

ANALES de la FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TOMO XXV, Nº 2

LIMA, 2º SEMESTRE 1942

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATOLOGIA DE LA SELVA

ESTUDIOS MEDICOS EN YURIMAGUAS

POR EL PROF. PEDRO WEISS
OSCAR URTEAGA B. y LUIS GONZÁLEZ M.

I

Aprovechando las vacaciones universitarias de medio año hemos realizado un viaje de estudio a la ciudad de Yurimaguas, situada sobre el Bajo Huallaga en el departamento de Loreto.

Llevamos con nosotros medicamentos cedidos por la Dirección de Salubridad y un equipo de laboratorio bastante completo para el estudio de enfermedades parasitarias. Además, estábamos en conexión con el Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública, donde remitíamos por vía aérea las muestras de sangre, de los enfermos que a nuestro juicio requerían exámenes serológicos.

La ciudad de Yurimaguas escogida porque por su localización interesaba al plan general de estudio de la patología de la selva que procuramos desarrollar, resultó un centro muy

NOTA: El viaje a Yurimaguas del Sr. Oscar Urteaga fue costado por la Facultad de Ciencias Médicas y el del Sr. Luis González N. por la Facultad de Ciencias Biológicas. Expresamos nuestro agradecimiento a los decanos de ambas Facultades, Drs. Carlos Monge y Enrique Arnáez respectivamente, así como al Rector de la Universidad Dr. Godofredo García.

conveniente para nuestro objeto, porque careciendo desde varios meses de médico, tenía un gran número de enfermos deseosos de asistencia profesional.

Desde la separación del médico titular, cuatro meses antes de nuestra llegada, toda la asistencia médica había corrido a cargo de una abnegada madre misionera franciscana, muy inteligente y con bastantes conocimientos prácticos y de un enfermero evangelista, los cuales hacen lo que pueden en ese medio donde por la naturaleza de las enfermedades dominantes, aún un médico de experiencia se vería maniatado sin el auxilio del laboratorio.

La población de Yurimaguas ha sido construída aprovechando unos montículos situados en la márgen izquierda del río Huallaga; la altura de éstos, aunque pequeña, constituye una defensa eficaz contra las inundaciones por crecientes del río; la disposición en colinas, algunas separadas por cauces algo profundos, facilita en cierto modo el drenaje de las lluvias.

Como en tantas otras poblaciones de la selva, la lluvia es el único agente de higiene urbana. En las casas se la colecta en recipientes más o menos grandes, según las posibilidades, haciéndola escurrir de los tejados y luego se le usa como agua de bebida, para el baño y para limpiar los retretes, los que desaguan directamente o por canales muy cortos en el suelo plano, con frecuencia en la huerta de la casa. El suelo es también aseado por la lluvia la cual sin tubos ni acequias, arrastra las deyecciones y todos los desperdicios al río o a las zanjás que forman los montículos. Estas zanjás deben jugar un rol considerable en la propagación de las enfermedades endémicas. Son verdaderos silos descubiertos, sembrados en parte por vegetación y con charcos fangosos en el fondo. Como en otros lugares de la selva, la falta de lluvia por 3 o 4 días hace resaltar los malos olores.

En comparación con otras poblaciones de la selva y aun de la costa, Yurimaguas puede ser considerada por su clima y por el aspecto de sus habitantes, como un centro salubre. Como en casi toda la selva, la gente es limpia y lleva sus ropas, de género blanco, bien lavadas. La gente del pueblo tiene el aspecto cansado y el hablar lento del montañés; pero por lo general son físicamente bien desarrollados y capaces de realizar esfuerzos musculares considerables, cuando les precisa.

Como en muchas otras zonas tropicales casi todas las actividades las realizan los niños, la inercia atávica del chuncho, aumentada por el clima y quizás por factores carenciales, hace que sólo realicen esfuerzos por imperativos de la necesidad o por mandatos de algún superior. El que tiene a quien mandar, aunque sea a un niño de poca edad, no hace otra cosa.

Contrariamente a lo que se cree por lo común, el porcentaje de niños de colegio, lo mismo que hemos dicho para otros lugares de la selva, denota un crecimiento vegetativo de la población favorable y el aspecto de los niños, no obstante la difusión del parasitismo intestinal y aún del paludismo, es muy superior al que se observa en la mayoría de los pueblos de la costa.

El tipo racial predominante en el pueblo proviene de la mezcla de las diversas tribus de la selva, con indios venidos de la Sierra y con alguna influencia blanca muy diluída.

Durante la primera época de la Colonia, la conversión de las tribus del Huallaga corrió a cargo de los Misioneros del Mainas, de manera que todo el intercambio con centros civilizados se hizo remontando el río a partir del Marañón.

Los jesuitas después de fundar el pueblo de Jeveros, para huir de los ataques de los indios Mainas en Borja, emprendieron la penetración del Bajo Huallaga logrando después de mucho esfuerzo y ayudados por los mismos indios jeveros, reducir en parte a las tribus bravas de los Cocamas, Cocamilas, Aguanos, Panos y Chamicuros, que habitaban esas regiones fundando el pueblo de la Laguna, conocido por aquellas épocas con el nombre de la Laguna del Gran Cocama, famoso centro misional y comercial de la Colonia, hoy sin importancia.

Con la expulsión de los jesuitas, toda la región del Huallaga y también del Ucayali fue encargada a los Franciscanos de Ocopa, los cuales con gran esfuerzo entraban a la región desde Huánuco, embarcándose en el río Monzón o algunos de sus afluentes para ganar el Huallaga que recorrían desde sus partes altas en toda su extensión, salvando los malos pasos, hasta cruzar el célebre Pongo de Aguirre, puerta del Bajo Huallaga.

En el trayecto descendente del río los Franciscanos fueron reduciendo a muchas tribus entre las cuales las más numerosas eran las de los Cholones, Habitos y Muratos en Huánuco; los Chasutas y Huambiros en San Martín.

Yurimaguas es de las poblaciones importantes del Bajo Huallaga, la más moderna; fue fundada sólo al comienzo del siglo XVIII con un núcleo de indios Yurimaguas traídos del Amazonas. Con el comienzo de la navegación a vapor, adquirió desarrollo por que ahí terminan las posibilidades de navegación regular para los vapores que vienen del Amazonas. Con el tiempo se establecieron, aprovechando las condiciones favorables, algunas familias notables de la región, muchas de las cuales se hicieron acaudaladas en la época de la explotación del caucho y que fueron las que fabricaron las buenas casas que todavía hoy se pueden ver, sobre todo en la plaza de Armas, que es amplia y bien presentada.

Según el último censo, la ciudad de Yurimaguas tiene 5.503 habitantes (*) y el distrito en general 9.873. Buen número de familias principales aunque conservan todavía sus propiedades, han emigrado y sería difícil decir que parte le corresponde en el complejo étnico actual del pueblo a los primitivos Yurimaguas y a las diversas tribus del Huallaga, que con las tendencias nómadas del hombre de la selva y olvidando por la conversión sus prejuicios de grupo, se han mezclado en una y otra población, sin recordar nada de su origen.

Quisimos hacer algunas deducciones en este sentido aprovechando los nombres consignados en nuestras hojas de observación, pero lo único que resalta en ellos es un gran número de apellidos españoles, muy poco repetidos. Los nombres geográficos de las zonas a excepción del de Yurimaguas, son todos también españoles y muy pocos quechuas. En otras épocas algunos pueblos de la región se distinguieron por ciertas habilidades; los Jeveros eran muy leales servidores, confeccionaban lindos tapices de plumas; los Cholonos y Chasutos, según el decir de los misioneros, aunque muy beodos eran notables en el manejo y fabricación de embarcaciones, la cerámica vidriada y los objetos tejidos de Chambira se hacían muy bien en varios lugares.

Hoy todas esas artes han decaído o desaparecido por completo; algunos pueblos fabrican todavía, sobre todo en San Martín, bonitas vasijas vidriadas con el estilo conocido del Amazonas: blancas con ornamentos estilizados en negro y rojo; se teje algunas redes de chambira muy rudimentarias y se hacen algunos instrumentos de madera. La industria de plumas se conserva sobre todo en el Ucayali. En los colegios, con muy buen tino, se procura rehabilitar el interés por esta clase de trabajos que pueden contribuir al bienestar de la población.

Los 14 días de permanencia en Yurimaguas los aprovechamos muy bien, porque al día siguiente de nuestra llegada, gracias a las gestiones del Dr. José María Puga y a la comprensión del Comisionado Escolar Sr. Infante, únicos además de los enfermos y de los hermanos franciscanos, que en la población parecían reconocer algún interés a médicos y laboratorios, logramos instalar nuestro centro de trabajo, en muy buenas condiciones, en uno de los mejores locales escolares, nos traían por turnos a sus alumnos, para una revisión rápida y selección de aquellos que necesitaban un examen especial. Bien pronto la noticia de nuestra misión se extendió por la ciudad y sus alrededores y las personas que acudían a consultar aumentaban día a día. Los 270 enfermos consignados en nuestras fichas, fueron seleccionados entre varios cientos de personas revisadas.

En las páginas siguientes exponemos en acápites las diversas enfermedades que logramos diagnosticar. En el de-

(*) Datos que nos han sido proporcionados gentilmente por el Dr. Arca Parró.

seo de hacer lo más útil posible nuestro trabajo a los médicos de sanidad que ejercen en la selva, hemos puesto junto con la denominación docta que les corresponde, la denominación vulgar, así como algunas noticias generales, datos geográficos y bibliográficos, éstos sobre todo nacionales.

Por experiencia propia, sabemos que es frecuente que los médicos que llegan a la selva, aprendan la patología local de los mismos enfermos con los nombres comunes, sin tener a la mano muchas veces la bibliografía necesaria para poder obtener los equivalentes científicos.

Ectopárasitos.

La estación Junio-Agosto y las condiciones excepcionales del año 1942 con su famosa ola de frío que prolongó los hielos de San Juan, nos permitieron pasar nuestra corta temporada en Yurimaguas en condiciones poco comunes para la selva. La mayoría de las noches era posible dormir sin arreglar los mosquiteros y algunas noches la brisa llegaba a ser fresca. Sólo en las tardes y al comienzo de la noche, especialmente en las proximidades del río molestaban los zancudos, de preferencia *Stegomias*. Aun en épocas menos felices los bichos picadores parecen que no abundan en Yurimaguas con igual profusión que en otros lugares del Huallaga.

Miasis forunculosa. (Sututo-Gusano—Chute-Subya-curo). ←Se nos ha asegurado que es frecuente tanto en el hombre como en los animales (perro, chanco, ternera y algunos animales del monte). Se le llama por lo general gusano o gusano grande (Fig. 1).

Avendaño (3). Marticorena (4) y Pesce (7) consignan la miasis forunculosa en sus estudios sobre la patología de la selva. Avendaño la clasifica ya como *Cuterebra Noxialis*. Marticorena hace notar que Subya-curo significa gusano solo y Chute-hundirse, bucear. M. O. Tamayo (5) es el primero que identifica definitivamente el Subya-curo de Chanchamayo como la larva de la *Dermatobia Cyaniventris*. Nosotros reconocimos como tal también los ejemplos de sututo de Madre de Dios (11), El Dr. Freyd (12) encontró la mosca *Dermatobia*

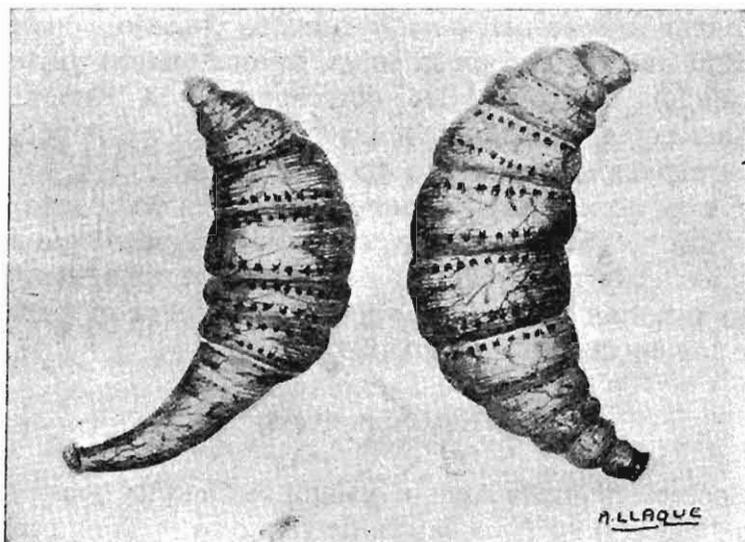


FIGURA Nº 1

Larva de *Dermatobia Cyaniventris* (Sututo). Dibujo del natural. Informe sobre el Madre de Dios (11).

Cyaniventris en el Ucayali y supone que varios casos de parasitismo humano que vió en la región se deban a sus larvas.

Este parásito está extendido en la selva peruana con igual difusión que en todo el resto de la América tropical y subtropical. En el Brasil y en Argentina se le conoce con el nombre de Ura (22). En Colombia se le llama muchi o gusano peludo, en Venezuela gusano del zancudo, nombre que tiene relación con la curiosa forma de trasmisión de las larvas. En Costa Rica, según Tamayo, se le conoce con el nombre de Suy Tacuro, palabra que tiene un parecido interesante con la quechua subya-curo.

Hoy gracias a los trabajos de Morales en Guatemala, de González en Venezuela y sobre todo a los de Arturo Leiva y Florencio Gómez, se conoce perfectamente la forma curiosa como la larva de la *Dermatobia* llega a su huésped mamífero.

La mosca adulta vive en el monte y cuando le llega la época de ovar va a merodear por donde están los animales de sangre caliente, que pueden albergar sus larvas; pero no busca a éstos directamente, sino a alguno de sus ectoparásitos (mosquitos diurnos — moscas picadoras o no — algunas garrapatas) al cual, por una maniobra ágil (Fig. 2), que algunas veces puede fallar, capta pegándole a la parte posterior del vientre un paquetito de 15 a 20 huevos larguitos como bananas minúsculas y envueltos en una sustancia aglutinante que pronto se hace sólida, adhiriendo el paquetito fuertemente al insecto elegido. Cada

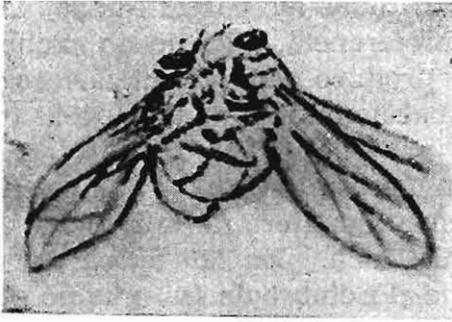


FIGURA Nº 2
Dermatobia ovando sobre un
insecto picador. Del trabajo
del Prof. José Puente (22).

Dermatobia pone de 380 a 400 huevos en lotes de 15 o 20. Cada lote requiere un nuevo insecto. Algunas veces los huevos son puestos en las paredes, en hojas o en ropas, en cuyo caso se pierden. Las larvas tardan cinco o seis días para desarrollarse en los huevos; pueden sin embargo esperar en éstos quince o veinte días hasta que el insecto vehículo llegue al huésped definitivo, en cuyo caso lo abandonan y se introducen en la piel de éste, donde van a completar su desarrollo en un tiempo muy variable que puede ser hasta de 140 días. La abertura de entrada en la piel permanece abierta y por ella, respira la larva.

Los curanderos de la selva cubren esa abertura con tabaco mascado o con nicotina de humo de cigarro, lo que hace que la larva se proyecte hacia afuera, facilitándose su extracción. Mientras el tabaco actúa, el curandero indígena repite rítmicamente la palabra Su-tu-to, de ahí posiblemente el nombre que se da al parásito.

Tanto en el trabajo de Marticorena (4) como en el de Pesce (7), se consiguen algunos datos tomados del saber del pueblo que parecen demostrar ya conocimientos del proceso teleológico de transmisión de las larvas.

Isangue.—Japa-inacua.—(Leptus Japa) Bambarén, 1922.
 —(Trombícula irritans—Var. trópica) Ewing. De todos los ectoparásitos es sin duda el más molesto, sin embargo en otros lugares de la selva hemos sentido con más intensidad sus efectos. Como de costumbre, vive de preferencia en las hierbas silvestres o en las plantas cultivadas en el monte raso. Está en actividad y pasa al hombre, sobre todo cuando las plantas están húmedas; es capaz de recorrer sobre las ropas o calzado grandes trayectos buscando las endijas que le permiten llegar a la piel y una vez sobre ésta queda en el sitio o va en busca de sus zonas predilectas, que son los pliegues de flexión, los genitales, la cara interna de los muslos, la región retroma-

leolar, y en general todas las partes donde la piel es más tenue. Escoge de preferencia, aunque no exclusivamente, a los folículos pilosos y produce pápulas urticáricas y otras manifestaciones de tipo reaccional muy pruriginosas que se complican por el rascado.

Avendaño, en Loreto — 1891 — (3) considera el Isangue como el animal más mortífero de la región. Lo identifica como *Ixodes-hominis-Koch*. En la época de Marticorena — 1904 — parece que el nombre de Isangue no se había generalizado todavía, en Tambopata, porque no le mencionan haciendo referencia únicamente “a una garrapata casi microscópica que invade el cuerpo”. En cambio Pesce consigna el nombre de Isangue, usado en la región amazónica, y Japa o Inocue en el Sur.

Los doctores Ramón Ribeyro y Carlos Bambarén (30) clasificaron algunos ejemplares que les fueron remitidos desde Chanchamayo con el nombre de *Leptus Japa*. Esta clasificación si bien tiene prioridad, adolece del defecto que no permite establecer el parentesco que existe entre el Isangue y los otros bichos semejantes tan frecuentes en la Floresta Americana.

Nosotros remitimos el año 1925 al Dr. E. E. Ewing, algunos ejemplares del Isangue recojidos en el Madre de Dios, los que fueron reconocidos por este investigador, como “*Trombícula Irritans*, variedad *Trópica Ewing*”.

Con este dato, nuestro Isangue, por lo menos el del Madre de Dios, viene a ser como era supponible, igual o simple variedad de los bichos colorados del Uruguay y Argentina, estudiados por R. Talice (19) y M. Andre (20); el Manquín del Pará (*Trombícula Brazilensis Ewing*); el Jeggers o Chiggers de la América Central (*Trombícula Americana Relly*, 1937) y de varios otros ya estudiados en América (15).

Del mismo tipo de larvas hexápodos parásitos de color rojo, hemos encontrado en el Perú tres grupos que se pueden distinguir por su distribución geográfica y sus costumbres, aunque el estudio zoológico quede todavía por hacerse.

En la costa donde el parasitismo humano o de los mamíferos es solamente importado y transitorio, algunas lagartijas (*Trompidorus Peruvianus*) tienen en los pliegues próximos a las extremidades, manchas de trabéculas rojas. El adulto de estas larvas debe tener condiciones de vida muy especiales por que las lagartijas parasitadas las hemos encontrado en playas de arena, lejos de toda vegetación.

En la sierra en la Altemisa Serrana (*Ambrosia Peruviana*) hay otra trombicula que puede parasitar a los niños pequeños produciendo dermatosis fugaces, sobre todo cuando los pañales son puestos a secar en las hiervas. Es muy probable que la trombicula que parasita a algunas aves y reptiles en esta zona sea la misma.

Y por último, el Isangue o Japa de la selva que parasita al hombre en cualquier edad, que puede parasitar como lo verificamos en el Madre de Dios a reptiles, aves y mamíferos y que por sus costumbres y los ejemplares clasificados corresponden a variedad de la *Trombicula Relly* — la más común en la floresta americana.

La descripción que hace R. Talice (18) de los hábitos del bicho colorado, coincide con la que hicimos (11) del Isangue, salvo que nosotros encontramos en los colegiales masas de parásitos en las orejas y algunas veces en el cuero cabelludo, y él no los encontró en la cabeza.

El Isangue confiere alguna inmunidad, las molestias más intensas las sufren casi siempre los recién llegados. El nombre de "chapetonada" con que designan en algunos lugares del Perú a la dermatosis que produce, proviene sin duda de que los españoles (chapetones) por razones de raza y por ser forasteros la presentaban habitualmente. Los naturales de la selva suelen llevarlos sin sufrir molestias.

Dermatosis en general.—Separando las enfermedades de la piel producidas por agentes infecciosos y sobre todo por hongos y protozoarios, la dermatopatología del Yurimaguas resulta pobre; lo mismo pasa en otros lugares de la selva y en general en todas las regiones del país donde predomina el elemento indígena pigmentado. En la selva, al factor racial se unen otras condiciones favorables como son : el uso de ropas ligeras y lavables, la sudoración abundante y el hábito del baño. No encontramos ningún caso de soriasis que es una dermatosis común en los mestizos; de la dermatología clásica, solo vimos un caso de liquen plano del cuello, enfermedad que puede ser también parasitaria.

Entre los niños de colegio solo hubo un caso de micosis del cuero cabelludo; una placa de *microsporum*.

Discromías cutáneas.—Nueve enfermos fichados consultaron por trastornos de pigmentación de la piel. De ellos, dos (23-31) fueron diagnosticados clínicamente como mal del Pinto o Carate. Este diagnóstico fué confirmado porque fueron los únicos del grupo que tuvieron Kahn positivo. Tres de los manchados (29-53 y 152) tenían el aspecto del llamado Vitíligo Tropical, gran mancha blanca.

Dos casos presentaron (24 y 30) zonas limitadas de hiperpigmentación de difícil diagnóstico. El Kahn fue negativo.

Una niña (68) de 15 años presentaba en ambos brazos manchas de hiperpigmentación con superficie furfurácea. Las religiosas la habían tratado sin buen éxito con antipian. Nosotros no pudimos encontrar hongos. El Kahn fue negativo.

En lo que se refiere al Mal del Pinto, Yurimaguas tiene ventajas sobre otras poblaciones de la selva; los dos casos encontrados hacen un porcentaje muy pequeño, mucho más si se considera que procuramos atraer el mayor número de manchados a la consulta. Ahora que es bien conocido el agente causal del Mal del Pinto, se puede suponer que su escasa difusión tenga una causa similar a la del Pián.

Úlceras en general.

Ventidos de los enfermos que acudieron a nuestra consulta, tenían úlceras de la piel o de las mucosas. En 5 de los 22 casos (Casos N^o 59 — 76 — 84 — 86 — 130) el examen microscópico reveló la presencia de Leishmanias; en los casos N^o 36 — 81 — 83 — 103 se encontró la asociación fuso-espirilar como único agente responsable; un caso (70) persona de raza blanca, de 61 años tenía en la frente un *Ulcus Rodens* que el examen histopatológico verificó como epiteloma baso-celular.

En 12 casos (32 — 33 — 35 — 45 — 67 — 90 — 91 — 98 — 101 — 105 — 116 — 121) no se pudo encontrar agente etiológico definido, a pesar de que a los casos 33 — 35 — 105 se les tomó cultivos en medio N. N. N. y al 116 se le hizo una biopsia.

El tipo clínico más común de la úlcera (8 de los 22 casos) fue la úlcera redonda (Fig. 3 y 4) — **Ulcus Tropicum** — de tamaño mediano (2 a 4 cm.) algunas veces con bordes elevados, callosos o simplemente infiltrados; otras veces planos; con fondo sangrante o cubierto con falsas membranas. En 6 casos la úlcera de esta forma estaba situada en la porción distal (pierna-pie) de las extremidades inferiores, en un caso en el muslo y otro el *úlcus rodens* (70) en la frente. Es fácil darse cuenta de la frecuencia de esta forma de úlcera y de su locali-



FIGURA Nº 3

Caso de *Ulcus Tropicum*.

zación preferencial en las extremidades inferiores, observando las cicatrices tan corrientes entre la gente del lugar.

Entre estas úlceras redondas, sin que la clínica nos proporcione datos suficientes para diferenciarlas, el examen microscópico reveló la presencia de leishmanias en dos casos (76 — 86). En otros dos (36 — 83) se encontró asociación fuso-espirilar.

Ulceraciones del tabique nasal cartilaginoso.—Cinco de los 22 enfermos con úlcera presentaron éstas en el tabique nasal (45 — 67 — 84 — 121 — 130) en dos de ellos (45 — 130) la ulceración había perforado por completo el tabique nasal cartilaginoso, en los tres restantes eran sólo lesiones úlcero-costrosas de la mucosa.

El tipo de lesión en estos 5 casos correspondía a la leishmaniasis americana, sin embargo sólo nos fué posible encontrar leishmanias en dos (84 y 130).

El caso 130 uno de los que tenía leishmanias, fué el único que además de la lesión del tabique presentó infiltración del lóbulo de la nariz; en todos los otros la piel de la nariz estaba completamente sana, dato importante en el diagnóstico con la Uta.

Para designar las lesiones de la nariz, varios enfermos em-

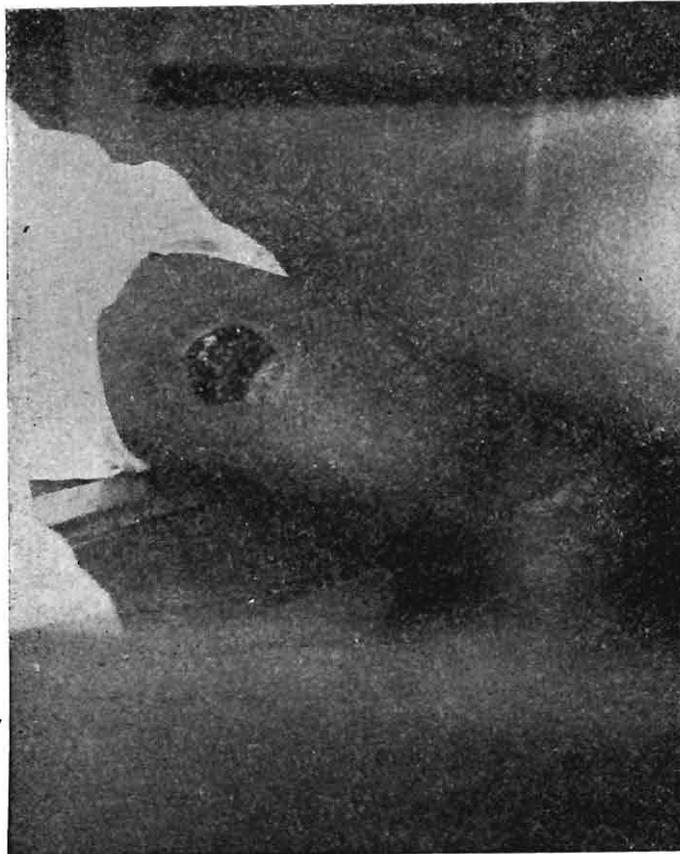


FIGURA N° 4

Úlcera Leishmaniásica.

plearon el término "divieso" (*). La madre de una niña que tenía una ulceración próxima a la nariz, dijo que su hija tenía una lepra en dicha zona.

Además de los casos consignados, un gran porcentaje de niños y niñas de Colegio, quizás un 60 %, se quejaban de molestias en el tabique nasal y al examen presentaban la mucosa que recubre la parte cartilaginosa de ésta, roja; algunas veces con escoriaciones y exudado costroso. No creemos poder relacionar esta afección tan difundida en los niños de Colegio, con las manifestaciones secundarias de las Leishmaniasis Americanas, tan frecuentes, aunque en mucho menor grado. Se trata posiblemente de una lesión de origen carencial o ligada al parasitismo intestinal, pero que tiene interés tanto por sí misma, como por las dificultades que significa en el diagnóstico precoz de las lesiones secundarias de las leishmanias.

Úlcera Fagedénica tropical.—Sobre este proceso existe un trabajo muy completo y documentado del Dr. Alberto Guzmán Barrón (14).

Para el médico que va a la selva, habituado a la patología de la Costa, constituye una sorpresa la frecuencia con que interviene la asociación fuso-espirilar, como agente primitivo o de contaminación en procesos ulcerosos de la piel o de las mucosas. Felizmente no todas las lesiones con asociación fuso-espirilar tienen evolución fagedénica en el sentido estricto de la palabra. Freyd (12), que ha visto muchos casos en el Ucayali, supone que cuando se agrega a los asociados el estreptococo, el fagedenismo toma una marcha extremadamente maligna. Quizás pueden actuar estados carenciales como causa de malignidad.

Ya hemos dicho que 4 de nuestros enfermos presentaron asociación fuso-espirilar, en dos casos la forma fue de "**Ulcus Tropicum**" (Fig. 3). Vamos a relatar en la forma más breve posible los otros dos casos (103 — 81) y lo hacemos a benefi-

(*) Esta palabra médica arcaica, lo mismo que la palabra "espundia" de la Veterinaria, y el término "Ciso" con que se designaron algunas dermatosis pruriginosas, así como la costumbre de llamar Lazarillos y Lazarinas a los leprosos y lepras en general a toda úlcera rebelde, fueron sin duda introducidas por las antiguas misiones españolas y han quedado en el lenguaje común de la gente de selva.



FIGURA Nº 5
Úlcera Fegedénica con fondo botonoso.

cio de los médicos de la Sanidad Política y Militar, que se ven precisados a trabajar sin el auxilio del microscopio, única arma que puede dar superioridad al médico sobre el curandero en el diagnóstico de tantas enfermedades comunes en nuestra selva, especialmente de la que tratamos, tan grave, tan común y tan fácil de curar cuando el preparado microscópico la revela.

El 103 corresponde a una niña de 12 años, traída para consulta de Saposoa. Desde hace 5 meses presenta una úlcera del talón izquierdo, (Fig. 5) sumamente dolorosa y que la imposibilita para caminar; la chica está demacrada y los músculos de la pantorrilla izquierda algo atrofiados.

El fondo prominente y botonoso de la úlcera, induce a pensar en algunas formas de leishmaniasis o de blastomicosis.

La chica ha tenido Pián, pero el padre asegura que los ensayos con el Neo-salvarsán han dado malos resultados. Al examen microscópico del exudado de la úlcera, se encontró asociación fuso-espirilar casi pura. Con el neo-salvarsán intravenoso y tópico, al cabo de 8 días, con tres inyecciones (0.15 — 0.30 y 0.45) la enferma se consideraba curada; los tejidos se reparaban en forma admirable.

El caso número 81 fué el de una niña de 7 años, que presentaba un absceso del dedo gordo del pie izquierdo abierto bajo de la uña, que dejaba desprender un pus fétido sanguinolento; la lesión era dolorosísima. El diagnóstico microscópico de asociación fuso-espirilar permitió la curación apropiada.

Leishmaniasis.—En 5 de nuestros casos encontramos leishmanias (59 — 76 — 84 — 86 — 130), los casos 59 — 76 y 86 presentaban lesiones de la piel; el 84 y el 130 lesiones del tabique nasal sin compromiso de la piel inmediata. El 130 además de la perforación del tabique tenía infiltración del lóbulo de la nariz.

El hallazgo del parásito no es fácil en las Leishmaniasis Americanas, como ha sido dicho ya por varios investigadores, mucho mas cuando no se tiene tiempo para eliminar con tópicos las infecciones secundarias que ofuscan con frecuencia al verdadero agente.

En dos casos, además de leishmanias y junto con otros gérmenes de contaminación, hubo levaduras, que algunos autores sud-americanos, han tomado como gérmenes causales de una forma clínica de la espundia, asimilándola a las otras Blastomycosis Americanas. Nosotros no damos importancia a estos elementos, ni en el diagnóstico ni para el tratamiento, porque según nuestra experiencia desaparecen espontáneamente cuando se trata de la leishmaniasis.

Nuevamente los casos vistos en Yurimaguas nos han permitido apreciar, las diferencias sobre las cuales hemos escrito ya varias veces, entre la leishmaniasis en la Selva y la Uta de las Quebradas de la Sierra.

Sólo una falta de atención en el problema puede hacer desconocer esta dualidad saltante que podría ser notada por cualquier práctico, que pasase a ejercer su oficio de una zona a otra. La infección de las mucosas respiratorias, sobre todo

del tabique nasal cartilaginoso, sin compromiso necesario de la piel próxima, los tabiques nasales perforados, la mayor resistencia al tratamiento de los casos de la selva, lo llevarían al conocimiento de que estaba en presencia de formas clínicas distintas, aunque el laboratorio le dijese que ambas eran producidas por parásitos morfológicamente iguales.

En nuestra selva existe la forma de leishmaniasis cutánea mucosa que es común en toda la Selva Tropical Amazónica (Leishmaniasis Florestal Americana); en las quebradas de la Sierra se presenta la Uta, que aunque más grave, se puede comparar al Botón de Oriente.

PIAN O CUCHIPE

De los 170 enfermos registrados en nuestras hojas clínicas solo 5 figuran con "pian" actual o en la anamnesis.

El N° 50 de nuestra estadística (Fig. 6), un niño de dos años, proveniente de la provincia Rodríguez de Mendoza, en Amazonas, fue el único que presentó lesiones recientes; tenía una erupción de papilomas piánicos extendida a todo el cuerpo, en la superficie de éstos se había formado el común exudado lardaceo que los naturales de Chachapoyas llaman: "tocino cuchipe" según el Dr. Buenaventura Burga (31). De este caso no pudimos hacer reacción serológica.

Los Nos. 39 y 55, adulta la primera y de 13 años la segunda, decían haber tenido la enfermedad y presentaban actualmente "lesiones de laja" — manifestaciones tardías del pian. — Ambos tuvieron reacción de Kahn fuertemente positiva.

El N° 45 persona adulta, acusaba haber tenido Cuchipe adquirido en sus viajes por los ríos. Actualmente tenía lesiones perforantes del tabique nasal cartilaginoso y tumores yuxta-articulares en las extremidades inferiores. Su reacción de Kahn fue fuertemente positiva.

El caso 101 mujer joven había tenido también Pian y en el momento del examen presentaba gomas seriadas en el brazo izquierdo. Parecía una lesión micósica. No se le hizo reacción serológica.

Como se vé, solo 5 de nuestros 170 enfermos entran en la estadística del Pian; de ellos dos (50 y 45) lo habían adquirido manifiestamente en otros lugares, con lo cual se obtiene un



FIGURA Nº 6

Manifestaciones generalizadas de Pian.

porcentaje sensiblemente menor que el de las otras regiones de la selva.

Por lo que pudimos averiguar, hay otras zonas del Huallaga donde el Pian es mucho más frecuente; si así fuera, en realidad la situación de Yurimaguas se podría comparar con la que encontramos en Puerto Maldonado en el Madre de Dios (11).

No obstante que el Pian es muy frecuente en las orillas del Madre de Dios hasta el río Piedras y que en la Cachuela Oviedo a dos leguas de Puerto Maldonado y con gran tráfico con éste, vimos un crecido número de casos; en el mismo Puerto Maldonado no encontramos uno solo autóctono.

En el mapa de Freyd (12) que comprende los ríos Amazonas y Ucayali desde sus orígenes en el Tambo y Urubamba, se puede notar también marcados cambios en la densidad de enfermos de un pueblo a otro.

En la geografía del Pian bien estudiada quizás se puedan encontrar argumentos que concuerden con los hechos experimentales sobre participación de dípteros (Castellani - Hunt - Johnson) en la propagación de la infección, en este mismo sentido el Dr. Freyd hace notar el predominio de las lesiones en las partes descubiertas. El Dr. Buenaventura Burga (31) dice que en Moyobamba los indígenas incriminan a un mosquito *Atum-chuspi* como trasmisor de la enfermedad.

Como otro dato de la no frecuencia del Pian en Yurimaguas, podemos citar que ninguno de los naturales conocía los términos "Madre del Cuchipe" "Flor del Cuchipe", que están tan vulgarizados en otra parte.

Tratamiento del Pian.

En toda la selva se ha hecho común el uso de una fórmula de Bismuto conocida con el nombre de Antipián y que tiene la ventaja de que es preparada por los farmacéuticos locales. El estudio de un buen producto del bismuto y que fuese el más barato sería de utilidad nacional, puesto que el Pián es una de las plagas más extendidas.

La resistencia del Pián al mercurio es conocida por todos los de la región; en cambio los arsenicales sobre todo el salvarsán constituyen un medicamento precioso al cual se le atribuye virtudes casi sobrenaturales. La persona que puede ponerse una serie de salvarsán se considera feliz, aunque no tenga para qué hacerlo.

Laja.

(*Keratoma plantare sulcatum*) Castellani.

Los enfermos 39 y 45, se consultaron por una afección de los pies que ya habíamos tenido oportunidad de ver (Fig. 7) en varios pueblos en las márgenes del Ucayali y en Iquitos (13) y que es conocida en la región con el nombre expresivo de La-

ja. La lesión radica de preferencia en la planta de los pies, algunas veces en los bordes y consiste en círculos aislados o confluentes de bordes bien cortados y que afectan la epidermis de una piel hiperqueratósica. Las lesiones de los bordes del pie tienen la forma de resquebrajaduras.

Nuestros dos enfermos con Laja acusaron Pián entre sus antecedentes y tuvieron una reacción de Kahn positiva.

Lesiones iguales a la Laja han sido descritas y figuradas en muchos libros de patología tropical, como manifestaciones tardías del Pián. En la obra de Carlos Mense (10) la fig. 2 lámina XVII, pag. 624 (Saki de Fidji) es casi igual a uno de nuestros casos. En la obra de Ruge (24) se representa el Bubl Malayo, el prof. Howard Fox (21) ha descrito el Crab Yaw

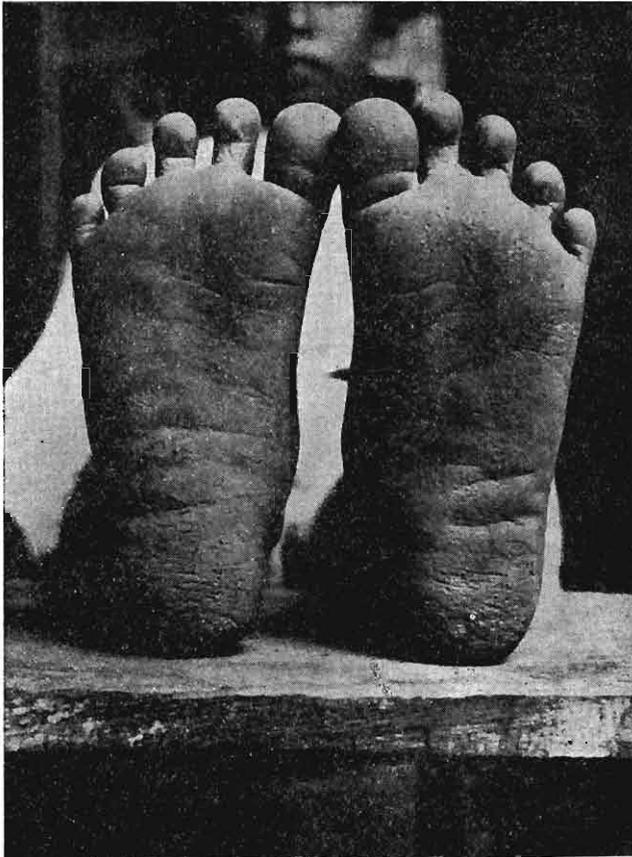


FIGURA N° 7
Caso de Laja.

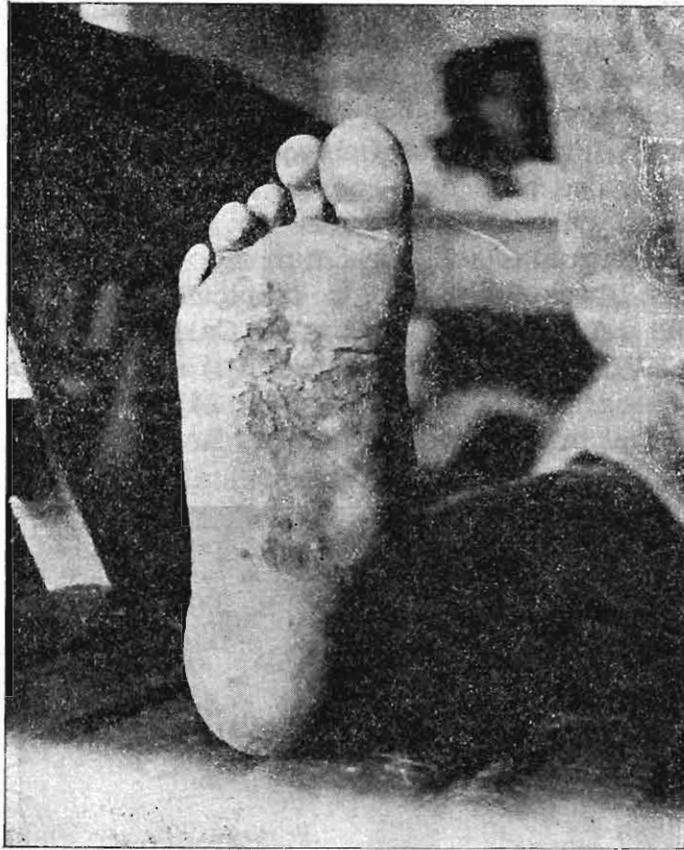


FIGURA N° 8
Caso de Laja.

de Haití, Castellani (16) le ha dado el único nombre latino que tiene : *Keratoma Plantare Sulcatum* y lo ha visto en la India, en el Africa Tropical y algunos casos en Macedonia, habiendo visto también un caso típico en un europeo de buena sociedad.

El Dr. Kuczynski Godard ha visto casos de Laja en el valle de Guayabamba (26) donde no hay Pián, él cree que se puede relacionar con el mal del Pinto endémico en la zona. En el estudio que hicimos en 1934 en la escuela de Pijuanu Loma en Iquitos sólo el 50 % de los niños con Laja tenían antecedentes de Pián (13). En los focos del Mal del Pinto que hemos estudiado en la costa, nunca vimos casos de Laja, quizás sea un carácter local de la infección en Moyobamba, como deben

ser también las lesiones de la mucosa bucal que el mismo autor describe y que recuerdan las que José J. Escobar ha encontrado en la enfermedad azul de los Indios Chillos (17).

Aunque las lesiones de Laja por sus bordes bien cortados y la forma como disecan las capas de la epidermis tienen un marcado aspecto sifilítico, difieren de todas las que se han descrito en la planta de los pies y en la palma de las manos en esta enfermedad.

Tumores Yuxta-Articulares.

Nuestro enfermo N^o 45 sujeto adulto, que decía haber tenido Pián en años anteriores y que actualmente presentaba perforación del tabique nasal y tumores satélites de los tobillos que se extendían hacia el borde externo del pie. En el lado izquierdo eran dos tumores, en el derecho tres, los más grandes como un cuesco de durazno, decrecían en orden descendente a mitad y al tercio aproximadamente. Eran nódulos duros adherentes a los planos profundos no así a la piel.



FIGURA N^o 9
Tumores yuxta-articulares (Caso proveniente de la Sierra).



FIGURA Nº 10
Tumores yuxta-articulares (Caso proveniente de
la Sierra).

La perforación nasal tenía el tipo de las producidas por la *Leishmania Americana*, no parecía gangoso.

El primer caso de tumor yuxta-articular registrado en el Perú, lo vimos en Puerto Maldonado en el Madre de Dios (11). En 1924 posteriormente Alfredo Freyd (12) encontró dos casos : uno en Pucalpa en las riberas del Ucayali, otro en la Guhayra en el Urubamba.

Los Drs. Pedro Baliña, G. Basombrió y E. A. Aubrin (23) han descrito en la Argentina dos casos, uno de ellos en un sujeto peruano que quizás adquirió la enfermedad en el Perú.

En las zonas tropicales fuera del Perú han sido descritos tantos casos que sería difícil enumerarlos.

La enfermedad fué señalada por primera vez por el médico brasileño Adolfo Lutz en 1891. Janselme en su famoso viaje científico a Indochina (1899 - 1900), la estudió y le dió el

nombre de tumores yuxta-articulares, que hoy casi todos emplean; Brumpt (1902), hizo observaciones sobre la enfermedad en los pueblos nilóticos del Africa Oriental. Castellani Chalmers en varios países tropicales, — Java, China, Ceylán, Senegal, etc. — En la América del Sur ha sido estudiada especialmente en el Brasil por S. Robello, F. Ferra, De Matta, de Silva, Araujo y otros. En la América del Norte también se han descrito algunos casos: Howard Fox lo ha visto en un negro de Chicago.

La definición que dió Janselme (29) a su trabajo de conjunto sobre la enfermedad permite perfectamente indentificarla, dice así: “trátase de nódulos subcutáneos, redondeados, aislados o acumulados, que se sitúan en la vecindad de las articulaciones y de las crestas óseas, indoloros de consistencia firme y renitente, ruedan bajo el dedo, pueden excepcionalmente reblandecerse y terminar por una cicatriz que sólo tiene de característica su localización próxima a las articulaciones.

Después de haber sido relacionada la enfermedad con el *Onchocerca*, con algunas micosis y miasis, hoy la mayoría la consideran como una treponemiasis, ya sea causada por el treponema del pián, o el de sífilis o uno especial de los tumores yuxta-articulares.

El prof. Brumpt supone que además de las nudosidades producidas por el pián y la sífilis, las hay causadas por otro treponema propio cuya distribución geográfica concuerda con la del Pián, siendo mucho más restringida que el de la Sífilis. Las fotos (9 y 10) corresponden a un caso típico de tumores yuxta-articulares que tuvimos oportunidad de estudiar con el Dr. Enrique Blondet en un sujeto que nunca había estado en las regiones donde hay Pián (Nacido en Ancash solo había hecho viajes hacia la Costa) y que tenía reacciones de Wassermann y Kahn fuertemente positivas. Hemos creído útil incluir este caso todavía no publicado y que es el primero oriundo de la Sierra del Perú.

Parasitismo Intestinal.

Luis González Mugaburu, del Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública, encargado de este estudio ha redactado la siguiente nota:

“El estudio del parasitismo intestinal consistió en el análisis de 59 muestras de heces, pertenecientes a un número igual de personas de diferentes edades (ver cuadro). Este estudio limitado arrojó los siguientes resultados :

E. Nana	1.7 %
Balantidium Coli	6.8 „
E. Histolítica	11.9 „
Iodamoeba Bustchili	16.9 „
Strongyloides Stercoralis (larvas)	16.9 „
E. Coli	35.6 „
Ascaris Lumbricoides	67.8 „
Anquilostoma Duodenalis (*)	74.6 „
Trichiura Trihiuris	86.4 „

“El 88 % de los examinados fueron de menos de 20 años de edad, es decir, la población escolar; los mayores porcentajes corresponden al anquilostoma y al T. trichiura; el Balantidium Coli tiene un apreciable porcentaje, así como también el Ascaris Lumbricoides. En la mayoría de los casos de balantidiosis existía la cría de chanchos en la misma casa. En una muestra de tierra, tomada del suelo cercano a la letrina de una Escuela Fiscal, se hallaron al microscopio huevos de Ascaris lumbricoides, Anquilostoma duodenalis, T. trichiura, larvas de Strongyloides Stercoralis, y quistes de E. Coli. De los 59 casos, no hubo uno solo que fuera negativo al examen parasitológico; sin lugar a dudas se puede afirmar que los porcentajes a Helminthos pueden ser más altos aún si se emplean métodos de concentración”.

“Otro hecho interesante, es la ausencia de Hyminolepis, Giardia, Lamblis, Chilomastix, aunque el número de muestras examinadas es reducido para sacar conclusiones terminantes, de todas maneras servirá como guía para futuros estudios en zonas similares”.

Creemos que tenga interés exponer las cifras que en otras oportunidades hemos encontrado en diversas partes del territorio.

En Puerto Maldonado en el Madre de Dios (11), en el año

(*) No podemos especificar si se trata solo de Anquilostoma, pues la diferenciación solamente por los huevos, es casi imposible.

1924 con el Dr. Alberto Guzmán Barrón y con Héctor Rojas, el examen de muestras de heces en 260 personas, nos dió el siguiente resultado :

Parásitos	Nº de Casos	Porcentaje
Anquilostoma solo	41	15.7
Anquilost. Ascaris. y Tricoc	52	20.0
Anquilostoma y Ascaris	84	32.3
Anquilostoma y tricocéfalos	83	32.0
	260	100.0

La mayoría de las muestras pertenecían a niños de Colegio.

En Puerto Artillero sobre el río Tambo-Pata, examinamos un 80 % de la población, encontrando en todos también el anquilostoma mezclado con Ascaris o Tricocéfalos.

En el camino de Puerto Astillero a la Cordillera, solo volvimos a encontrar el Anquilostoma en la mina de Santo Domingo, a 1.170 mts. sobre el nivel del mar, entre las personas que trabajan o habían trabajado en los socavones. Se trataba de la anquilostomiasis de los mineros.

En 1934 con el Dr. Guillermo Almenara tuvimos oportunidad de estudiar, algunas poblaciones en el valle de la Convención, en el Urubamba, obteniendo los siguientes datos, que no han sido publicados antes y que posiblemente constituyen los únicos sobre el Alto Urubamba en este sentido y que se complementan con los de Freyd en el Bajo Urubamba y en el Ucayali. Los resultados están consignados en el cuadro No 1, que se inserta en la página siguiente.

Por último en el mismo año, en colaboración con el Dr. Alfredo Ruiz (13), estudiamos 89 niños, de la escuela de Pijua-yo Loma, en un barrio proletario de Iquitos obteniendo el siguiente resultado:

Parásitos	Nº de Casos	Porcentaje
En general	89	100.0 %
Ascaris L.	75	84.2 „
Tricocéfalos	81	90.9 „
Anquilostoma o Necator	71	79.7 „
Anguilula Stercoralis	8	9.0 „
Balantidium Coli	3	3.4 „

CUADRO N° 1

Lugar	Número de Casos.	Anquilostomadenal.	Ascaris lumbricoides.	Trichiuris Trichiura.	Strongiloides stercoralis.	Tricomonas hominis.	Balantidium Coli.	Endoameba histolítica.
Quillabamba Santa Ana	98	89.8	72.5	85.7	20.4	4.5	10.2	1.1
Echarate	15	86.7	66.7	73.3	26.7	—	13.3	—
San Lorenzo	11	90.9	81.8	90.9	27.3	—	—	1.0
Cuzquipata	3	100.0	33.3	100.	—	—	—	—

Datos obtenidos en el Valle de la Convención en el Urubamba —1934.

Estas solas cifras obtenidas en una y otra parte del país, serían suficientes para certificar el hecho, ya por lo demás tan divulgado, de la difusión universal del anquilostoma en nuestro territorio montañoso. El Dr. Alfredo Freyd, en su memorable viaje de estudio ya varias veces citado, encuentra en el Amazonas y en el Ucayali hasta sus orígenes en el Tambo y el Urubamba, el parasitismo intestinal como afección común y concluye en que : "el parasitismo intestinal con el anquilostoma duodenal en primer lugar, constituye con el Pián el principal flagelo de las poblaciones indígenas del Amazonas Peruano.

El Dr. Kuczynski Godard (25) en sus investigaciones sobre la patología de los ríos Chanchamayo y Perené, en el departamento de Amazonas (26) y en la región Amazónica, encuentra también siempre el parasitismo intestinal y con el anquilostoma en primer lugar como una plaga común de la selva.

Como en nuestra Costa (salvo en Tumbes) y Sierra no existe la anquilostomiasis endémica, se puede suponer que su propagación a la selva, se ha hecho sobre todo a partir del Este, siguiendo un camino contrario a la corriente de los ríos, como ha pasado con el Pián y la Lepra. También han podido venir enfermos del Ecuador por los territorios del Mainas, que fue vía de mucho tráfico en alguna época de la Colonia.

Poco después de la conquista, negros esclavos Cimarrones venidos del Brasil, o llegados a través de los Andes de la costa del Pacífico, se esparcieron por la selva, conviviendo familiarmente en algunos casos con los aborígenes, en un ambiente que les era favorable, porque en muchos aspectos era igual al que habían dejado en sus tierras de origen. Ya en la segunda mitad del siglo XVIII (28) el famoso caudillo de las tribus bárbaras Juan Santos Atahualpa, menciona varias veces a los pobladores negros de la selva en sus originales discursos y Castelnau (1) refiere de una tribu de negros venidos del Brasil que se había establecido en la región del río Távora y que vivían en paz con sus vecinos los Amuecas. Se puede fácilmente colegir el rol que también hayan jugado en la difusión de enfermedades, los individuos de esa raza importadora a nuestro continente de varias infecciones exóticas.

La historia de la anquilostomiasis en nuestro territorio hay que rastrearla, de los relatos de la Anemia de las Montañas y de los comedores de tierra, hasta que Agnoli (6) en 1893, encuentra huevos de anquilostoma en las heces de dos enfermos anémicos, venidos de Chanchamayo.

Castelnau observó comedores de tierra anémicos en varias partes de la selva; en Pebas donde esta costumbre estaba muy generalizada, encuentra un niño "que tenía el hábito de comer tierra y cuyo rostro era cadavérico". Más tarde Galt (2) en 1873 dice que "el número de niños que viven en el Ucayali está disminuyendo por las diarreas, convulsiones y el vicio de comer tierra". Quizás

solo por estos datos Blanchard (9), consignó en su Zoología Médica que ambos encontraron anquilostomiasis en la Selva Peruana.

El Dr. Leonidas Avendaño (3) 1891, niega la existencia de anquilostomiasis en Loreto, pero en cambio da los siguientes datos útiles al respecto: "Casi todos los niños, dice, hijos de los indígenas tenían un tinte pálido y los llaman comunmente Poshecos. (Hoy es sabido que los poshecos son portadores de anquilostomiasis con anemia). Además hace notar lo extendido que está el vicio de comer tierra entre niños y adultos, relatando el hecho curioso de que : "en el barrio de Belén en Iquitos existe una casa cuyas paredes han sido destruidas por los comedores de tierra". Hay que advertir que el Dr. Avendaño trabajó sin microscopio. Agnoli (6) discute la concordancia entre las conclusiones y el relato de este trabajo.

En 1902 Marticorena (4) en Puerto Maldonado encuentra áscaris y anquilostoma en las "heces producidas por los tenífugos"; y en 1903, Luis Pesce comprueba la existencia de anquilostomiasis en varios lugares de la selva desde Chanchamayo, suponiendo ya que la enfermedad está muy extendida en la selva. El Dr. Ernesto Odriozola en 1904 (8) a propósito de otro caso de anquilostomiasis procedente de Chanchamayo dice : "la anquilostomiasis abraza extensas zonas de nuestra región montañosa".

Solo conociendo las condiciones excepcionalmente favorables del ambiente y las costumbres de la gente, se puede uno explicar que el anquilostoma, haya adquirido una difusión tan grande que hoy se le puede tener como un carácter general del indígena de la selva en toda su extensión.

Dentro de cada población el niño de la selva tiene asegurada la infección por el anquilostoma como si fuese un factor ecológico necesario. En Puerto Maldonado (11), en la escuela de Pijuayo Loma en Iquitos (12) y ahora en Yurimaguas, hemos encontrado en muestras de tierra tomadas del suelo de los Colegios, en lugares donde pueden traficar o jugar los niños, siempre sin calzado como es la costumbre del lugar, huevos de ascaris, tricocéfalos y de anquilostoma, algunas veces en profusión como en un concentrado. Iguales condiciones se puede suponer para los corrales de las casas, las playas de los ríos próximas a las poblaciones y algunas calles de poco tráfico.

En pueblos más sedentarios, a pesar de las condiciones favorables a la propagación dentro de cada población, la difusión en toda la extensión del territorio, no hubiese sido quizás posible. El montañés es marcadamente nómada. La época de la explotación activa del caucho debe haber sido un momento culminante en el proceso de extensión de la infección, porque entonces más que nunca antes, se realizaron viajes por zonas

nunca traficadas, hubo migraciones y aflujo de gente venida de fuera.

En la selva es frecuente encontrar huevos de anquilostomas con larvas libres en heces recién emitidas, hecho que debe ser muy favorable a la reinfección y a la propagación del parásito.

Ya ha sido hecho notar varias veces que la gente de la selva soporta la infección por el anquilostoma y otros parásitos intestinales bastante bien; el porcentaje de los parasitados que acusan síntomas dignos de ser consultados al médico, es pequeño; los niños cargados de parásitos son ágiles, despiertos, bien desarrollados.

En el carácter sanguíneo que más influye el parasitismo es en la eosinofilia, síntoma que parece ser función del bienestar dentro de la infección, porque es habitualmente más alta en los que tienen menos síntomas.

La fórmula leucocitaria hecha por el ayudante del curso Herbert O'Hara en 24 láminas de sangre traídas a Lima arroja las cifras siguientes, de eosinófilos :

Máxima	42.	%
Mínima	5.	„
Media	22.4	„

En Puerto Maldonado (11) encontramos en los niños de colegio, con respecto a los eosinófilos los resultados siguientes :

Máxima	52.	%
Mínima	4.	„
Media	20.	„

Paludismo.—En lo que se refiere al Paludismo, Yurimaguas tampoco es un lugar muy infectado; el número de los niños con bazo aumentado de volumen era pequeño y solo en 5 personas sobre 56 muestras examinadas, encontramos hemozoario en la sangre circulante.

Es interesante que en los 5 casos encontramos el Plasmodium Malarie, que como es sabido siempre es más raro. Freyd (12) no encontró sinó plasmodium Vivax y Falcíparum. En Madre de Dios encontramos el Plasmodium Malarie en muy escasa proporción.

Parálisis Infantil.—Vimos un caso, en una niña de 8 años. En el Madre de Dios habíamos encontrado tres (11).

Vaca Chupo.—Vaca Chupo y Avispa Chupo son dos términos de la Medicina Popular de la Selva que sirven para designar procesos supurativos y destructivos muy intensos. Ya en nuestro informe anterior (11) comentamos este nombre. Esta vez se nos llamó para atender a un enfermo con el diagnóstico familiar de Vaca Chupo, en el cual observamos un proceso septicémico con abscesos de fijación, pero con una evolución distinta a lo común, y similar en cambio a casos que nos habían relatado algunos colegas prácticos en la patología de la selva.

Enfermo ficha Nº 104, de 36 años, mestizo, ha sido siempre muy sano; ha viajado con frecuencia por los ríos y cree que su enfermedad la tomó en uno de estos viajes. Desde hace tres meses le comenzó un proceso febril intenso, fiebre continua muy alta algunas veces. Al cabo de un mes de iniciada la fiebre le comenzaron a aparecer tumoraciones inflamatorias en el tronco, sobre ambas regiones escapulo-humerales y en la cadera izquierda. Las tumoraciones fueron aumentando de volumen y se hicieron blandas, como con líquido adentro, dice el enfermo; a la vez la fiebre disminuyó. Un práctico del lugar abrió las tumoraciones sacando gran cantidad de pus de cada una de ellas; con esto una de las del hombro secó, la otra y la de la cadera continuaron segregando. Cuando vimos al enfermo estaba apirético, muy emaciado y casi imposibilitado para moverse. En la región del hombro y en la cadera presentaba dos grandes abscesos que no comprometían la articulación y que drenaban por las heridas quirúrgicas.

Las dimensiones del absceso de la cadera se podían apreciar porque la herida de drenaje se había obturado. Era una bolsa que tomaba la región glútea, el trocánter, parte del tercio superior del muslo. Cuando reabrimos la abertura salió quizás unos 200 cc. de un líquido seroso en grumos; en ninguna de las investigaciones que hicimos de este líquido encontramos otra cosa que gérmenes comunes de contaminación.

Cuatro gramos diarios por tres días de sulfamida, hizo desaparecer la secreción. El enfermo decía que el mismo medicamento, anteriormente no había dado resultado.

Pterigión.—Hubo algunos casos entre los niños de Colegio, lo mismo que de conjuntivitis.

Enfermedades no encontradas.—Comprende este acápite algunas enfermedades que por ser comunes en ambientes simi-

lares del territorio o en otros países las tuvimos presentes durante nuestro trabajo.

Filaria.—De todas las personas que tomábamos muestras de sangre, hicimos preparados en fresco entre lámina y lamina para buscar embriones de filaria. Los resultados negativos obtenidos coinciden con los de Freyd en las zonas que estudió (12).

Enfermedad de Chagas.—No encontramos ningún caso. Pusimos atención especial en los signos oculares al revisar a los niños de colegio y en el pulso de los adultos. El Dr. Telémaco Battistini Director del Instituto Nacional de Higiene nos había proporcionado algunos tambores con vinchucas para en caso necesario hacer el Xenodiagnóstico; no hubo oportunidad de usarlos y las vinchucas contenidas en ellas fueron devoradas por las hormigas. En la región parece que no hay vinchucas, pues ofrecimos buenas gratificaciones por ellas enseñando como muestras los ejemplares llevados. Sería interesante averiguar si la ausencia se relaciona con la presencia de las hormigas que destruyeron nuestros ejemplares. Tampoco vimos casos de Beri-beri, Fiebre amarilla, pelagra, ni lepra. De esta última quizás hubieran casos que no vimos por la habitual reserva de estos enfermos, para presentarse ante los médicos que actúan con carácter oficial.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Castelnau Francis: Expedition de la Amerique du Sud. Paris, 1851.
- 2) Galt Francisco: El Peruano. Octubre, 1873.
- 3) Avendaño Leonidas: Apuntes sobre la Patologa de Loreto. Tesis, 1891.
- 4) Marticorena Miguel: Informe médico sobre el Tambopata, en "Vías del Pacifico al Madre de Dios". Lima, 1902.
- 5) Tamayo O. M.: La Dermatovia Cianiventris. La Crónica Médica, 376, 378, 1904.
- 6) Agnoli J. B.: Consideraciones sobre dos casos de anemias por Anquilostomiasis. La Crónica Médica 103, 1893.
- 7) Pesce Luis: Informe del médico de la Comisión Exploradora del Istmo Fiscalá. 1903.
- 8) Odriozola Ernesto: Parasitismo Intestinal. Lección Clínica. Gaceta de los Hospitales, Junio 13 de 1904.
- 9) Blanchard R.: Zoologie Medicale. Paris, 1889.
- 10) Mense Carls: Handbuch der Tropenkrankheit. Berlin, 1924.

- 11) Weiss Pedro, Héctor Rojas y Alberto Guzmán Barrón : Boletín de la Soc. Geográfica de Lima, 42, 1925.
- 12) Freyd Alexander: Patologie D'Amazonie Peruvienne — Rev. Med. et Hyg. Tropicales 22, 4, 1390.
- 13) Weis Pedro, Ruiz Alfredo : Indice de morbosidad de la Escuela de Pijua-yo Loma en Iquitos. La Reforma Médica, 194, Lima, 1934.
- 14) Guzmán Barrón Alberto : La bronquitis sangrante. La úlcera Tropical, Lima, 1935.
- 15) Brunt E. : Precis de Parasitologie. Paris, 1936.
- 16) Castellani y Chalmers : Manual of Tropical Medicine. London, 1919.
- 17) Escobar J. José : La enfermedad azul de los Indios Chillos. Boletín Clínico — Universidad de Antioquia 5 y 6, Año VI. 1940.
- 18) Talice R. V. : Sur Quelques larves de Trombidinea de L'Uruguay. Annales de Parasitologie. Paris, V, 483, 1929.
- 19) Talice R. V. : Sur la trombidiose humaine en Uruguay. Annales de Parasitologie, 8, 349, 1930.
- 20) Andre Marc : Sur une Larve D'acarien etc., 8, 355. Annales de Parasitologie, 1930.
- 21) Fox Howard : Yaws as Observel in Haiti. Arch. of Derm. and Syphil. 20, 1929.
- 22) Puente José : Miasis Forunculosa — Ura. Rev. Argentina de Dermatologia, 18, 1934.
- 23) Baliña Pedro, Basombrió G., Aubrin E. A. : A propósito de 2 casos de nudosidades yuxta-articulares. Rev. Argentina de Dermatología, 13, 1929.
- 24) Ruge R., Muhlens P., zur Verth M. : Krankheit und hygiene der warme lauder, 1936.
- 25) Paz Soldán C., Kuczynski Godard M. : La Selva Peruana. Lima, 1939.
- 26) Kuczynski Gordad M. : El departamento de Amazonas. Lima, 1940.
- 27) Strong P. Richard : Stitt, 1941.
- 28) Izaguirre Bernardo Fray : Historia de las Misiones Franciscanas. Lima, 1922.
- 29) Janselme, Paris Medical, Mars. 1924.
- 31) Buenaventura Burga. La Crónica Médica.
- 32) Chantre y Herrera José : Historia de las Misiones de la Compañía de Jesús en el Marañón Español. Madrid, 1901.

SUMMARY

A medical study made at Yurimaguas, a village located on the Lower Huallaga, in the Peruvian Forest Country.

The author found intestinal parasitism to be the disease most frequently met with, with ankylostomiasis predominating. He also came across cases of Yaws, Juxta-articular tumours, "Lajs", Leishmaniasis (Espundia), Phagedenic tropical ulcers, Pinta, Tropical Vitiligo, Infantile Paralysis, Malaria fever (with P. Malarie predominating) and Pterygion.

No cases of American Trypanosomiasis, Filariasis, Beri-beri, Yellow fever, or even Leprosy were discovered.

Compared with other places in the Peruvian Forest Country, Yurimaguas is a healthy place. Apart from intestinal parasitism, the percentage of other diseases, is relatively low.

RÉSUMÉ

Une étude médicale a été faite à Yurimaguas, ville située dans le Bas Huallaga, dans la Forêt péruvienne.

Le parasitisme intestinal s'y présente comme l'affection la plus fréquente, avec prédominance de l'ankylostomiase. On a vu également des cas de Pian, de Tumeurs juxta-articulaires, de Laja, de Leishmaniose (Espundia), d'Ulcère tropical phagédénique, de Pinta ou Carates, de Vitiligo tropical, de Paralysie infantile, de Paludisme (avec prédominance du Plasmodium Malariae) et de Ptérygion.

On n'a pas trouvé de Trypanosomiase américaine, de Filaire, de Béri-béri, de Fièvre jaune, ni de Lepre.

Comparé aux autres endroits de la Forêt, Yurimaguas est un lieu sain; sauf le parasitisme intestinal, les autres affections s'y présentent avec un pourcentage relativement faible.