

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

La leishmaniasis del dermis en el Perú

LEISHMANIASIS AMERICANA

(*Espundia, Uta, Juccuya,
Qcepo, Tiacc - Araña.*)

por Carlos Monge M.

TESIS PARA EL DOCTORADO EN MEDICINA.

1914

IMPRENTA SANMARTI Y CIA.
San Pedro Nos. 388 y 392

LIMA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

INTRODUCCION

EL concepto científico moderno es la consecuencia de la elaboración intelectual del pasado y el preludio de investigaciones que tendrán su verificación más tarde. Para llegar á él contamos con las enseñanzas y energías de ayer que prepararon nuestro espíritu y trazaron el camino, discutiendo hechos, eliminando posibilidades, simplificando la obra. Es por esto que las rectificaciones del presente— en asuntos que atañen á la Patología Nacional— no son sino el punto de convergencia de esa preparación y esas energías, la etapa de arribada forzosa de los que no hemos hecho sino seguir esas enseñanzas y continuar ese camino.

Tal es á nuestro juicio lo ocurrido con la demostración de la naturaleza leishmaniásica de ciertas lesiones tegumentarias del Perú.

Nuestra labor comenzada hace dos años en Londres con el estudio de un caso de *Espundia* nos hizo ver su identidad con la *Uta*, lo que confirmamos á nuestra llegada á Lima. I, así, robustecida nuestra convicción, sin vacilaciones, fuimos á la Montaña—viviendo en las zonas infectadas, observando un considerable número de casos y por lo tanto penetrando más íntimamente en el terreno de las apariencias clínicas—para demostrar la naturaleza exacta del *Qcipo*, *Juccuya* y *Tiacc araña*. En todas estas lesiones hemos encontrado un agente patógeno, la *leishmania trópica*.

Parte de estos trabajos han sido comunicados al Vº Congreso Médico Latino Americano ó á su comité Organizador á quien debemos el honor de haber aceptado nuestras propuestas y facilitado un viaje de investigaciones.

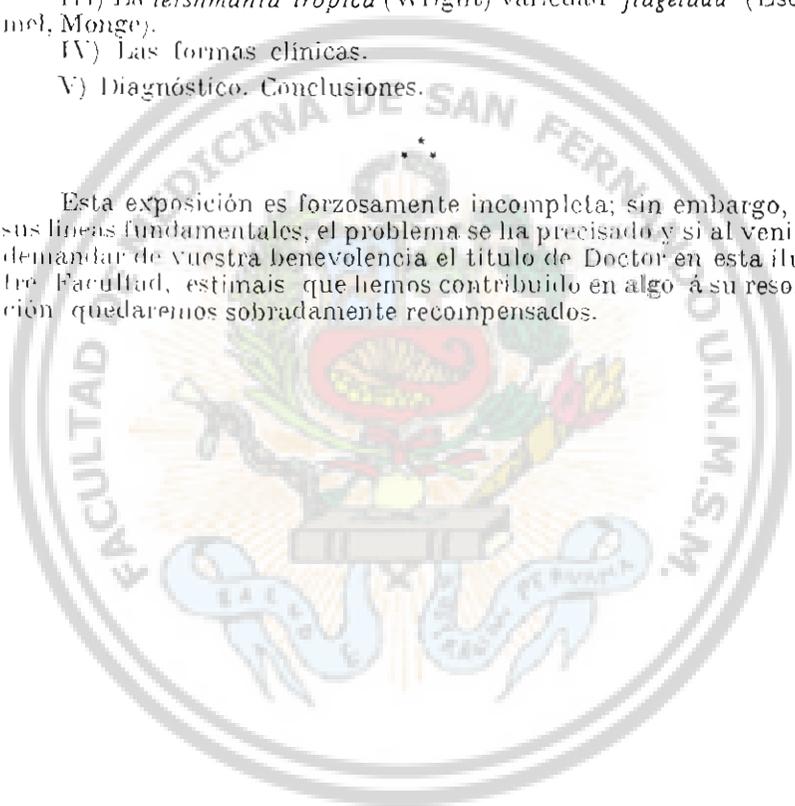
Pero quedó un gran número de hechos por estudiar y en los debates del Congreso se plantearon otros nuevos cuya resolución pretendemos dar en este momento. Hay más todavía, ciertas constataciones hechas últimamente en un caso de *uta*—posibles herpetomonas humanos— dan un nuevo aspecto á la cuestión.

Tal es, pues, la labor llevada á cabo y que creemos nos capacita para revisar este problema de la Patología Nacional, permitiéndonos el establecimiento de la entidad morbosa tropical: La LEISHMANIASIS DEL DERMIS.

Nuestra exposición comprenderá los capítulos siguientes:

- I) La Leishmaniasis del Dermis. Datos históricos.
- II) Su distribución geográfica. Datos etiológicos.
- III) La *leishmania tropica* (Wright) variedad *flagelada* (Escocel, Monge).
- IV) Las formas clínicas.
- V) Diagnóstico. Conclusiones.

Esta exposición es forzosamente incompleta; sin embargo, en sus líneas fundamentales, el problema se ha precisado y si al venir á demandar de vuestra benevolencia el título de Doctor en esta ilustre Facultad, estimais que hemos contribuido en algo á su resolución quedaremos sobradamente recompensados.



CAPITULO I

LA LEISHMANIASIS DEL DERMIS EN EL PERU.—DATOS HISTORICOS

Con el nombre genérico de Leishmaniasis del Dermis designamos todos aquellos procesos ulcerosos ó granulomatosos de la piel y las mucosas de los cuales es responsable la *Leishmania trópica*.

La Leishmaniasis del dermis en el Perú comprende las entidades llamadas en diferentes partes de nuestro territorio *Uta*, *Espundia*, *Tiacc-Araña*, *Qcepo*, *Juccuya*, *Llaga*, etc., en todas las cuales se ha encontrado la *Leishmania trópica*.

De conocimiento relativamente reciente en América tiene en su abono un hecho que le imprime un sello particular: el atacar no solamente la piel sino las mucosas. Efectivamente, además de los trabajos de Bueno de Miranda (1), Lindenberg (2) Carini y Paranhos; (3), Werner (4), Nattan Larrier, Touin et Hechenroth (5), Flu (6), Darling (7), Darling y Connor (8) Serdelin (9), Migone (10), que identifican con la Leishmaniasis ciertas lesiones de la piel del Brasil, México, Panamá, Paraguay y Guayanas Francesa ó Inglesa, debe hacerse resaltar de una manera particular los de Splendore (11), Carini (12), Laveran et Nattan Larrier (13), Terra (14) que han señalado la presencia de *leishmanias* en ulceraciones de la mucosa nazo-labial, hecho extremadamente raro en el Bonto de Oriente ó Ulcera Oriental, pero posible sin embargo, puesto que Castellani (15) en la India y Cardamatis y Mellissidis (16) en Grecia han hecho

- (1) Bueno de Miranda.—Arch. da Soc. de Med. et Chir. S. Paula Año 1º pag. 500
- (2) Lindenberg.—L' Ulcere du Bauru ou le Bouton d, Orient au Bresil, Bull. Soc. Pat. Exot. 1909
- (3) Carini y Paranhos.—Identification de l'Ulcere du Bauru. Bull. Soc. Pat. Exot. 1909
- (4) Werner.—Über Orientbeule aus Rio de Janeiro mit ungewöhnlichen Beteiligung des Lymphgefässsystems. Arch. f. Schiffs. u. Tropen-Hygiene. 1911
- (5).—Nattan Larrier, Touin et Hechenroth.—Sur un cas de Pian Bois de la Guyane. Bull. Soc. Pat. Exot. 1909.
- (6) Flu.— Die Aetiologie der in Surinan vorkommenden sogenannten "Bosch-yaws", etc. Centralb. f. Bakteriöl. 1911.
- (7) Darling.—Autochthonous Oriental Sore in Panama. Trans. Soc. Trop. Med. Hyg. 1910.
- (8) Darling y Connor.—A case of Oriental Sore in a native Colombian. Jour. Amer. Med. Assoc. Leishmaniasis and Babesiasis in Yucatan 1911.
- (9) Serdelin: Ann. Trop. Med. Parasitology. 1912.
- (10) Migone.—La Buba del Paraguay es una Leishmaniasis. Bull. Soc. Pat. Exot. 1913.
- (11) Splendore.—Buba Elastomycosi Leishmaniosi. Arch. f. Schiffs. u. Tropen-Hygiene 1911.
- (12) Carini.—Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-Pharyngée. Bull. Su Pat. Exot. 1911.
- (13) Laveran et Nattan Larrier.—Contribution á l'etude de l'Espundia—Bull. Soc. Pat. Exot. 1912.
- (14) Terra.—La Leishmaniose Tegumentarie au Bresil.— Vº. Cong. Med. Latino Americano. 1913.
- (15) Castellani. Jour. Trop. Med. Hygiene. N.º 4. 1913.
- (16) Cardamatis y Mellissidis.— Bull. Soc. Pat. Exot. 1911—Véase también Brumpt Bull. Soc. Pat. Exot. Qie. 1913 y Padesca—Arch. Hig. Pat. Exot. Dit. 1913

verificaciones análogas. De todas maneras es un hecho plenamente establecido la constancia de las formas mucosas en el Continente Americano.

En el Perú casi todos los trabajos anteriores á 1909 sobre este punto de nuestra Patología estan dedicados exclusivamente á la *uta*; Smith (1), Ugaz (2), Barros (3), Samanez (4), Biffi y Gastiaború (5), Pagaza (6), Avendaño (7) Tamayo (8) Palma (9) y Sagarnaga (10) se ocupan de consideraciones etiológicas, clínicas ó terapéuticas.

Corresponde á Palma el mérito indiscutible de haber demostrado que la tuberculosis no interviene en su determinación como era creencia general. De esta época á 1912 nada registran nuestras publicaciones médicas nacionales y es solamente á partir de los trabajos de Laveran y Nattan Larrier (11) en Francia, de Wenyon (12) en Inglaterra y con motivo de la proximidad del Vº Congreso Médico Latino Americano que nuevos investigadores se empeñan en el descubrimiento de su germen patógeno. Fué entonces que apareció nuestra primera comunicación resumen de los trabajos de Wenyon y cuya autorización para trasmitirla nos fué benevolamente concedida (13) Declaramos que en presencia de un enfermo procedente del Tambopata y que fué objeto de una lección del prof. Manson, nuestra convicción sobre la naturaleza de estas lesiones ulcerosas de la piel y de las mucosas, quedó hecha y perfectamente arraigada. Fué en esa virtud que encarrilamos nuestras investigaciones en determinado sentido hasta obtener un resultado positivo. Y fué por eso que primero en colaboración de nuestro inteligente amigo Dr. Vélez López (14) y luego, solos, en el valle de la Convención, demostramos la naturaleza leishmaniásica de esos procesos ulcerosos. El más elemental deber de hidalgüía que por otra parte nos produce la complacencia mas grata nos obliga á declarar que los Doctores Gastiaború y Rebagliatti llegaban, independientemente de nosotros,

(1) Smith M. D. Practical observations on the diseases of Peru (citado por Tamayo)

(2) Ugaz.—Etiología y Tratamiento de la Uta (Lupus) en el Perú. «Crón Méd.»

(3) Barros.—La Uta del Perú ó Lupus «Cron. Med.» 1895

(4) Samanez.—Algunas consideraciones sobre la Uta Peruana.— «Crón. Med.» 1901.

(5) Biffi y Gastiaború.—«Crón. Med.» 1910.

(6) Pagaza.—Uta Peruana. «Crón. Med.» 1904.

(7) Avendaño.—Apuntes sobre la Patología del Departamento de Loreto. Monitor Médico de Lima. 1892.

(8) Tamayo. La Uta en el Perú. Trabajos del IVº Congreso Médico Latino Americano. 1909

(9) Palma.— La Uta del Perú.—Id. Id.

(10) Sagarnaga.—Patología Tropical de la Espundia. Id. Id.

(11) Laveran et Nattan Larrier.— Contribution a l'Étude de l' Espundia—Bull. Soc. Pat. Exot. 1912.

(12) Wenyon—A case of Oriental Sore from South America. The Journal of the London School of Tropical Medicine. Julio 1912. Abril 1913

(13) La espundia es una Leishmaniasis de la piel.—C. Monge M.— Informe al Gobierno del Perú. Abril 1912. «Cron. Med.» Abril 1913

(14) Velez Lopez. «Crón. Med.» Julio 1913. Monge «El Comercio» Agosto 1913—Monge. El Tiaccaraña. «Crón. Med.» Octubre 1913. Primera nota preliminar á un estudio sobre las Leishmaniasis del Dermis. C. Monge. Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú—2a. nota preliminar «Crón. Méd.» 1913. (publicada con atraso)

à constataciones análogas. (*Crónica Médica* julio 1913.) Entre tanto el Dr. Escomel (1) anunciaba establecer las diferencias entre la *Uta*, la *Espundia* y la *Leishmaniasis americana*, variedad flagelada. Posteriormente y con motivo del Vº Congreso Médico Latino Americano se dió cuenta de los trabajos de Escomel (2), Rebagliati (3), Vélez López y nosotros (4) y nosotros solos (5) en que se daba la demostración microscópica de la *leishmania patógena*. I últimamente se registran nuevos trabajos de Wenyon (6) y de la Comisión de Harvard University (7).

Tal es señores la historia de esta interesantísima cuestión, exclusivamente considerada desde el punto de vista de las investigaciones microscópicas que nos han conducido á su conocimiento exacto. Pero es justo añadir que ya desde hace años el Dr. Bravo admitía la identidad de la *uta* y el Botón de Oriente (Merkel) y que la sección de Medicina Tropical del Vº Congreso Médico Latino Americano expresaba por medio de su presidente Dr. Arce (8) conceptos de extraordinaria exactitud que precedieron los diagnósticos del Laboratorio.

A juzgar por los documentos que andan escritos los Doctores Arce, Barton, Merkel habían pues entrevisto la naturaleza exacta de la *Uta*, doctrina sancionada, como acabamos de verlo por el Laboratorio, gracias á las investigaciones separadamente llevadas á cabo de Gastiaburú y Rebagliati de un lado, de Vélez López y nosotros de otro. A igual diagnóstico clínico llegaba el Dr. Sosa en sus lecciones.

Por último y con motivo del Vº Congreso Médico Latino Americano se abordaron otros temas de la *Leishmaniasis del Dermis*.

El Dr. Matto en colaboración del señor Pajuelo señaló en casos de *uta* la presencia de elementos cultivables, cuya presencia —según nuestra opinión— en todo caso es accidental y extraña á la esencia misma del proceso pues como veremos después, la existencia de las *leishmanias* encontradas sistemáticamente define perfectamente esta enfermedad. Por lo demás, el mismo señor Pajuelo declaró haber encontrado estos gérmenes en cuatro casos.

Merkel (9) Anchorena (10) Pérez Velasquez (11) Antunes (12),

(1) Escomel.— *Cron. Méd.* Abril 1913.

(2) Escomel.— *La Leishmania flagelada*.—Trabajos del Vº Congreso Médico Latino Americano. 1913.

(3).— Rebagliati.— *Etiología de la Uta*.— Id. Id.

(4) C. Monge y Vélez Lopez.— *La Uta es una Leishmaniasis*. Id. Id.

(5) C. Monge M. *Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú. El Agente patógeno* Id

(6) Wenyon.— *Trans. Soc. Trop. Méd.* Londres 1914

(7) Strong, Tyzeer, Brues, Sellards y Gastiaburú.— *Informe preliminar. Cró-Med.* 1914.

(8) Arce.— *Crón. Med.* Marzo 1913. Julio. 1913.— *Trabajos de la Comisión organizadora de Vº Congreso Médico Latino Americano* *Cron. Med.* Juio. 1913.

(9) Merkel.— *Uta: su fusión en las tuberculosis cutáneas y el botón de Oriente* *Crón. Med.* Agosto. 1913. — Vº Congreso Méd. Latin. Americano. 1913.

(10) Anchorena.— *Tratamiento de la Uta por el 606*. Id. Id.

(11) Pérez Velasquez.— *La Uta y el Tifus exantemático*. Id. Id.

(12) Antunez.— *Uta Peruana*. Id. Id.

Urcia (13). Voto Bernales (14), Almenara (15) y Denegri (16) y nosotros mismos (17) estudiamos distintos puntos de orden clínico, epidemiología y terapéutico. I á este respecto apresurémonos á declarar que el trabajo del Dr. Denegri escrito con una sagacidad clínica notable es, á nuestro juicio, uno de los mejores capítulos de esta enfermedad por mas que el autor nos hable de una enfermedad nueva oriunda de las regiones orientales.

Podríamos referirnos íntegramente á su descripción cuando nos toque hablar de la Leishmaniasis de las mucosas. Personalmente, *in situ*, hemos comprobado esta aseveración.

En resumen, la naturaleza leishmaniásica de la *Espundia* revelada por Nattan Larrier, Wenyon, Escomel y Monge; la de la *Uta* demostrada por Gastiáburú, Rebagliati, Vélez López, la Comisión de Harvard University y nosotros; la del *Qcepo*, *Jucuya*, y *TiaccAraña* comprobada por nuestra labor en el Valle de la Convención, es un hecho inconnovible.

Por lo demás, la constatación de la *leishmania trópica* no solamente en las lesiones mucosas de los Andes Orientales (Laveran Escomel, Monge) sino también en casos de *Uta* de esta forma que hemos sido los primeros en llevar á cabo y que constituye otro hecho solidamente establecido, inválida cualquiera afirmación sobre su posible naturaleza tuberculosa (Merkel), nos permite formar un cuerpo de doctrina en medio de esa apariencia tan semejante de hechos, y nos conduce al establecimiento de las formas clínicas.

(13) Urcia.— Algo sobre epidemiología y profilaxis de la *Uta*. Trab. Vº Cong. Med. Lat. Ame. 1913.

(14) Voto Bernales. Tratamiento de la *Uta* por las inyecciones intravenosas de Neo—Salvarsan. Id. Id.

(15) Almenara.— Tratamiento de la Leishmaniasis de la dermis por aplicaciones endovenosas de Neo—Salvarsan. Id. Id.

(16) Denegri.— Estudio clínico sobre una nueva enfermedad de las primeras vías respiratorias. Id. Id.

(17) Monge.— Las Leishmaniasis del Dermis en el Perú.— Las formas clínicas. Id. Id.

CAPITULO II

SU DISTRIBUCION GEOGRÀFICA—DATOS ETIOLÓGICOS

El trabajo más completo que se ha presentado hasta la fecha sobre distribución de la Leishmaniasis en el Perú y que complementa los ensayos de Tamayo y Palma es el magnífico estudio de Urcia que señala su existencia en los departamentos de Piura, Cajamarca, Amazonas, Loreto, Ancash, Libertad, Lima, Junin, Huánuco, Ayacucho, Cuzco, Apurimac y Arequipa; pero olvida indicar una de las zonas más infectadas: el departamento del Madre de Dios. En sus tres provincias los casos son numerosísimos siguiendo el curso del Tambopata. Puerto Maldonado es un foco importante. Tenemos datos seguros sobre su difusión á todo lo largo del Madre de Dios y en los Ríos Manu y Tahuamanu. (Referencia del diputado Sr. Vivanco).

No es nuestro objeto revisar la geografía de esta dolencia bien estudiada en el excelente trabajo de Urcia sino únicamente insistir en algunas peculiaridades de su distribución en el país y ciertas preferencias manifiestas de determinadas formas clínicas por algunas zonas de nuestro territorio.

Desde luego una característica fundamental de su existencia es el clima tropical. Tanto en los valles de las vertientes orientales de los Andes como en los del lado del Pacífico la Leishmaniasis no se desarrolla en las regiones subtropicales ó frías. Así en nuestra costa es preciso remontar los ríos y llegar á sus afluentes trasversales para encontrarnos con ella. Para no citar sino un ejemplo haremos notar que en el valle del Vilcanota, Urubamba y Ollantaytambo situados en la zona fría están indemnes; en la región subsiguiente hasta Machu-Pichu, de clima sub tropical tampoco puede verse caso alguno; pero, á partir de este lugar, y siempre descendiendo el valle, el clima cambia totalmente, Huadquiña y Collpani son regiones tropicales, de temperaturas encima de 30° y allí está precisamente el foco leishmaniógeno principal de la región. Todos sus pobladores llevan la «marca de Huadquiña». Tal es el hecho cuya comprobación hemos llevado á cabo personalmente. En fin, el Vilcanota penetra en medio de las selvas y en todo lugar donde existe una agrupación humana la enfermedad existe también. Echarate, Sahuayaco, la Providencia, ya cuando el Urubamba vá á formar el Alto Ucayali, son focos importantes.

Nos parece pues que el factor más general que preside su distribución geográfica es el elemento clima tropical.

Y sin embargo hagamos notar que la constitución orográfica del país es factor que restringe un tanto el espíritu general del anterior. Efectivamente cuando se desciende los macizos orientales de los Andes tropezamos con la enfermedad en

las partes relativamente altas de los ríos, en la *montaña* verdadera, tomada esta expresión en su sentido más estricto; pero luego en plena región de los bosques, en los llanos selváticos del Perú, no tenemos noticia de que haya sido señalada. Nos parece ser los primeros en anotar que los habitantes de los grandes afluentes del Amazonas por la izquierda—Morona, Pastaza, Napo, Putumayo, Caquetá—están indemnes. La enfermedad viene á presentarse en sus cabeceras, en terrenos ecuatorianos ó colombianos. De otro lado en el Bajo Ucayali tampoco existe. Hay terrenos relativamente ondulados como el Manu y Tahuamano cerca de su desembocadura donde se encuentra la Leishmaniasis, pero por regla general en los grandes llanos esta enfermedad es desconocida. He aquí un punto por verificar y de gran importancia etiológica.

Otro de los puntos sobre el cual vamos á insistir, perfectamente conocido de los pobladores de las zonas infectadas y un tanto menos de los autores que se han ocupado de estas cosas, es la preferencia de ciertas formas clínicas por determinada región. Así por ejemplo en el departamento del Cuzco, hemos tenido ocasión de dejar constancia que las lesiones ulcerosas tegumentarias son las más frecuentes en el valle de la Convención. Los naturales dicen: me picó el *tiacc-araña*. En Apurímac por el contrario son las formas secas, botonosas que predominan, y allí sus pobladores las llaman *Qeepo*. Pero, hay algo más todavía, en ciertas comarcas, siempre siguiendo la dirección de los ríos, se encuentra una y otra forma con una especial distribución geográfica. Citemos un hecho de cuya autenticidad estamos ciertos (Referencia del diputado Sr. Samanez). En el río Pachachaca desde la desembocadura del Río Chalhuanca hasta su confluencia con el Río Apurímac, los casos de *Qeepo* son numerosísimos. Una vez ya en el Apurímac, en plena montaña, á las formas secas anteriores se agregan las húmedas. Los indígenas dicen de una nueva enfermedad, el *tiacc-araña*.

Pero no es esto todo puesto que en la montaña del Paucartambo se ve casi de preferencia numerosos casos de Leishmaniasis de las mucosas. Esta forma clínica que los naturales conocen tan bien es la *Juccuya*, para ellos entidad distinta de las anteriores. En el valle de la Convención igualmente la hemos visto en la región de Huadquiña y es un hecho que es más frecuente conforme se penetra más en las selvas. En el Madre de Dios pasa otro tanto con la *Espundia*, cuyas formas mucosas se ven en gran número mientras más cálida es la región considerada. Rivalta, situado en territorio boliviano y en la unión con el Beni es un foco pródigo en Leishmaniasis de las mucosas.

De otro lado es preciso declarar que en los Andes Occidentales las formas mucosas son menos frecuentes, probablemente porque el medio ambiente no reviste los caracteres tórridos de nuestras selvas.

En resumen, la Leishmaniasis se encuentra difundida en casi todo nuestro territorio; las formas mucosas son más frecuentes en las selvas peruanas; hay ciertas particularidades geo-

C. Monge M.



(Fig. 1.)

Huadquiña. Foco importante. Clima tropical. En el fondo puede verse el nevado del Salcantay.



(Fig. 2.)

Una habitación de estacas de madera.

gráficas en la distribución de las formas cutáneas, cuyas causas ignoramos.

* * *

Sucesivamente en todos los países y aún en el nuestro se ha incriminado á toda clase de insectos la responsabilidad de ser los vehículos de este proceso patológico. Las experiencias de Wenyon y Patton, las más completas á este respecto, sólo han llegado á establecer que la *leishmania tropica* desarrolla formas flageladas en el intestino de *cimex* y *stegomias*. Entre nosotros se ha hablado de muy diversos artrópodos: *arácnidos*, *tábanos*, *ixodes*, *mosquitos*, etc. etc, y á ningún autor le falta una verídica historia de un posible agente trasmisor. Lo cierto es que este punto constituye una de las incógnitas más rebeldes del problema de las Leishmaniasis. Nosotros mismos, observando en el valle de la Convención que mientras que *ixodes*, *musidae*, *culex*, *pulex* y *pediculus* tienen una area de distribución geográfica mas considerable que la de la Leishmaniasis del Dermis, que los *anofelinos* y *cimex* son desconocidos en esta región y que, por último, la presencia de esta enfermedad coincidía con la de los *simulida*, concluíamos recientemente en la posible intervención de estos insectos como agentes portadores de la infección.

Sea como quiera, es preciso que investigaciones pacientemente conducidas sobre todos los artrópodos de las regiones infectadas lleguen á permitirnos encontrar al agente trasmisor. Pero tal cosa es imposible á menos que nuestros institutos técnicos, que debenser el árbitro supremo en trabajos de esta indole que atañen íntimamente á la Patología Nacional y en especial á la obra de colonización de nuestras selvas, no reclamen de los Poderes Públicos la protección necesaria para poner en práctica estos estudios.

Senos permitirá agregar—como un dato para esta orientación posible—la última hipótesis emitida hace apenas dos meses por el Protozoologista Wenyon (1) la autoridad más reconocida en Leishmaniasis.

Es un hecho aceptado en la actualidad que los herpetomonas, parásitos del intestino de los Antrópodos se reproducen gracias á la formación de cuerpos enquistados que han perdido el flajelo y que mezclados con las heces del insecto van á ser ingeridos por otros, continuándose así su ciclo vital. Wenyon sugiere que las *leishmanias* sean posibles herpetomonas primitivos de algún artrópodo, adaptados más tarde á una existencia humana y en esa

(1) Kala Azar in Malta, with some remarks on the various Leishmaniasis. Trans. Soc. Trop. Med. Hyg. January 1914.

virtud las investigaciones deben conducirse teniendo en cuenta esas formas enquistadas tan comunes en el intestino de todos los insectos para sorprender si algunas de ellas son capaces de concluir su ciclo vital en dos sentidos: en otro insecto—formas herpetomónicas, ó en el hombre—formas leishmaniásicas.

El problema queda pues planteado y será la fuente de investigaciones posteriores.



CAPITULO III

LA LEISHMANIA TROPICA (Wright) variedad FLAGELADA (Escomel, Monge)

Ya hemos visto como sucesivamente ha ido encontrándose en distintos procesos morbosos que algunos llegaron á considerar como genuinamente peruanos las *leishmanias* específicas. Aun á riesgo de parecer cansados permítasenos recordar que en la *Espundia*--forma cutánea y mucosa,--en el *Tiacc-araña*, *Qcepo* y *Juccuya* y en la *Uta*--forma cutánea--se ha encontrado la *leishmania trópica*. A estas constataciones hay que agregar las nuestras recientemente llevadas á cabo y que nos permitieron señalar este mismo protozoo en lesiones mucosas de *Uta*. De manera pues que, cuando nosotros afirmamos que la *leishmania trópica* es responsable de estas lesiones, es porque personalmente hemos encontrado en ellas estos gérmenes patógenos.

No pretendemos hacer un estudio completo de la biología de las leishmanias, asunto tratado con una competencia extraordinaria por Wenyon y Patton en las colonias inglesas: nuestro objeto es más modesto y nos lleva á hacer ver que la Leishmaniasis del Perú reconoce como agente causal un germen, cuyos caracteres morfológicos y formas culturales se asemejan en todo al que produce la Leishmaniasis de otras partes del mundo.

La *leishmania trópica* vive en el Dermis como protozoo aflagelado; desarrolla formas flageladas en los medios de cultivo, á base de sangre particularmente, presentándose entonces como un *herpetomonas*, las forma igualmente en el intestino de *cimex* y *stegomias* como Wenyon y Patton lo han demostrado y, por último, durante su vida parasitaria en el cuerpo de un insecto ó en los cultivos viejos, completa su ciclo vital generando cuerpos enquistados. Talés son los hechos actualmente conocidos en el extranjero.

Pero hay uno nuevo, fundamental, cuya enunciación ha correspondido al Dr. Escomel y simultáneamente al Dr. Cavia en el extranjero. Nos referimos á la presencia de *leishmanias* flageladas en las ulceraciones del Dermis. Por nuestra parte podemos citar un caso en el que insistiremos en seguida y que dán á estas aseveraciones una parcial confirmación. Nuestro objeto es discutirlo serenamente apreciarlo en su valor exacto y aquilatado ya exponerlo al comentario de investigadores futuros.

En resumen, pues, el ciclo vital de la *Leishmania trópica* es el siguiente: formas aflageladas en las lesiones del dermis; formas flageladas en los cultivos, intestino de ciertos insectos y aún lesiones dérmicas (Escomel, Cavia, Monge); formas post-flageladas (Patton) en el intestino de ciertos artrópodos.

Ocupémonos pues separadamente de:

- 1.º El parásito en las lesiones del dermis.
- 2.º Las formas herpetomónicas.
- 3.º Las formas post-flageladas.
- 4.º Los resultados de las inoculaciones.

1.—EL PARASITO EN EL DERMIS

La estructura de los parásitos en la leishmaniasis del Perú corresponde exactamente á la descrita por diferentes investigadores en las úlceras orientales de Armenia, Bagdad, India, etc. etc. En las coloraciones con el Giemsa ó Leishman se observa generalmente cuerpos ovoideos en que hay que distinguir tres elementos: el trofonúcleo, el kintonúcleo y el rizoplasto (véase nuestra lámina N.º 1). El trofonúcleo está constituido por delicados puntos cromáticos que forman un conglomerado y se halla rechazado cerca de la periferia del elemento; el kintonúcleo ofrece un aspecto más homogéneo y una coloración más intensa y puede encontrarse, sea separado del núcleo, sea inmediato á él, al extremo de simular una fusión completa que sin embargo solo es aparente; el rizoplasto, que hemos encontrado muy pocas veces, se tiñe como el kintonúcleo y va á terminarse en la membrana del elemento. Generalmente una vacuola ocupa el protoplasma. Las dimensiones de estas leishmanias oscilan al rededor de 3 micrones. Su morfología es muy variada; muy á menudo se encuentra formas casi esféricas; otras veces son elementos alargados que se ha comparado muy justamente á torpedos ó cigarros puros. Para estar en lo cierto á este respecto es preciso afirmar que la morfología de estos elementos cambia á lo infinito. El estudio comparativo que hemos hecho de estas leishmanias y de las que pudimos ver en Londres en casos de úlceras orientales de Bagdad y Alepo así como también las que fueron mostradas por el profesor Laveran en el Instituto Pasteur de París (Leción sobre Leishmaniasis. 1913) nos ha conducido á la conclusión de que todas revisten aspectos semejantes.

Estos elementos pueden encontrarse incompletos y mostrar un protoplasma que contiene ó bien solo el trofonúcleo, ó bien el kintonúcleo, ó bien el rizoplasto ó, en fin, completamente desprovisto de sustancias cromáticas; formas de desintegración celular muy frecuentes cuando al mismo tiempo están acompañadas de microbios de supuración; pero los obtenidos por raspado profundo de la ulceración ó, lo que es mejor, por aspiración en un tubo capilar introducido por la piel en un lugar sano y sobre el borde mismo de la úlcera, muestran siempre todos los detalles estructurales que hemos señalado anteriormente.

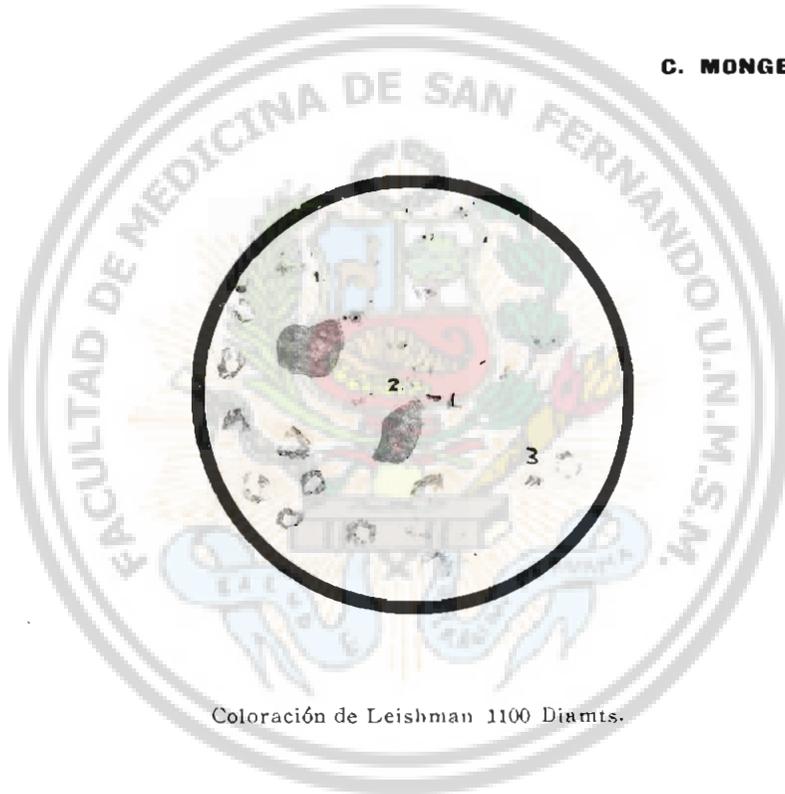
En cuanto á su situación, pueden hallarse libres, pero más generalmente están dentro de macrófagos. Hemos podido contar hasta 18 en uno de estos. También puede vérselos dentro de los polinucleares.

Jamás hemos podido señalar su presencia en la sangre periférica; sin embargo el hecho ha sido comprobado en otras partes por

Leishmaniasis del Dermis

(TIACC-ARAÑA)

C. MONGE M.



Coloración de Leishman 1100 Diamts.

- 1) Leishmania típica dentro de un macrófago. Nótese el aspecto del trofonúcleo.
- 2) Leishmanias, núcleo teñido ordinariamente.
- 3) Leishmania trópica. Trofonúcleo, Kinetonúcleo, rizoplasto.

Neuman (Ext. del Kala-Azar Bull. N°2, 1912) y por Row en Cambay (Preliminary Report on an Investigation into the Etiology of Oriental Sore in Cambay. 1912). En ciertos casos la sangre vertida en el borde mismo de la ulceración hemos visto que acarrea mecánicamente algunos parásitos.

Cuando en lugar de hacer la fijación después de desecación, se ocurre á procedimientos «más racionales», como dice Wenyon, los resultados son un tanto distintos de los que acabamos de indicar y puede entonces verse rasgos de estructura muy interesantes y que representan el aspecto verdadero de las leishmanias. Nosotros empleando el fijador de Schaudin y una modificación del Giemsa (Cron. Méd. Nov. 1913.—2a. Nota, etc. C. Monge M.) hemos obtenido magníficas preparaciones. En tal caso el núcleo presenta un cuerpo cromático central, á su alrededor una atmósfera incolora y en fin una membrana nuclear perfectamente distinta (véase la lámina N° 1).

Cuando se usa la hematoxilina ferruginosa de Heindenhein el trafo núcleo se tiñe análogamente, pero en negro, mostrando siempre la membrana nuclear (véase lam. N° 2).

El kineto núcleo se tiñe profundamente en negro, el rizoplasto es difícil de encontrar.

Este aspecto es pues muy distinto del obtenido con las preparaciones tipo Romanowski y nos demuestra la verdadera estructura del parásito. La coloración Giemsa ó Leishman sin fijación vital previa, da aspectos mas hermosos á la vista, pero falsos, resultado del estallamiento de la sustancia cromática.

El proceso de multiplicación de las leishmanias por división directa es posible seguirlo en algunos preparados. En tal caso el trofo y kineto núcleo se dividen en primer lugar y luego bajo aparece la línea de división del protoplasma. Otras veces se distingue un conglomerado constituido por varios elementos que parece la resultante de una división múltiple.

2—LAS FORMAS HERPETOMONICAS

Las leishmanias completan su ciclo vital en los cultivos en el intestino de ciertos insectos, y aún en el mismo huésped humano como Escamel, Cavia y ultimamente nosotros lo hemos constatado. Pero cambian de estructura volviéndose elementos flagelados. Estudiemos:

A) *Las formas culturales*

No pretendemos describir todos los medios en que este cultivo puede llevarse á cabo sino únicamente dar cuenta de los cultivos en el conocido medio N. N. N. que llevamos á cabo en Londres.

Y á este respecto no encontramos nada mejor que repetir las palabras de nuestro profesor Wenyon: «el tipo de parásitos encontrados en los cultivos ha sido descrito muchas veces por diferentes observadores y repetidamente se ha pretendido encontrar diferencias en las formas culturales de los parásitos provenientes de las dis-

tintas clases de leishmaniasis. en los cultivos, sea que las leishmanias se hayan obtenido del Kala-Azar ó de la Úlcera Oriental, se desarrollan del mismo modo. El parásito comienza á crecer, sea que esté libre ó dentro de un macrófago, el trofonúcleo se alarga y se tiñe con menos intensidad, el kinetonúcleo aumenta muy poco de volumen. Durante este periodo puede multiplicarse por simple división del protoplasma consecutiva á la división nuclear. Después de esto, las formas culturales tienden á alargarse y á formar flagelos. El flagelo parte en asociación con el kinetonúcleo» (Kala-Azar. Bulletin. N° 3, 1912).

Tanto en las coloraciones con el Leishman que hemos usado de preferencia, como en una modificación del Giemsa que describimos en otra oportunidad y mejor coloreando con la hematoxilina férrica despues de fijación vital puede seguirse el desarrollo de las leishmanias. Generalmente los elementos aparecen en *amas* y puede distinguirse en todos ellos dos tipos extremos. Uno constituido por formas muy delgadas y alargadas con un flagelo que parte de una extremidad y dotadas de gran movilidad y otras pequeñas, muy anchas con un polo afilado y uno obtuso del cual parte el flagelo, y de movimientos menos vivos. En ambas, como en las formas flageladas hay que considerar el trofonúcleo, generalmente central, el kinetonúcleo y el rizoplasto, del cual arranca el flagelo. No es raro encontrar el protoplasma vacuolado y en un sitio cualquiera de este mismo granos cromáticos—*cromidium*. (Véase la lam. N° 2)

El núcleo aparece granuloso, cuando teñido por el Leishman, pero en los casos de fijación vital previa toma el mismo aspecto que en las formas aflageladas; es decir está constituido por una finamembrana nuclear que envuelve una sustancia nuclear acromática en el centro de la cual aparece el cromosoma como un punto negro. El kinetonúcleo es de una coloración mas oscura y en cuanto al rizoplasto, no arranca del elemento anterior sino á una pequeña distancia. De su extremidad periférica parte el flagelo.

La reproducción de estas formas se hace por división. Es frecuente ver entrar en primer lugar en acción el kinetonúcleo que se estria y divide conservándose á veces un delicado filamento de unión.

Del nuevo kinetonúcleo comienza á crecer un nuevo rizoplasto y flagelo. En seguida entra en actividad el trofonúcleo, el cariosoma se divide, se ensancha transversalmente á la célula, un delicado filamento cromático une los cariosomas hijos que por último quedan separados. Entre tanto, se hace la separación de los protoplasmas comenzando por el espacio comprendido entre los dos rizoplastos. Puede verse ciertas formas en los cuales el trofonúcleo está en actividad y sin embargo no hay sino un kinetonúcleo

Por último debemos agregar que según ciertos autores (Franchini, Row, Wenyon) en los cultivos viejos aparecen formas diminutas que tal vez guarden relación con formas análogas encontradas en los *cimex* y que podrían estar en relación con la trasmisión de este parásito por un metazoo.

Por nuestra parte no hemos tenido ocasión de estudiarlas.

Las apuntaciones que acabamos de hacer se refieren á traba-

jos que personalmente hemos hecho en el Perú ó que se nos ha permitido seguir en Londres.

La descripción hecha guiándonos de nuestros preparados de origen peruano coincide con la de las formas culturales de la Úlcera Oriental. I á este respecto para terminar este capítulo con una opinión incontrovertible, citemos las frases de Wenyon refiriéndose á la Leishmaniasis del dermis en el Perú.

«Comparando estos cultivos con los de la Úlcera Oriental obtenidos por muchos observadores no puede encontrarse diferencia alguna entre ambos» Pero hay algo mas todavía, puesto que el mismo Wenyon, hablando de cultivos de distintas especies de leishmanias, manifiesta que es imposible diferenciarlos.

En suma, para decirlo en pocas palabras, es posible afirmar que las distintas leishmanias producen formas culturales idénticas.

B) *Las formas flageladas en los insectos*

Con el objeto de encontrar el agente trasmisor de esta enfermedad se ha hecho ensayos en animales para ver si en sus vísceras se completaba el ciclo vital de las leishmanias. Asi obligando á *cimex* y *stegomias* á alimentarse de la secreción de las úlceras se ha visto que actuando el intestino de estos insectos como verdaderas estufas, las formas flageladas han podido desarrollarse «Solo en *Stegomia*, *fasciata* y en *cimex lectularius* (?) los parásitos de la úlcera Oriental han desarrollado *herpetomonas*. Esto no demuestra que estos insectos sean los vehículos naturales de esta enfermedad». (Wenyon) En Cambay, Patton(1) ha confirmado estos resultados en los *cimex*.

C) *Las formas flageladas en los tejidos*

Hasta hace poco en una comunicación que hacíamos al Vº Congreso Médico Latino Americano declarábamos no haber encontrado las formas flageladas del parásito en estas ulceraciones no obstante repetidos exámenes prolijos que hicimos con este objeto. Escomel, ocupándose de la Leishmaniasis flagelada, dice haber encontrado «pequeños cuerpos de contornos bien definidos, algunas veces de contorno oval, algunas otras piriforme. otras estan provistas de un flagelo delgado insertado en uno de los polos. Algunas veces los flagelos son dos: uno en el polo anterior, afilado y flexible, el otro es posterior, un poco mas pequeño, mas ancho y mas rígido sin ser recto. Los flagelos tienen dimensiones que varían entre 2 y 5 micrones» En resumen al lado de *leishmanias* típicas Escomel ha encontrado cuerpos provistos de flagelos cuyas características— flagelo anterior y posterior, tamaño de 2 á 5 micrones— no encuadran muy bien dentro de la biología conocida del parásito y que veremos en seguida.

Toca á Escomel evidentemente el indiscutible honor de haber señalado, antes, que nadie, estas formas flajeladas; pero convengamos en que su descripción nos aleja un tanto de las formas herpetomónicas de Cavia y de las culturales que acabamos de pasar en revista. Efectivamente, Escomel nos habla de elementos *con dos flagelos uno*

(1) Patton. Preliminary Report on an Investigation, into the Etiology of Oriental Sore in Cambay. Scientif. memories, Sanitary Department of India, Nº50.

anterior y otro posterior, cosa que está completamente fuera de los hechos conocidos en la biología de las leishmanias, y agrega más tarde que estos tienen dimensiones que varían entre 2 y 5 micrones. Convengamos también que flagelos de 2 micrones de longitud solo pueden aceptarse dentro de cierto estrecho convencionalismo pues á penas si esas dimensiones podrían marcar la extremidad afilada de un parásito.

Admitiendo pues el hecho de haber señalado Escomel las formas flageladas en referencia y reivindicando totalmente para él, el honor de un descubrimiento de esta naturaleza, permitásenos sin embargo exponer nuestras dudas sobre que todas ellas representen una etapa de la vida de la *leishmania trópica*. Es posible que algunas lo sean, pero ciertos elementos flagelados en ambos polos ó no son leishmanias ó son formas no conocidas de este parásito—lo que estaría por demostrar,—ó son errores de interpretación. Por lo demás la misma lámina de Escomel nos habla de un posible parásito distinto. A este respecto ya hemos dicho en alguna parte que sobre las ulceraciones leishmaniásicas puede crearse una fauna y flora muy variadas: hongos en gran cantidad, amebas, etc. etc. son huéspedes presentes y no sería raro que algún flagelado distinto del *herpetomonas trópica* viniera á hacerlas más complejas. En suma aceptando la interpretación dada del magnífico hallazgo de Escomel y conviniendo en que algunas de los flagelados que el nos presenta son formas de desenvolvimiento de las leishmanias, creemos justo exceptuar aquellas biflageladas, cuya explicación solo será el resultado de investigaciones posteriores.

Por nuestra parte, recientemente hemos tenido ocasión de estudiar un caso de *Uta* con lesiones de la piel y las mucosas (véase fig. N° 7). En los preparados hechos con serosidad tomada de las ulceraciones mucosas hemos encontrado la *leishmania trópica*. Además, hemos tenido la suerte de hallar en compañía de nuestro distinguido amigo Sr. Guillermo Almenara algunos elementos herpetomónicos incompletos, cuya descripción vamos á dar.

Se trata de elementos alargados aproximadamente de 8 á 10 micrones de longitud por 1,5 de ancho; de protoplasma perfectamente teñido en azul por el Giemsa, afilado en una de sus extremidades. Contiene tres elementos cromáticos, perfectamente diferenciables; uno de ellos, cerca de uno de los polos está constituido por una sustancia cromática, granulosa, teñida, en rojo; otro en el centro mismo del cuerpo de este elemento es circular y se tiñe del mismo modo. Por último cerca de la estremidad afilada puede verse el otro teñido análogamente. (Véase lam. N° 2)

El primero tiene toda la apariencia de un kineto-núcleo el segundo el aspecto de un trofo-núcleo, y en cuanto al tercero su posición guarda relación estrecha con un rizoplasto. Esta descripción es la misma que la de las formas flageladas; no se diferencia sino en la ausencia del flagelo. Pero todos sabemos que aún en los cultivos su coloración es muy difícil y que es preciso hacer actuar dos ó tres horas las sustancias colorantes para obtener un buen resultado. Tenemos preparados de nuestros cultivos muy análogos á estas for-

C. Monge M.

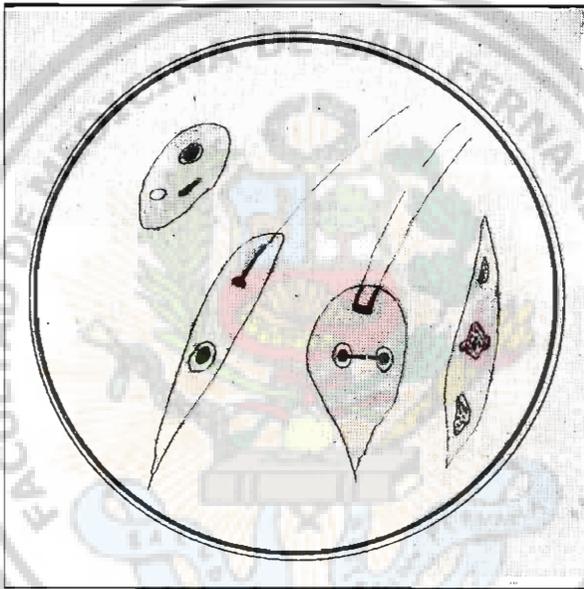


Lámina 2.

- De izquierda á derecha.
- 1º.—Leishmania típica.
 - 2º.—Herpetomonas alargado (cultivo)
 - 3º.—Herpetomonas pequeño (cultivo) Trofo y Kineto núcleo en división—Dos rizoplastos, dos flagelos.
 - 4º.—Herpetomonas incompleto humano Monge).
- Obsérvese la forma del núcleo y de la (membrana nuclear.

mas alargadas del parásito que revisten todo el aspecto de un herpetomona verdadero. Por estas consideraciones nos es permitido aceptar estas formas como herpetomonas incompletos por los defectos de técnica y concluir en su naturaleza leishmaniásica.

3.—LAS FORMAS POST FLAGELADAS

Los herpetomonas tienen todavía una tercera forma aflagelada derivada de las inmediatas y que se presentan en el intestino posterior de los insectos en los cuales habitualmente son parásitos (Nosotros hemos encontrado un herpetomona parásito de un Simulide en la hoya del Urubamba. Trabajo inédito). Patton cree que las leishmanias tienen también una tercera forma, aflagelada y que, según él, se encontraría en el intestino medio de los *cimex*, en los cuales él ha conseguido el desarrollo de estos parásitos. En el ciclo biológico de los herpetomonas, en general parásitos del intestino de los insectos, hay una etapa caracterizada por formas post-flageladas, en que el flagelo cae y el parásito queda reducido á un verdadero quiste. Se supone que estas formas expulsadas con el contenido intestinal van á ser ingeridas por otros insectos ó por sus larvas para dar lugar nuevamente á las formas flageladas. Patton ha observado, haciendo alimentar á *cimex* en ulceraciones leishmaniásicas que las formas flageladas se desarrollan y que luego, en un momento mas avanzado de su vida, pierden el flagelo y se transforman en formas redondas, aflageladas nuevamente. La diferencia entre estos elementos y los herpetomonas parásitos de los insectos no está sino en que los primeros se presentan en el intestino medio de los *cimex* mientras que los herpetomonas desarrollan las formas post-flageladas en el intestino posterior.

Wenyon (1) hace notar á este respecto que semejantes formas son análogas á las que se producen en los cultivos viejos y concluye pronunciándose por su identidad. En lo que respecta á su significación es posible que dichos elementos post-flagelados sean los únicos capaces de transmitir la infección.

4.—LOS RESULTADOS DE LAS INOCULACIONES

Hasta el presente las únicas llevadas á cabo con resultado positivo son las de Wenyon en un caso proveniente del Tanihopata. Las inoculaciones hechas con cultivos han sido infructuosas; las practicadas con producto humano han reproducido la enfermedad en monos, perros y gatos.

Por nuestra parte, inoculamos un perro con un exudado rico en *leishmanias* durante nuestra estadía en el valle de la Convención; dos meses despues no había tenido lugar la infección.

Es verdaderamente sensible que no se haya proseguido las observaciones en esta vía para dilucidar experimentalmente la cues-

(1) Wenyon: Experiments on the Behaviour of Leishmania, etc. Jour. London Schoo Trop. Med. Dec. 1912.

ción de la *Leishmaniásis* de las mucosas que nadie hasta la actualidad ha tocado. Es este un punto de gran originalidad y al cual dedicaremos todos nuestros esfuerzos.

* *
* *

Los hechos anteriores establecidos á manera de premisas van á permitirnos, desde un punto de vista taxonómico, darle un nombre al agente patógeno que acabamos de describir.

Laveran y Nattan Larrier han edificado la especie *leishmania trópica* basándose en el examen de unos frotis que les fueron remitidos del Perú por el Dr. Escomel y que por lo menos contaban dos meses de desecación. Insisten ellos en el aspecto aplanado del núcleo y amoldado á la membrana del parásito (Bull. Soc. Pato. Exot. N° 3, 1912). Ultimamente Laveran, en el Congreso de Medicina de Londres (agosto 1913) sostuvo su opinión y Nattan Larrier, probablemente menos convencido, habló de diferencias morfológicas mínimas entre la *L. trópica* y la *L. trópica, var. americana*.

Por su parte Escomel, en todo conforme á la opinión de Laveran en el Congreso Médico de Lima (Noviembre de 1913); nos describió una nueva entidad morbosa distinta de la estudiada por Laveran (*Espundia*) y de la que era generadora la *leishmania flagelada*, sobre cuyos caracteres acabamos de insistir.

De otro lado, Wenyon dice, hablando de la opinión de la Laveran: «nótese que esta peculiaridad está admirablemente representada en la excelente microfotografía del trabajo de Wright sobre la Ulcera Oriental de Armenia (Journal of Med. Researchs. 1903).

En seguida en otro trabajo añade: «en tamaño y en forma estos parásitos (*Espundia*) corresponden con los que he visto en la Turquía Asiática» (Journal of London School of Trop. Med. Julio de 1911). El germen en referencia es la *leishmania trópica*.

Nosotros no podemos hacer nada mejor que suscribir enteramente esta opinión porque efectivamente tanto en los casos de leishmaniasis americana como en los que tuvimos ocasión de ver en la Escuela de Medicina Trópica de Londres, como en las Ulceras Orientales que vimos allí también, como en las preparaciones que nos fueron mostradas en el Instituto Pasteur de París (Lección del Profesor Laveran. 1913), como en los casos de *Uta*, *Juccuya*, *Quecpo*, *Tiacc araña* que hemos visto en el Perú hemos encontrado siempre los mismos elementos con características estructurales en todo semejantes. Por lo demás tal es también la opinión de nuestro distinguido y competente compañero Dr. Rebagliati quien refiriéndose á la variedad americana del Prof. Laveran nos dice: «creo según el resultado de nuestras observaciones, tanto en la *Uta* como en la *Espundia*, que los caracteres reconocidos por ese autor á la

leishmania en esta última enfermedad, no se apartan lo suficiente de los de la Úlcera Oriental para consagrar esa sutileza taxonómica, toda vez que investigadores que poseen una versación extraordinaria en esa clase de estudios, se ven, aún hoy, muy embarazos para trazar los caracteres distintivos entre la *leishmania trópica* y la *leishmania donovani* del Kala-Azar».

En resumen, á favor de la pluralidad de las variedades abogan Laveran, Nattan Larrier, Escomel (*Leishmania trópica var. americana*); Vélez López (*Leishmania peruviana*). Y todavía hay que agregar la enfermedad nueva de Escomel de la cual era responsable la *leishmania flagelada*. Hay á nuestro juicio, en estas denominaciones y distingos un tanto caprichosos tres cuestiones que han enmarañado en tanto la exacta conclusión y que han sido la consecuencia de errores taxonómicos (Escomel), de afirmaciones incondicionales sobre hechos observados un restringido número de casos (Escomel) y de no haberse puesto en condiciones de evitar las causas de error. (Laveran y Nattan Larrier).

Por esto, en el Congreso Médico de Lima suscribíamos integralmente la tesis de Wenyon. El agente causal es la *leishmania trópica* (Wright).

Hemos conservado al género el nombre de *Leishmania*, alejándonos de los autores franceses (Verdun) que incluyen este protozoario en el género *leptomonas* por cuanto los *leptomonas* son flagelados parásitos de los insectos ó de las euforbiáceas, no presentando en su ciclo vital una primitiva forma aflagelada como pasa en nuestro caso. De otro lado la denominación de *forunculosa* de Verdun prejuzga una sola forma clínica y es por lo tanto restringida.

Pero si tenemos en consideración el hallazgo de *Leishmanias* flageladas por Escomel en ciertas ulceraciones circinadas *de las que él hacía una leishmaniasis distinta* y, por nosotros, de formas herpetomónicas en lesiones mucosas, cabe preguntarse: hay derecho para constituir una variedad que repose sobre este carácter general?

Tal es el asunto que proponemos para su dilucidación futura. La *leishmania trópica, var. flagelada*, explicaría quizá la producción de lesiones mucosas de carácter tan graves como son las que vemos en este Continente. El hecho queda en observación.

CAPITULO IV

LAS FORMAS CLINICAS.

En realidad la leishmaniasis del dermis debería ser estudiada en un solo capitulo, pero razones de localización anatómica que guardan cierta relación con su distribución geográfica y la comodidad de la descripción justifica el considerar dos grandes modalidades clínicas: *LA LEISHMANIASIS DE LA PIEL, LA LEISHMANIASIS DE LAS MUCOSAS*. Sin embargo dejamos constancia de que hasta el presente no se ha señalado un solo caso de Leishmaniasis primitiva de las mucosas; constantemente el compromiso de éstas es la consecuencia de una lesión tegumentaria inicial.

Ocupemonos pues separadamente de:

1) *LEISHMANIASIS DE LA PIEL*

Es difícil señalar con exactitud el tiempo que dura el periodo de incubación; hemos visto enfermos que han comenzado a estarlo cuatro semanas después de su tránsito por una zona infectante y otros pasados ocho meses. Entre ambos límites caben todas las cifras intermedias. De otro lado los ensayos profilácticos por medio de la incubación han dado, en el extranjero, resultados diferentes. Wenyon (1) desarrolló una úlcera seis meses y medio después de inocularse, con un fin científico; Pattan ha descrito algunos casos en que el periodo de incubación fué de diez y seis días; en un caso de Wenyon la incubación fué de dos meses; en uno de Nicolle solamente de ocho días.

A este respecto los datos mas interesantes son los del Dr. Saati de Mousul quien en treinta y seis casos de Leishmaniasis experimental señala una incubación de dos meses, más ó menos (Wenyon) (2).

Por último la experimentación en animales con producto tomado de un caso peruano (*Espundia*) ha dado á Wenyon (3) los resultados mas variados, entre veinte dias y cuatro meses.

Es un hecho corriente que la enfermedad se desarrolla sin síntomas premonitorios. Con todo hemos encontrado algunos pacien-

(1) Wenyon.—Some remarks on the succesful inoculation of Leishmaniasis Jour. London. School. Trop. Med. Julio 1912

(2) Wenyon.—Oriental Sore in Baglad. Parasitology 1913.

(3) Wenyon.—A further note on a case of Dermal Leishmaniasis from South America; J.L.S.T.M. Abril 1913.



(Fig. 3.)

Forma seca ó hofonasa. Lesión del menton (*Qerpo*)

tes que nos han manifestado haber pasado por un período de «*descomposición de cuerpo*» días antes de aparecer la ulceración. Recuérdese á este respecto que Wenyon seis meses despues de haberse inoculado el «Boton de Bagdad» y cuando creía que la inoculación había fallado, se vió acometido de fiebre, algias y malestar general que atribuyó á la Grippe; unos días después vió aparecer en el punto inoculado el boton eruptivo. Sin embargo este hecho es raro ó quizá de difícil averiguación.

Lo frecuente es que, sin manifestación general alguna, el individuo ve aparecer, siempre en una parte descubierta de su cuerpo, una manchita en todo análoga á la picadura de un mosquito acompañada, muy rara vez, de cierto escosor.

Este elemento, cuando es el primero en aparecer, evoluciona con relativa rapidez, aumenta de volumen dando el aspecto de una verdadera pápula; pero desde este instante vá á diferenciarse en dos tipos principales según que la infiltración granulomatosa predomine ó que se instale un proceso ulcerativo por modificación y pérdida del dermis. Esta pápula dá entonces la impresión de picadas de zancudo irritadas por el rascado. Elemento perfectamente indoloro, no tiene repercusión alguna sobre los ganglios inmediatos ó las vías linfáticas y en realidad no casusa la menor incomodidad al individuo que lo lleva. Efectivamente, fuera del elemento morbozo no hay signos de inflamación alguna de la piel que lo rodea, la que permanece sana y conserva su elasticidad normal.

A partir de este momento, hemos dicho, la pápula leishmaniásica vá á sufrir una particular evolución constituyéndose así dos modalidades clínicas perfectamente conocidas en ciertas regiones del Perú y que en realidad reúnen caracteres de una precisión absoluta. Estas dos formas clínicas son *la forma seca ó botonosa (qcepo)* y *la forma húmeda ó ulcerosa (tiacc-araña)*. Pero debemos agregar que la asociación de ambas es hecho frecuente, lo que nos lleva á plantear una forma nueva: *la forma mixta*. Una errónea interpretación de éstas las ha hecho suponer entidades morbosas diferentes. En el valle de la Convención (Monge) las llaman *qcepo* y *tiacc-araña* y les atributen una naturaleza distinta,

Nosotros hemos encontrado leishmanias en ambas formas: *qcepo* y *tiacc* y por consiguiente estando perfectamente informados sobre su verdadera causa fácil nos ha sido edificar el concepto clínico.

Describiremos pues A) forma seca ó botonosa; A) forma ulcerosa; C) forma mixta.

A.—*Forma seca ó botonosa* (véase fig. 3)

La pápula leishmaniásica aumenta poco á poco de volumen, se eleva sobre la piel y es de un color rosado que palidece á medida que se pierde en el resto de la piel sana, una costra negruzca cubre su vértice. Muchas veces este elemento permanece estacionario y el

individuo lo lleva como si fuera un forúnculo indurado; otras, aumenta mas de volumen, toma el aspecto acuminado, luego se escara en su centro sin llegar á la ulceración y, en ciertos casos, dá la misma impresión de un chancro sífilítico. Su superficie recubierta de costras amarillentas ó brunas deja ver al desprenderlas un fondo granuloso que sangra facilmente. En realidad la serosidad que fluye se concreta inmediatamente en costras amarillentas de donde resulta el aspecto seco y costroso de esta forma. La forma de estos elementos es redondeada ú ovalar, á veces de contorno festonado y hay ciertos casos en que uniéndose varios toman un aspecto circinado. En cuanto á su número es un hecho frecuente ver de dos á tres sobre todo en las criaturas y particularmente en la cara. Su marcha es variable pues muchas veces permanecen sin experimentar cambio alguno durante varios años, otras la cicatrización demora solamente algunos meses, y á la larga queda una cicatriz que vá aclarando con el tiempo. Esta forma clínica presenta algunas variedades en relación con su evolución y ciertos órganos sobre los cuales puede desarrollarse. Tal como la hemos descrito, constituye elementos verdaderamente papulomatosos ó nodulares. Pero á menudo, mientras que la lesión cicatriza de un lado continúa avanzando de otro y siguiendo un trayecto más ó menos irregular; así resulta una cicatriz que se termina en un elemento leishmaniásico en plena actividad. Tales lesiones dan un aspecto serpiginoso.

Por último cuando este proceso va á desarrollarse en ciertos órganos provoca modificaciones especiales. Desde luego en presencia de un cartilago determina una infiltración difusa que paulatimamente produce su endurecimiento, pérdida de elasticidad, atrofia y retracción consecutiva. La piel aparece claramente engrosada, con cierta dureza, de aspecto brillante y por debajo se siente el cartilago endurecido. En un caso, hemos visto, que la oreja ha llegado á perder su contorno regular, adquiriendo un perímetro poligonal. En otro no quedaba de este órgano sino un apéndice indurado sobre el cual se elevaban dos forúnculos leishmaniásicos. En la nariz se acaban trastornos análogos, muy generalmente, aun sin poder precisar exactamente una lesión mucosa, se vé la infiltración ganar toda la piel. La nariz aparece un tanto engrosada, brillante, ancha tal como puede verse en la figura 6 de una coloración rosa súbdida y perfectamente característica. A la larga sus elementos nobles son ahogados, reemplazados por un tejido cicatricial, el cartilago se atrofia y á la postre solo queda un órgano imperfecto, aplanado, reducido casi á una cicatriz.

I téngase presente que aún á pesar de estas lesiones avanzadas la mucosa puede conservarse sana, sin ulceración. Estas formas atróficas necesitan como substratum anatómico la presencia de cartílagos y órganos apendiculares. Lesiones parecidas con cicatrices retráctiles hemos visto también, en una ocasión, en el párpado inferior del ojo izquierdo. Con cierta frecuencia es posible ver, sobre todo en las orejas, la concreción de las secreciones mezcladas con la sangre, imprimir á la lesión un aspecto un tanto impetiginoso.



(Fig. 4.)

Forma ulcerosa. Evolución rápida de tres meses; magnífico estado general. (Llave-
araña)

Estas modalidades que acabamos de describir han sido olvidadas por lo que nos precedieron en este estudio.

B).— *Forma ulcerosa ó húmeda* (Véase fig. 4)

Se inicia igualmente como la anterior, pero una vez la pápula constituida, se recubre de una costra que cae, el fondo queda desnudo, deja aparecer una superficie granulosa y una verdadera úlcera aparece. Esta es indolente, su contorno es rosado é indurado, análogo á la forma anterior, se eleva sobre la superficie misma de la llaga. Continuamente dá lugar á una secreción amarillenta y su fondo esta cubierto, cuando adquiere cierta magnitud, de botones carnosos que sangran al menor contacto. Estas ulceraciones son generalmente pequeñas, pero en ciertas ocasiones adquieren un desarrollo considerable sin que muestren señales de cicatrización y pueden alcanzar una enorme superficie de la piel. En número variable, independientes, y muchas veces en partes muy alejadas unas de otras, en ciertas ocasiones se fusionan para producir pérdidas de piel considerables y permanecen así estacionarias durante años sin tendencia alguna á la cicatrización. Otras veces se repite el hecho de las formas anteriores: cicatrización y progresión de la lesión coinciden, de suerte que á la larga una gran cicatriz presenta en uno de sus polos una pequeña ulceración por donde continúa avanzando la infiltración específica. Tal fué lo ocurrido en uno de nuestros casos en que el individuo ofrecía una enorme cicatriz que ocupaba toda la región supraclavicular y cervical derecha con retracción considerable de la piel, verdadero *queloides* que producía la inclinación de la cabeza á la derecha y que se terminaba en una pequeña ulceración de 5 á 6 cm. de largo por 1 de ancho y donde pudimos encontrar *leishmanias*.

El fondo de estas ulceraciones constituido por botones carnosos ofrece un exudado donde predominan los gérmenes de contaminación secundaria que encuentran allí exelente medio de cultivo; en las zonas tórridas de nuestro país no es raro encontrar amebas, hongos y aún los cuerpos mas extraños. Es en estas formas donde puede observarse cierta repercusión fácil sobre el sistema linfático debido á las infecciones asociadas y dónde se acusa cierta dolorabilidad que no hemos visto en casos de úlceras leishmaniásicas típicas no infectadas.

Es importante observar que cuando esta lesión se radica en los dedos, entonces extendiéndose en superficie y profundidad dá á estos la forma de un huso. I repitiéndose el hecho general de que hablábamos anteriormente es fácil darse cuenta de porqué la infiltración gana los cartilages articulares, provoca su desaparición y la atrofia consecutiva de los dedos. Sea que estas lesiones del cartilago sean completas, sea que el mismo elemento óseo esté atacado, lo lo cierto es que caso hemos visto de retracción total de un dedo. A juzgar rápidamente se hablaría de la lepra. (Véase la fig. 6)

Por último hay casos en que la ulceración pierde sus caracteres específicos que quedan enmascarados por las infecciones se-

cundarias dando toda la impresión de ulceraciones banales, de marcha tórpida. No es raro que tomen un aspecto fungoso y en fin la acción de caústicos ó de hierbas medicinales, tan usadas entre nosotros, pueden imprimirles un aspecto fuera de toda descripción.

C.—*Forma mixta* (Véase fig. 6)

Es la mas frecuente. El primer elemento en aparecer es generalmente forunculoso, pero puede también serlo una ulceración. Tarde ó temprano, sea á su lado, sea en lugar muy distante, aparece uno nuevo que es casi seguramente debido á una autoinoculación.

La forma mixta de elementos múltiples se encuentra sobre todo en las criaturas y en los adultos, cuyas condiciones de vida y hábitos higiénicos son deplorables, lo que naturalmente multiplica las posibilidades de autoinoculación.

Marcha de la enfermedad.

Cualquiera que sea la modalidad clínica considerada hay un hecho, en relación probablemente con la virulencia del agente patógeno, las condiciones climatéricas y las defensas orgánicas naturales que hace que en ciertos casos —*formas ulcrosas*— la marcha sea invasora y produzca en poco tiempo grandes pérdidas de sustancia. En la figura 4 puede observarse un caso que solo databa de tres meses y en que las lesiones eran considerables. Otras veces son úlceras pequeñas, pero estacionarias y rebeldes á todo tratamiento. En ciertas ocasiones—*forma botonosa*—todo se reduce á un simple forúnculo leishmaniásico, insignificante y sin embargo inalterable durante tres ó cuatro años y, lo que es peor, perfectamente virulento pues puede ser el punto de partida de terribles lesiones mucosas.

La regla es que esta lesión sane espontáneamente en año y medio ó dos años sin tratamiento alguno; pero cuando las mucosas estan invadidas el proceso se hace de una cronicidad á la que nada puede poner término. El individuo muere con su lesión.

Los tratamientos irritantes y las cauterizaciones incompletas tienden á la difusión de los gérmenes patógenos. En ciertos casos, felizmente los menos, el mal es de una virulencia extraordinaria. Registramos un caso (figura 7) en que hay lesiones múltiples de la cara, atrofia de los párpados, pérdida del conducto nasal, generalización á las mucosas, y que dá una idea de la acción destructiva de la *leishmania* patógena.

No obstante desórdenes tan profundos, el proceso leishmaniásico queda limitado al dermis y ni siquiera repercute sobre el sistema ganglionar.

Los linfáticos no estan tomados y los ganglios correspondientes á las regiones atacadas no son perceptibles. Los casos en que son aparentes dejan ver trazas de la linfangitis concomitante á las in-

LEISHMANIASIS DEL DERMIS

C. Monge M.



(Fig. 5.)

Forma mixta. Elementos botonosos de la cara y ulcerosos del brazo. (*Quepo*)

fecciones secundarias puesto que su punción no deja ver las *leishmanias* patógenas y además porque las curaciones antisépticas dan pronto cuenta de estos fenómenos, lo que no sucedería si estas lesiones fueran específicas.

Hay además un hecho capital que asiste á la evolución del proceso morbozo, que le imprime un rasgo altamente característico y cuya importancia no se ha sabido hacer resaltar lo suficiente. Nos reفرimos á la integridad física del sujeto enfermo. No existe ningun otro proceso—tuberculoso, sífilítico, micótico,—que vaya sin trastornarnos notables del estado general. Por el contrario en la Leishmaniasis del Dermis este estado general de los enfermos no se altera. I el hecho es que, para ellos, el botón leishmaniásico es mas bien una contrariedad que una enfermedad verdadera. El organismo reacciona sin embargo puesto que la sangre deja traslucir su concurrencia por dar lugar á una notable mononucleosis.

Con todo, en ciertos casos, muy excepcionales y que solo hemos visto en el Hospital del Cuzco, las infecciones secundarias sobreañadiéndose al cuadro morbozo de una forma mixta á elementos múltiples, concluyen por producir la alteración del estado general del individuo; en tales casos hay palidez, anemia, malas funciones digestivas, pésimo estado general que nosotros no vacilamos en achacar más á las complicaciones secundarias que producen fenómenos septicos de todo orden que á la Leishmaniasis misma.

2) LEISHMANIASIS DE LAS MUCOSAS

Esta variedad de Leishmaniasis es designad en el Departamento del Cuzco y particularmente en el valle del Paucartambo con el nombre de *jucucuya*, pero es idéntica á las lesiones mucosas llamadas en otras zonas del Perú, *uta*, *espundia*, etc. (Véase fig. 6)

La leishmaniasis de las mucosas nunca es primitiva, siempre nos ha aparecido como una lesión secundaria, consecutiva á una leishmaniasis de la piel; es decir que como episodio preliminar de esta lesión mucosa ha aparecido un elemento leishmaniásico forunculooso ó ulceroso—el chancre *espúndico* de Escomel—nombre magnífico si la *Espundia* fuera la única leishmaniásis en que este signo clínico se presentara, nombre impropio porque nada dice á los autores que en el extranjero se ocupen de este problema y que desvirtúa la generalidad del proceso leishmaniásico; *chancre leishmaniásico*, decimos nosotros, puesto que todos debemos conformarnos con la terminología técnica, universalmente adoptada. Efectivamente, tanto en las observacionzs publicadas hasta la fecha en el Perú como en el extranjero, (Carini, Splendore) como en los numerosos casos que hemos visto, siempre se ha podido comprobar la lesión inicial, reducida muchas veces á una cicatriz insignificante. En cierta ocasión hemos encontrado individuo portador de una lesión mucosa de esta naturaleza y que negaba haber presentado el chancre leishma-

niásico. Sin embargo examinándolo minuciosamente pudimos constatar una pequeña pápula recubierta de una costra negruzca en la oreja derecha, elemento altamente característico y que nuestro sujeto llevaba consigo hacia varios años, sin sufrir incomodidad alguna. Tales casos explican la posibilidad de lesiones mucosas en las cuales el chancro leishmaniásico inicial pasa desapercibido. Otra vez en presencia de una avanzada lesión nasal, nos refería el portador haber recibido una coz en la nariz. Sobre la herida se desarrolló la enfermedad, propagándose mas tarde á las mucosas.

Las mucosas que hemos visto comprometidas son la nasal, la bucal, la faríngea, la palpebral. Jamás hemos encontrado enferma la mucosa del pene como Terra cita algunos casos. Cuando se desarrolla en las fosas nasales, el sintoma inicial es generalmente un catarro tenaz, sea que el compromiso de la piel de la nariz haya sido el punto de partida de la lesión mucosa ó que esta se enferme conservándose intacta la piel de la nariz. I conviene añadir que las formas primitivas botonosas son las que de preferencia dan lugar á este catarro de larga evolución; las formas ulcerosas son sobre todo de marcha invasora, determinando pérdidas de sustancia rápidamente y provocando así, desde un principio, la destrucción de la nariz. La lesión fundamental es un proceso de infiltración de la mucosa que se propaga lenta, pero seguramente para no detenerse mas. De preferencia la infiltración gana la mucosa del tabique cartilaginosa y allí como en otras partes produce la atrofia de éste, la ulceración lenta del dermis mucoso y su pérdida irreparable. Tal es la localización preliminar, favorita de la Leishmaniásis del dermis en las fosas nasales. Pero al mismo tiempo y siempre acompañada de catarro y pequeñas epístaxis el proceso ulcerativo se propaga hacia atrás, invadiendo toda la mucosa y extendiéndose hacia la farínge. En ciertos casos es respetada la piel de la nariz y unicamente la caída del tabique determina su deformación. Puede sin embargo conservar su forma, tal como ocurrió en nuestro enfermo (véase la fig. 6). A menudo la mucosa de las narinas se ulcera, la piel aparece infiltrada y en un momento dado, perdidos sus elementos notables y atrofiados los cartilagos, una vasta ulceración aparece, avanza día á día y llega á destruirla por completo. Tal es lo ocurrido en otro de últimos enfermos. (véase fig 7).

La lesión generalizándose determina en seguida fenómenos de faringitis específica. Ya en un período avanzado del mal la mucosa está remplazada por un tejido ulcerado, rico en botones carnosos y de un aspecto análogo á las formas ulcerosas del dermis cutáneo.

Se comprende que haya comunmente trastornos de la fonación, que ésta guarde relación con la extensión de las lesiones y que la olfacción se perturbe en un comienzo para desaparecer mas tarde.

Cuando la mucosa bucal es invadida las lesiones pueden comensar en la cara interna de los labios para irse propagando sobre las mucosas de los carrillos y del velo del paladar: Otras veces el compromiso de la mucosa palatina es el primero en acción. En su comienzo es un proceso infiltrativo que mas tarde da paso á la ul-



(Fig. 6.)

Leishmaniasis de las mucosas. Tipo complejo con lesiones de la piel y las mucosas. Pérdida del labio superior, compromiso de la mucosa bucal. Dedo en huso. Conservación de la forma de la nariz. Lesiones avanzadas. (*Jiracana*)

ceración. La mucosa dermo-papilar queda remplazada por un conglomerado de botones carnosos, muchos de ellos exuberantes, que sangran con facilidad y aparecen divididos profundamente por sus mismos surcos exagerados. Es posible que en ciertos casos, acusándose algunos de ellos mas notablemente se tenga lo que Escoméllama la «*cruz palatina de la Espundia*». Por nuestra parte declaramos que en muchos casos sería un tanto convencional admitirla. En uno de nuestros últimos enfermos de *uta* que pudimos estudiar gracias á la amabilidad del Dr. Voto Bernal y Sr. Guillermo Almenara dichos surcos ofrecían el aspecto mas irregular. Conviene anotar con todo que la exajeración de ellos es importante desde el punto de vista de su ausencia en otras enfermedades y juzgamos menos severa y restringida la denominación de *surcos palatinos* de la leishmaniasis, nombre que proponemos y con el cual los llamaremos en lo sucesivo.

Le lesión generalizándose mas invade la úvula y la amígdala determinando tonsilitis y amígdalitis leishmaniásicas, ataca el velo del paladar le hace perder su propiedad contractil en un principio para ulcerarlo y hacerlo desaparecer después, se propaga á la faringe y aún puede extenderse á la laringe. Como consecuencia de estas lesiones hay dificultad para la deglución de líquidos y á veces una dolabilidad al contacto de los alimentos y particularmente de los ácidos.

En la mucosa palpebral ocurre fenómenos de infiltración análogos, pero el hecho es raro y las lesiones nunca son tan avanzadas.

Con todo permitasenos insistir sobre el enfermo (fig. 7) en el cual las lesiones no pueden ser ya mas generales. Mucosa, bucal, nazal y palpebral están comprometidas. El magnifico aspecto de nuestro grabado supera toda descripción.

Sea en uno ú otro caso, (LEISHMANIASIS DE LA PIEL, LEISHMANIASIS DE LAS MUCOSAS) ó en una lesión mas general que los comprenda á ambos, como es un hecho frecuente: hay, fuera del proceso infiltrativo ó ulceroso, tres caracteres que imprimen á esta dolencia una fisonomía propia: la ausencia de lesiones óseas, la falta de repercusión sobre el sistema ganglionar y la conservación, durante muchos años, de un buen estado general. Y como dato hematológico importante: una mononucleosis á gran mononuclear. Hemos visto paciente, cuyas lesiones remontaban á quince años atrás y sin embargo era un obrero laborioso. Nuestro enfermo, (fig. 7) gozaba de un excelente estado general y no obstante era portador de lesiones leishmaniásicas múltiples.

Sin embargo, esta enfermedad, en ocasiones se generaliza á tal extremo que determina lesiones horribles. Uno de nuestros enfermos tenía completamente destruida la nariz, las dos fosas nazales tomadas, el paladar ulcerado, mamelonado, irregular, mostrando los *surcos palatinos*, habia faringitis, tonsilitis, los pilares estaban comprometidos, el reborde gingival completamente destruido no sostenia sino un diente, la laringe participaba del proceso pues la

voz era apagada; el individuo tenía las más grandes dificultades para alimentarse, solo le era permitido pasar líquidos y estos mismos le producían los ardores más vivos.

Se comprende que, en estos casos, agotado el individuo por las supuraciones secundarias, incapacitado para alimentarse porque las estenosis cicatriciales no se lo permiten, habiendo perdido el olfato y las sensaciones gustativas, afono, víctima de sufrimientos atroces caiga en un estado de caquexia que lo hace fácilmente presa de una enfermedad intercurrente que va a poner fin a los días de ese desgraciado.





(Fig. 7.)

Leishmaniasis de las mucosas. Tipo complejo con lesiones de la piel y las mucosas. Pérdida de la nariz, compromiso de los labios en las caras cutánea y mucosa, surcos palatinos, lesiones ulcerosas múltiples en los carrillos, retracción de las orejas; lesiones de las mucosas palpebrales, etc. etc. En este caso que estudiamos gracias a la amabilidad del Dr. Voto Bernaldes encontramos leishmaniasis, en compañía del Sr. Almaguera y un herpetomonas. (*Uta*).

CAPÍTULO V

DIAGNOSTICO. — TRATAMIENTO. — CONCLUSIONES

Diagnóstico.—Las consideraciones desarrolladas en los capítulos anteriores demuestran, de la manera más categórica, que nos encontramos en presencia de la Leishmaniasis del Dermis.

Las razones clínicas, los datos etiológicos; las pruebas anatómo-patológicas; la marcha misma de la enfermedad; la reacción hematológica y, por último, la constatación de la *leishmania trópica* definen fácilmente, esta entidad morbosa.

Sin embargo, cuando se trata de las formas mucosas, cabe hacer el diagnóstico diferencial con la sífilis, tuberculosis y micosis. Las lesiones micósicas presentan una tendencia rápidamente destructera, atacan los huesos, ofrecen una secreción purulenta y abundante, se acompañan de repercusión ganglionar y sobre todo producen granulaciones micósicas, altamente características que contienen hongos microscópicos. La tuberculosis inflamatoria no folicular de las mucosas—particularmente de la nariz—presenta invariablemente estigmas de valor trascendental: facies especial del individuo, lesión de aspecto tórpido, tendencia a la supuración, infarto ganglionar cervical por lo menos, y pruebas biológicas positivas—reacción a la tuberculina.

La sífilis, fuera de sus síntomas generales, ofrece—cuando se radica en la cara—el ataque inmediato é imprescindible de los huesos, lo que imprime un sello especial a la lesión; cede al tratamiento específico y se controla fácilmente con las respectivas reacciones biológicas.

Nada de esto pasa en la Leishmaniasis del Dermis—formas mucosas—que presenta elementos diagnósticos inconfundibles: *chancro leishmaniásico* primitivo, ausencia de lesiones óseas, aspecto granulomatoso de la mucosa ulcerada, *surcos palatinos*, no participación de los ganglios respectivos, mononucleosis a gran elemento y, por encima de todo esto, íntegra conservación de un magnífico estado general. Por lo demás, la constatación de la *leishmania trópica* sella definitivamente el diagnóstico.

Con todo debemos ocuparnos, antes de cerrar este capítulo, de dos trabajos que por sus tendencias opuestas hubieran complicado más las cuestiones de nuestra Patología nacional, si felizmente el microscopio no hubiera prestado su valioso concurso; nos referimos a los trabajos de los doctores Merkel (*La uta*. Vº Cong. Med. Lat. Amer.) y Denegri (Una nueva enfermedad de las primeras vías respiratorias, etc. Vº Cong. Med. Lat. Amer.) El del primero es una prueba notable de apreciación clínica, cuando nos asegura que parte de los *utosos*, son leishmaniásicos y es un paso atrás cuando nos dice que las lesiones mucosas, calificadas *utosas*, son función de tu-

berculosis cutánea, esterilizando así las sagaces conclusiones de Palma que, antes que nadie, demostró que la tuberculosis no intervenía en nada para su determinación. Es verdad que la constatación de la *leishmania trópica* en estas lesiones mucosas—tituladas *uta*—no ha sido llevada á cabo por nosotros sino después de la aparición del trabajo de Merkel, puesto que Gastiaború, Rebagliati y Velez López solo estudiaron casos de Leishmaniasis de la piel. En tales condiciones pues toda hipótesis era sostenible. Y sin embargo, en oposición á Merkel debe citarse la opinión de Urcia (Tesis de Lima) que se anticipó á la prueba microscópica concluyendo en la naturaleza leishmaniásica de esas grandes lesiones destructivas que Merkel califica de Lupus. En la actualidad toda discusión es inútil. La prueba del Laboratorio está dada (véase fig. 7) con el hallazgo de *leishmanias*.

El trabajo del doctor Denegri significa la edificación de una entidad clínica nueva, estudiada con un rigor científico extraordinario, precisa y minuciosa en los detalles fielmente seguidos y bien interpretados por la especial orientación del autor; es además la primera descripción completa de esta clase de lesiones; pero no merece «un lugar aparte en la nosología de los países tropicales» puesto que, en casos semejantes, hemos encontrado la *leishmania trópica*.

El proceso morboso tal como lo describe el citado autor es simplemente un capítulo de la Leishmaniasis del Dermis. Se trata solo de una forma clínica—la Leishmaniasis de las mucosas—elevada á la categoría de entidad morbosa autónoma por la falta de un severo control microscópico y la fácil eliminación de la *Espundia* como proceso análogo, basándose en una incompleta é imprecisa descripción de Escomel. (Bull. Soc. Pat. Exot. 1912). Pero, aún prescindiendo de las analogías clínicas y del hallazgo del agente patógeno que nosotros hemos llevado á cabo en casos exactamente semejantes abona todavía nuestro modo de pensar esta espléndida descripción de Gastiaború del proceso anatomo patológico que nos complacemos en reproducir:

«Las lesiones de la mucosa están caracterizadas por degeneraciones de las células de esta mucosa, presentando un aspecto semejante á la degeneración epiteliomatosa. En lo que se refiere al tejido conjuntivo subyacente, hay abundante proliferación de tejido conjuntivo joven, que en muchos puntos va hasta el tejido fibroso, ahogando todos los elementos glandulares y vasculares. En lo que se refiere á los vasos no presentan lesión especial característica; algunos tienen sus paredes engrosadas fuertemente. No se observan procesos necróticos, como en la sífilis y la tuberculosis; así como tampoco elementos celulares característicos de procesos mórbidos, tuberculosis, sífilis, escleroma, muermo, etc. Hay abundancia de células de plasma (plasmazellen).» (Denegri).

Nada podríamos agregar que interpretara mejor nuestro modo de sentir respecto de las lesiones microscópicas que hemos encontrado en los casos estudiados por nosotros.

En suma, dentro de un criterio estrictamente local, no es aceptable la tesis del doctor Merkel sobre la *Uta* que resta á la Leishmaniasis del Dermis su caracter de generalidad; ni admisible tampoco la afirmación del doctor Denegri que hace una entidad nosológica nueva de algo que es sencillamente, á nuestro juicio, una forma clínica de la Leishmaniasis del Dermis.

..

Respecto del tratamiento de esta enfermedad, nuestra experiencia es reducidísima y fuera del ensayo de las vacunas leishmaniasis (Wenyon) llevadas á cabo en Londres en un caso peruano con resultado alagador, nada podemos personalmente agregar. Pero es motivo de la más grande satisfacción dejar constancia de que los ensayos terapéuticos del Neo-Salvarsan, llevados á cabo por el Dr. Votto Bernalés y señor Guillermo Almenara, han producido los más felices resultados en el tratamiento de las lesiones de la piel. Toca pues á ellos todo el honor de haber instituido en el Perú, antes que en el extranjero, cuyos resultados permite elevarlos á la categoría verdadera medicación específica. Justo es añadir que, en este caso como en la Fiebre Recurrente, la idea primordial ha partido del Laboratorio: la constatación de un protozoario ha sugerido la indicación terapéutica apropiada.

Desgraciadamente cuando se trata de las Leishmaniasis de las mucosas, los resultados han sido muy distintos; todo tratamiento empleado ha sido ineficaz, lo que nos ha hecho decir: «el individuo muere con su lesión». A título informativo damos cuenta de haberse llevado á cabo, en el Brasil, un tratamiento que hemos visto emplear por el profesor Manson en la Trypanosomiasis humana, con éxito muy dudoso; pero que se asegura ha producido excelentes resultados en la Leishmaniasis de las mucosas. Este método (Vianna y Aragão) consiste en preparar una solución fisiológica con 1 por 100 de tártaro estibiado y que se esteriliza por medio de la filtración en frío. Se inyecta 5 á 10 c. c. cada dos días y se hace 15 inyecciones aproximadamente. Este es, pues, un ensayo terapéutico perfectamente justificado en una dolencia rebelde hasta ahora á todo tratamiento, pero que conviene seguirlo con extrema prudencia.

* *

CONCLUSIONES

De la exposición que llevamos hecha puede deducirse las conclusiones siguientes:

1) Las lesiones llamadas en diferentes partes del Perú: *Uta*, *Espundia*, *Tiacc-araña*, *Juccuya*, *Qcepo* no son sino la LEISHMANIASIS DEL DERMIS.

2) Esta enfermedad se encuentra distribuída en muchos puntos de nuestro territorio caracterizados principalmente por el fac-

tor «clima tropical» y en segunda por una conformación orográfica montañosa.

Ciertas formas clínicas son más frecuentes en determinados lugares; las formas mucosas son más frecuentes en la región de los bosques.

3) La enfermedad se trasmite probablemente por medio de un agente vivo. Quizá un simúlida en el valle de la Convención. Se impone la necesidad de estudios experimentales sistemáticos para encontrar el agente trasmisor.

4) El agente patógeno es la *Leishmania trópica* (Wright). Las formas herpetomónicas humanas nos permiten suponer la existencia de una variedad, la *Leishmania trópica*, (Wright) var. *flagelada* (Escomel, Monge) que tal vez explicaría su mayor virulencia y las lesiones mucosas graves de este Continente.

5) Esta enfermedad tiene dos modalidades clínicas principales: la Leishmaniasis de la piel y la Leishmaniasis de las mucosas.

6) La Leishmaniasis de la piel se presenta bajo tres formas: a) la forma seca ó botonosa; b) la forma ulcerosa; c) la forma mixta.

7) La Leishmaniasis de las mucosas es siempre secundaria á una lesión inicial de la piel, el *chancro leishmaniásico* (forúnculo ó úlcera).

8) Las razones clínicas, las pruebas histopatológicas, las consideraciones etiológicas y el hallazgo del gérmen patógeno en lesiones dérmicas de la piel y las mucosas, demuestran que estamos en presencia de la LEISHMANIASIS DEL DERMIS.

9) La clasificación clínica de la *ulu* del doctor Escomel queda desvirtuada por el hallazgo de leishmanias en lesiones reputadas por él como Lupus.

10) La enfermedad descrita por el doctor Denegri como propia de la región de los bosques, no es sino una forma clínica—la Leishmaniasis de las mucosas—de la LEISHMANIASIS DEL DERMIS.

11) La LEISHMANIASIS DEL DERMIS — forma cutánea —cede al uso del Neo-Salvarsan (Voto Bernales, Almenara),

(12) La LEISHMANIASIS DEL DERMIS—forma mucosa—es incurable en el estado actual de nuestros conocimientos.

13) Debe ensayarse sistemáticamente el uso de las vacunas como medio profiláctico y curativo.

14) El nombre dado á esta enfermedad de Leishmaniasis de las selvas americanas (1) es impropio; á nuestro juicio más general es la expresión—teniendo en cuenta el predominio en este Continente de las formas mucosas—de LEISHMANIASIS AMERICANA.

1 Brumpt et Pedroso Bull. Soc. Pat. Exot. Dic. 1913

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

PERSONAL DIRECTIVO.

DECANO—Dr. Ernesto Odriozola.
SUBDECANO—Dr. David Matto.
SECRETARIO—Dr. Manuel Velasquez.
PROSECRETARIO—Dr. Wenceslao Molina.

PERSONAL DOCENTE.

DR. FRANCISCO ALMENARA B.—Pediatría y Clínica pediátrica.
DR. LEONIDAS AVENDAÑO — Clínica médica de mujeres.
DR. MANUEL C. BARRIOS — Medicina legal y Toxicología (con licencia).
DR. CONSTANTINO T. CARVALLO — Ginecología.
DR. JUVENAL DENEGRI — Clínica oto—rino—laringológica.
DR. NEMESIO FERNANDEZ CONCHA — Obstetricia y Clínica obstétrica.
DR. ANIBAL FERNANDEZ DAVILA — Clínica quirúrgica de varones.
DR. RICARDO FLOREZ — Oftalmología y Clínica oftalmológica.
DR. GUILLERMO GASTAÑETA — Anatomía topográfica.
DR. MAX. GONZALEZ OLAECHEA — Patología general y Clínica propedeutica.
DR. FRANCISCO GRAÑA — Higiene.
DR. OSWALDO HERCELLES — Anatomía patológica.
DR. NICOLAS B. HERMOZA — Farmacia.
DR. DANIEL E. LAVORERIA — Anatomía general y Técnica microscópica.
DR. DAVID MATTO — Bacteriología.
DR. WENCESLAO MAYORGA — Física médica.
DR. PABLO S. MIMBELA — Medicina operatoria (ausente).
DR. WENCESLAO MOLINA — Fisiología general y humana.
DR. ERNESTO ODRICZOLA — Clínica Médica de varones.
DR. ESTANISLAO PARDO FIGUEROA — Nosografía médica.

- DR. RICARDO PAZOS VARELA — Clínica de vías urinarias y genitales.
DR. TOMAS SALAZAR — Terapéutica y Materia médica.
DR. WENCESLAO S. SALAZAR — Nosografía quirúrgica.
DR. EDUARDO SANCHEZ CONCHA — Anatomía Descriptiva (1er. curso).
DR. BELISARIO SOSA — Clínica quirúrgica de mujeres.
DR. BELISARIO SOSA ARTOLA — Sifilografía y Dermatología.
DR. MANUEL A. VELASQUEZ — Química médica y analítica.
DR. CARLOS VILLARAN — Anatomía Descriptiva (2º curso)

ADJUNTO TITULAR

- DR. LEONIDAS AVENDAÑO — Medicina legal y Toxicología (encargado del curso).

ADJUNTOS

- DR. BELISARIO MANRIQUE — Obstetricia (Maternidad).
DR. EDUARDO BELLO — encargado de la cátedra de Medicina operatoria.
DR. ROMULO EYZAGUIRRE —
DR. ABEL S. OLAECHEA —

CUESTIONARIO PARA EL GRADO DE DOCTOR

- Patología general y clínica propédeutica.*—Coeficiente de Ambard.
Nosografía Médica.—El mal de Bright.
Clínica Oto—rino—laringológica.—Úlceras perforantes del septum nasal.
Clínica de las vías urinarias.—Conducta que debe seguirse en presencia de un enfermo atacado de Tuberculosis renal.
Clínica médica de mujeres.— Las icterias hemolíticas en Patología Tropical.
Clínica quirúrgica de mujeres.—Afecciones tuberculosas de la piel.
Física Médica.—Termogénesis.
Anatomía Descriptiva.— (1er. curso) Corazón.
Anatomía descriptiva.—(2º curso) Estómago.
Química Médica.—Dosaje de la urea en la sangre.
Anatomía general.—Piel.
Bacteriología.—Polimorfismo de las bacterias.
Anatomía Patológica.—Diferencias histopatológicas entre las ulceraciones del dermis tuberculosas, sífilíticas, micósicas y leishmaniasis.
Terapéutica.—Seroterapia de la peste.
Anatomía Topográfica.—Pliegue del codo.
Medicina Operatoria.—Valor de la Cirujía Experimental como método auxiliar de la medicina operatoria.
Nosografía Quirúrgica.—Hernias.
Ginecología.—Razón de la cocomitancia de las afecciones anexiales y apendiculares.
Pediatría.—Íctericas infecciosas de los niños.
Higiene.—Profilaxia de la Leishmaniasis del Dermis.
Medicina Legal y Toxicología.—La anafilaxia en el examen de las manchas de sangre.
Sifilografía y Dermatología.—Lesiones micósicas de la piel.
Clínica Médica de Varones.—Naturaleza y signos clínicos de la «Espundia».
Clínica Quirúrgica de varones.—Naturaleza y tratamiento de la «Uta»
Clínica obstétrica.—Anestesia obstétrica.
Fisiología.—Las leyes de eliminación de los cloruros por el riñón.
Farmacología.—Vacunas terapéuticas.
Obstetricia.—Mola; diagnóstico diferencial,
Oftalmología.—Miopía.
-