

REVISTA DE MEDICINA EXPERIMENTAL

Instituto de Higiene y Salud Pública

Lima

Septiembre, 1943

V. II, N° 3

EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA DE LAS LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIAS EN EL PERU

Por PEDRO WEISS

*Departamento de Patología Nacional
Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública*

Después del paludismo la enfermedad parasitaria más extendida en nuestro territorio es la Leishmaniosis dérmica. De las tres regiones en que se divide: costa, sierra y selva, bien distintas, por su ambiente, se la encuentra en toda la selva, como en el resto la floresta americana desde México hasta el Chaco Argentino y Paraguay y además existe en zonas altas de la cordillera donde sólo hay otra enfermedad endémica : la Verruga Peruana.

Los focos de Leishmaniosis en zonas altas de la cordillera y la Bartonellosis humana, endémica en los mismos lugares constituyen un aspecto singular de la Patología Nacional.

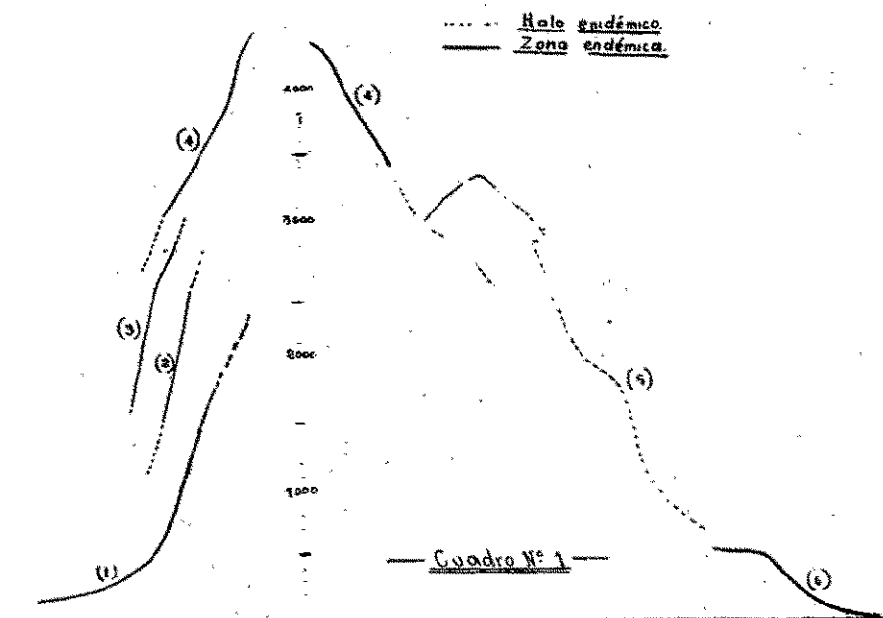
No obstante tratarse de una enfermedad tan extendida y que puede ocasionar lesiones molestas, muy visibles, algunas veces graves después de los primeros veinte años de este siglo, en que salieron a luz notables trabajos de médicos nacionales, en los veintitrés años restantes, muy poco nuevo se ha publicado sobre ella.

CARACTERES PARTICULARES DE LAS LEISHMANIOSIS DERMICAS EN EL PERU

Como lo han hecho notar médicos peruanos (ARCE, ESCOMEL, MONGE, BURGA, WEISS), en nuestro territorio hay dos formas clínicas de Leishmaniosis dérmicas; la Uta, muy parecida en varios aspectos al Bo-

tón de Oriente, y la Espundia, que es la Leishmaniosis selvática americana. Ambas se diferencian por caracteres geográficos, epidemiológicos, y clínicos, que revisaremos a continuación.

Diferencia geográfica. En tanto que la Espundia se propaga en las mismas zonas que el Paludismo y todas las demás enfermedades tropicales comunes en la floresta americana, la Uta, es exclusiva de las regiones altas de la Cordillera, donde según ALTUNEZ (3) y



1) Zona palúdica de la costa. 2) Zona de verruga peruana. 3) Zona de uta. 4) Zona de tífus exantemático epidémico. 5) Zona trasandina todavía mal estudiada donde según las regiones puede encontrarse uta o espundia, paludismo y en algunas partes otras enfermedades tropicales. Es el Ande de los conquistadores. 6) Selva con toda la patología común en la floresta americana.

BUENAVENTURA BURGA (12), el Paludismo no llega y donde como hemos dicho, no hay otra enfermedad endémica que la Verruga Peruana y en algunas partes también paludismo.

Los focos de Uta y Verruga Peruana están dispuestos de Norte a Sur, en zonas comprendidas aproximadamente entre los 1200 y 2800 metros sobre el nivel del mar (Cuadro I), en las quebradas, casi siempre es-

trechas y profundas, formadas por los ríos que bajan de la cordillera. "En los espacios intercostales de la gran columna vertebral de los Andes", dijo UGAZ (69) en su tiempo. Los focos de Uta se extienden; más hacia el Sur del territorio que los de la Verruga Peruana.

No tenemos datos en el Perú sobre la altura hasta la cual puede llegar la forma selvática. En la Argentina, NEIVA y BARBARÁ (50), que consideraron el punto, hacen notar que a 1,600 metros en Volcán de la Provincia de Jujuy, ya la enfermedad no existe. El Dr. MAZZA, reconocida autoridad en estos asuntos, respondiendo a una pregunta nuestra nos escribió que las zonas mas altas quedaban a 500 metros. Habría que aclarar si la diferencia entre 500 metros como altura máxima de la forma selvática y 1,200 como mínima de la Uta, obedecen a la distinta latitud en que han sido hechas las observaciones o a caracteres del germen o su trasmisor.

Aunque nada se ha demostrado todavía sobre el agente trasmisor de la Uta es muy sugestivo el hecho de que se presente en las mismas zonas de la Verruga Peruana, cuya transmisión por flebotomus es un hecho ya demostrado. Ambas enfermedades ocupan las mismas zonas, bien circunscritas con posibilidades de ampliarse o reducirse según el rigor de las estaciones (lo que hemos llamado halo epidémico) y se producen de preferencia en los meses lluviosos de Enero a Abril. El Dr. PESCE (54) ha encontrado Flebotomus en focos de Uta, situados al Sur del territorio donde la Verruga no llega. Se cumple así en el Perú la ley phlebotomus, leishmaniosis por lo menos hasta donde se ha hecho la investigación.

Diferencias epidemiológicas. La Leishmaniosis selvática como lo indica su nombre se propaga en el ambiente de la selva, de clima cálido, húmedo, con vegetación natural boscosa; aun en las formas urbanas requieren barrios que estén próximos a bosques, jardines muy espesos, o charcas, como lo han hecho ver ARAGAO (20) en el barrio de aguas férreas en Río y Pessoa y Rangel (57) en Aracatúa, Bigüa, Oriente en el Estado de San Pablo.

Los paisajes de Uta son casi siempre descampados, no tienen bosques naturales, sino a lo más sotos, matorrales o huertas limitadas, pudiendo algunas veces ser muy áridos.

En el campamento de las Obras Hidráulicas de Autisha que ha sido construido en una zona árida (fig. 1) distante por algunos kilómetros de huertas y matorrales; varios empleados, oficinistas, han contraído la en-

fermedad sobre todo entre los que, por razón de su trabajo tienen que pernoctar en la bodega, que permanece todo la noche con luz.

Es un hecho ya bien establecido que la leishmaniosis selvática toma de preferencia al hombre adulto.

Es el obrero que penetra a la Manigüa, para rescatar caucho, chicle o maderas preciosas, el que abre caminos o cultiva la coca, el té o el cacao el que se enferma de preferencia.

La Uta como lo hizo ver STRONG (66) en Surco, toma por igual a los habitantes del campo y de la ciudad. Hemos visto casos de Uta, en empleados y en Profesoras de vida sedentaria que no salieron de la población en la que ejercían su magisterio.



Fig. 1. Campamento de Autisha.

Tampoco hace la Uta diferencias en cuanto al sexo, y en cuanto a la edad toma de preferencia a los niños, "la infancia, la adolescencia y la juventud son las más vinculadas a la Uta", dice URDIA (70) quien añade "la niñez sobre todo, le paga pesado tributo". "La mayoría la pasan antes de los cuatro años", dice PALMA.

Estos caracteres particulares de la Uta, de presentarse como una enfermedad, lo mismo urbana que rural, de tomar por igual a ambos sexos y de preferencia a los niños que a los adultos, que habían sido observados por varios de los que estudiaron la enfermedad, resaltan en las siguientes cifras estadísticas del Instituto Nacional de Higiene, obtenidas por M. HERTIG y A. HERRER.

Corresponden estas cifras a dos pueblos muy apartados uno de otro. Callahuanca, población agrícola situada a orillas del río Santa Eulalia,

afluente del Rímac, donde M. HERTIG y A. HERRER realizaron un censo referente a la Uta y Verruga en el año 1939 para el Instituto Nacional de Higiene, y Utco, lugar muy infectado del Departamento de Cajamarca, Provincia de Celendín, próxima al Marañón, donde A. HERRER realizó últimamente, también para el Instituto Nacional de Higiene estudios epidemiológicos que todavía no han sido publicados.

En Callahuanca fueron examinados 308 personas de diversas edades y sexo, de los cuales 120, o sea 38.9 %, presentaron lesiones características de Uta. En Utco, HERRER examinó una Escuela mixta con 44 niños menores de 12 años, de los cuales 38, o sea un 86 %, 4 tenían o habían tenido la Uta.



Fig. 2. Un valle utógeno (tesis de Caro).

Para que se pueda apreciar el contraste entre estos datos y los que se obtienen en las otras Leishmaniasis Americanas vamos a exponerlos a continuación de los de Shattuck en el Petén. [Tomados de BELTRÁN y BUSTAMANTE (7)]; los de BELTRÁN y BUSTAMANTE en la Península de Yucatán (7) y los encontrados por PESSOA (56) en San Pablo.

Para las personas que no conocen nuestras regiones de Uta, conviene anotar que en ellas, sobre todo en las situadas en las vertientes del lado del Pacífico, como en el caso del río Santa Eulalia, no existe otra afección de la piel que deje huella semejante a la de la Uta y que pueda ser causa de error estadístico.

Diferencias clínicas. Como lo hizo notar ESCOMEL (21) desde un principio, la Uta se distingue clínicamente de la leishmaniasis selvática porque sólo toma las mucosas por continuidad, esto es cuando las lesiones de la piel extendiéndose alcanzan alguna abertura natural.

Es bien sabido que en la Leishmaniasis selvática una lesión de la piel en cualquier parte que se radique es una amenaza de compromiso posterior de la mucosa respiratoria. En la Uta las lesiones mucosas pueden llegar a ser muy extensas y destructivas, pero siempre como se ha dicho, partiendo de una lesión contigua de la piel. Hemos visto tomarse la mucosa de la nariz a través de la piel a partir de una lesión del dorso nasal, pero no por lesión de partes más distantes de la cara o de las extremidades.

CUADRO Nº 2

Procedencia	Hombres	Mujeres	Niños
Datos de Shattuck en el Peten	90.0 %	8.0 %	2.0 %
Datos de Beltrán y Bustamante en Yucatán	95.0 %	4.0 %	1.0 %
Datos de Hertig y Herrero en Callahuanca .	12.9 %	11.1 %	76.0 %
	(Adultos)	(Niños)	
Datos de Pessoa en San Paulo	75.8 %	24.2 %	
Datos de Herrero en Utcó	13.6 %	86.4 %	

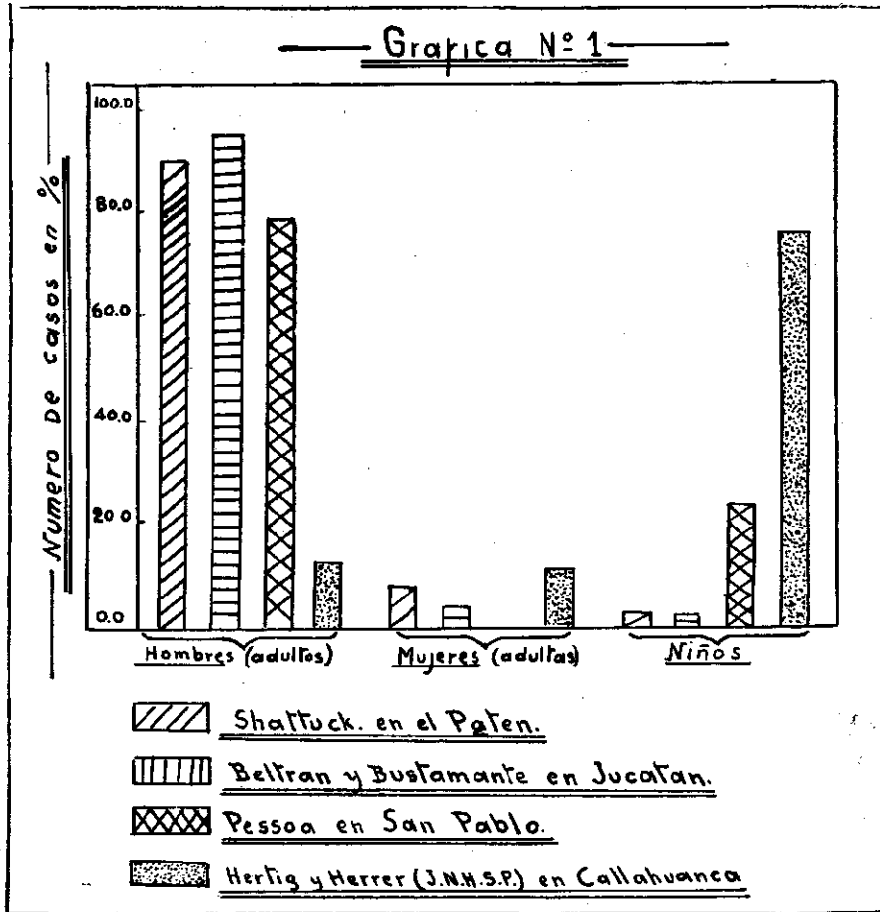
Hay que reconocer que todos los caracteres que llevamos anotados, y que hacen una diferencia notable entre la Uta y la Espundia serían irreconocibles si no existiese la separación geográfica. Si en alguna parte co-existen la uta y la espundia, será muy difícil comprobarlo.

Comparación de la Uta con el Botón de Oriente. La Uta fué reconocida igual al Botón de Alepo (73) en una época en que quizás nadie habría podido hacer igual paralelo en América (1852), por el Profesor de Clínica de nuestra Facultad de Medicina, Dr. JOSÉ JULIÁN BRAVO, quien por razones de salud tuvo que pasar algún tiempo en el pueblo uto-so de San Mateo de Otao.

Se aprecia en todo su valor el acierto clínico del Profesor Bravo, cuando se considera que todavía medio siglo más tarde, nuestros médicos, sin reparar en lo que había dicho, estaban enredados en la teoría

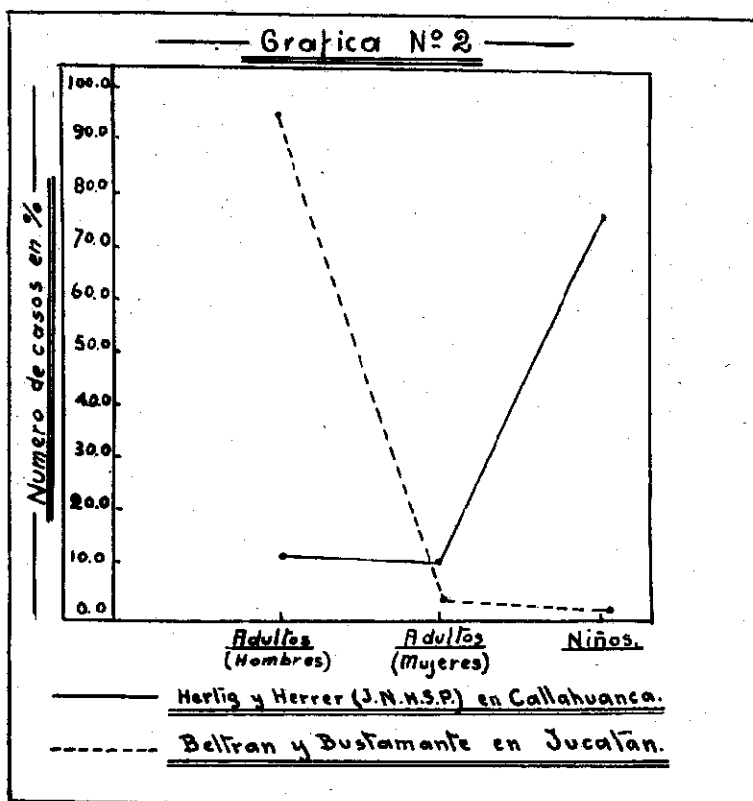
Lúpica, la que no fué desecheda sino en 1908 (53), con el trabajo de RICARDO PALMA (hijo); y que aun en 1913, contó con defensores (41).

Entre los años de 1912 y 1913, el problema de la etiología de la Uta y la Espundia, quedó aclarado en el Perú. Los trabajos de SAMA-



NÉS (63) y de PALMA hicieron poner en duda primero y desechar después, respectivamente, la idea de un origen tuberculoso. El mayor intercambio, de concimientos, permitió a varios de nuestros clinicos, conocer mejor los caracteres del Botón de Oriente y apreciar el parecido

que tenía con las formas Americanas, ARCE, BARTON y ESCOMEL, expresaron su opinión en el mismo sentido que lo había hecho BRAVO 60 años antes y pronto la idea fué confirmada por los hallazgos de leishmanias logrados en enfermos peruanos por LAVERÁN y NATTAN-LARRIER (30), WENYON (76), MONGE (45), VÉLEZ LÓPEZ (72), ESCOMEL (23), REAGLIATI y GASTIABURU (27) y STRONG (66).



En el Brasil según parece, JULIANO MOREYRA identificó algunas úlceras de Bahía como Botón de Oriente en 1895 (31-15). A. LINDEMBERG (31) y CARINI y PARAHNOS (15) en 1909 encontraron por primera vez leishmanias en úlceras del camino de Bauru.

En México, fué SEIDELIN el primero que identificó en 1912, por los hallazgos de leishmanias, la úlcera del chiclero con el Botón de Oriente. En la Argentina, NEIVA y BARBARA (50) en 1917, encontraron por primera vez casos de leishmaniasis.

La idea de que el Botón de Oriente existía en América se había ya generalizado, cuando se encontró las primeras leishmanias, de manera que con ellas se creyó únicamente confirmar la presunción de los clínicos.

Sin embargo un mejor estudio de los casos que se podían ya filiar por medio del agente causal, permitió establecer las características clínicas de la forma Americana. Sobre la igualdad morfológica y cultural de los gérmenes, las particularidades del cuadro clínico justificaron la creación de una nueva especie: *Leishmania Braziliensis* (Viana 1911), simple variedad para algunos o la misma *Leishmania Oriental* que por el trasplante a nuevos grupos raciales produce cuadros mas graves. Las opiniones no se han unificado sobre este punto.

Esta evolución del concepto sobre las leishmaniosis cutáneas del Nuevo Continente, consideradas todas primero como idénticas al Botón de Oriente y mas tarde, todas como formas propias con modalidad especial, ha sido quizás la causa de que no se haya prestado la debida atención, sobre todo por los investigadores extranjeros, al carácter particular de la Uta de parecerse más a la forma Oriental que a las otras americanas. Varios médicos peruanos sin embargo habían hecho resaltar este hecho (BRAVO, ARCE, ESCOMEL) que no puede dejarse de lado cuando se discute el origen de las Leishmaniosis Americanas, ni cuando en el Laboratorio se procura hacer distinciones biológicas sobre el parásito. Las cepas provenientes de casos de Uta no se deben rotular a priori en el grupo común de las cepas Americanas.

ARCE (4), como muchos otros, dedujo la naturaleza leishmaniósica, de la Uta comparándola con el Botón de Oriente. De los once argumentos que expone en su cuadro comparativo, cuatro asimilan la Uta en sentido estricto al Botón de Oriente y de éstos, tres pueden servir aún para diferenciarla de las otras formas Americanas. Los cuatro caracteres son:

- I. Es endémica en áreas limitadas.
- II. Ataca de preferencia a los niños antes de los cuatro años.
- III. Tiene evolución benigna.
- IV. Rara vez recidiva; confiere por regla general inmunidad.

I y II son características bastante propias del Botón de Oriente. Respecto a III y IV, no tenemos todavía estadísticas que permitan hacer un

paralelo riguroso, pero si podemos referirnos a nuestra experiencia personal y a lo que otros han dicho :

El Dr. ESCOMEL (25), ha expresado la idea de que la Uta, por su severidad clínica, ocupa un lugar intermediario entre la Leishmaniosis Americana y la Oriental.

Nosotros creemos que el porcentaje de casos graves puede ser mayor en algunas regiones, pero que el carácter general de la forma, es curar espontáneamente dejando al organismo inmune.

Este aspecto interesante de la enfermedad nunca puede ser apreciado por los que la estudian en los lugares apartados de las zonas endémicas, sobre todo en las grandes poblaciones donde acuden de diferentes partes los casos graves que requieren un tratamiento especial. Fué muy bien visto, en cambio, por los que recogieron sus datos en las zonas endémicas.

PALMA (53), que viajó mucho por las regiones utosas en compañía de su amigo el Dr. JULIO C. TELLO, otro buen observador de la naturaleza, en la época en que no existía medicación específica decía: "Casi todas las personas sufren la enfermedad antes de los cuatro años" agregando después "Casi todos los enfermos no guardan recuerdo de la época en que padecieron la enfermedad".

TAMAYO que también anduvo por las zonas enfermas dice: "Es un hecho que la mayor parte de los habitantes de las quebradas de Uta, por ejemplo los que pueblan las de Canchaccalla y Tapicara, universalmente atacadas de Uta, la pasan según dicen ellos en la niñez o posteriormente, pero pronto recuperan la salud quedando solo las cicatrices". Para TAMAYO, los casos graves se producen exclusivamente en los forasteros. Acepta una inmunidad hereditaria en los habitantes de las zonas endémicas.

URCIA (70), discutiendo la idea popular recogida por UGAZ, de que en cada pueblo donde existe la Uta la naturaleza ha colocado un remedio, mineral, vegetal o animal, dice "y es que la Uta de los naturales adopta una marcha tan relativamente benigna, que casi desaparece puramente a favor de las defensas naturales del organismo". Mas adelante hace mención de los casos rebeldes que forman la minoría y se producen exclusivamente en los forasteros y añade: "Los párvulos pasan la Uta generalmente en forma benigna, debido probablemente al terreno relativamente inmune que adquieren hereditariamente de sus padres y como, el primer ataque del mal confiere cierta inmunidad, vemos que a medida que se alejan de la niñez el porcentaje de los utosos disminuye". Agrega por último: "En los focos en donde la Uta es endémica nadie se cuida

de ella, y mas bien la esperan para pasarla y quedar inmune después". Estas palabras de URCIA que pueden ser fácilmente verificadas en muchos focos de Uta, distinguen esta forma de las otras benignas de la Leishmaniosis Americana, en los que la curación espontánea es posible, pero nunca un carácter saltante y menos la acción vacunante. PESSOA (55) que da la única cifra estadística que hemos podido encontrar estima solo en 7 % el número de casos curados espontáneamente en San Pablo. Solo después de muchos años se puede certificar la curación en los focos en los que hay posibilidad de infección mucosa.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS LEISHMANIOSIS EN GENERAL Y SOBRE EL ORIGEN DE LAS FORMAS TEGUMENTARIAS EN AMERICA

Parece que es una propiedad común tanto a las leishmaniosis tegumentarias como a las viscerales, distribuirse en centros endémo-epidemiológicos en los que predominan sendos cuadros de intensidad y carácter clínico particular.

G. CH. SHATTUCK, (64) que ha hecho una revisión muy completa del problema de las leishmaniosis en América dice: "las formas cutáneas de las leishmaniosis difieren considerablemente en apariencia y severidad y tienden los diversos tipos a estar distribuidos en regiones". Hace notar la benignidad de las formas clínicas en la península de Yucatán (úlcera de la oreja de los chicleros) en Centro América y en la Guayana Francesa; (THEZE (68) dijo que existía una forma atenuada de la infección en la Guayana Francesa), y la gravedad de las formas cutáneo-mucosas en el Brasil, Paraguay y Perú (no se refiere a la Uta).

En la India, donde se han llevado a cabo muy completos estudios epidemiológicos, especialmente por NAPIER y sus colaboradores, KRISHMAN y SMITH (18), se ha podido observar que el Kala-azar, enfermedad grave, se presenta en algunos lugares en forma leve, hasta con tendencia a la curación espontánea, sucediendo esto en lugares donde la enfermedad es endémica desde largo tiempo.

Coincide siempre la benignidad con la frecuencia de los leishmanides dérmicos de BRAHMAOCHARI que se consideran como una manifestación de resistencia del organismo y además con infecciones inaparentes en los perros, que son tenidas por otro signo de antigüedad de la infección.

No faltan argumentos, además de la benignidad clínica y la posible inmunidad racial, que permitan suponer que la Uta es una forma de leishmaniasis muy antigua en América. Los huacos en los que se encuentran

lesiones semejantes a leishmaniasis, han sido encontrados como lo hizo ver ya TAMAYO (67) en las regiones más próximas a los focos de Uta, y representan casi siempre personajes serranos.

La distribución geográfica sistemática en zonas endémicas circunscritas en todas las quebradas de una gran región del país, es algo que tuvo que hacerse en muy largo tiempo, sobre todo con los antiguos medios de comunicación muy lentos y que siempre seguían en trayecto de los ríos, sin saltar sobre los contrafuertes de una quebrada a otra. Hay que tener presente además, que en el territorio peruano la Uta ha alcanzado una mayor difusión que la Verruga sobre los ambientes que le son favorables.

Los cronistas y médicos españoles de la época de la opresión se refieren con mucha claridad a las formas cutáneo-mucosas de los valles cálidos y lluviosos de la cordillera oriental, donde se cultiva la coca y que en rigor era la región de los Andes en aquella época.

Las referencias a las formas cutáneo-mucosas, como un mal generalizado en una extensa región del país son hechas desde una época tan temprana de la dominación española, que habría que suponer una propagación muy rápida del mal, si se quiere aceptar que comenzó con ella.

FRAY RODRIGO DE LOAYZA, citado por PALMA (53), en el año 1586, a los 53 años de la llegada de los españoles al Perú, y entrando todavía como misionero a la zona, decía: "Los que entran en los Andes que les da un mal en las narices a manera de mal de San Antón, que no tiene cura, aunque hay algunos remedios para entretenerla, al fin se les vuelve y les mata. Esto da a todos los indios que entran como no sean naturales, nacidos y crecidos en estos Andes, y aún el que nace en ellos, les toca a algunos este mal y por esa causa hay tan pocos".

Este relato tan gráfico de la Leishmaniasis mucosa, plantea la posibilidad también de una inmunidad racial, a este respecto vale anotar que en las tribus bárbaras de la selva la leishmaniasis es muy rara.

El hermano Diego de Morales, también citado por PALMA (53), en 1602 refiriéndose a las mismas regiones de los Andes decía: "lo que me pareció la tierra hasta allí, fué ser inhabitable enferma, llena de mosquitos en excesivo grado de manera que los naturales de allí anden todos llagados", más adelante agrega: "Todos allí padecen una llaga de mosquito".

Los mismos relatos sobre las terribles llagas de esas zonas se repiten de año en año y de siglo en siglo hasta los de RAIMONDI, quien en la Hacienda Huadquina en 1854, vió una enfermedad "bastante común en

aquel lugar donde se conoce con el nombre de Tiac-Araña, y que consiste en una llaga de aspecto y carácter canceroso que se desarrolla en varias partes del cuerpo y principalmente en las partes blandas de la cara, como en el tabique o en las tornillas de la nariz y en los labios" y después la descripción clínica de MONGE y ESCOMEL que acompañan o siguen a las publicaciones sobre el hallazgo del verdadero agente causal de la enfermedad.



Figs. 3 y 4. Facies leishmaniósicas en un cerámico Chimu y en un caso actual de Uta.

Seguramente que ningún médico actual, práctico en la patología de las zonas de cabecera de montaña, donde la lepra y el pian son de reciente importación y aún hoy una cosa rara, trepidaría en considerar como leishmaniasis la enfermedad de las narices relatada por Fray Rodrigo de Loayza en las mismas zonas donde el hermano Diego de Morales encuentra que toda la gente tiene llagas de la piel causadas por mosquitos.

La falta de referencias sobre la Uta, no tiene porque llamar la atención si se piensa que es una enfermedad benigna, propia de los Indios,

a quienes ni siquiera imposibilita para el trabajo y endémica en zonas que los españoles temían por la Verruga Peruana mas peligrosa para el viajero y de la cual había una amarga tradición por la célebre epidemia de Coaque (1).

Con mucha frecuencia los autores antiguos que se refieren a "las berrugas", como ellos decían, hablan de bravos accidentes y de berrugas reventadas en la cara, que bien pueden referirse a lesiones utosas que se tomaban erróneamente por manifestaciones de la verruga.

El Dr. DAVID MATTO (33), mas de una vez hizo notar el verdadero significado de la palabra "Kcepoc" que en rigor significa Verruga de la Oroya y que se ha usado para designar en algunos lugares la Uta, y en otros algunas de sus formas.

Aunque consideramos superfluo discutir sobre unidad o dualidad del germen mientras no se tenga datos clínicos, epidemiológicos y serológicos, mas concretos y mientras no se defina si realmente en todas las formas de leishmaniosis el ciclo es : hombre - insecto - hombre, o si como alguien ha dicho el hombre es, simplemente una falsa vía en la vida del parásito de ciclo habitual distinto; sin embargo como hay muchos que aceptan identidad de la *Leishmania* Oriental y Americana explicando la mayor gravedad de las formas americanas por la reciente importación del germen al continente hemos creído útil hacer resaltar las posibilidades de que la infección sea antigua ya aquí y que las formas graves de la ceja de montaña si tuvieron un origen externo haya sido en las formas benignas de las quebradas de la sierra, uta.

FORMAS DE COMIENZO DE LA UTA Y DE LA ESPUNDIA. ASPECTO DE LA LESION INICIAL

La lesión inicial de las leishmanicosis se radica por regla general en las partes descubiertas "permanentemente o que pueden estarlo en forma transitoria" (2). Como localización rara se ha citado la margen del ano (50); uno de nuestros casos visto en el Madre de Dios (74) la tenía en el pene. Ultimamente en Pucallpa hemos visto otro igual, con lesiones secundarias ya en la mucosa respiratoria. Nunca se han visto en el cuero cabelludo ni en las partes duras de la planta del pie o de la palma de la mano.

(1) Aun hoy la Verruga peruana defiende sus zonas de la invasión por el blanco. Hasta en las partes cruzadas desde hace muchos años por ferrocarril o caminos queda la pequeña propiedad en manos de los naturales. Nunca se ha considerado ante la influencia social de la Verruga peruana, en las zonas en que es endémica.

En el Botón de Oriente se ha enumerado (11) hasta 102 lesiones en un sujeto; en el Brasil (19) se cita un caso con 340; en el Perú que sabemos nunca se ha descrito todavía un caso cuyas lesiones excedan los números dígitos.

Hay ejemplos en los cuales no se puede descartar una auto-inoculación por el rascado, como causa de la multiplicidad de las lesiones, otras veces parece evidente por el relato de los enfermos que el insecto picador actuó con saña repetidas veces, en distintas partes del cuerpo; también hay que tener presente la posibilidad de una propagación por el conjuntivo como ha sido demostrado por CUNHA MATTA y DA FONSECA (19) en el Brasil, y sucede indudablemente en la nodular hipodérmica.

Algunas veces la lesión inicial tiene el carácter de verdadero chancre, se acompaña de tumefacción de los ganglios regionales, también aunque ello es mas raro, el inicio puede ir acompañado de fiebre. La tumefacción ganglionar en las lesiones antiguas casi siempre se debe a infecciones secundarias.

Las descripciones dadas por los autores peruanos de los aspectos que puede tener la lesión inicial, coinciden con los que han sido publicados en otras partes de América (11-60-59) y también con las del inicio del Botón de Oriente (11-40). "La manifestación inicial es una picada irritada" (53). "Una mancha como una picada cualquiera de un mosquito que puede ser muy dolorosa y pruriginosa" (53); puede también no producir molestia. Pronto a la manchita se agrega un relieve, se forma una pápula que puede hacerse un nódulo; para algunos la pápula y el nódulo constituyen, la primera manifestación. "Un nódulo rojo oscuro, violáceo y del tamaño de una lenteja poco más o menos" (63).

Lesión inicial como complicación de un traumatismo. Importancia de esta forma de inicio. No raras veces la Leishmaniasis se inicia como complicación de un traumatismo. Es sobre todo en la forma espúndia que hemos visto esta manera de comienzo que ha sido anotada también por MIGONE (42) en el Paraguay, NEIVA y BÁRBARA (50) en la Argentina y por MONGE (48) en el Perú. Tenemos además tres casos de personas que habiendo dejado la selva sin lesiones aparentes, ya en lugares donde la Leishmaniasis no existe, recibieron un traumatismo (2, 1 y 3 meses respectivamente, después de haber dejado la región) a consecuencia del cual desarrollaron úlceras leishmaniasicas, comprobadas al microscopio y al tratamiento. En uno de los casos existía ya, en el momento en que hicimos el examen, las lesiones mucosas que comprobaban el tipo clínico espúndia.

Son muy interesantes, a nuestro entender, estos casos cuya observación es posible en países como el nuestro, donde hay zonas endémicas y zonas sanas. Ellos demuestran de un lado, que la leishmania necesita, algunas veces por lo menos, de un "locus minor resistens" para actuar como agente patógeno, como dijimos en otra oportunidad (75), y de otro, lo que es mas interesante aún, que puede permanecer por algún tiempo en la piel sin dar síntomas.

MIGONE, que vió aparecer las llagas como consecuencia de picadas de varios insectos o incadas con espinas o desgarraduras pequeñas, dice "como si el gérmen hubiese estado sobre la superficie cutánea esperando una solución de continuidad para entrar" (42). No creemos que esté precisamente en la superficie de la piel sino quizás en el conjuntivo, como la visceral humana en la infección del dermis que algunos (18) llaman tipo Cash-i-Hu del Kala-azar asiático y mediterráneo y como la leishmania canina, de la cual la infección del dermis, sin síntomas, es un carácter propio (8).

La demostración de la Leishmania Americana en pieles sanas sería un hecho tan significativo para el problema general de la Leishmaniosis, en lo que se refiere a la trasmisión, inmunidad y producción de lesiones secundarias en la espundia, que bien vale la pena recomendar que se investigue en este sentido, siguiendo procedimientos similares a los que se han seguido en la Leishmaniasis Visceral y Canina (8).

Tanto en el antiguo como en el nuevo continente se han descrito casos esporádicos de Leishmaniosis en poblaciones que parecían libres de la endemia. Esto podría quitar valor a los tres casos que relatamos, pero hacemos notar que en ninguna de las poblaciones de las cuales provenían nuestros enfermos, Tarma, Arequipa y Lima, se han visto casos autóctonos, menos aun de la forma selvática, cuya zona endémica queda muy distante.

CLASIFICACION DE LAS FORMAS CLINICAS

Historia de las clasificaciones propuestas en el Perú. Las leishmanias dérmicas, lo mismo que varios otros gérmenes y muy estrechamente como el bacilo de Koch en la piel, pueden dar origen a diversos tipos de inflamación, desde las formas destructivo-ulcerosas, que son las mas comunes y conocidas, hasta las nodulares, infiltrativas y proliferativas, entre las cuales forman el extremo opuesto del grupo las vegetantes, que alcanzan algunas veces el aspecto de verdaderas neoplasias (figs. 17-18).

La existencia de formas ulceradas y no ulceradas había sido ya notada por los naturales quienes tenían términos distintos para designarlos. Como lo hicieron ver a su tiempo UGAZ (69), MONGE (45), ARCE (4), ALMANERA (2) y otros, se designaba: Uta hembra, Uta húmeda, Uta de aguas o acuosa, Tiac-arana, a las formas ulcerosas; Uta macho, Uta seca, Kcepos, a las formas no ulceradas.

En la época médica todos los autores nacionales que propusieron clasificaciones de la enfermedad, tuvieron en cuenta también las formas ulceradas y no ulceradas.

TAMAYO describe una forma infiltrante no ulcerada: pápula tuberculosa y la Uta ulcerosa, uta exedens.

C. MONGE (45) describe una forma seca o botonosa (Kcepos de Apurímac que la compara al Male Sore de Bagdad) y una forma ulcerosa (Tiac-araña de Urubamba que la compara al Female Sore de Bagdad). Crea además una variedad mixta, con nódulos cerrados al lado de otros ulcerados y de úlceras simples; forma que sería la mas común. Describe además una forma atrofiante propia de los tejidos que recubren cartilago, pabellón de la oreja, tornillas de la nariz, etc. En esta forma, "al comienzo habría una infiltración dura, que hace que la piel se torne roja, lisa, brillante; más tarde el tejido inflamatorio se transforma en tejido cicatricial, el cartilago se atrofia y el órgano afectado queda reducido como una cicatriz" (fig. 23).

ARCE adopta los términos comunes: Uta cerrada o Macho y Uta abierta o Hembra, aceptando también la existencia de formas mixtas, y la diferencia entre Uta y Espundia.

DÁMASO ANTÚNEZ (3) dice "las formas de las lesiones utosas desde el punto de vista práctico pueden dividirse en dos: la forma ulcerosa francamente abierta y la forma cerrada intradérmica, cuyo proceso infiltrativo se revela exteriormente por una congestión intensa de color vinoso, de limitación difusa, presentando por trechos manifestaciones ulcerosas o no". Es la misma forma atrofiante de MONGE, vista mas por su aspecto infiltrante.

ALMENARA da la siguiente clasificación:

Forma Tuberculosa	{	Var. Tubérculo costrosa
o botonosa		Var. Tubérculo ulcerosa

Forma ulcerativa o ulcerosa	{ Var. Ulcerosa simple	
	{ Var. Ulcerosa costrosa	
	{ Var. Ulcerosa fagedénica:	{ Erosiva Serpiginosa

Aquí también tenemos la división fundamental en forma tuberculosa o botonosa y forma ulcerosa.

El Dr. ESCOMEL, que tanto se ha ocupado de las Leishmaniosis en el Perú y en el extranjero, divide las formas cutáneas en las siguientes variedades:

- A) Ulcerosas.
- B) No ulcerosas.
- C) Atróficas.
- D) Linfangíticas.
- E) Costrosas.
- F) Circinadas a leishmanias flageladas.

Al hablar de las formas mucosas establece la división fundamental entre la Uta, similar al Botón de Oriente, con lesiones mucosas sólo por continuidad y la Espundia en la que se pueden contaminar las mucosas aunque las lesiones de la piel sean distantes.

En esta clasificación que como lo han hecho notar ya otros, se usa indistintamente el criterio Anátomo-Patológico y Anátomo-Clinico para la formación de las variedades, la división fundamental de las formas cutáneas es también en ulcerosas y no ulceradas, pues leyendo la descripción de cada variedad se ve que la atrófica, la lifangítica y la costrosa son en rigor modalidades de la forma ulcerosa y también la circinada que era "una úlcera con contornos policíclicos", forma ligada por el autor al flajelo del parásito.

La atrófica de Escomel lo mismo que la de Monge parecen que corresponden a formas serpiginosas con cicatrices atrofiantes.

Desgraciadamente ninguna de las clasificaciones propuestas entre nosotros es en la actualidad suficiente, pues si bien en lo que se refieren a las formas abiertas comprenden algunas variedades donde quizás se pueden acomodar la mayoría de las formas descritas, no consideran en cambio sino un tipo de forma cerrada, en rigor la forma "qcepoc", que vendría a ser la pápulo-tuberculosa y pápulo-nodular. Es verdad que esta forma es frecuente y esto quizá constituye un carácter clínico de la

Uta (*sensu strictus*), pero no es sin embargo, la única forma no ulcerada sino que por el contrario existen otras muy distintas en su aspecto de lo que se conoce comunmente como manifestación de la Uta o de la Espundia.

Sólo hay hasta ahora una clasificación Americana que satisface por su amplitud, es la del Prof. EDUARDO RABELLO de Río de Janeiro, "hecha siguiendo una norma taxonómica unívoca y precisa", como ha dicho José PUENTE (59), tiene la gran ventaja de que considera la mayoría de las formas descritas hasta ahora. Haciendo resaltar algunas modalidades clínicas y la diferencia entre la manera de aparición de las complicaciones mucosas en la Uta y en la Espundia de que ya hemos hablado, en todo lo demás hemos podido usar de ella como de una clasificación natural.

CLASIFICACION DE RABELLO

Cutánea	Ulcerosa	- Impetiginóide - Ectimatóide - Ulcerosa verdadera
	No ulcerosa	- Nodular dérmica - Vegetante
		- Frambuesoide - Verrucosa
Sub-cutánea (Pro parte)	No ulcerada	Nodular hipodérmica
	Ulcerada secundariamente	Nodular ulcerada
Mucosa	No ulcerada	vegetante
	Ulcerada	vegetante
Mixta	Incluye combinaciones variables de las formas anteriores.	

Si siguiendo los lineamientos generales de este cuadro vamos a exponer las diversas formas clínicas y sus caracteres.

Leishmaniosis ulcerada: Las formas cutáneas ulceradas, dice el Prof. RABELLO (61) corresponden a las variedades impetiginóide, ectimatóide y ulcerosa franca que por sí mismas se definen (1).

Forma impetiginóide: (Uta aradora, fig. Nº 5 y 6). Es una exulceración con costras casi siempre melicéricas. Lesión que se propaga en superficie, casi siempre por vesículo-pústulas superficiales que confluyen y se rompen dando lugar a la exulceración (60). "Está formada, dice PUENTE, por costras melicéricas que recubren una erosión roja ya sangrante". "Las lesiones pueden ser múltiples y sobre todo extensas formando amplias placas exulceradas, algunas veces hasta de 10 ctm. de diámetro" (60). La forma impetiginóide constituye la lesión más superficial de las formas ulcerosas.

En la Uta esta forma es muy frecuente, todos la hemos visto, y a ella corresponden algunas de las formas costrosas de nuestros autores.

En algunos casos se puede notar la evolución de este tipo hacia otros, si ello no ocurre desaparece sin dejar rastro. Cuando alcanza las mucosas lo mismo que las otras formas, produce lesiones más profundas y rebeldes.

Forma ectimatóide: (Fig. Nº 7). El proceso invasor es aquí más acentuado. "Existe una verdadera úlcera por destrucción del cuerpo papilar" (60), se le observa cubierta por una costra adherente de color variable, el fondo es irregular con botones fácilmente sangrantes". "Los bordes son rojo oscuros, edematosos y generalmente circulares". "En la vecindad y en zonas alejadas pueden aparecer otros elementos distintos" (59).

Esta forma, muy frecuente también en la Uta, comprende las formas úlcero-costrosas, algunas tubérculo-costrosas y tubérculo-ulcerosas de nuestros autores. En la literatura nacional han sido descritos y figurados muchos ejemplares.

MONGE (46), dice al hablar de la forma nodular-costrosa: "su superficie está cubierta de costras amarillo-oscuras, que dejan ver al desprenderse un fondo granuloso que sangra fácilmente".

(1) En el Perú Samanes (1901) había descrito los siguientes tipos que se superponen a los de Rabello, aunque no designados con los términos precisos (63).

1º La ulceración se verifica superficialmente, ganando gran extensión del tegumento cutáneo.

2º La tendencia ulcerativa se muestra más en el sentido de la profundidad y no en el de la extensión, siendo en estos casos, sobre todo al principio, las costras muy gruesas, secas y adherentes y la marcha lenta y gradual.

3º El proceso destructivo determina grandes pérdidas de substancia en extensión y profundidad.



Fig. 5. Forme impetiginóide y ectimatóide; la mucosa labial ha sido tomada por extensión de la lesión cutánea.

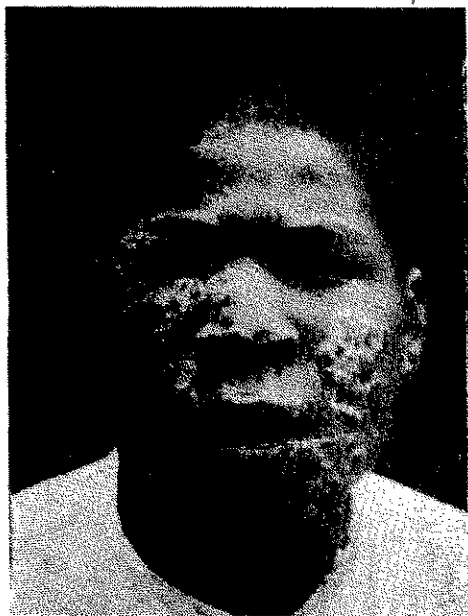


Fig. 6. Una forma impetiginóide muy extendida.



Fig. 7. Uta: forma ectimatóide.



Fig. 8. Uta: nódulo ulcerado, tipo Botón de Oriente.

Forma ulcerosa verdadera. Es la forma más conocida y seguramente la forma más común. "Los bordes pueden ser tallados a pico, infiltrados, rojo oscuros, con una transparencia especial debida al edema" (60). "Cuando la lesión es muy extensa los bordes, además de algo sinuosos están siempre levantados" (60). El fondo de la úlcera puede estar cubierto por costras más o menos gruesas; cuando la secreción es escasa o no existe, el fondo es rojo formado de granos finos brillantes (59).



Fig. 9. Uta: úlcera fagedénica; la piel sobre los huesos propios de la nariz ha sido respetada.

En algunos casos, dice el Prof. RABELLO, de quien tomamos lo que antecede, el parecido con un goma sifilitico abierto es tan notable que se puede emplear el término pseudo-gomoso. MONGE, entre nosotros, había hecho resaltar también el parecido de algunas formas ulcerosas con lesiones sifiliticas.

El fondo de la úlcera puede ser tan vegetante que es difícil hacer la distinción con las formas no ulcerosas frambuesoides que estudiaremos en seguida.

La úlcera franca puede ser considerada como una de las formas malignas de la afección cutánea en vista de los disturbios que acarrea. La ulceración puede extenderse en superficie y profundidad dando lesiones francamente fagedénicas (fig. 9).

La forma ulcerosa simple con su posible evolución fagedénica ha sido descrita por todos los autores peruanos. ALMENARA divide su variedad fagedénica en erosiva y serpiginosa. La forma serpiginosa frecuente en la Uta no es sin embargo, necesariamente una forma fagedénica, pues hay lesiones discretas que tienen el carácter de curar por un lado y avanzar por otro. Se ha pensado que la atrófica de ESCOMEL y de MONGE fueran serpiginosas.



Fig. 10. *Espundia*: forma común de la úlcera inicial.

La úlcera de las extremidades, de contorno más o menos circulares, bordes algunas veces elevados (fig. 10) quizás desprendidos como las figuras 4, 5 y 6 de PUENTE y Fig. 5 y 6 de RABELLO (60); es entre nosotros propia de la leishmaniosis forestal: *espundia*.

Formas no ulceradas. "La nodular dérmica, dice RABELLO (60) está formada por los llamados nódulos de Leishman, descritos por THOMSON y BALFOUR en Egipto, y que son formas queiloideanas no ulceradas a las cuales se pueden referir ciertos casos descritos en la India por CATER".

Los nódulos dérmicos observados por THOMSON y BALFOUR, fueron lesiones de evolución muy lenta (6 años) situadas en el cuello, la cara y

los miembros, semejantes a queloides y que se creyó en un tiempo que eran causados por una leishmania especial la *L. nilótica* (Brumpt., 1913), nombre que el mismo Prof. BRUMPT, ha incluido después en la sinonimia de la *Leishmania donovani*.

Lesiones iguales han sido descritas en el mismo Egipto por ARCHIBALD (65) y posteriormente por BRAHMACHAARI, ACTÓN y NAPIER en la India, con el nombre de Leishmanides dérmicas post Kala-Azar en casos de esta enfermedad insuficientemente tratados (18).

Las Leishmanides dérmicas de BRAHMACHAARI y NAPIER (fig. 12) aparecen habitualmente en zonas despigmentadas de apariencia sifilítica y tienen aspectos que han sido comparados a queloides y a Xantomas tuberosos múltiples, comparaciones que tienen el valor de descripciones. La forma Xantomatosa es la que aparece más tardíamente, con cierta predilección por las partes de rozamiento, diez y quince años después que desaparecen los síntomas del Kala-Azar.

Según el Dr. RABELLO, la variedad dérmica no ha sido vista en el Brasil.

Hay casos de Uta cuyas lesiones tienen bastante parecido con los leishmanioides dérmicas. Nuestra figura 11 forma no ulcerada (uta macho) tenía una placa dérmica de aspecto queloideano en la nariz, aunque no con superficie lisa. En toda la parte inferior de la cara presenta además una infiltración elefantiásica que es común en la Uta, sobre todo en la no ulcerada. A esta forma de la enfermedad se refiere ANTUNEZ y quizás también MINAYA (1875), cuando dice "las mejillas tumefactas y pendientes ofrecen al tacto una sensación de renitencia, los labios se hallan enormemente engrosados". Recordamos que además elefantiásicos de los párpados, de la nariz y los labios han sido descritos en las leishmanides dérmicas post Kala-Azar.

En el Botón de Oriente, PHOTINOS (58) describió una forma infiltrante en napa, sin ulceraciones ni costras, algunas veces con escamas que se parecen mucho a nuestro caso.

Tanto el pseudoqueloides como la zona edematosa presentaban en nuestro caso un color rojo amoratado. Además sobre la ceja izquierda puede verse un pequeño nódulo ulcerado que completa el parecido con formas Orientales.

El Prof. PUENTE (59) describe los nódulos de leishman como "nódulos o tubérculos rojo-oscuros, aislados o conglomerados en napa, con la epidermis íntegra, de consistencia pastosa y traslucidez típica". Hace además insistencia en el parecido con las lesiones sifilíticas de las cuales

se diferencian "por el colorido rojo vivo erisipelatoide, la falta de consistencia firme y la definición de sus contornos" (59).

Relata varios casos argentinos de esta forma y entre ellos uno presentado por FERNÁNDEZ BLANCO, cuya placa queiloideana en la nariz se parece a la de nuestra enferma.

"Este tipo de lesiones nodulares", dice más adelante, "sin ercción, cubiertas con escama o costras sero-hemáticas, lo he observado en número abundante en la periferie de grandes placas frambuesoides de crecimiento rápido". "Los nódulos pueden hallarse dispersos, sin orden aparente en una placa o adoptando una disposición circinada netamente sifiloide", cita además un caso en que había una ulceración pequeña rodeada de nódulos.

Copiamos textualmente la descripción de JOSÉ PUENTE porque ella nos lleva a las formas papulosas y pápulo-tuberculosas que sea cual fuere el parentesco que tengan con los nódulos milóticos de THOMSON y BALFOUR son formas clínicas frecuentes de la Uta y que caben en el acápite de las formas dérmicas.

TAMAYO (67), MONGE (44), ESCOMEL (24) y ALMENARA (2), han considerado la forma pápulo-tuberculosa que puede agruparse dando formas circinadas, serpiginosas, y alguna vez rodear placas ulceradas, siempre con un aspecto sifilítico muy marcado, que como ha dicho Puente, sólo el color rojo desvirtúa.

Es muy frecuente en la Uta, como lo ha hecho notar en la Argentina CANAL FEIJÓO (14), que pápulas o nódulos distantes unos de otros se encuentren sobre una gran placa de piel roja, dando algunas veces aspectos muy próximos a la Rosásea y al Lupus Eritematoso (figura 14).

Formas Vegetantes. Parece que esta forma se presenta también en el Botón de Oriente y había sido vista desde hace mucho tiempo por PAGGIOLI (60). En algunos tratados de Patología Tropical, se le incluye como una modalidad de las formas papulosas lo que no creemos acertado.

Los epitelios tegumentarios bajo la acción de la noxa leishmaniásica, muestran marcada tendencia a proliferar; aún en las formas destructivas ulcerosas es frecuente ver en los cortes microscópicos, de los bordes de la ulceración, procesos de acantosis e hiperqueratosis y mitosis de la capa basal, hasta en columnas epiteliales en vías de destrucción. TAMAYO fué el primero en hacer notar este hecho describiendo figuras que compara con los epitelomas. ALMENARA (2) y otros lo confirmaron, haciendo notar la existencia en algunos casos, de formaciones perladas.



Fig. 11. Uta macho; infiltración elefantiasica de la parte inferior de la cara, lesión queloidiana en la nariz, nódulito ulcerado en la ceja; forma de aspecto oriental.



Fig. 13. Espundia: forma nodular subcutánea; tres nódulos ulcerados, uno entero sobre el pliegue del codo.



Fig. 12. Leishmanides dérmicos post Kala-azar de la obra del Prof. Brumpt.



Fig. 14. Lesión: pápulo ulcerosa sobre zonas con intenso rubor.



Fig. 16. Lesión frambuesoide de la axila en un caso de uta.



Fig. 17. Forma verrucosa de la selva; caso del Dr. B. Burga.

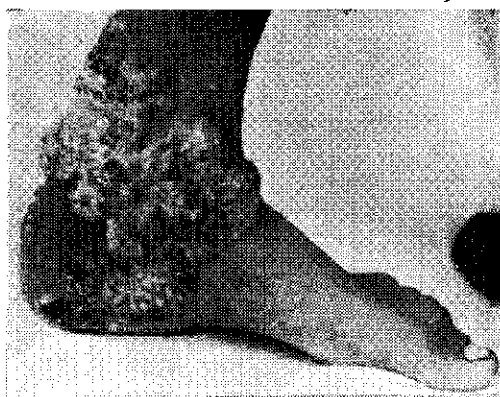


Fig. 18. Uta, forma verrucosa



Fig. 19. Espundia, forma verrucosa.



Fig. 20. Pie musgoso; caso del Dr. Julián Arce (4).

En las formas vegetantes no se produce ulceración, sino exclusivamente los fenómenos proliferativos del epitelio y el conjuntivo, formándose así verdaderos papilomas.

De esta forma sólo existe en la literatura nacional que hemos podido revisar, un caso muy típico con grandes verrugas del pie interceptadas por bandas conjuntivas, publicado por BUENAVENTURA BURGA (12) y del cual ha tenido la gentileza de enviarnos una fotografía (fig. 17) que recuerda mucho a las formas semejantes descritas por MATTA en el Amazonas brasileño, y de otro lado la referencia del Dr. ARCE (5) a uno de sus casos de pie musgoso en el que sospechó muy acertadamente etiología leishmaniosa, desgraciadamente sin confirmación microscópica ni terapéutica (fig. 20).

El Prof. RABELLO considera dos variedades de la forma vegetante: la frambuesoide y la verrucosa.

"La *frambuesoide* (fig. 16) se caracteriza por lesiones papilomatosas blandas, de grano fino, bañadas a veces en un exudado sero-purulento que se concentra en costras amarillas o perladas" (60).

Es por su semejanza al papiloma pianico, los que suelen cubrirse también de costras melicéricas, que se les ha denominado frambuesoides. Los papilomas pueden estar situados en los miembros y extenderse en placas grandes, también se forman en los contornos de los orificios naturales de la cara, dando lesiones mas reducidas, mas elevadas y vegetantes. El Dr. CANAL FEIJÓ (14) figura un caso de la nuca muy parecido a uno visto por nosotros. El caso cuya figura insertamos, proveniente de zonas de Uta, tenía la lesión frambuesoide en la axila y en la cara una lesión úlcero-costrosa.

El Dr. CARLOS CHAGAS en las lecciones sobre Leishmaniosis Americana, en su curso de Medicina Tropical en Rio de Janeiro, que pudimos seguir en parte en 1934, decía, que había visto la forma frambuesoide en el Amazonas peruano y brasileño. Para él, el término Espundia peruano correspondía a esas formas como el término "Figueira" en el Amazonas Brasileño.

El Prof. CHAGAS fue sin duda el primero que la vió en el Perú, como manifestación de la Leishmaniosis selvática. En el Brasil, según RABELLO había sido vista por TERRA. El Prof. PUENTE (59) consigna tres casos típicos de la Argentina.

En la uta no es raro ver manifestaciones frambuesoides; hay que tener presente que pueden confundirse con lesiones ulcerosas de fondo vegetante.

La Variedad Verrucosa (figs. 17- 18, 19) evoluciona en la forma de un papiloma vegetante. Su superficie es seca; como en la frambuesoide, las lesiones son sobre todo comunes en los miembros, donde pueden formar extensas placas papilomatosas, presentando algunas veces partes en regresión al lado de otras en que la lesión progresa.

De esta modalidad presentamos tres casos; uno, el de la (foto 17) corresponde al publicado por el Dr. BUENAVENTURA BURGA en 1926 (12) y del cual ya hemos hablado, otro (fig. 19) también del mismo Dr. BURGA quien nos remitió de Chachapoyas la Historia clínica, fotografías y trozos de tejidos en los cuales encontramos leishmania y el tercero (foto 18) enferma procedente de una zona de Uta, cuya lesión era en parte frambuesoide y en parte verrucosa y en la que pudimos encontrar leishmanias en los cortes histológicos.

Se incluye en el grupo de la variedad verrucosa, los casos de leishmaniosis que revisten forma del llamado pie musgoso. (Fig. 20, caso del Dr. JULIÁN ARCE (5).

Es sabido que con el nombre de *Mossy foot*, describió THOMAS (1905) en la región amazónica del Brasil una forma de lesión cutánea, especialmente de las extremidades, muy semejante a la que producen la elefantiasis nostra y la parasitaria y que tomó por una micosis a la cual llamó *pie musgoso* "por que las vellosidades córneas, algunas veces muy abundantes le dan un aspecto como si estuviera cubierto de musgo viejo desecado".

Mucho se ha publicado ya sobre pie musgoso, tanto en América como en Asia y Africa donde el aspecto cutáneo también se suele presentar; hoy se acepta que se trata de un síndrome que con ligeras variantes puede ser causado por elefantiasis (62), por infecciones sucesivas por estreptococo; por actinomicosis, algunas veces por la *phialospora verrucosa* o el bacilo de Koch presentándose entonces como aspecto clínico de la Dermatitis verrucosa de PEDROSO y GÓMEZ o de la Tuberculosis verrucosa cutis; pudiendo algunas veces también ser manifestación de la leishmaniosis como lo sospechó ARCE (5) en uno de sus casos y lo había comprobado el Dr. MATTIA en el Brasil (32). En Egipto donde esta forma de Leishmaniosis parece ser frecuente, diversos autores la han descrito con los nombres de "degeneración papilífera de la piel", "pseudo elefantiasis", "dermatitis hipertrófica", "Granuloma del pie", "Granuloma Fungoso", etc. como lo hacen recordar H. GONZALES, L. ONTANEDA y M. VIDUARRETE, quienes presentaron un caso (28), argentino, que curó bien con el tártaro.

En el Perú se puede encontrar casos aislados de pie musgoso en cualquier parte de la sierra o de la selva y quizás también de la costa, personalmente hemos visto dos casos en el valle de Urubamba, uno de ellos en la Hacienda Echarate, en 1934, hemos visto también un caso en Ancash, pero según parece es más frecuente en los departamentos de Cajamarca y Amazonas en las proximidades del Marañón, A. HERRER en su viaje a Cajamarca, vió y supo de varios casos en la provincia de Cuzco en camino a Balsas en el Marañón y el Dr. PALACIOS nos ha confirmado de varios casos en Rodríguez de Mendoza, en el Departamento de Amazonas, donde los vió también el Dr. KUCZYNSKI G. (29).

La modalidad sub-cutánea (fig. 13) que según RABELLO (60) había sido descrita ya en 1847 en Biskra por PAGGIOLI comienza por una mancha roja pruriginosa que suele desaparecer después de un tiempo, apareciendo más tarde en el mismo lugar y algunas veces también en zonas distantes, nódulos sub-cutáneos que son móviles bajo la piel y sin ninguna lesión de ésta. Es frecuente que estos nódulos se dispongan en forma de sarta siguiendo el trayecto de algún vaso aponeurosis o linfático. ESCOMEL, que describió esta forma por primera vez en América, la llamó linfangítica, porque considera que la propagación se hace siempre por los trayectos linfáticos.

Los nódulos pueden ulcerarse posteriormente por lo cual RABELLO pone dos variedades: una sin lesión de la epidermis y otra ulcerada. El caso cuya fotografía incluimos, que fué observado en Yurimaguas, presenta tres nódulos ulcerados y uno en el pliegue del codo cubierto por piel sana.

Manifestaciones de las mucosas. Las lesiones mucosas secundarias de la espundia pueden aparecer existiendo todavía las manifestaciones dérmicas o cuando éstas ya han cicatrizado, algunas veces entre unas y otras puede transcurrir varios años de aparente salud.

Es muy frecuente que las lesiones mucosas comiencen a nivel del tabique nasal cartilaginoso, pero pueden también comenzar en otras partes de las vías aéreas superiores. El Dr. MAZZA refiere un caso de comienzo en la laringe. Nosotros también hemos visto un caso cuyas manifestaciones secundarias comenzaron por una alteración de la voz.

Todavía no se conoce la forma como se realiza el pasaje de los gérmenes de la piel a las mucosas. LINDSAY BERNASCONI y PATERSON (citados por SCHATTUCK (64)), así como ESCOMEL, MONGE y otros autores americanos, suponen que las lesiones mucosas no son iniciales ni se deben

a auto-inoculación, sino a verdaderas metástasis venidas por vía sanguínea, nosotros hemos opinado de la misma manera (74) basándonos como KLATZ y LINDEMBERG (citados por SCHATTUCK (64) en el aspecto histológico de las lesiones incipientes de las mucosas; en 1924 decíamos: "la iniciación no se hace por un proceso ulcerativo superficial sino por una infiltración pericapilar de los vasos de la submucosa", proceso que ha sido confirmado posteriormente por Buss (13).

Sin embargo MAZZA y NIÑO (1929) no han logrado poner en evidencia el gérmen en la sangre apesar de haber realizado cuatro y cinco hemocultivos en 392 casos de leishmaniosis en distintos grados de evolución.

El porcentaje de complicaciones mucosas entre los enfermos de espundia, debe variar según las regiones y los sujetos. Se han dado cifras entre 20 y 80 %; lo interesante para el médico según nuestro criterio es tener siempre presente que cualquier enfermo sin tratamiento o con tratamiento deficiente puede sufrir la contaminación de las mucosas, que es una complicación grave por su rebeldía.

Las lesiones mucosas se extienden con mayor rapidez que las cutáneas, pueden cubrir toda la mucosa nasal, faringe, laringe, llegar a la tráquea y hasta los bronquios. En la boca comprometen de preferencia el paladar en toda su extensión, algunas veces también las mejillas, y la porción mucosa de los labios. La lengua se toma pocas veces, MUHLENS reproduce (49) un caso que hubo en el Hospital "Dos de Mayo", muy parecido a una glositis sifilítica. Las lesiones de la mucosa nasal o bucal (fig. 21), muchas veces se detienen en el límite de la piel como si existiese inmunidad cutánea pero otras veces salen, formando las lesiones terciarias de la Espundia. El tabique nasal, en su porción cartilaginosa, después de un largo periodo de tumefacción con rubicundes, se ulcera por ambos lados, terminando por perforarse, con lo cual la pirámide nasal queda sin apoyo y propensa a aplastarse con cualquier pequeño golpe. La perforación del tabique y el achatamiento de la nariz sin ulceración de la piel (fig. 22) es un aspecto muy propio de la espundia que nunca lo hemos visto en la Uta. En la Uta se carcomen de preferencia las alas de la nariz.

Las lesiones del paladar son con más frecuencia proliferativas que destructivas, la úvula suele hipertrofiarse o ulcerarse y algunas veces desaparecer. La superficie del paladar se cubre de un tejido de granulación cuyo aspecto ha sido muy bien descrito por los que han estudiado la enfermedad como una blastomicosis. La cruz palatina de la blastomicro-

sis de ESCOMEL consiste en un repliegue vertical y otro transversal, algunas veces bastante claros.

El Dr. PEÑA CHAVARRÍA en el Bubón de Vélez, que para él es una blastomicosis, refiere que los naturales llaman huevera a la masa de tejido de granulación que algunas veces llena la cavidad palatina.

El proceso interno nasal repercute en la superficie de la piel de la nariz; algunas veces ocasiona rosácea. Hemos tenido un enfermo cuya nariz roja fué el último síntoma perceptible durante el tratamiento con el tártaro y el que nos permitió juzgar sobre el término de la enfermedad, porque antes, en el descanso entre una serie y otra siempre se acentuaba. Otras veces además del rubor o sin él, todo el lóbulo de la nariz se edematiza y la piel se hace querósica, pudiendo aparecer folículos de acné. A esta nariz grande de la leishmaniosis, el Prof. BALIÑA ha propuesto llamarla nariz haunacoide. El Dr. MAZZA quiere que se le llame nariz tapiroide, por comparación con el hocico de la sachá vaca; algunas veces se le podría también llamar nariz de polichinela.

Los primeros que estudiaron la Leishmaniosis tegumentaria hicieron notar lo poco que la enfermedad compromete el estado general, enfermos con úlceras extensas pueden realizar normalmente su trabajo y presentar un estado general bueno. Este fué un escollo que encontraron siempre los partidarios de la teoría lúpica de la Uta, aunque no faltaron espíritus escolásticos que consideraron escrofulosos a nuestro sano indio de las quebradas.

La situación de los enfermos de espundia cuando sus lesiones se hallan muy extendidas en las mucosas, es sin embargo bastante distinta, la alimentación y la respiración se perturba con la consiguiente repercusión en el estado general. Algunos enfermos pierden casi por completo la voz y se vuelven sordos. Las glándulas mucosas y salivares ya sea por la leishmania misma, que puede alcanzarlas (74) ó por irritaciones producidas por gérmenes de infección secundaria, se agregan constantemente de manera que el enfermo vive salivando incesantemente, el aliento se torna fétido, algunas veces insufrible. En estas condiciones bien tristes, los enfermos avanzan hacia el marasmo cada vez más pronunciado, terminando por sucumbir, algunas veces por edema de la glotis, con mucha frecuencia por una complicación pulmonar aguda. Para llegar a este último estado trascurren muchos años porque la enfermedad evoluciona muy lentamente.

La infección destruye cartilago y piel, nunca los huesos, en esto se distingue de la Gangosa que suele producir esquirlas necróticas.

Nunca hemos visto casos primitivos de las mucosas que resistiesen a un examen atento, siempre pudimos encontrar la lesión inicial de la piel, por eso no decimos formas mucosas, sino manifestaciones mucosas. Las lesiones mucosas de la Uta y de la Espundia se distinguen por su evolución y no por su forma. Sería muy aventurado por lo demás negar que en los focos de Uta no se pueden presentar algunas veces casos de espundia, como se presentan también algunas veces, en el oriente (1).

Pronóstico : Ya hemos dicho que en los focos endémicos de Uta, la mayoría de los enfermos curan de sus lesiones dérmicas con tratamientos tópicos tan variados, que como dice ÚRCIA (70) hay que aceptar que curan espontáneamente quedando después inmunes para todo el resto de la vida. El porque de algunos casos graves, entre los muchos benignos, es algo que todavía queda por dilucidar.

Como hemos visto, TAMAYO supuso que eran los forasteros en las zonas endémicas los que desarrollaban las formas graves. Desgraciadamente nadie ha confirmado con datos estadísticos esta aseveración, difícil seguramente de confirmar por la naturaleza de los terrenos utógenos y la forma de vida de las gentes en esos lugares.

La edad puede tener una influencia, pues la mayoría de los casos graves corresponden a personas que han pasado la pubertad. Lo mismo pasa en la Verruga Peruana en la cual es muy raro ver casos graves entre los niños indígenas. También el lugar en que se radican las lesiones pueden ser motivo de gravedad, casi siempre las lesiones mutilantes son de la cara. El Dr. MONGE hizo notar (47) que las lesiones mas destructivas radican en partes de la piel que recubren cartilago, orejas, alas y tabique de la nariz. En la Uta es muy frecuente, que se destruyan las alas de la nariz y parte del labio superior, como en nuestras figuras (3 y 4), la primera correspondiente a un ejemplar de cerámica. La piel que cubre los huesos propios de la nariz muy rara vez se toma.

En la espundia la curación espontánea de las lesiones de la piel es también posible, algunos enfermos con lesiones mucosas refieren que sus lesiones de la piel curaron con algún medicamento tópico sin importancia, entre los siete meses y dos años de sus inicio. Desde luego, como lo hemos dicho, es muy difícil descartar la posibilidad de complicaciones mucosas posteriores. Las huellas que deja la enfermedad varían según la forma clínica, la variedad impetiginosa que es la más superficial, como

(1) Ya en prensa este trabajo del Dr. Loli nos ha mostrado un caso típico de espundia proveniente de la región utosa de Pallasca.

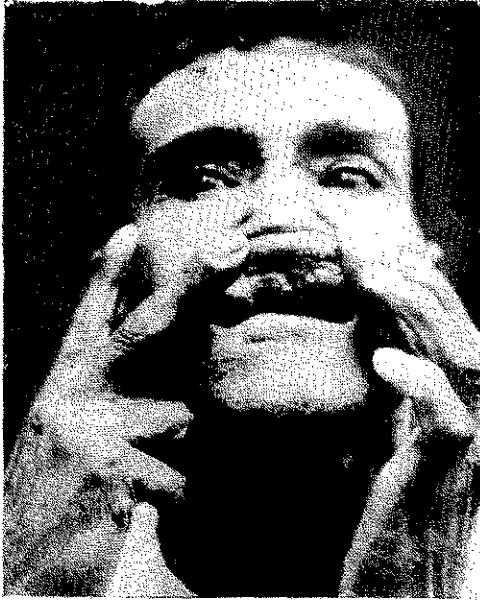


Fig. 21. Espundia: nótese la resistencia de la piel a la invasión por las lesiones mucosas secundarias



Fig. 23. Forma de Monge: infiltración del órgano con piel lisa brillante, en el helix comienzo de destrucción.



Fig. 24. Lesión úlcero serpiginosa con costras rupoides — ectropión muy pronunciado. Caso del Dr. B. Burga.

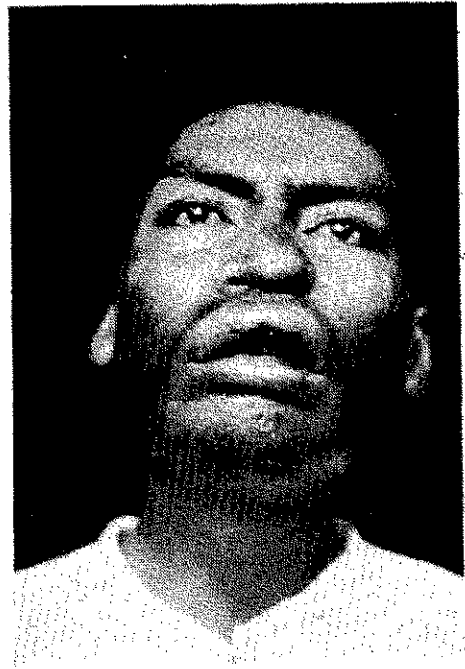


Fig. 22. Caso típico de espundia. Nariz hundida por destrucción del tabique sin ulceración de la piel inmediata; ulceración de los labios confinada a la mucosa.

le han hecho ver RABELLO (60) y PUENTE (59), puede algunas veces desaparecer sin dejar rastros; más visibles son siempre las huellas de la forma ectimatoide y mas que todas las de la variedad ulcerosa, sobre todo si revistió el carácter fagedénico, pues puede causar grandes pérdidas de tejidos.

Las cicatrices algunas veces pueden ser retráctiles como en el Lupus Tuberculoso. Ya SAMANEZ (63) hizo notar "que pueden determinar ectropion, atresias nasales y mutilaciones" (fig. 24). ALMENARA dice (2), "originan retracciones considerables produciendo coalescencias sobre todo de los párpados. La destrucción del pabellón de la oreja, como en la úlcera de los chicleros, puede ser producida por la Uta y por la Espundia".

Las lesiones de las mucosas, sean originadas por cualquiera de las dos formas, nunca curan espontáneamente y son las más rebeldes a los tratamientos específicos; el Dr. MAZZA ha reconocido la misma condición para las de la conjuntiva palpebral.

INFLUENCIA DEL ESTADO DE ERGIA DEL ORGANISMO EN LA APARICION Y CURACION DE LAS LESIONES.—PROBABLES ESTADOS DE INFECCION INAPARENTE Y PREMUNICION EN LAS LEISHMANIOSIS DERMICAS

LINDSAY, citado por SCHATTUCK (64), en la guerra del Chaco en 1935 observó "que la mayoría de los antiguos reservistas del Distrito del Norte, con leishmaniosis forestal que habían curado aparentemente de su enfermedad, muy pronto tenían que ser evacuados del frente debido a la recrudescencia de las cicatrices, de viejas úlceras, en sus pies, brazos o cuerpo y también en la recrudescencia de úlceras nasales y faríngeas.

El Dr. ESCOMEL (24) había observado mucho antes un hecho análogo "algunos individuos en quienes las úlceras ya cicatrizadas, por un exceso cualquiera (venéreos, alcohol, etc.) se abren con aparición también de la leishmania".

Todo el que haya tenido que tratar casos de leishmaniosis con medicación específica, sobre todo si se trataba de lesiones de las mucosas, sabe lo difícil que es conocer cuando se debe suspender el tratamiento sin temor a recidivas. Lo mismo que en todas las enfermedades a protozoarios que tienen remedios específicos (sífilis, amebiasis, paludismo), la desaparición de los síntomas no significan la desaparición de la infección.

Mucho antes que se hubiese notado en Europa la acción benéfica de las crisis palúdicas en algunas manifestaciones de la sífilis, ya los naturales de las zonas utosas usaban de ellas para curar sus úlceras y bajaban

gustosos al temple o sea a los valles palúdicos cuando tenían lesiones rebeldes. UGAZ (69), URCIA (70); ANTÚNEZ (3) además refiere curaciones "con la vacuna del "cow pox" en dos muchachos de Uta y con la viruela en otro caso". El Dr. PONCE DE LEÓN nos ha referido que ha visto sanar lesiones de Uta con el sarampión.

En la leishmaniosis selvática, las lesiones secundarias de las mucosas aparecen algunas veces varios años después de haber curado las úlceras cutáneas y el mismo tiempo que transcurre entre una y otras lo pasa el sujeto sin síntomas. No tenemos ningún medio de diagnóstico que permita prever cuales son las personas que pueden hacer lesiones secundarias.

Ya al hablar de las formas de comienzo de la enfermedad hemos hecho ver como la acción de un traumatismo puede producir úlceras leishmaniósicas en personas aparentemente sanas y aún en algunas que dejaron antes la región endémica.

Tenemos así una serie de hechos que demuestran que en las leishmaniosis dérmicas, como en otras infecciones, la existencia del germen en el organismo no está limitada al periodo sintomático, sino que hay fases ocultas de la infección, cuya duración no podemos prever.

PESSOA (56) ha hecho ver que la intradermo reacción de MONTENEGRO persiste en personas que tuvieron mucho tiempo antes la enfermedad. Hasta donde se sabe los fenómenos de sensibilización cutánea específica de ese orden revelan infección latente o la presencia transitoria de anticuerpos hereditarios o introducidos en forma pasiva.

La Uta inmuniza, aunque sea en forma relativa, y resultan así, junto con la Verruga Peruana, ejemplos raros de enfermedades que evolucionan unas veces en forma crónica y otras curando espontáneamente y dejando inmunidad.

En la Verruga Peruana se han encontrado portadores de gérmenes y es muy probable que la inmunidad, como lo hemos hecho ver, sea un proceso de premunición. En la Verruga ha sido fácil delatar a los portadores porque el germen es fácilmente cultivable y se encuentra en la sangre; las leishmanias son parásitos del tejido conjuntivo, donde es difícil verlas, no sabemos que se les haya buscado en los tejidos sanos. Nosotros lo hemos hecho pero pocas veces hasta ahora.

Diagnóstico. Nada asegura el diagnóstico como la presencia de leishmanias ya sea que se les encuentren directamente en los frotis, en los cortes o en cultivos. Desgraciadamente como se ha hecho notar en otros países, suele ser muy difícil encontrar los gérmenes en la Leish-

maniosis Americana. Ni aún en cortes histológicos se logra verlos siempre como lo ha hecho resaltar Buss (13). Los cultivos constituyen el medio más eficaz pero no siempre se está en condiciones de realizarlos.

Hay casos raros en los cuales los parásitos abundan, sobre todo en las formas incipientes y según nuestra experiencia, además en algunos casos muy avanzados en los cuales las defensas parecen haber disminuido.

Todavía nadie ha usado aquí la cuti-reacción de MONTENEGRO, que sería muy útil para nuestros médicos de la selva que muchas veces tienen que actuar sin microscopio.

Clínicamente las leishmaniosis tegumentarias pueden confundirse con la tuberculosis, sífilis, algunas micosis y las úlceras tropicales.

En el diagnóstico clínico de la Uta ayuda mucho conocer la procedencia del enfermo; en las zonas de Uta es rarísima cualquier otra enfermedad de la piel que se le parezca. El lupus tuberculoso en el Perú es tan raro que no hay que tomarlo en consideración, en cambio la tuberculosis verrucosa cutis suele presentarse y puede confundirse con las formas vegetantes de la leishmaniosis.

Solo recordamos dos casos de sífilis cutánea que pudieran haberse prestado a confusión con la Uta, uno con gomas ulcerados de la cara y el otro con una lesión serpiginosa con costras rupioides, en ambos las reacciones serológicas positivas, la búsqueda infructuosa de Leishmanias y el examen atento de las lesiones permitieron rechazar el diagnóstico de Uta.

En casos de duda cuando la reacción de Wasserman es positiva, debe atenderse primero siempre a la sífilis con arsenicales y no comenzar con el antimonio.

En la selva hay mayores posibilidades de confusión, la úlcera tropical, lesiones de pian y blastomicosis se pueden asemejar mucho a la leishmaniosis dérmica. Las mismas úlceras leishmaniósicas como lo ha demostrado PESSOA en el Brasil (57) pueden estar contaminadas con la asociación fuso-espirilar. La úlcera tropical evoluciona más rápidamente que la leishmaniósica.

En los niños de Colegio en la selva, es muy frecuente una rinitis anterior, que algunas veces puede ocasionar escoriaciones a nivel del tabique y de los cornetes y que dificulta mucho el diagnóstico de las manifestaciones mucosas incipientes de la espundia. Felizmente éstas son raras en los niños de colegio.

Las lesiones mucosas más avanzadas se pueden confundir con la sífilis y la Gangosa.

La confusión con la sífilis mucosa que puede ser favorecida por ciertos aspectos del cuadro histológico es hecha con más frecuencia en los

lugares donde no existe la leishmaniosis. En los centros endémicos, lo mas frecuente es que se tome como leishmaniosis, los casos raros de sífilis nasal.

La Gongosa tiene una marcha más rápida que la espundia y compromete los huesos produciendo necrosis y secuestros.

La blastomicosis *brasiliensis* o *Paracoccidioides brasiliensis* de ESPLENDORE y HAABERFELD, de la cual hemos descrito un caso peruano (75) presenta lesiones de la piel y las mucosas sobre todo de estas últimas que durante el período preganglionar se pueden confundir con las de la espundia; sin embargo los nódulos amarillos en el granuloma y la presencia de los *Paracoccidioides* en los preparados microscópicos pueden permitir siempre el diagnóstico cuando se fija un poco la atención. Cuando aparecen los ganglios la enfermedad toma un curso semejante a la Linfogranulomatosis maligna. En la biopsia la presencia de células gigantes muy grandes y con protoplasma vacuolado y los parásitos en forma de esferitas de diversos tamaños, algunas con la areola *paracoccidioides* son elementos muy característicos.

Ha sido descrita una forma de blastomicosis Americana con el cuadro clínico y anátomo-patológico idéntica a la Leishmaniosis selvática sin compromiso secundario ganglionar ni pulmonar. Nunca hemos tropezado en nuestra práctica con esa enfermedad y cuando nuestros enfermos presentaron en preparados microscópicos las monilias que se han descrito y figurado (22) como agente causal de ella, no significaron cambio en el aspecto clínico habitual ni mayor resistencia a la acción de los medicamento. Es por esta experiencia nuestra que nos resistimos a creer en la etiología Blastomycótica del Bubón de VÉLEZ DE COLOMBIA y de la espundia Boliviana, opinando que los blastomicetos juegan en esta enfermedad igual rol que los hongos estudiados por algunos de los mismos autores en el mal del Pinto.

Tratamiento. El tártaro estibiado introducido en la terapéutica de la leishmaniosis por GASPARD DE VIANA en 1912, constituye la base de todos los medicamentos específicos conocidos hasta ahora. Las ampollas de 5 y 10 cc. de solución de tártaro al 1 % para uso exclusivo intravenoso, son conocidas ya en todas partes del país donde la enfermedad existe y si no fuese por que en algunos lugares se especula con ellas poniéndolas a precios elevadísimos, y porque nadie ha hecho propaganda sobre la necesidad de tratamientos un poco prolongados para evitar las recidivas, se habría logrado ya un cambio notable en muchos focos endémicos.

Como en toda medicación específica la dosis máxima puede variar en casos individuales, por lo cual es recomendable comenzar por 4 cc. de la solución al 1% y aumentar cada día de 2 en 2 cc. hasta 10 cc. o sea 0.1 gr. de tártaro que es la cantidad por vez que comunmente se soporta, sin otro sintoma molesto que una crisis, de tos al término de la inyección. Hemos tenido enfermos que soportan sin molestia alguna hasta 0.2 gr. por inyección. Frecuentemente se requieren tres series de 15 inyecciones de 0.1 gr. con intervalo de 15 días entre cada serie para obtener la curación definitiva de las lesiones cutáneas; las lesiones mucosas requieren más. La Uta es mucho mas dócil al tratamiento que la Espundia.

Para la forma selvática MAZZA (34) ha dicho: "El tratamiento debe exceder en bastante tiempo a la aparente curación de las lesiones cutáneas porque es frecuente que aún después de mucho tiempo se presenten dichos enfermos con lesiones mucosas".

Las lesiones mucosas son muy rebeldes al tratamiento y siempre propensas a recidivas. Suele suceder que el enfermo se hace intolerante al medicamento antes de que se logre la curación. Hemos mejorado nuestros resultados asociando al tártaro la radioterapia. Aún en las lesiones dérmicas los rayos X aligeran la acción útil del tratamiento por el tártaro. Desgraciadamente el tártaro tiene inconvenientes que en algunos casos se acentúan y pueden llegar a hacer imposible su empleo. En primer lugar la inyección debe ser intravenosa, cosa que no siempre es posible realizar sobre todo en niños o mujeres, además produce dolor braquial, accesos de tos, estados nauseosos, y algunas veces intenso decaimiento. Los últimos efectos, la tos, náuseas y decaimiento los hemos disminuido mezclando la inyección, con una solución de Vitamina C y suministrando a la vez algún tónico de Vitamina B.

Las casas productoras, sobre todo Bayer, han procurado nuevas sales de antimonio que eviten los defectos del tártaro. El antimosan, el estivenil, estibosan, neo-estibosan y la Fuadina, dedicada a Fuad I de Egipto, han sido puestas en el mercado sucesivamente.

Entre nosotros ARMANDO CARO (16) usó el Neo-Estihosan en dosis fuertes con buenos resultados. La vía mejor es también la intravenosa, aunque cabe el uso de la intramuscular en caso de necesidad. Las dosis son de 0.10, 0.20 y 0.30 gr. Cuando sea posible se repite la dosis 0.30 gr. hasta diez inyecciones.

La Fuadina que tiene la ventaja de usarse intramuscular y de ser indolora fué usada en América por primera vez por el Dr. MAZZA, quien considera que tiene una acción eficaz sobre las lesiones mucosas de la es-

pundia. La casa Winthrop prepara la Fuadina bajo el nombre de Repodral.

El tártaro se puede usar también en forma tópica. En los focos de Uta no tiene ningún peligro usar la pomada de tártaro en caso de necesidad. La concentración puede ser hasta de 5 %.

Los arsenobenzoles son también muy eficaces en el tratamiento de la leishmania como lo hizo ver ALMENARA (1). Personalmente hemos usado el Salvarsán en la Uta con muy buen resultado y como lo observó MUHLENS (49) en el Botón de Oriente, creemos que a continuación de algunas inyecciones de tártaro tienen acción más manifiesta.

En el tratamiento con los compuestos de antimoino, hay que tener presente que algunas veces pueden producirse reactivaciones locales de tipo de la descrita por HERXHEIMER en la sífilis. Hemos tenido un caso con lesiones tráqueo-bronquicas, que murió con edema de la glotis a continuación de una inyección.

También los tratamientos incompletos repetidos pueden crear intolerancias al medicamento o resistencias del parásito.

La Atebrina en inyección local y por vía oral ha dado buenos resultados.

Datos sobre la Uta recogidos en el Censo General de la República

En el Censo de 1940 por iniciativa de su Director el Dr. Alberto Arca Parró, se recogió datos sobre Patología Nacional. Los casos de bocio, cretinismo, sordo-mudes, ceguera, verruga peruana, uta, fueron recogidos en todas las poblaciones, con lo cual se ha obtenido un material precioso que será útil a muchos estudios sobre Patología Nacional. Mas se hubiese podido inquirir, sin aumentar las dificultades si los consejeros médicos lo hubiesen sugerido; es lástima p. ej. que se olvidase la overía.

Con los datos referentes a la uta, el Dr. Arca Parró tuvo la gentileza de hacernos confeccionar en la Dirección Nacional de Estadística los cuadros que insertamos a continuación, en forma de añadidura por que solo los terminaron cuando nuestro trabajo estaba ya en la imprenta. En los cuadros, como puede verse, se consignan el número de utosos junto a la población de cada Departamento y Provincia. Al publicarlos creemos necesahio hacer previamente algunos comentarios.

El diagnóstico empírico de las Leishmaniosis cutáneas por el término popular Uta puede hacerse bien en la Sierra, donde la palabra es conocida por todos y donde en muchas zonas no existe otra enfermedad

ulcerosa de la piel que pueda quitar valor a las cifras estadísticas. En la selva por el contrario el término Uta es poco conocido y al lado de las lesiones leishmaniósicas existen otras, como las blastomicósicas, las causadas por fuso-espirilos, por el pian, la gangosa etc. que dan cuadros clínicos que solo pueden ser identificados por los técnicos.

Los porcentajes parciales han sido dados por Departamentos. Como la Uta es una enfermedad estrictamente endémica las cifras serían tanto mas expresivas cuanto a lugares mas limitados se refiriesen. En el Departamento de Lima, donde en las provincias de Huarochiri y Canta existen pueblos muy infectados, la capital con más de medio millón de habitantes solo acusó 29 utosos, con seguridad forasteros. Cosa semejante ocurre en todos los Departamentos porque las grandes poblaciones están siempre fuera de las zonas endémicas.

BIBLIOGRAFIA

1. GUILLERMO ALMENARA : *Tratamiento médico de la leishmaniosis del dermis*. V. Congreso Médico Latino Americano, v. V, p. 301, 1913.
2. GUILLERMO ALMENARA : *Anatomía Patológica de las leishmaniosis dérmicas*. Tesis, Lima, 1916.
3. DÁMASO ANTUNEZ : *Uta peruana*. V. Congreso Médico Latino Americano, v. V., p. 278, 1913.
4. JULIÁN ARCE : *Pie musgoso*. V. Congreso Médico Latino Americano, v. V, p. 365, 1913.
6. P. BARROS : *La Crónica Médica*, Lima, p. 235, 1895.
7. E. BELTRÁN y M. E. BUSTAMANTE : *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, México, Marzo, 1942.
8. ED. BENHAMOU : *Presse Medicale*, Oct. 1933, p. 1561 y *Annales de Derm.*, p. 184, 1930.
9. V. BERNASCONI : *Leishmaniosis y Sífilis*. V. Reunión de la S. A. de P. R., del N° 1929.
10. M. BRINGAS : V. Congreso Médico Latino Americano, v. V., p. 252.
11. E. BRUMPT : *Precis de Parasitologie*, Cinquieme Edition, 1936.
12. BUENAVENTURA BURGA : *La Crónica Médica*, p. 169, 1926, Lima.
13. BUSS : Citado por SCHATTUCH (64) y otros.
14. E. CANAL FEIJÓ : *Rev. Médica Latino Americana*, p. 953, año XIX, 1934.
15. A. CARINI ET PARANHOS : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, v. 2, p. 255, 1909.

16. ARMANDO CARO : *La Leishmaniosis dérmica y su nuevo tratamiento con el Neoestibosan*. Tesis, Lima, 1940.
17. JORGE CASTRO : *Amerique Latina*, Paris, 1930.
18. PABLO CROVERI : *Patologia Tropicale e Parassitaria*, v. 1, 1935.
19. CUNHA MOTTA E F. DA FONSECA : *Annales de Facultade de Medicina de S. Paulo*, v. 3, 1928. (Separata).
20. H. ARAGAO DE B. : *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, v. 20, Fasc. II, 1927. (Separata).
21. EDMUNDO ESCOMEL : V. Congreso Médico Latino Americano, v. V, p. 256, 1913.
22. EDMUNDO ESCOMEL : *La blastomycosis humana en el Perú y Bolivia*, Buenos Aires 1916.
23. EDMUNDO ESCOMEL : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, p. 215, 1916.
24. EDMUNDO ESCOMEL : *La Leishmaniosis y Blatomycosis en América*, Lima, 1922.
25. EDMUNDO ESCOMEL : *Gaceta Médica de México*, v. 82, Oct. 1942.
26. J. GASTIABURÚ y R. REBAGLIATI : *La Crónica Médica*, p. 583, Lima, 1913.
27. J. GASTIABURÚ y R. REBAGLIATI : *La Crónica Médica*, 229, 1913.
28. H. GONZALES, L. ONTANEDA y M. VIDAURRETA : *Leishmaniosis cutánea no ulcerada*, V Reunión de la S. A. de P. R., N° 1929.
29. M. KUCZYNSKI GODARD : *Boletín de la Dirección General de Salubridad*, Lima, p. 279, 1940.
30. LAVERÁN y NATTAN LARRIERE : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.* 1912.
31. A. LINDENBERG : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, v. 2, 1909.
32. ALFR. MATTA : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, p. 494, 1916.
33. DAVID MATTO : *La Crónica Médica*, p. 377, Oct. 1886.
34. S. MAZZA y ARIAS ARANDA : *Ensayos de tratamiento de la Leishmaniosis Americana con la Fuadina*. Sexta Reunión de la S. A. de P. R. del N° 1930.
35. S. MAZZA : *Rev. del Inst. de Ciencias Quirúrgicas*, 1926. (Separata).
36. S. MAZZA y CORNEJO : *Las lesiones de la conjuntiva ocular como causa de recidiva en la leishmaniosis tegumentaria americana*. Octava Reunión de la S. A. de P. R. del N° ... (Separata).
37. S. MAZZA y CORNEJO : *Consideraciones sobre nuevos casos de Leishmaniosis tegumentarias americanas*. Novena Reunión de la S. A. de P. R. del N° 1935. (Separata).

38. S. MAZZA y R. VILLAGRAN : *Leishmaniosis tegumentaria con invasión traqueo-bronquica curada*. Octava Reunión de la S. A. de P. R. del N° ... (Separata).
39. S. MAZZA y D. J. LUNA : *Sobre una forma forunculosa de leishmaniosis cutánea en dos niños*". Quinta Reunión de la S. A. de P. R. del N° 1929.
40. CARL MENSE : *Handbuch der Tropenkrankheiten*, Dritte auflage, 1924.
41. F. MERCKEL : *La Uta, su fusión en las tuberculosis cutáneas y en Botón de Oriente*. V. Congreso Médico Latino Americano, v. V., p. 441.
42. L. E. MIGONE : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, p. 210, 1913.
43. FIDEL MINAYA : *Del lupus (Uta)*, Tesis. *Gaceta Médica*, Lima, p. 211, 1886.
44. CARLOS MONGE : *La Crónica Médica*, Lima, Abril, p. 118, 1913.
45. CARLOS MONGE : *La espundia es una Leishmaniosis*. Informe al Ministerio de Instrucción, 1912.
46. CARLOS MONGE : *La Crónica Médica*, Lima, p. 462, 1913.
47. CARLOS MONGE : *Las Leishmaniosis del Dermis en el Perú*. Formas clínicas. V. Congreso Médico Latino Americano, t. V., p. 272.
48. CARLOS MONGE : *La Crónica Médica*, Lima, p. 231, 1914.
49. P. MUHLENS : *Krankheit u. Hygiebe der Warmen Lander*, Vierte auflage 1938.
50. A. NIEVE y B. BÁRBARA : *Univ. de Buenos Aires*, v. 35, p. 277, 1917.
51. M. NAUDEMANN : *Distribución de algunos casos de Leishmaniosis teg en el Chaco*. Quinta Reunión de la S. A. de P. R. del N° 1929. (Separata).
52. ERNESTO ODRIOZOLA : *La Crónica Médica*, Lima, N° 596, 1913.
53. R. PALMA (hijo) : *Boletín del Ministerio de Fomento*, Lima, N° 10, 1908. (Separata).
54. HUGO PESCE : *The Amer. Journ. of Hygiene* N° 3, v. 37. (Separata).
55. S. B. PESSOA : *O Hospital*, Marzo 1941. (Separata).
56. S. B. PESSOA : *Revista de Biología e Higiene*, Oct. 1941. (Separata).
57. S. B. PESSOA y PESTANA RANGEL : *O Hospital*, Abril 1940. (Separata).
58. PHOTINOS, F. LESTOQUARD ET A. DONATIEN : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, N° 4, 1936.

59. J. J. PUENTE : *Formas clínicas de la leishmaniosis tegumentaria americana*. Tercera Reunión de la S. A. del N°. Buenos Aires, 1927. (Separata).
60. E. RABELLO : *Sobre la leishmaniose tegumentar*. En el Libro Jubilar do Prof. Rocha Faria, p. 227, Rio de Janeiro, 1917.
61. E. RABELLO : *Ann. Brasileiros de Dermatologie e Syph.* 1925. (Separata).
62. HÉCTOR ROJAS : *El pie musgoso en el Perú*. Tesis, 1923.
63. L. SAMANEZ : *La Crónica Médica*. Lima, p. 33, N° 291, 1901.
64. SHATUCK : *A Medical Survey of the Republic of Guatemala*, p. 113, Washington, 1938.
65. R. P. STRONG : *Stitts*, Sixth edition, Philadelphia, 1941.
66. STRONG, TIZER-BRUES SELLARD, GASTIABURÚ : *Report of first expedition to South America*, 1913.
67. O. M. TAMAYO : *La Uta en el Perú*, Lima, 1908.
68. J. THEZE : *Bul. de la Soc. de Path. Exot.*, p. 449, 1916.
69. JUAN UGAZ : *La Crónica Médica*. Lima, p. 211, 1886.
70. J. URCIA CASORLA : *Algo sobre epidemiología y profilaxia de la Uta*. V Congreso Médico Latino Americano, v. 5, p. 465.
71. PAUL VIGNE : *Bouton D'Oriente en Nouvelle Pratique Dermatologique*, v. 3, 1936.
72. VÉLEZ LÓPEZ : *La Crónica Médica*. Lima, N° 589, p. 436, 1913.
73. L. VILLAR : Discurso Académico, *El Monitor Médico*, Lima, t. 8, p. 169, 1892.
74. PEDRO WEISS, H. ROJAS y GUZMÁN BARRÓN : *Informe médico sobre la región del Madre de Dios*. Lima, Imp. Americana, 1924.
75. PEDRO WEISS y T. ZAVALETA : *Actualidad Médica Peruana*, v. 3, p. 442, 1936.