

# ANALES

de la

## Facultad de Medicina de Lima

TOMO VII — AÑO 1921

---

---

CÁTEDRA DE ENFERMEDADES TROPICALES Y SU CLÍNICA  
Y EPIDEMIOLOGÍA

### Apreciaciones generales sobre el diagnóstico y la clínica. La verruga peruana no genera esplenomegalia

POR EL PROFESOR JULIAN ARCE

El diagnóstico de las enfermedades tropicales, como el de todas las enfermedades en general, consiste en la interpretación exacta de los antecedentes y de las informaciones suministradas por el examen clínico del enfermo; es decir, que el diagnóstico requiere: 1.º un interrogatorio muy sagaz, a la vez que muy preciso y detallado, de todo lo que se refiere a la vida y salud del sujeto, considerado en sí mismo así como en sus relaciones con el medio ambiente; 2.º el examen general del paciente, órgano por órgano, función por función, para descubrir y registrar los síntomas y los signos físicos existentes; y 3.º la valorización armónica y conjunta de todos los datos adquiridos, compulsados serena y juiciosamente.

El interrogatorio constituye el primer elemento fundamental del diagnóstico, a tal punto, que puede decirse, sin hipérbole, que no hay buen diagnóstico sin buen interrogatorio. Ahora bien, para alcanzar este resultado, es indispensable escuchar con calma y con interés, las relaciones que hacen los enfermos, difusas por lo general y encaminadas, casi siempre, a sugerir o imponer al médico, el concepto que ellos se han formado de su mal. Se requiere, pues, gran dosis de sagacidad para salvar esas dificultades, inspirando confianza

al sujeto sin contradecirlo abiertamente, a la vez que orientando las preguntas en el sentido más adecuado. Precisa, así mismo, continuar el interrogatorio hasta el fin, si el estado del sujeto lo permite, aún en el caso de haber obtenido, desde el primer momento, datos suficientes para formular el diagnóstico. Supongamos, en efecto, que el enfermo nos dice, a la primera pregunta que le hacemos, que sufre de tos con expectoración sanguinolenta; que tiene fiebre cotidiana vespertal, acompañada de dolores al cuerpo y seguida de diaforesis copiosa en las primeras horas de la mañana; que ha enflaquecido; y por último, que se siente débil y postrado; su aspecto anémico confirma, efectivamente, estas aseveraciones. Pues bien, si bajo la impresión de los datos precedentes, evidentemente sugestivos de una hemoptisis tuberculosa, descuidamos completar el interrogatorio y ateniéndonos a ellos y a las escasas signos físicos descubiertos por el examen clínico, llegamos a esa conclusión diagnóstica, podemos cometer un error gravísimo. Este caso, señores, no es hipotético, pues se realizó, hace tres años, en el hospital «Dos de Mayo», en un individuo que, presentando las alteraciones mencionadas, fué considerado tuberculoso, ordenándose, en consecuencia, su traslación al pabellón correspondiente; pero el enfermo no aceptó aquella determinación y optó por retirarse a su casa, donde, dos o tres semanas más tarde, apareció en la superficie de la piel un brote abundante de verruga miliar, con el cual reingresó en dicho hospital, asistiéndose hasta su completa curación en nuestra sala. Pudimos comprobar, entonces, la presencia de los elementos eruptivos, ya en regresión, en la mucosa buco-faríngea, testimonio evidente de la precocidad del brote verrucoso en la mucosa de las vías respiratorias superiores, que dió origen, sin duda, a los síntomas hemoptoicos engañosos; error que pudo evitarse, si el interrogatorio hubiera sido detallado y completo, indagando la totalidad de los antecedentes del enfermo y, muy especialmente, los lugares donde hubiese residido o estado de tránsito, antes de iniciarse la dolencia. Esta investigación, como se comprende, es de todo punto indispensable en el diagnóstico de las enfermedades tropicales y es tanto más esencial e ineludible, cuanto más restringida es la distribución geográfica de ellas, como pasa con la verruga peruana, por ejemplo, cuyo propio nombre expresa la extraordinaria limitación geográfica que la distingue. La averiguación de la procedencia del enfermo, debe comprender, pues, en la práctica tropical, no solo la del último lugar en que haya estado, sino también la de todas aquellas localidades que hubiese recorrido en épocas más o menos lejanas y en las cuales puede haber contraído la infección o enfermedad que lo aqueja.

El **exámen** clínico, debe ser, asimismo, general y completo, hasta donde lo permita el estado del enfermo. Es necesario recordar a este respecto, la importancia sin igual que tiene para el práctico, el adiestramiento de sus sentidos en la investigación de los síntomas y las lesiones que provocan los agentes patógenos, sin el auxilio de instrumentos o aparatos, más o menos ingeniosos, cuya utilidad consiste, precisamente, en contribuir a dicho adiestramiento, enseñándonos a **percibir y precisar** con nuestros propios sentidos, las irregularidades o alteraciones que aquellos miden, registran o figuran. El verdadero clínico, apenas si necesita uno que otro instrumento para hacer el diagnóstico a la cabecera del enfermo; le bastan sus sentidos convenientemente educados, para escudriñar y comprobar los trastornos funcionales y orgánicos que constituyen las enfermedades y que le permiten, interpretándolos conjuntamente con los antecedentes, diferenciar e identificar los procesos morbosos, o, por lo menos, sospecharlos en los casos más difíciles y complicados, orientando así, acertadamente, las investigaciones auxiliares del laboratorio, que confirman el diagnóstico clínico, o lo deciden cuando es dudoso o incierto. Insisto en estas consideraciones, porque hay la tendencia errónea y peligrosa de desplazar, si se me permite la palabra, el centro del diagnóstico de la clínica al laboratorio, desvirtuando **la naturaleza, los medios y las finalidades** de ambos; de la clínica, porque ella comprende en su jurisdicción, todos los factores etiológicos, patogénicos y anatómicos, que concurren a la integración del diagnóstico y de su corolario el pronóstico, sin los cuales es imposible alcanzar la finalidad práctica de la clínica que es el tratamiento; del laboratorio, porque sus informaciones son y no pueden ser sino parciales, fragmentarias, muy importantes, ilustrativas y aún indispensables en muchos casos, sin duda, pero siempre insuficientes por sí solas, para constituir el criterio diagnóstico amplio que exige la clínica, razón por la cual tienen que ser interpretadas y valorizadas por el médico, en relación con los antecedentes, los síntomas y las lesiones, que arrojan el interrogatorio y el exámen del enfermo. Sin desestimar, pues, en lo menor, el valioso concurso del laboratorio en la práctica de la medicina interna, en general, más aún, reconociendo su importancia especial en el estudio clínico de las enfermedades tropicales, en particular, debemos recordar siempre que sus enseñanzas son complementarias y como tales, facilitan el diagnóstico, pero no lo constituyen por entero, debiendo subordinarse, para integrarlo, al criterio de la clínica.

Ahora bien, conocidos los antecedentes y practicado el exámen del enfermo, debemos proceder a la interpretación integral de las

informaciones obtenidas, que tiene como fórmula sintética el diagnóstico. Esta es la función más delicada y difícil que tiene a su cargo el médico, porque no se trata tan solo, como en el interrogatorio y el exámen clínico; de recoger y constatar hechos, para lo cual basta el entrenamiento completo del práctico, sino de valorizarlos e interpretarlos a la luz de la patología general, de la patología especial y de la experiencia; y en esta elaboración mental compleja, enteramente personal, cabe el error, tanto más fácil de cometer, cuanto mayor es la participación que demos en ella, a nuestras concepciones ideológicas, a las teorías, a las hipótesis. La verdad, en efecto, está en los hechos y no en quien los juzga o aquilata, por consiguiente al interpretarlos, ya que su realidad muda y abrumadora esconde su esencia, debemos mantenernos en estrecho contacto con ellos, que así, limitando prudencialmente el uso de la imaginación y subordinando las doctrinas a los hechos, estaremos siempre más cerca de la verdad. Dedúcese de aquí, que para que la interpretación diagnóstica sea exacta y completa, debe comprender la totalidad de los datos adquiridos, por más nimios que a primera vista parezcan, especialmente aquellos que se refieren a las manifestaciones objetivas y subjetivas que acusan los enfermos; en la práctica clínica, en efecto, no hay ni puede haber síntomas insignificantes, muy al contrario, todos son fundamentales, porque todos evidencian y traducen, las alteraciones múltiples que constituyen las enfermedades, es decir, las variantes reaccionales y defensivas del organismo humano, en la lucha que sostiene para encausar nuevamente en la normalidad, a la vida misma, que impresionada por la causa morbosa ha perdido el equilibrio fisiológico, y por consiguiente, todos son igualmente esenciales en la determinación del diagnóstico, del pronóstico y por último, del tratamiento, que es el objetivo principal de la medicina práctica.

Pero, la ciencia tiene hoy imperativos más altos, más vastos y humanitarios, que curar a los enfermos; los progresos que han alcanzado las ciencias médicas exigen, en efecto, que nuestra labor a la cabecera del enfermo, no se limite únicamente a secundar, con prudencia y discernimiento, los esfuerzos saludables de la naturaleza hacia la curación; sino que, aprovechando las oportunidades que nos brinda la clínica y los medios auxiliares de que podemos disponer, debemos ampliar nuestras investigaciones y estudiar, sistemáticamente, la evolución de las enfermedades, sobre todo en lo que se refiere a su principio, a sus primeras manifestaciones, antes de que su desarrollo llegue a constituir lesiones definidas, esto es, signos físicos fácilmente apreciables y, en la mayoría de los casos, más o menos

irreparables. Nuestra intervención en este último evento, resulta a la postre prácticamente inútil, porque todo lo más que podemos hacer es aliviar los síntomas y quizás retardar la extensión del daño, pero de ningún modo curar. En cambio, si conseguimos diagnosticar las enfermedades desde el momento en que se inician, más aún, si llegamos a distinguir, o descubrir mejor dicho, los trastornos que constituyen el estado pre-morbo, como lo pretenden las nuevas orientaciones de la medicina, nuestra intervención será entonces utilísima, porque no sólo haremos terapéutica curativa, sino también preventiva. No es esto todo, sin embargo. El conocimiento de los fenómenos iniciales o precursores de las enfermedades, que se hallan íntimamente relacionados con la naturaleza de las causas morbosas, nos coloca en la situación más favorable para la dilucidación de estas, desde que poniéndonos en contacto, por así decirlo, con sus manifestaciones primeras e inmediatas, nos aproxima de tal modo a ellas, que, con poco esfuerzo, podemos llegar a precisar su esencia y de ahí a su identificación, con el auxilio del laboratorio, no hay sino un paso. Ahora bien, diagnosticar la enfermedad en su estado incipiente y conocer su agente causal, es establecer las bases fundamentales no solo de la terapéutica, es decir, de la curación del enfermo, sino también de la profilaxis individual y colectiva, esto es, de la prevención de la enfermedad. La clínica tiene, pues, en los tiempos actuales, un radio de acción mucho más vasto y científico que antes, porque a la vez que estudia la enfermedad en el enfermo con fines preventivos y curativos, estudia e investiga también, con el concurso de las ciencias auxiliares, la génesis y etiología de los procesos morbosos, para aplicar sus adquisiciones a la profilaxis general, a la defensa de la salud pública, que constituye el objetivo supremo de la medicina toda.

Conforme a ese criterio integral de la clínica, que la convierte en un centro activo y fecundo de enseñanza e investigación, vamos a procurar estudiar, en nuestras lecciones, los casos que se presenten en el curso del año, dando la preferencia a aquellos que nos permitan esclarecer, ciertos puntos controvertidos de la patología nacional. Queda dicho con esto, que comenzaremos ocupándonos de la verruga peruana.

El 8 de mayo último, ingresó en el hospital «Dos de Mayo» el enfermo M. N., natural del Callao, de 30 años de edad, soltero y de oficio tipógrafo, ocupando la cama N.º 50 de la sala de San Roque. Sus antecedentes constan de la siguiente relación, tomada por nuestro laborioso y aprovechado interno Sr. V. PEREZ ROSAS.

La madre del paciente, murió de tuberculosis pulmonar a los

66 años de edad; el padre vive y es sano; tiene cuatro hermanos, igualmente sanos.

Afirma N., que a la edad de 7 años, más o menos, sufrió por primera vez de fiebre, que su familia atribuyó a empacho, pues desapareció fácilmente con un purgante; a los 12 años empezó a trabajar en una imprenta como aprendiz de tipógrafo, sufriendo poco después de granos que le aparecieron en el cuerpo y que curaron en tres semanas. Cumplidos los 16 años, se embarcó como tripulante en una de las balandras que hacen el tráfico de mercaderías entre Pisco y Paita; al cabo de tres años abandonó ese trabajo, sin haber padecido ninguna enfermedad durante dicho tiempo. Se dedicó entonces al oficio de mercachifle, por espacio de quince meses, gozando siempre de buena salud. Embarcóse en seguida, nuevamente, como tripulante en uno de los vapores que hacen la carrera Panamá-Valparaíso, navegando por espacio de dos años, sin sufrir ninguna alteración de su salud. Al cabo de ese tiempo, desembarcó en Guayaquil, pasando a la caleta Manglar alto, donde permaneció dos meses, regresando después a aquel puerto y dos meses más tarde se trasladó al pueblo de Naranjal y de aquí a la hacienda «Jesús María» dedicada al cultivo del cacao y café, trabajando ahí dos años, para volver otra vez a Guayaquil, donde se destinó en una cervecería, pero como no le conviniese trabajar en la caja de hielo de esa fábrica se retiró a los cuatro meses, ingresando como fumigador al servicio de la estación sanitaria, en cuya ocupación estuvo siete meses, resolviendo entonces regresar al Perú, para cuyo efecto se embarcó en una balandra que lo trajo a Paita. Afirma, que durante el tiempo que residió en el Ecuador gozó de buena salud.

Quince días después de su llegada a Paita, continuó su viaje con rumbo a Huarmey, donde se estableció, dedicándose, por segunda vez, al oficio de mercachifle, con cuyo motivo hizo frecuentes viajes al interior, pasando por las siguientes localidades: hacienda «Santa Rosa», destinada al cultivo del algodón y distante 6 leguas de Huarmey, en la quebrada de este nombre, que comienza a 3 o 4 leguas del pueblo de Huarmey; Huamba, hacienda también de algodón, situada en la misma quebrada y a 12 leguas del indicado pueblo; Cuchi, población 4 leguas más al interior, donde comienza otra quebrada que hace un ángulo con la anterior; Chancho, pueblo pequeño distante 30 leguas; San Miguel, pueblo grande a 42 leguas; y por último Malvas, pueblo grande también, situado sobre un cerro en el lado derecho de la quebrada y a más de 60 leguas de Huarmey. Estos viajes, que se repitieron muchas veces durante los tres años que se ocupó en el oficio de mercachifle, los realizó siempre a

burro, permaneciendo varios días, en cada viaje, en alguna de las localidades mencionadas, sin haber experimentado nunca, según asegura, enfermedad de ninguna especie.

Al cabo de ese tiempo abandonó Huarney, dirigiéndose a Casma, donde se destinó como reparador de la línea telegráfica. Pero solo pudo trabajar cuatro días, pues comenzó a sufrir de paludismo, con escalofríos, fiebre intensa y poco sudor, síntomas que se repitieron diariamente durante cuatro meses, en vista de lo cual y de la ineficacia de los medicamentos que tomaba, resolvió venirse al Callao y así lo hizo, efectivamente, ingresando en seguida al hospital «Guadalupe» de ese puerto. Ocho días después de su ingreso, principió a sentir fuertes dolores, primero en los muslos y más tarde en las piernas, la cintura, caja torácica y cabeza; al mismo tiempo el cuello se puso ríjido, provocando dolor intenso el menor movimiento; se hincharon poco después, considerablemente, los miembros inferiores, desde la cintura hasta los dedos de los pies; a la vez que estos nuevos trastornos, las tercianas continuaban sin interrupción, por cuyo motivo abandonó el hospital, después de quince días de asistencia, siendo trasportado en brazos por sus amigos a su alojamiento, pues no podía tenerse en pie, tanto por los dolores como por el edema de las extremidades inferiores. A los ocho días, se vino a esta capital, ingresando en el hospital «Dos de Mayo» sala de «Santa Ana», con los mismos síntomas, es decir, escalofríos, fiebre, dolores y edema, que desaparecieron completamente en dos semanas de tratamiento, pidiendo en seguida su alta. Se empleó entonces de carretero en esta ciudad y a los cinco días, más o menos, notó que le habían aparecido en las piernas unos puntitos rojos, que atribuyó a picaduras de pulgas, pero en los días siguientes observó que dichos puntitos aumentaban de tamaño, a la vez que ganaban los muslos, brazos, cara, etc., sin ocasionar más molestia ni trastorno, que comeción intensa que lo obligaba a rascarse, dando así lugar a hemorragias pequeñas y a la infección y supuración de muchos de los botoncitos rojos que se habían formado. Un mes después de iniciada esa erupción, ingresó en nuestra sala de «San Roque», habiendo tenido cuatro días antes hemoptisis que solo duró 48 horas.

Examinado en la visita del 9 de mayo, se tomó nota de los siguientes datos: constitución fuerte; adelgazamiento apreciable; palidez general, que hace resaltar el color rojo de grandes nevus congénitos que presenta en la mitad izquierda de la cara y el tronco, así como en la cara antero-interna del muslo del mismo lado; erupción abundante de verruga miliar en la cara y las extremidades; en la primera, hay botones sangrantes e infectados en los carrillos y espe-

cialmente en las orejas; en las extremidades superiores, el brote es más abundante en su superficie de extensión o dorsal, sobre todo en los antebrazos; pero donde la erupción alcanza mayor profusión y confluencia es en los miembros inferiores, particularmente en su cara dorsal, observándose muchos botones con señales recientes de hemorragia y otros supurados, que desprenden mal olor, en el tercio inferior de las piernas y dorso de los pies; en cambio, la piel del tronco está casi intacta, apenas se ve uno que otro puntito miliar; vientre voluminoso, con relieve marcado o abultamiento de toda su mitad izquierda; conjuntivas pálidas; lengua rosada, húmeda y limpia; placas de pigmentación congénita en la mucosa oral; apetito conservado; aparato respiratorio normal: 24 respiraciones por minuto; el choque cardiaco se localiza en el 4.º espacio intercostal, por dentro del mamelón; el 2.º ruido es claro, breve y acentuado; arteria radial engrosada: 100 pulsaciones al minuto; presión al Pachon, máxima 14, mínima 10; hígado, hipertrofiado, desciende cinco traveses de dedo por debajo del reborde costal; bazo, enormemente grande, duro e indolente, rechaza hacia arriba el corazón, avanza hasta la línea media y desciende hasta el pubis; infarto marcado e indolente de todos los ganglios accesibles, inclusive los supra-epitrocleanos; apirexia.

Ahora bien, la simple inspección del enfermo, basta para formular el diagnóstico de verruga benigna en plena erupción. En efecto, el estado general satisfactorio, a pesar de la palidez de los tegumentos; la ausencia de las manifestaciones precoces de la anemia cerebral propia de la forma maligna, como son los mareos de cabeza, los vértigos, la agitación, subdelirio, náuseas, etc.; la ausencia, asimismo, del vómito, acompañado de angustia epigástrica intensa, y en general de los síntomas graves que corresponden a la anemia perniciosa aguda, característica de dicha forma maligna; demuestran, en contraste con el carácter franco y extenso del brote verrucoso, que se trata, seguramente, de la verruga o enfermedad de Carrión, benigna. El interrogatorio y el examen clínico, confirman, en efecto, la impresión diagnóstica que produce el aspecto general del enfermo, pero revelan, al mismo tiempo, que además de la verruga hay otro proceso morboso asociado.

Es cierto que los únicos síntomas y signos físicos que arroja el examen y que constan en la hoja clínica, pueden corresponder en su totalidad, conforme al concepto de la mayoría de los investigadores nacionales, a la evolución y marcha de la verruga peruana. En esa virtud, la esplenomegalia colosal, cuyas dimensiones primitivas hemos marcado para que ustedes puedan apreciarlas hoy (véase la



fotografía N.º 1), pertenecería o formaría parte de la sintomatología



Fig. N.º 1.—Se muestran las dimensiones del bazo y del hígado y el brote verrucoso abundante en la cara, especialmente en las orejas.

(Fotografía tomada el 22 de Mayo)

ordinaria de la enfermedad de Carrión. Diferimos, sin embargo, radicalmente, de esa interpretación que consideramos errónea, por no estar de acuerdo con los hechos, como vamos a demostrarlo. Para ello, precisa estudiar e interpretar, conjuntamente, los antecedentes, los síntomas y las lesiones.

Pues bien, según las referencias de nuestro paciente, éste ha residido por más de tres años en Guayaquil y lugares vecinos, donde existe endémicamente la malaria; de regreso al Perú, se estableció en Huarmey, dedicándose durante tres años al oficio de mercachifle ambulante y haciendo con tal motivo frecuentes viajes al interior, a través de quebradas intensamente maláricas y también, alguna o algunas de ellas, verrucógenas. Afirma, no obstante, que ni en el Ecuador, ni en Huarmey, ni en las quebradas indicadas, sufrió nunca de

ninguna enfermedad, afirmación difícil de aceptar, si se tiene en cuenta la insalubridad manifiesta y considerable de esas regiones, especialmente en lo que se refiere a la malaria. Cuatro días después de su llegada a Casma, se inicia el paludismo con paroxismos cotidianos, que se prolongaron por cuatro meses, a pesar del tratamiento, lo que determinó su regreso al Callao. Admitiendo que la infección palúdica se hubiese manifestado por primera vez en Casma, es evidente que no la contrajo el sujeto en este lugar, sino en su residencia anterior de Huarmey, pues el período de incubación de la malaria oscila entre 8 y 15 días, más o menos. De la misma manera, la infección verrucosa no se produjo en Casma donde no existe aquella enfermedad, sino en alguna de las quebradas al interior de Huarmey, frecuentadas antes por el paciente. El carácter despreocupado de éste, su incultura y prejuicios, explican las afirmaciones y negaciones absolutas que hace respecto de su salud y que no se concilian con la realidad. Para formarse concepto cabal de la psicología y modo de ser de nuestro enfermo, basta decir que asegura haber ignorado por completo, el tamaño extraordinario que había alcanzado su bazo, hasta el día que lo examinamos e interrogamos, siendo así que se había asistido antes en dos servicios hospitalarios. De aquí que dudemos, también, de su dicho sobre la repetición diaria de los paroxismos maláricos durante cuatro meses consecutivos, no obstante el tratamiento, como dudamos de que haya podido escapar a la infección palúdica, durante su larga permanencia en las zonas intensamente maláricas de Guayaquil y Huarmey.

Si a las consideraciones expuestas, que hacen probable la existencia anterior de la contaminación malárica en el caso que estudiamos, se agregan los caracteres que presenta el bazo, la duda desaparece y la certidumbre es completa. En efecto, ese órgano, además del volumen enorme que ha adquirido, avanzando en su crecimiento hacia adelante y a la derecha, ha aumentado de consistencia, mostrándose duro, leñoso e indolente, es decir, ofreciendo todas las características que distinguen la esplenomegalia de la malaria crónica y que no hemos encontrado jamás en la verruga peruana exenta de complicaciones. Para nosotros, es, pues, evidente, que el enfermo sufría ya de paludismo cuando contrajo la infección verrucosa, cuyas primeras manifestaciones clínicas se confundieron, sin duda, con los síntomas febriles de aquel, adquiriendo más tarde relieve predominante, con la aparición de los dolores generalizados, el torticolis y el edema de los miembros inferiores, que integran la sintomatología del período pre-eruptivo de la enfermedad de Carrión. A partir de entonces, el cuadro clínico pertenece por entero, puede decirse, a la

evolución de la verruga, con su erupción característica, que atrae desde el primer momento la atención, sugestionando al observador hasta el punto de hacerle suponer que todas las alteraciones que presenta el enfermo son causadas por esa infección, inclusive la esplenomegalia, muy común en tales casos, por la frecuencia extraordinaria de la malaria crónica en las quebradas y valles de la costa, coexistiendo además, endémicamente, ambas infecciones en las zonas verrucógenas.

En consecuencia, interpretando los antecedentes conjuntamente con las informaciones suministradas por el exámen clínico, formulamos el siguiente diagnóstico: *malaria crónica, complicada con verruga benigna en plena erupción.*

Pedimos entonces al laboratorio la confirmación de ese diagnóstico, a la vez que los datos complementarios para hacer más preciso el pronóstico y controlar el tratamiento. Siempre que sea posible, se debe, en efecto, practicar el análisis de la sangre, de la orina y de las heces.

He aquí los resultados: Sangre tomada el 10 de mayo.

Hematies—2.680,000. Leucocitos —11,000

#### Fórmula leucocitaria.

Polinucleares neutrófilos .....56%

„ eosínofilos .....12%

Mononucleares medianos .....10%

Linfocitos .....22 „

Valor globular disminuído

Resistencia globular aumentada: hemolisis inicial a 0.24

Ausencia del hematozoario de Laveran y de elementos endoglobulares de Barton (*Bartonella* de Strong).

Reacción de Wassermann, negativa.

Urea de la sangre: 0.63 grs. ‰.

Orina, recogida en la misma fecha que la sangre, 730 cc. en 21 horas; turbia; alcalina; densidad 1012; úrea 12.43 grs.‰; cloruros 1.95 ‰; vestigios de serina; regular cantidad de indicán; sedimento constituido por urato de amoniaco y fosfato amónico-magnesiano.

El 11 de mayo, examinó la sangre del enfermo nuestro jefe de trabajos prácticos Dr. D. MACKEHENIE, encontrando 2.760,000 glóbulos rojos y 13,000 leucocitos por mm.c.

Interpretando clínicamente los datos que preceden, encontramos, en primer lugar, que el exámen de la sangre acusa anemia intensa, de tipo hematológico simple, con leucocitosis absoluta y re-

lativa; la fórmula leucocitaria, revela eosinofilia marcada y aumento apreciable de los mononucleares; la resistencia globular está muy aumentada; por último, no se encuentra ni el hematozooario de Laveran, ni los elementos endoglobulares de Barton. Como se ve, estos resultados, desde el punto de vista del diagnóstico, son prácticamente nulos; pero juzgados en relación con la clínica, concurren de algún modo a la confirmación del diagnóstico que hemos hecho. En efecto, el carácter simple de la anemia excluye la verruga maligna, porque esta tiene como característica hematológica el tipo megaloblástico o pernicioso de la anemia, y por consiguiente ratifica la naturaleza benigna de la infección verrucosa que sufre el enfermo.

Además, la intensidad de la oligocitemia sobrepasa las cifras que se observan en la generalidad de los casos de verruga benigna en plena erupción y que es superior a 3.000,000 de eritrocitos por mm.c., lo que nos autoriza a pensar que existe algún otro factor desglotulizante asociado al verrucoso, que no puede ser sino la malaria crónica, dados los antecedentes del sujeto y la esplenomegalia que presenta. Esta interpretación del análisis de la sangre, en armonía con los hechos observados, refuerza, pues, el diagnóstico de malaria crónica y verruga benigna.

El dosage de la úrea sanguínea, acusa retención apreciable de esa sustancia, con disminución de su cantidad en la orina, es decir, que hay azoemia y cierto grado de hipoazouria, fenómenos que revelan alteración funcional del riñón en lo que se refiere a la eliminación azoada. Conviene recordar a este respecto, por la importancia que puede tener para el futuro del enfermo, el engrosamiento de sus arterias radiales, la acentuación del 2.º ruido cardiaco y el aumento de la presión sanguínea que alcanza a 14 cifra elevada en relación con la debilidad y anemia que lo aquejan.

Demuestra, asimismo, el análisis de la orina, vestigios de serina y disminución considerable de los cloruros, datos que unidos a los anteriores, reflejan la insuficiencia funcional del riñón.

Ahora bien, si apreciamos en conjunto las informaciones del laboratorio, vemos que ellas corroboran el diagnóstico clínico y nos permiten formular, con mayor conocimiento de causa, el pronóstico y el tratamiento. En efecto, la naturaleza benigna de la erupción verrucosa, cuya etapa terminal se acompaña siempre de una regeneración sanguínea vigorosa, que repercute saludablemente en todo el organismo, el estado general satisfactorio del enfermo y su edad plena de energías reaccionales, justifican un pronóstico favorable, siempre que observe el tratamiento adecuado y se preserve contra la reinfección malárica. Las alteraciones del funcionamiento renal

no son óbice para ese pronóstico, dada su frecuencia y el carácter transitorio que presentan en el curso de la malaria, según nuestras observaciones de los últimos años, así como su desaparición con el tratamiento específico, salvo que reconociesen otro origen y fuesen irreductibles.

Sometido pues el paciente al tratamiento quinino-arsenical, asociado al reposo y alimentación adecuada, la mejoría se inició, lentamente, después de diez días en que la temperatura de la tarde ascendió a 37°C., 37°4, 38° y aún 38°2 (el 16 de mayo), descendiendo después a la apirexia franca, con ligeras elevaciones vespertinas e irregulares a 37°, a modo de recaídas maláricas frustradas, que desaparecieron, finalmente, a partir del 28 de mayo. Al propio tiempo, el volumen del bazo disminuía de modo apreciable y progresivo.

El brote verrucoso, continuó desarrollándose franca y vigorosamente en las extremidades y la cara, como ocurre de ordinario, siendo más abundante en los antebrazos, muslos, piernas y pies; en el tronco apenas había algunas pápulas. Como es igualmente de regla, los elementos eruptivos presentaban diversas edades y grados de desarrollo, sangrando muchos de ellos, otros ya en regresión avanzada y otros infectados y supurados. El apetito, continuaba excelente.

Hacia los primeros días de junio, sobrevino diarrea provocada, al parecer, por desarreglos alimenticios, insistiéndose entonces en el exámen microscópico de las heces, que no se había practicado al principio como estaba ordenado. Realizado dicho exámen el 8 de junio, se encontró en los escretos *angillula intestinalis* y huevos de *trichocephalus dispar*.

Tres días antes, el 5 de junio, se había examinado la sangre con el siguiente resultado:

Hematies 3.240,000—Leucocitos 6,000.

#### Fórmula leucocitaria.

Polinúcleares neutrófilos . . . . .	40%
„ eosinófilos . . . . .	10%
Mononucleares grandes . . . . .	4 „
„ medianos . . . . .	18 „
Linfocitos . . . . .	28 „
Hay poiquilocitosis marcada.	

La presencia en el intestino del enfermo de los gusanos *strongyloides stercoralis* y *trichuris trichiura*, conforme a las investigaciones del laboratorio, puede explicar, en parte al menos, la aparición de la

diarrea, pues aunque muchos autores consideran esos parásitos como desprovistos de patogenicidad, otros los juzgan capaces de provocar catarro intestinal y aún trastornos más serios del tubo digestivo, opinión esta última muy aceptable, en nuestro concepto, si se tiene en cuenta los hábitos de dichos metazoarios y su manera de vivir en el intestino del hombre, que, en el caso del estrongiloide, va hasta perforar profundamente la mucosa y con frecuencia el epitelio de las glándulas de Lieberkühn, para asegurar su alimento, a la vez que sitio adecuado donde poner sus huevecillos. Pero la acción nociva de los dichos parásitos puede ser todavía mayor, si, como lo afirman algunos investigadores, sus tejidos contienen sustancias hemolíticas susceptibles de producir anemia o de acentuar, cuando menos, la pérdida eritrocítica causada por otros agentes seguramente hemolizantes, como la malaria y la verruga peruana, que, en el caso que estudiamos, actúan simultánea y dañosamente sobre la sangre y los órganos hemopoiéticos. De aquí, sin duda, la intensidad inusitada de la anemia en plena erupción verrugosa apirética, a que hicimos alusión hace un momento, y la escasa ganancia de glóbulos rojos adquirida en 25 días.

Sojuzgada la diarrea, que hizo necesaria la reducción de los alimentos, se reanudó el tratamiento anterior, obteniéndose resultados más rápidos y favorables en la marcha de la enfermedad. Así, el 23 de junio, 18 días después del anterior exámen de la sangre, los hematíes sumaban 3.873,000 por mm.c., es decir, que habían aumentado en mayor proporción y en un tiempo más corto. El bazo, por su parte, continuaba reduciéndose, al punto que el 26 de junio, cuando vimos juntos al enfermo, el tamaño de esa víscera, que se ha marcado en la piel correspondiente, hacía notable contraste con las dimensiones que comprobamos el 9 de mayo (véase la fotografía N.º 2). El enfermo había recuperado, asimismo, buena parte de sus fuerzas y nos pedía diariamente permiso para levantarse, a lo que no accedíamos por el peligro de que se produjeran hemorragias y nuevas infecciones de los botones verrucosos que aún no habían empezado el proceso regresivo.

Posteriormente, hasta su salida del hospital, que tuvo lugar el 9 de julio, no fué posible verificar otros exámenes hematológicos, a causa de la resistencia que opuso a que se le extrajera la más pequeña cantidad de sangre. Con todo, podemos presumir con bastante fundamento, en vista del aumento progresivo y creciente de los eritrocitos comprobado anteriormente, así como de la mejoría no interrumpida del enfermo, que la regeneración sanguínea continuó hacia la normalidad. En efecto, no solo el estado general era completa-

mente satisfactorio el 9 de julio, sino que la erupción verrugosa se hallaba ya en la etapa evolutiva final, con la mayoría de sus elementos en atrofia y descamación, y por último, el bazo, que ocupaba dos meses antes la mitad izquierda del vientre, se había reducido casi por completo, de tal modo, que apenas desbordaba las falsas



Fig. 2.—Se muestra la reducción considerable del bazo y el brote verrucoso miliar, abundantísimo en las extremidades. (Fotografía tomada el 26 de Junio).



Fig. 3.—Profusión máxima del brote verrucoso en la superficie dorsal de los miembros. (Fotografía tomada el 26 de Junio).

costillas, palpándose, únicamente, su polo inferior, móvil e indolente.

Habría sido deseable, que el sujeto completase su restablecimiento en la sala, pero no nos fué posible detenerlo por más tiempo, ofreciéndonos, en cambio, regresar para que lo observásemos. Así lo hizo, en efecto, semanas más tarde, presentando entonces tan buen

aspecto, que según referencias de nuestro interno que lo vió, no pudo reconocerlo en el primer momento. Había engordado notablemente, recobrando su vigor y fortaleza normales; la palidez había desaparecido y de la erupción solo quedaban unos cuantos botones secos y duros, en la cara posterior de ambos muslos y en la oreja derecha; por último, el bazo, era todavía accesible a la palpación. (\*)

Ahora bien, el fenómeno clínico más importante que presenta el caso que estudiamos, excepción hecha del brote verrugoso, es la esplenomegalia, verdaderamente colosal, comprobada desde el primer exámen y cuya existencia, hasta entonces ignorada por el enfermo según su decir, no sabemos, de modo seguro, si precedió o siguió a la infección por el virus de la verruga. Es cierto que, conforme a las razones que hemos dado antes, dicha esplenomegalia parece ser el resultado de una infección malárica crónica anterior, pero careciendo de la comprobación del hecho y habiéndose sostenido por casi todos los observadores que han descrito la verruga peruana, que esta se acompaña de hipertrofia esplénica, susceptible de alcanzar proporciones enormes, debemos fijar la atención en el asunto y averiguar lo que haya de verdad en esa afirmación, que hoy se renueva todavía en trabajos recientes.

La observación clínica, en efecto, limitada al exámen directo del enfermo, que descubre los síntomas y lesiones existentes, para sintetizarlos en una fórmula diagnóstica, ha comprobado la asociación frecuente de la erupción de verrugas con la esplenomegalia y, más aún, en la forma llamada fiebre grave de Carrión, ha constatado, asimismo, que la hipertrofia considerable del bazo, presente en muchos casos durante el período pre-eruptivo, se reducía rápidamente con la aparición y desarrollo del brote. Todo esto, sin hallarse en la sangre el hematozoario de Laveran. Se ha concluido, por consiguiente, de esos hechos, a primera vista probatorios, que la verruga peruana origina, con frecuencia, esplenomegalias de magnitudes variables, en veces colosales. El caso que estudiamos, ofrece precisamente aquellos caracteres: la erupción verrugosa y la esplenomegalia, comprobadas desde el ingreso del enfermo en nuestra sala, han seguido, en efecto, una marcha, por decirlo así, paralela, al punto que la reducción final del bazo ha coincidido con las fases de atrofia y descamación del brote, no habiéndose encontrado, por lo demás, el parásito malárico en la sangre periférica.

---

(\*) El 26 de enero del presente año, seis meses después de los sucesos anteriores, tuvimos ocasión de ver a N., en la plenitud de sus energías, dedicado al oficio de fletero; la verruga había desaparecido por completo, no así el infarto del bazo, que continuaba accesible a la palpación al nivel del reborde costal.



Pues bien, señores, a pesar de las apariencias tan sugestivas de los hechos narrados, a pesar de la simplicidad elemental de la interpretación que se les ha dado, enlazándolos y atribuyéndolos, en su conjunto, al mismo agente etiológico, estamos persuadidos de que la verdad es otra y de que al lado de los casos discutibles, como el que constituye el tema de esta lección, hay muchísimos otros, en los cuales existen pruebas irrefutables de que la verruga peruana, libre de asociaciones o complicaciones, no genera nunca esplenomegalia y que cuando se acompaña de hipertrofia del bazo, esta lesión obedece a otras causas, ajenas por completo al virus verrugoso, entre las cuales ocupa lugar preferente la malaria, que reina endemopidémicamente en los focos de verruga. Y es a estos casos demostrativos que vamos a acudir, en nuestra próxima lección, para dilucidar, definitivamente—conforme al precepto fundamental de que las doctrinas, o sea las interpretaciones, deben subordinarse a los hechos, nunca éstos a aquellas—si la enfermedad de Carrión, pura, es capaz de producir las esplenomegalias enormes que se le han atribuído y se le atribuyen aún.

Pero, antes de terminar, debo llamar la atención de ustedes hacia dos hechos importantes que consigna la historia clínica de nuestro enfermo. El primero, es el carácter benigno de la infección verrugosa, con anemia simple, brote franco y tendencia espontánea a la curación, no obstante la coexistencia de la malaria crónica, que se modificó a su vez, favorablemente, por el tratamiento quinino-arsenical, la alimentación adecuada y la higiene; resultados que confirman el diagnóstico y el pronóstico que formulamos, mediante la interpretación de los antecedentes y de las informaciones suministradas por el exámen clínico.

El segundo hecho interesante, es el que se refiere a la zona verrucosa en que contrajo la infección, cuya ubicación exacta no es posible precisar con los escasos datos que nos ha proporcionado, pues, según ellos, ha tenido que traficar, en sus viajes al interior, por dos quebradas topográficamente idénticas, una de las cuales, la denominaba «quebrada de Huarmey», comienza a 3 o 4 leguas del pueblo del mismo nombre, encontrándose 2 leguas más hacia adentro la hacienda «Santa Rosa» a orillas del río Huarmey, de donde, asegura el Sr. M. E. GOMEZ (1), procedía un muchacho de 17 años, enfermo de verrugas, que se asistió en julio de 1911 en la sala de «Santo Toribio» de este hospital. Sin embargo, el hacer el resumen de las zonas ve-

---

(1) MÁXIMO E. GOMEZ.—*Epidemiología de la enfermedad de Carrión en las provincias de Yauyo y Cañete*.—Tesis para el bachillerato en Medicina.—Lima 1913.

rucógenas de la provincia de Santa y referirse a Huarmey, GOMEZ señala la «Hacienda de Santa Rosa y quebradas más elevadas», sin consignar ningún otro dato ilustrativo o comprobatorio, que permita conocer la ubicación exacta y extensión de dichas zonas infectantes. De aquí la necesidad de averiguar siempre y con los mayores detalles posibles, en cada caso particular, todo lo que se refiere a las localidades visitadas por el enfermo, a fin de contribuir, eficazmente, al conocimiento de la geografía de la enfermedad de Carrión, que, podemos decir, está todavía por hacerse.

