las razas, blanca, amarilla y negra, venidos después de la conquista a mezclarse con el elemento autóctono, habiendo variedad de mestizajes. Bien sabido es que lo étnico tiene importancia en la etiología de las dermatosis; recordemos la predilección, del que-roides, del vitiligo, por las razas de color, la invulnerabilidad de la raza negra para la psoriasis, la frecuente incidencia en la raza hebrea, de dermatosis de origen nervioso. Las variedades raciales inmigradas al país, desde pasadas décadas, han podido aportar las dermatosis regionales de su procedencia, en su mayor parte de los trópicos, y sin embargo ello no ha acontecido, y no aparece en el litoral, la diversidad racial de la población, como elemento mayormente complicador, ni de enriquecimiento de la dermatopatología de la región. Está en cuanto factor etiológico, completamente supeditado por el clima. Interesante comprobación, sobre todo para el grupo de dermatosis exógenas parasitarias, en que mayor validez parece tener.

El inventario relativo y selectivo, de algunos grupos de dermatosis que vá á continuación, lo basamos en el movimiento de la clientela, y con diagnósticos clínicos mayormente, en menor proporción con verificaciones de laboratorio y enfermos de hos-

(1) La mayor parte de los datos metereológicos, los debo a la benévola información del conocido metereólogo Sr. A. Martín Lynch.

pital; la seriación de casos abarca un período de 10 años, pero por ser un recuento aislado e individual, lo considero insuficiente para fijar datos numéricos, y captar los variados aspectos del movimiento demográfico de dermatosis, labor estadística en que se requiere la colaboración colectiva, pero si me parece, que puede llenar el limitado cometido al cual nos circunscribimos, de compulsar a **grosso modo**, ciertas particularidades de la dermatopatología regional, vinculables al clima y los aspectos negativos de ciertos cuadros patológicos, concerniendo a la escasez, rareza ó ausencia de afecciones, algunas de las que deberían figurar, dada nuestra situación geográfica.

Comenzando con el tipo de dermatosis, en que la temperatura, es factor patógeno predominante ó por lo menos importante, podría decirse que hay en nuestra costa, un mínimum de aquellas, en que interviene el elevado calor; así, las erupciones sudorales, miliar roja y blanca, que son de cotidiana práctica en la zona tropical, son aquí aún en los meses de pleno estío (Febrero y Marzo), muy escasas (representan 0,3% de casos de dermatosis) y de evolución fugaz.

En el extremo opuesto, en tiempo de temperaturas más bajas, en invierno, encontramos el grupo de dermatosis, en que el frío altera la circulación, tales como la acrocianosis esencial, la eritrocianosis maleolar, el livedo, el síndrome de Raynaud, el eritema pernio; de estas entidades en nuestro modesto invierno, el livedo y el mal de Raynaud se ven excepcionalmente; solo el eritema pernio (sabañón), se comprueba con moderada frecuencia y en sus formas benignas, tanto este hecho, como la escasez, de afecciones estivales de patogenia térmica, es relacionable al clima calificado de semitropical (**Nicholson**), por sus veranos algo amortiguados y la presencia de atemperado invierno, ambos efectos de la corriente marina citada. Apreciación de semitropicalidad, que se puede aproximadamente valorar, comparando las temperaturas medias mensuales, entre poblaciones de análoga latitud á Lima, ya que la latitud es lo basal, para la clasificación de zonas geográficas, y aunque asociada a otras influencias, la más constante en promediar la radiación calórica que las afecta. Así, por ejemplo, Puerto Darwin en Australia y Pernambuco en el Brasil, aproximadamente en el mismo paralelo que Lima, tienen en el mes de Marzo, respectivamente, 32,5 grados máxima y 25 mínima y 30,5° máx. 25° mín., y en Agosto, Darwin 31,5° máx. 21° mín. Pernambuco 27° máx. 22,2° mín. comparados a Lima que señala Marzo 28,5° máx. 17° mín. y Agosto 18,5° máx., 13,3° mín. Los dos primeros apenas tienen 3 grados de diferencia, entre el pleno verano, y lo que corresponde a tiempo de invierno, mientras que Lima marca 10°; asimismo, Lima alcanza en su media máxima estival 28,5°, contra el mayor de 30°, común en la zona tropical.

Siguiendo con las dermatosis generadas o influenciadas por el otro cardinal agente, la luz, que es el más interferido como ya se ha anotado por la nebulosidad casi per-

manente en los meses que van de Junio a Octubre, llevando en Lima al bajo porcentaje, de 34% la radiación luminosa anual, observamos que las heliodermatitis o lucitis, apesar del cielo estival relativamente despejado, es muy modesto y recortado; dejando de lado el común eritema solar de los bañistas, que experimentan la acción actínica, reforzada por la reflexión de la superficie marina, no hemos apuntado en nuestra práctica, ni el Hidroa vacciniiforme, ni el Xeroderma Pigmentoso, afecciones clasificadas entre las lucitis. Debe colaborar en esta ausencia la mayor densidad de razas morenas en la población, pues ambas son dermatosis que afectan entre los blancos selectivamente a los rubios; naturalmente que si se halla la clásica estimulación estival en las dermatosis por alteración del pigmento: efélides, lentigo, vitiligo, melanosis de Riehl, y una que otra urticaria ó dermatitis por alergia a la radiación solar. Subrayando la acción del verano, mejoran ciertas dermatosis crónicas, como es de regla: acné, psoriasis, por la acción lumínica; ictiosis, por la calórica, alternancia que no acontece en la zona de franca tropicalidad, con verano estable.

Emparentado a estos sectores de dermatopatías, en que el calor y la luz intervienen en su génesis o estimulación, pero en forma posiblemente menos activa, tenemos el gran grupo de las tuberculosis cutáneas, ya exógenas, ya hematógenas; entre las primeras: el chancro tuberculoso, el tubérculo anatómico, la tuberculosis verrucosa, el lupus vulgar, el escrofuloderma y la tuberculosis orificial por contagio secundario, de lesiones óseas ganglionares, viscerales, que son mayormente heliofílicas, y entre las segundas: la tuberculid, acnitis, folliculitis, liquen escrofulosorum, lupus eritematoso, heliofóbicas estas, y la variedad indurada que abarca, el eritema indurado de Bazin, el angioloipoide, el sarcoide de Boeck, el sarcoide de Darier-Roussy. En nuestra costa fuera de la tuberculosis colicuativa, secuela de escrofuloderma, osteítis, etc., de contados casos de eritema indurado de Bazin (0.13%), de lupus eritematoso (0.3%), no hemos observado otras formas; algunas como la verrucosa, frecuente entre los ordeñadores y que podría suponerse existiera, ya que la tuberculosis bovina, ha alcanzado en los últimos años en la costa el alto porcentaje de más de 60%. Así mismo señalamos la alta morbilidad de tuberculosis pulmonar é interna, que poco parece influir al respecto.

Por otra parte, las tuberculosis cutáneas, son preferentemente de climas templados o fríos, hasta hay autores (**Lenglet**), que asignan para los lupus, cierta proporcionalidad entre morbilidad y latitud: no tenemos sino escasos datos de lo que acontece en América tropical, los que son más bien negativos; así **Rabello**, en San Pablo (Brasil), solo encuentra entre 17.209 dermatosos, 2 casos de lupus vulgar; posiblemente estas variadas afecciones tuberculosas, estarían ausentes en la zona tropical, y nuestro clima mantendría no obstante su temperatura y sobre todo, luz castigada, análoga condición.

Si abordamos a continuación las dermatosis causadas por parásitos vegetales, las micosis epidérmicas y profundas, que tan marcada predilección tienen por las zonas cálidas, donde se desarrollan en mayor variedad pero que también se extienden y reparten en climas templados, en nuestro litoral se les encuentra bien mermadas, existiendo solo las más ubicuas y universales, que podríamos alinear en orden de frecuencia: epidermofitosis de pliegues (interdigital, inguinal, axilar), 3,8%, pitiriasis versicolor, 1,5%, onicomycosis, 1,5%, micosis de piel glabra 0,3%, eritrasma 0,13%, estas últimas ya escasas; es una rareza encontrar alguna tiña del cuero cabelludo (microsporia o tricoftosis?), el favus nunca le hemos hallado y parece que por su relativa escasés en el Continente americano, que el clima no le es propicio. De otras micosis, más locales (mal de piedra, diversas tiñas asiáticas), si se hallan serán casos importados.

Entre las micosis profundas, la actinomicosis, aunque escasa, se halla, y en referencia a este mal, hay que señalar, que de 1938 a 1948 pasaron por el frigorífico nacional 1,282 vacunos enfermos, que representaban el porcentaje de 0.013%, la casi totalidad de ganado serrano; en referencia a los pocos casos humanos, cabe preguntarse si la filiación, es la misma. Micetoma, esporotricosis, solo hemos visto un caso respectivamente, aunque no fué posible la verificación de laboratorio; la clínica y reacción terapéutica facilitaron el diagnóstico. No es posible incriminar frente a esta mermada lista de micosis, la relativa aridez costeña, pues los reservorios de hongos patógenos, son tan múltiples y variados, en la naturaleza, que las floras y faunas más exiguas, les pueden dar asidero; mas bien hay que orientarse, por esa singular susceptibilidad climática de los dermatofitos, tan bien destacada en los trabajos de **Sabouraud**, que hace notar como aún en áreas geográficas estrechas, se forman variedades locales, en el seno de una misma especie. El clima es solo el influenciador, aunque hasta hoy, no se haya precisado, el factor o factores responsables. La lista de micosis citada, que reside en nuestra costa, ofrece reducción, aún comparada, con las micosis que afectan las comarcas de climas templados, habiendo cierta oposición climática en el litoral a esta clase de parasitismo, sin que por otro lado los agentes físicos, meteorológicos, calor, luz, humedad, esta última bien propicia, parezcan intervenir. Por nuestra parte a título de hipótesis, apuntamos que la impregnación mineral atmosférica y en particular de yodo, puede ser un elemento perjudicial a la vida parasitaria.

Impregnación de yodo, resultado del exhalado por el océano, inmenso y primer manantial del metaloide, el que en las costas del Perú, tiene conocida abundancia ictiológica, y de plankton, que son las que principalmente se lo procuran.

Como datos relativos, citaremos los apuntados, en el trabajo del químico **M. Carranza**, sobre dosificación del yodo, en la atmósfera y tierras costeñas del departamento de la Libertad, en la atmósfera de los balnearios de Moche y Buenos Aires 1,839

y 935 gammas, respectivamente, en Trujillo 900 (la gamma es igual a 0.gr.000. 001); estas cifras se obtienen en verano (Febrero); en invierno un poco menores, así en Moche bajan a 871 en Setiembre, las cantidades son por metro cúbico de aire; en la tierra las cifras son también altas, en las del mismo Trujillo 1,293 gammas por kilo, en Sausal 1900, en Casa Grande 1500. Se comprueba que los dosajes van disminuyendo al internarse tierra adentro. Quiruvilca y Huamachuco, que distan 100 kilómetros de la orilla del mar, tienen 90 y 37 gammas, respectivamente por kilo. Comparadas estas cifras con las que poseen algunas riberas europeas, que en el aire sólo tienen 1,6 gammas por metro cúbico y que ciudades interiores como Berna sólo tienen de 0,3 a 2,5 gammas, y que en el suelo de Europa, en zonas rocosas y de pizarras que son de las más ricas posiblemente, sólo alcanza a 200 y 400 gammas por kilo; son bien marcadas las diferencias. No he podido conseguir datos, de lo que al respecto acontece en nuestro Continente y sobre todo en países vecinos Ecuador, Brasil y Chile. En este último, bañado por la corriente marina de Humboldt sería de utilidad saber, si la costa de la región salitrera, productora de Yodo, tiene alta proporción en la atmósfera y conocer la morbilidad dermatomicroscópica. Los dos primeros países abundan en micosis; **Auchlusinger** afirma que en el Ecuador las epidermicosis están muy difundidas en su litoral, y aún en la región Andina; así, en Quito hay frecuencia de microsporias y tricofitosis, y tras los Andes, pululan las micosis profundas, maduromicosis, esporotricosis, etc.

Si pasamos ahora, a revisar las afecciones parasitarias de origen animal, las dermatozoonosis, el cuadro de las vigentes, actuantes en la costa, es tal vez más exiguo; encontramos entre los insectos ápteros, los piojos (**Pediculus corporis, y pubis**), el pique (**Pulex penetrans**), agentes de dermatosis universales y comunes; entre los dípteros los zancudos *Culex* y *Anofele*, así mismo comunes, anotando que en nuestra costa, viven con su capacidad de transporte reducida, pues son los vectores de la *Filaria s. hominis*, que produce la elefantiasis verdadera, dolencia desconocida en el litoral peruano.

Entre los arácnidos, el escorpión, escaso en Lima, y la temible araña **Lactrodectus mactans**, que en la capital y valle vecinos no se ve, pero que ha sido estudiada, por el Profesor **E. Escomei** en la región andina (Arequipa); en la costa solo, hay informes no precisos, extracientíficos, sobre su presencia en los valles de Ica.

Entre los ácaros, el clásico **Sarcoptes escabiei**, agota la lista; no se ven otros que son de vasta difusión geográfica, tales e. **pediculoides ventricosum** y el **Trombidium irritans**.

Las temibles larvas de los helmintos: *Filaria de Medina* y *Filaria s. hominis*, que generan endemias en dilatadas áreas geográficas tropicales de la misma América, no se encuentran en el litoral del Perú.



ANTI-HISTAMINICO de SINTESIS

NEO-ANTERGAN

Lo que es oportuno saber del:

NEO-ANTERGAN

2786 Rhone-Poulenc.

N-dimetil-amino-etil-N-para-metoxi-bencil-amino-piridina.

PROPIEDADES:

Antihistamínico de síntesis más activo y mejor tolerado que el Antergan.

INDICACIONES:

a) indicaciones principales:

Enfermedad sérica, urticaria, edema de Quincke, prurigo, estrófulo, pruritos, dermatitis artificiales, accidentes cutáneos debidos a la quimioterapia y a la penicilioterapia, accidentes causados por venenos animales, shock anafiláctico, fiebre de heno, corizas espasmódicas, asma alérgico, conjuntivitis alérgicas.

b) **indicaciones secundarias:**

Jaquecas, colitis, colecistitis, gastritis, ulcus gastro-duodenales, diferentes formas clínicas del asma en las cuales es difícil diagnosticar una etiología anafiláctica, sabañones, trastornos cardio-vasculares de origen alérgico, zona, tos ferina (coqueluche), enfermedad de rayos, dismenorreas, psicosis, prevención del shock después de la colapsoterapia en los tuberculosos, gota, algias cérvico-braquiales, fiebre biliosa hemoglobinúrica.

PRESENTACION Y POSOLOGIA:

Grageas dosificadas a 0 g. 08 (tubo de 50)

Grageas dosificadas a 0 g. 04 (tubo de 50)

En el adulto: 4 a 6 grageas de 0 g. 08 por día mientras duren los trastornos.

En el niño:

de 1 a 4 años: **2 a 4 grageas de 0 g. 04**)

de 4 a 10 años: **4 a 8 grageas de 0 g. 04**) por día

de 10 a 15 años: **4 a 6 grageas de 0 g. 08**)

Hacer siempre tomar las grageas **ingiriéndolas enteras durante las comidas** y con bebidas abundantes muy azucaradas.

La falta de acumulación y la baja toxicidad permite un tratamiento prolongado en casos de necesidad.

INCIDENTES:

Algunas veces náuseas, vértigos que con la administración de azúcar disminuyen o desaparecen, somnolencia que la efedrina y el sulfato de fenil-amino-propano atenúan.

DISTRIBUIDORES PARA EL PERU:



Avenida Wilson 1550 -- Lima -- Apartado 3118

Universidad del Perú. Decana de América

Entre las miasis solo se ve de tarde en tarde la infestación de heridas o ulceraciones, por las larvas de la **Lucilia hominovorax**; la larva migrans es desconocida.

No citamos, como se vé, sino las principales afecciones de este grupo, en el que las más, son ajenas a la región, que no padece sino de lo excesivamente común, de las dermatozoonosis. Se puede imputar en parte esta reducción, como correlativa de la pobreza, de la flora y fauna terrestre, propia de la que se ha denominado, "zona desértica del clima marino peruano", pues como todos los animales, los de actuación patológica, viven a expensas de otras formas de vida en los enlaces o ciclos ecológicos.

Podríamos agregar a esta enumeración negativa, unas pocas dermatosis, vinculándolas solo por el hecho de que son de habitual morbilidad y extensa, universal difusión, aunque con caracteres y etiología heterogénea, las que por contraste en la costa peruana, se ven escasa y ocasionalmente, son: el moluscum contagiosum 0.1 0/00, la pitiriasis rosada, y el linfogranuloma inguinal, (este último, según recientes comprobaciones, vá aumentando en frecuencia).

Resumiendo estas incompletas y muy someras observaciones y apreciaciones, sobre la dermatopatología, en el litoral peruano, formulo las siguientes conclusiones:

1a.—La dermatopatología en la vasta región geográfica del litoral peruano, ofrece algunas modificaciones y particularmente reducción de las dermatosis, que habitualmente se propagan en la zona tropical en que está ubicada.

2a.—Una parte de estos cambios, están visiblemente subordinados, a los que el clima de la región experimenta por acción de la corriente marina peruana (Humboldt); así los agentes meteorológicos, calor y luz alterados por la acción de dicha corriente, acarrear modificaciones y disminución de las dermatosis en que el calor y la luz son factores etiogénicos.

3a.—Las dermatosis origen parasitario vegetal (dermatomycosis) y animal (dermatozoonosis), tienen en el litoral variedad y propagación reducida, con respecto a la ordinaria en la zona tropical y aún en la zona templada; no siendo sobre todo lo referente a las dermatomycosis, interpretable por acción de los factores físicos y biológicos del clima, convendría investigarse la acción química, en especial la del yodo, dada su relativa riqueza en el aire y tierras costeñas.

4a.—No se aprecia en la dermatopatología del litoral, que tiene una población de composición étnica variada, mayor influencia de lo racial, que la consabida y precisada como predisponente en algunas dermatosis.

RESUMÉE

10.—La dermatopathologie, dans la région géographique de la cote péruvienne, subit certaines modifications, surtout des re-

ductions, dans les cadres nosographiques, des dermatoses qui se propage habituellement, dans la zone tropicale, où elle est située.

20.—Quelques unes de ces alterations, sont visiblement surbordonnés, á celle que le climat de la contrée, subit par l'influence du courant marin peruvien (Humboldt): ainsi les agents metereologiques, chaleur et lumiere alterés par cette action, produisent á son tour, des modifications dans les dermatoses où ces agents sont facteurs ethiologiques.

30.—Les dermatoses d'origine parasitaire animale (dermatozoonose) et vegetale (mycose), ont dans le litoral, une varieté, et une propagation reduites, comparées á celles qui son habituelles dans la zone tropicale, et ne paraissant pas étre, sous la dependance des facteurs physique et biologique du climat, on peut plutót, supposer l'action des facteurs chimiques atmospheriques, particulierement, le iode, qui abonde dans l'air et terres de la cote.

40.—On ne remarque, dans la dermatopathologie de la contrée, en dépit de la diversité ethnique de la population, aucune influence de la race, hormise celle déjà reconnue, comme predisposante á certaines dermatoses.

Tratamiento de la tos convulsiva con sales de bismuto

Por el Dr. JOSE B. JIMENEZ CAMACHO

En los siete años que ejercí las funciones de Médico Sanitario de la Provincia de Azángaro (1938-1944), he observado cada año, un reducido número de casos de tos convulsiva que se presentan generalmente en los meses de Junio y Julio (invierno regional) en la población urbana de la capital de la Provincia y en las capitales de distritos. En la población indígena, en cambio, población rural del campo, muy pocas veces se ha denunciado casos de tos convulsiva. Nuestro consultorio, ubicado en la capital de la Provincia de Azángaro, ha sido continuamente visitado por la población indígena que solicita asistencia médica, curativa y profiláctica, contra la tos convulsiva, sirviendo esto de exponente de que la cultura sanitaria va introduciéndose poco a poco en nuestro ambiente, todavía lleno de prejuicios y ausente de una verdadera conciencia sanitaria.

La vacunación anti-coqueluchosa, no da resultado, pues posiblemente ha sido aplicada en período de incubación o porque en estos casos efectivamente no inmuniza.

Sobre la vacunación anticoqueluchosa, se ha hecho, en la Argentina, una encuesta por **Reynaldo Agrelo**, médico del Hospital de Niños de Buenos Aires, tomando la opinión de destacados pediatras europeos y argentinos, que se publicó en la "Revista Médica Latino Americana", Buenos Aires, febrero de 1938. En esta encuesta se llegó a los siguientes resultados: 1o. La mayoría de médicos argentinos y europeos están disconformes con el éxito obtenido por la vacuna anticoqueluchosa como preventiva, pues de 51 consultados, 35 opinan desfavorablemente; 2o. Siete médicos son partidarios de la vacunación preventiva; 3o. Los restantes, que son nueve, dan sus respuestas como resultados inseguros e irregulares; 4o. De las consultas sobre la vacunación curativa, de los 51, 20 son favorables; dan su respuesta contraria 18 y de efectos dudosos e irregulares, 13. Las conclusiones definitivas dicen así: a) Se deduce de lo expuesto que la vacunación anticoqueluchosa preventiva actual, no tiene efectos convincentes y que la mayoría de los pediatras consultados tienen la opinión clínica de que es ineficaz. b) En cuanto al uso como curativa, si bien la mayoría es favorable, no se puede decir que cura, pues todos están de acuerdo que usando dosis fuertes lo que obtienen es disminuir las quintas, vómitos y evitar las complicaciones, pero la enfermedad continúa generalmente igual o ligeramente atenuada.

No comparto la sentencia absoluta que hace de la vacunación anticoqueluchosa como una manera inútil de combatir el mal, y por eso verifico la vacunación anticoqueluchosa en gran escala, pues estoy convencido que no es inútil, en términos absolutos. Por ahora, el hecho de que sus resultados beneficiosos no sean tan demostrativos ni tan manifiestos, como los de la vacuna contra la viruela y tifoidea, por ejemplo, no obliga a no utilizarla. Hemos comprobado muchos casos de niños enfermos en ambiente infeccioso de coqueluche y que, vacunados con anterioridad, no han sufrido el mal, es decir, que se han comportado como inmunes, aun cuando la madre no hubiera padecido de tos convulsiva antes y durante la gestación. Los hijos de madre que sufrieron tos convulsiva, antes y durante la gestación, generalmente no sufren la enfermedad. Debe tenerse presente la integridad del sujeto enfermo, y valorar el concepto de constitución y de buen terreno frente al ataque del proceso infeccioso, que puede modificar en uno u otro sentido, su evolución.

En aquellos casos en que la vacuna anticoqueluchosa no ha dado resultados útiles como profiláctica, ni como curativa, y encontrándonos en un medio donde los recursos son escasos, he tratado de resolver el problema de la terapéutica en la tos convulsiva, basado en los trabajos de **José Opizzi** y **Carlos A. Crivellari**, de Bs. Aires (Argentina) sobre "La sal sódica de bismuto para el tratamiento de la Coqueluche" publicados en "El Día

Médico" del 25 de enero de 1943. Los referidos médicos, en trabajo presentado al Primer Congreso de Enfermedades Endemo-epidémicas, dicen textualmente: "En presencia de un enfermo coqueluchoso, con un pasado específico, iniciamos el tratamiento de fórmula, pensando modificar el terreno y con gran sorpresa observamos que la sintomatología de la tos convulsiva se modificaba favorablemente hasta desaparecer. Resultado tan brillante nos hizo pensar que el yodo bismutato de quinina actuaba sobre los gérmenes de la tos convulsiva y al emplearlo en otros pacientes, miembros de la misma familia, observamos resultados semejantes. Esto nos indujo a emplearlo, sistemáticamente en 23 casos con el mismo éxito. Las primeras observaciones fueron presentadas al Primer Congreso Argentino de Enfermedades Endemo-epidémicas, en su octava reunión ordinaria. En la actualidad el número de enfermos tratados por nosotros, alcanza a 80, con un solo fracaso en un niño de tres años, asmático. Sabemos que después de esta comunicación ha sido empleado por otros colegas con buenos resultados".

También he tenido presente el trabajo de **Alberto I. Calabrese**, médico de la Protección a la Infancia, de Buenos Aires, sobre fundamentos e indicaciones de la Bismutoterapia publicado en "La Semana Médica", Buenos Aires, 11 de noviembre de 1943 y el de **Teodoro Somaloma** publicado en "El Día Médico", del 5 de junio de 1944. Este dice que los resultados del tratamiento de la tos convulsiva por el bismuto, fueron negativos. Como se verá por los resultados que he obtenido me colocó en el bando de **Opizzi y Crivellari**, es decir, en el bando de los que han obtenido éxito en el tratamiento de la tos convulsiva por el bismuto, quienes han llegado a las siguientes conclusiones: 1o El Yodo Bismutato de Quinina es un remedio eficaz para el tratamiento de la tos convulsiva; 2o Dicho medicamento tiene una acción curativa no sólo en las distintas formas clínicas, sino también en las distintas edades; 3o Las dosis medicamentosas nunca excedieron de los 0.30 grs.; 4o Siempre fué empleada la dosis única; 5o. Siendo el número de casos pequeño, esperamos ensayarlo en un número mayor, para abrir juicio definitivo sobre la bondad del mismo.

Calabrese, al estudiar los fundamentos e indicación de la bismutoterapia, dice textualmente: "La combinación del metal con las albúminas explicaría la acción del bismuto sobre las toxinas del Bordet-Gengou, con las que formaría un albuminato de bismuto. Ahora bien, es posible que la lisis del Bordet-Gengou observada por el Dr. **Opizzi** en los frotis de enfermos de coqueluche, se explique porque al neutralizar el bismuto a la toxina del Bordet-Gengou, lo hace más accesible a la defensa orgánica, o también el bismuto, actuando sobre el virus en esa asociación virus-Bordet-Gengou, permite que el organismo domine a este último. Todavía se podrían explicar estos casos de menor acción del bismuto, cuando hay en la asociación predominio de Bordet-Gengou y aun de otros gérmenes, sobre el vi-

rus, y entonces el bismuto inyectado no alcanza a neutralizar a los virus presentes y a las toxinas que segregan los gérmenes presentes, deduciendo ahí la necesidad de una medicación complementaria como la sangre de la madre, la cual tiene una evidente eficacia”.

A continuación relato tres historias clínicas verificadas en 1944 y una cuarta de 1948.

1er. CASO (1944).— (3 de septiembre de 1944) J. Q. C., 8 años de edad, natural de Azángaro, indígena, posee castellano y es escolar en grado de transición.

Antecedentes familiares: Padres viven y son sanos; tiene 5 hermanos y todos sanos. La madre no padeció de tos convulsiva. Es hijo legítimo.

Antecedentes personales: Dispepsia aguda con diarrea a los 8 meses de nacido; gripe a los 4 años con compromiso del aparato bronquial (tráqueo-bronquitis). Hace dos años que recibió vacuna antivariólica con resultado negativo.

Enfermedad actual: Hace un mes que inicia su proceso con catarro nasal, instalándose en seguida, en forma casi brusca, accesos de tos, quintas, mucho más marcadas de noche que de día, que provocan vómitos, disminución ostensible de peso y demacración. Dicen los padres del niño indígena, que han habido tardes y noches que acusaba calor (fiebre).

Al examen clínico: se trata de niño indígena, de constitución regular para su edad, pero notablemente demacrado, temperatura 37,5, taquicardia con 104. La facies un tanto abotagada, así como las conjuntivas congestionadas. En el momento del examen se producen accesos de tos, que sin duda ninguna, son de convulsiva, la inspiración con su sonido característico seguido de los accesos espiratorios que hacen eliminar una expectoración viscosa, pegajosa. El niño trata de buscar apoyo en el curso del acceso, toda la cara congestionada, sudorosa, emisión de lágrimas, sin que haya llanto. Pasado el acceso a la percusión de los pulmones no hay nada anormal. A la auscultación, roncus diseminados y escasos. El corazón, fuera de taquicardia, está normal. El hígado ligeramente aumentado de volumen y doloroso (?). Por lo demás, anotando su demacración, todo el organismo somático está normal. Psíquicamente hay manifiesta depresión, y el diagnóstico de tos convulsiva es directo, tanto más que domina la noción de epidemia, pues hay varios casos de tos convulsiva en la población. Es interesante anotar q' los indígenas distinguen bien los accesos de tos debidos a la convulsiva y la tos de los procesos tráqueo-bronquiales de orden gripal u otro. Llamam o designan a la tos quintosa de la convulsiva con el nombre de "Kaja-Kaja", y con el nombre de "ujju" la tos de los procesos tráqueobronquiales gripales.

Tratamiento: Ensayo el bismuto. El 3 de setiembre aplicamos al niño indígena una ampolla de yodo bismutol Maldonado. El 4, día siguiente, es observado y no hay modificación de su proceso, pues en la noche ha tenido varios accesos de su con-

ulsiva. El día 5 siguiente, se le aplica otra inyección de yodo bismutol. El día 6 siguiente es observado y los padres avisan que ha pasado relativamente mejor, pues sólo ha tenido dos accesos y ya sin vómito. El 7 siguiente recibe la tercera ampolla de yodo bismutol y es franca la mejoría, pues al día siguiente nos informan que en el día y en la noche anterior ya no se han producido los accesos de tos. El día 9 siguiente, se le administra la cuarta inyección de yodo bismutol. Ya no se han producido más accesos de convulsiva, entrando el niño en franca curación. Le hemos visto después de 10 días, el 19 de septiembre, y está en condiciones de rehabilitación orgánica, habiendo desaparecido totalmente los accesos de tos convulsiva. Tampoco se han presentado signos ni accidentes de intoxicación por el bismuto. El tratamiento por el bismuto ha dado excelente resultado. No hay duda de su beneficio en el caso historiado.

2o CASO (1944).— E. N. 7 años de edad, natural de Paucartambo (Cuzco), indígena (15 de septiembre de 1944).

Antecedentes familiares: Padres vivos y son sanos. Tiene tres hermanos, todos sanos. La madre no padeció de tos convulsiva.

Antecedentes personales: Nacido a término. Gripe en varias ocasiones con cuadro de coriza y tráqueo-bronquitis. Para su edad se halla regularmente conformado, a excepción de una manifiesta dolicocefalia.

Estado actual: Hacen 10 días que sus familiares observan cuadros de tos intensa en forma de accesos, varias veces por las noches y una que otra vez al día. Se nos consulta y quedamos en observar al paciente en momentos que pudiese presentar accesos de tos. En efecto, somos llamados de urgencia y encontramos al paciente en pleno ataque de tos convulsiva. Al examen está apirético y con 96 de pulsación. En el aparato bronco-pulmonar roncros diseminados en escaso número. La facies en el instante de las convulsiones es manifiestamente de coqueluche: conjuntivas congestionadas, cara con abotamiento especial, boca abierta con la lengua al exterior. Se escucha con nitidez la inspiración con ruido especial al principio y fin de los ataques.

Se le administra una inyección de Bismuto. La segunda inyección el 17 de septiembre y la tercera el 20 de septiembre. El enfermo ha reaccionado favorablemente. Las quintas han ido desapareciendo gradualmente y el estado general se ha restablecido. Visto el 31 de septiembre, se encuentra en buenas condiciones.

3er. CASO (1944).— P. Q. (17 de septiembre 1944) indígena, natural de Icho, provincia de Puno, 10 años de edad, es escolar en grado de transición.

Antecedentes familiares: Padres muertos, uno de ellos por accidente traumático.

Antecedentes personales: Conjuntivitis hacen dos años, tratada por facultativo. Varicela diagnosticada por facultativo. Gripe en varias ocasiones con cuadros de epístaxis.

Enfermedad actual: El proceso morboso se inicia hacen 20 días con catarro nasal que dura tres días. Después se instalan por las noches accesos de tos quintosa que lo demacran y al no ceder a los tratamientos caseros recomendados por comadres y curanderos, somos solicitados para su tratamiento. El diagnóstico no se hace difícil, pues estamos frente a la convulsiva en su período de estado.

Una inyección de Bismuto hace muy poco efecto, viéndonos obligados a repetir otra inyección a los tres días, con la que el proceso cede de manera franca, volviendo a la normalidad el niño enfermo. Le hemos visto el 2 de octubre siguiente y está en perfectas condiciones.

4o CASO (1948).— M. L. A. (7 de mayo de 1948), 6 años de edad, natural de Azángaro, indígena, posee el castellano.

Antecedentes familiares: Padre padeció de gonorrea y murió a consecuencia de una quemadura. La madre vive y padeció de gonorrea.

Antecedentes personales: Nacido a término, a los seis meses de nacido dispepsia con diarreas, grippe a los dos años con compromiso del aparato bronquial.

Enfermedad actual: Hacen 15 días que tuvo proceso gripal intenso que manifiestan demacró al niño y al término de su convalescencia gripal, se hacen presentes accesos de tos intensa que le provoca vómitos de las comidas. Estos accesos son más intensos por las noches, habiéndose instalado a su vez inapetencia y marcado adelgazamiento. Al examen clínico el niño presenta constitución regular, pero demacrado: temperatura 36.8, taquicardia 102. Las conjuntivas están francamente congestionadas y en ambas regiones hiliares pulmonares estertores sibilantes diseminados. El diagnóstico positivo es por sí solo suficiente, pues en el acto de nuestro examen se presentan accesos típicos de tos convulsiva que nos ponen claramente sobre la naturaleza patológica del proceso.

Instituyó de inmediato Bismuto, con Yodo-Bismuto] intramuscular (yodo-bismuto-quinina-colesterina-alcanfor, de los Laboratorios Maldonado. Una ampolla tiene Yoduro de Bismuto y Quinina 0.30 grs.), indicamos alimentación nutritiva y salir al aire del campo, a la vez que se dictan medidas sanitarias profilácticas para evitar la propagación del mal. A los dos días inquirimos por el enfermito y la respuesta de la madre es categórica: "mi hijo señor está bien aliviado, ya no tose, duerme, no vomita y está tranquilo jugando". Vemos al enfermito y quedamos satisfechos de la acción del bismuto.

Es interesante anotar que en la revista "Zig-Zag" de Santiago de Chile, en la edición del 27 de junio de 1946, No. 2153 y en su sección "Este Chile", de propaganda cultural, se anotó una crónica sobre la tos convulsiva tratada con bismuto. Dice así: "El doctor José F. Castro, de Curicó, en un reciente ensayo, describe 175 casos tratados favorablemente con bismuto. Recuerda que los ensayos realizados en Estados Unidos y otros paí

ses han dado excelentes resultados. Los mismos se han obtenido en millares de casos en Chile. Los que él presenta los ha venido tratando con éxito desde 1943. El tratamiento ha dado buenos resultados en las epidemias de coqueluche de los últimos tiempos".

Cumplo con informar de nuestra experiencia personal acá en la capital de la Provincia de Azángaro, Departamento de Puno. Con el bismuto la coqueluche disminuye notablemente en duración y la rápida mejoría se hace ostensible en los enfermos tratados.



A n a f i d o l

PARA EL TRATAMIENTO DE LA ALERGIA

Composición química

Hiposulfito de sodio	1.00 gr.
Cloruro de calcio	0.50 gr.
Bromuro de estroncio	0.20 gr.
Agua destilada c. s. p.	10 cc.

Indicaciones

Manifestaciones de la Alergia: Urticaria, rinitis, intoxicaciones alimenticias, dermatosis, eczemas.

Dosis

Una ampolla diaria, aplicada lentamente.

LABORATORIOS
TONEX

REY BASADRE 385.

MAGDALENA DEL MAR.

LIMA - PERU

Universidad Nacional Mayor de San Marcos