

Un caso de Malaria crónica y verruga peruana

ATAQUE PERNICIOSO DE FORMA COMATOSA, ATRIBUIDO AL DESARROLLO DE VERRUGAS CEREBRALES. INTERPRETACIÓN ERRÓNEA DE LA HIPERTROFIA ESPLÉNICA PROPIA DE LA MALARIA CRÓNICA, ATRIBUIDA, IGUALMENTE, A LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN.

Por el Dr. JULIAN ARCE,
Profesor de enfermedades tropicales.

La señora N. N., natural de Lima, de 30 años de edad, casada, múltipara y domiciliada en la calle del Sauce, solicitó mis servicios profesionales el 20 de abril del presente año*. Acostada en decúbito dorsal, presa de visible abatimiento y postración marcada, con voz débil y palabra lenta, me hizo la siguiente relación de su enfermedad: Nombrada preceptora de la escuela fiscal de Surco, en la provincia de Huarochirí, residió en ese lugar desde el 16 de junio hasta el 18 de setiembre de 1919, en que fué traída a esta capital gravemente enferma.

En efecto, siete días antes, el 11 de setiembre, había dado a luz a su último hijo y veinticuatro horas después, más o menos, fué acometida de escalofrío intenso, seguido de fiebre alta y elevación del vientre, que a la vez estaba doloroso; la fiebre continuó en los días siguientes y en vista de esta circunstancia y de la falta de asistencia médica en la localidad, se le trasladó a esta ciudad, siendo conducida en camilla a su alojamiento. Atendida la misma noche de su llegada por una matrona experimentada e inteligente, quien, al propio tiempo que juzgó o temió una infección puerperal, pensó en la posibilidad de la malaria pues comprobó la existencia de hipertrofia del bazo, le administró inmediatamente un purgante que produjo abundante efecto y a la mañana si-

* Se refiere el autor al año 1921, en que escribió esta observación.

guiente le prescribió 1,5 gramos de quinina y 1 gramo de salol en obleas, para que tomara en el transcurso de las veinticuatro horas. Descendió entonces la temperatura á la normal, pero como reapareciese la fiebre al siguiente día, le aplicó inyecciones intramusculares de clorhidrato de quinina en dosis de 1 gramo, y convencida ya del verdadero carácter de la pirexia, prolongó por cinco días más las obleas ya indicadas, después de lo cual solo siguió el tratamiento obstétrico, tanto más necesario cuanto que los loquios en la noche del 18 tenían muy mal olor. A los once días de desaparecida la fiebre, tuvo la enferma una recaída con 40° de temperatura, provocada, al parecer, por un exceso alimenticio. Fué tratada, como la vez anterior, por la matrona, con un purgante —la paciente sufre de estreñimiento— y quinina.

En el mes de octubre, le apareció un brote de verrugas, discreto y de marcha completamente benigna, sin fiebre, ni complicaciones, que desapareció espontáneamente después de algún tiempo, de modo que en marzo del presente año, no existía ya ningún vestigio de dicha erupción. Ahora bien, el 19 de este último mes tuvo calofrío, bostezos, náuseas y fiebre, síntomas que se repitieron o prolongaron en los días 20 y 21. En la noche del 21, fué vista por la matrona—que es madrina de la enferma—quien la encontró con 40°2 de temperatura y como hubiesen transcurrido dos días sin que se exonerase el intestino, la hizo tomar inmediatamente unas pastillas purgantes que llevaba consigo y que le produjeron buen efecto, recomendándole, al mismo tiempo, que al día siguiente tomase las obleas de quinina y salol que le había prescrito la vez anterior. En la mañana del 22, la vió el Dr. X, quien la encontró aliviada, con 37° de temperatura, ratificando, en consecuencia, el tratamiento indicado por la obstetriz. Se llamó después al médico de la familia, quien recetó también quinina en obleas, recomendando que se repitiera la dosis, lo que hizo la enferma hasta los últimos días de marzo más o menos.

El 5 de abril, le sobrevino, por primera vez, un ataque con pérdida del conocimiento y sacudidas convulsivas de la cara, que le duró veinte minutos, seguido de fiebre y cefalalgia terrible, que fué tratado, en ausencia de su médico, por otro facultativo, con unas obleas calmantes y poción tónica. No obteniendo ninguna mejoría, se trasladó, cinco o seis días después, al Callao, donde desapareció la fiebre al día siguiente de su llegada, pero no así el dolor de cabeza, que le-

jos de disminuir aumentó, tomando entonces, por consejo de una amiga, un baño de pies caliente con mostaza y ceniza, que empeoró el dolor, produciéndose el 13 lo que la enferma llama el segundo ataque, con cefalalgia intensísima, terebrante, insufrible y temblor general del cuerpo, pero sin pérdida de la conciencia, que duró un cuarto de hora. En vista de esto, se regresó a Lima el 14 y al día siguiente acudió al consultorio del Dr. Y, quien le manifestó la necesidad de que la viese un especialista en enfermedades nerviosas, pues creía que los trastornos de que adolecía, eran debidos, probablemente, a la existencia de verrugas en el cerebro.

El 16 de abril, a las 9 h. 30 m. a. m., la enferma, perdió súbitamente el conocimiento, a la vez que los ojos, la boca y la cabeza, se torcían hacia la izquierda, generalizándose en seguida las convulsiones a los miembros, con más intensidad en el lado izquierdo. Cuatro horas después, a la 1 h. y 30 p. m. cesaron las convulsiones, reapareció la conciencia y quedaron como consecuencia de los ataques los siguientes disturbios: cefalalgia intensa, insomnio, náuseas, los párpados pesados, pudiendo abrir y cerrar el ojo derecho, pero no cerrar por completo el izquierdo; diplopia, parálisis de los músculos maseteros, buccinadores y los demás de las mejillas y labios, con imposibilidad de masticar y de beber, derramándose los líquidos por ambas comisuras y aglomerándose los alimentos entre las encías y los labios sin poderlos llevar al centro de la boca; la lengua no alcanzaba a llegar, a pesar de los esfuerzos que hacía la enferma, a los molares superiores; deglución difícil, paresia y relajación muscular generales, con impotencia de los miembros, adormecimiento de las extremidades y envaramiento de los dedos de los pies; abatimiento considerable; inapetencia; constipación intestinal; imposibilidad de pujar para exonerar el intestino.

Se ignora si hubo fiebre en los momentos del ataque, pues no se le puso termómetro hasta el día siguiente, en que la temperatura no alcanzó a 37o., manteniéndose así, posteriormente, en apirexia completa. No hubo ni incontinencia de materias, ni vómitos.

Llamado el médico de la familia durante la crisis, manifestó a los deudos de la enferma—que junta con ésta nos han referido esos hechos—que en su concepto, los accidentes eran debidos a la localización de la verruga en el cerebro; que en el caso de que la paciente recobrase la conciencia, le administrasen los últimos auxilios espirituales, pues si el ataque se

repetía, sucumbiría seguramente; prescribió una poción bromurada y se despidió. Agobiada la familia, llamó en la tarde de aquel mismo día al Dr. Z, especialista en enfermedades nerviosas, quien después de examinar detenidamente a la enferma, que ya había recobrado sus facultades intelectuales, declaró, que opinaba también en el sentido de que los accidentes graves sufridos por aquella, eran producidos por la existencia de verrugas en el cerebro y cuando la matrona, que se hallaba presente, le interrogó acerca de la significación del bazo crecido y duro que presentaba la enferma, respondió, que precisamente esa alteración era debida a la reacción de dicho órgano contra la verruga. Recetó bromuro y citrato de soda, y cediendo a las instancias de la familia ofreció regresar el 19, pero como no lo hiciese, acordó aquélla llamar a un médico experto en verrugas y en tal concepto fueron solicitados mis servicios el 20.

Practicado el examen clínico, pude comprobar la existencia de los trastornos consecutivos al ataque del 16, que he apuntado anteriormente, marcándose sobre todo la astenia y relajación muscular general, con falta casi completa de fuerzas, pues apenas podía cerrar las manos y presionar ligerísimamente las mías, encontrándose incapacitada, por consiguiente, para servirse de ellas en el acto de la alimentación; los miembros inferiores, se hallaban, asimismo, casi inertes, con insensibilidad al dolor en la pierna izquierda y ausencia del reflejo rotuliano en ambos lados; idéntica impotencia sufrían los músculos del tronco, haciéndose indispensable la ayuda de los asistentes para que la enferma pudiera cambiar de posición. Las facultades intelectuales, en cambio, conservaban toda su lucidez, revelando la más que mediana cultura de la paciente, así como su buena memoria y la expresión clara y correcta de sus pensamientos y respuestas. Hija de un pedagogo inteligente, ya finado, había recibido una educación esmerada, muy superior a la situación modestísima en que se encuentra.

La piel, ligeramente pálida, no presentaba ninguna mancha, erupción o tumor. La lengua, estaba limpia, húmeda y de color normal; faltaban en la boca algunos dientes y otros estaban cariados. El tórax, no ofrecía nada de particular; los ruidos respiratorios eran normales y los cardiacos tan sólo débiles; el pulso, pequeño y blando. En el abdomen, el infarto del bazo constituía la única lesión apreciable a la palpación; duro, hipertrofiado hasta cuatro traveses de

dedo debajo del reborde costal e indolente, ofrecía los caracteres de la esplenomegalia que acompaña a la malaria crónica; era, en buena cuenta, el signo físico más definido que arrojaba el exámen clínico de la enferma, para quien no había pasado inadvertido. La orina, en cantidad al parecer normal, se eliminaba sin dificultad. Constipación intestinal.

Los antecedentes expuestos por la paciente y sus deudos, que acabo de referir, unidos a los datos suministrados por el examen clínico, demostraban, en mi concepto, con toda claridad, la naturaleza de los accidentes graves ocurridos a la señora N. N. el 16 de abril. En efecto, desde el 12 de setiembre de 1919, la enferma había venido sufriendo de paroxismos febriles, separados por intervalos de variable duración, que desaparecían, temporalmente, bajo la acción de la quinina, administrada ocasional e irregularmente.

El primero de dichos paroxismos, se había producido en Surco,—lugar intensamente malárico y verrucoso—algunas horas después del parto, cuya acción traumática, es sabido, despierta o interrumpe la latencia de la malaria, poniendo de relieve sus manifestaciones clínicas características. Ahora bien, a partir del 19 de marzo del año actual, después de un intervalo de cuatro o cinco meses, en el que apareció y evolucionó hasta su terminación completa un brote discreto de verruga benigna, se produjeron nuevos paroxismos febriles o recaídas, de los cuales sólo el primero fué tratado con quinina, hasta que el 19 de abril sobrevino un ataque cerebral violento, con pérdida del conocimiento y convulsiones, que duró cuatro horas, al cabo de las cuales se despojó la inteligencia, quedando como secuelas inmediatas de aquel, fenómenos asténicos y sensitivo-motrices acentuados e impresionantes. Estas alteraciones funcionales persisten en los días siguientes, sin intensificarse y en completa apirexia, acompañadas de una lesión visceral importantísima para el diagnóstico, como que es delatora de la etiología y patogenia del proceso, me refiero a la hipertrofia del bazo. Por lo tanto, interpretando clínicamente los hechos apuntados, llego a la conclusión de que la enferma sufre de malaria crónica, en cuya evolución ha sobrevenido un ataque pernicioso cerebral de forma comatosa.

No era difícil descartar del diagnóstico la verruga: 1º porque el brote había desaparecido antes del mes de marzo, es decir, antes de que ocurriese la primera de la nueva serie

de recaídas que precedieron al ataque pernicioso del 16 de abril; 2º porque no existía ningún indicio clínico ni anatómico, que permitiese sospechar la aparición de un segundo brote verrugoso, con posible extensión al cerebro o sus cubiertas; 3º porque la verruga cerebral aislada, sin manifestaciones eruptivas idénticas en la piel o mucosas, puede quizá aceptarse como posibilidad teórica, pero no se ha observado, o mejor dicho comprobado, jamás, en el terreno de la práctica; y 4º porque no solo los antecedentes, sino los síntomas del ataque mismo del 16 de abril y sus secuelas inmediatas, con recuperación completa de la conciencia, apirexia y difusión inusitada de los trastornos sensitivos-motrices, no se concilian ni con la suposición de un tumor verrucoso de desarrollo lento o rápido, con o sin hemorragia súbita, ni con la de un brote miliar intempestivo en las meninges o en la neuroglia.

Convencido, pues, de la naturaleza malárica de la enfermedad que aquejaba a la señora N. N., manifesté a ésta y a sus deudos, que me pedían insistentemente una respuesta categórica acerca de la existencia de verrugas en el cerebro, mi opinión contraria a esa hipótesis, pero que en vista de la gravedad de la situación y de los temores que yo abrigaba de que el ataque se repitiese, con mayor peligro para la paciente, si no se comenzaba inmediatamente el tratamiento adecuado, creía indispensable se practicara, en el día, un exámen de la sangre, a fin de disipar por completo las dudas que todavía pudieran existir, para cuyo efecto podía aplazarse hasta la tarde, la administración de los medicamentos que debiera yo prescribir, con excepción de la aplicación inmediata de una inyección de adrenalina. Dos días después, el 22 en la tarde, se me comunicó el resultado de dicho análisis, practicado por un distinguido y competente experto, y que es el siguiente:

Sangre tomada el 21 de abril

Glóbulos rojos..... 4.100.000

Glóbulos blancos..... 6.200

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos..... 61 %

Formas de transición..... 3 %

Mononucleares grandes..... 6 %

Mononucleares medianos..... 15 %

Linfocitos..... 15 %

Ausencia del hematozoario de Laverán y de los elementos endoglobulares de Barton (Bartonella de Strong).

Aunque el análisis de la sangre que precede, si se exceptúa la mononucleosis considerable (24 %) que arroja, era negativo en cuanto a la existencia del parásito malárico, no se modificó por ello mi diagnóstico, pues es casi regla en la malaria crónica, no encontrar en la sangre del dedo, o mejor dicho en la circulación periférica, las formas esquizogónicas del parásito maligno (*plasmodium falciparum*), causa principal del paludismo crónico y de la gran mayoría de los ataques perniciosos. Estaba, pues, descontado ese resultado negativo, con tanta mayor razón, cuanto que habiendo trascurrido cinco días del ataque pernicioso sin nuevos incidentes y más bien con mejoría manifiesta de la enferma, a pesar de no seguir ningún tratamiento farmacológico, es decir, reaccionando favorablemente a expensas tan solo de las fuerzas naturales defensivas de su propio organismo, era de esperar, repito, la ausencia de dichas formas y aún de los gametos, que en ocasiones son tan escasos, que es necesario practicar exámenes repetidos para encontrar alguno de ellos. En lo que se refiere a la verruga, el análisis de la sangre no suministraba ningún dato positivo. Prescribí, en consecuencia, con el carácter de urgencia, la siguiente fórmula: Quinofor-
mo 4 gramos en 10 obleas, para tomar una cada 6 horas.

En la mañana del 23, ví por segunda vez a la enferma, a quien encontré levantada, manifestándome que si bien se había amortiguado algo la cefalalgia y disminuido la postración consecutiva al ataque, persistía la falta de fuerzas que le impedía moverse, a tal punto, que para trasladarse a un sillón próximo de su cama tenía que apoyarse en dos personas, pues cuando trataba de caminar le arrastraban los pies especialmente el izquierdo, pudiendo apenas elevar con trabajo el pie derecho lo suficiente para dar un paso corto; al mismo tiempo se le oscurecía la vista, obligándola a detenerse y cambiar de posición. Los miembros estaban, en efecto, muy pesados y torpes, de modo que para cruzar las piernas, hallándose sentada, era necesario ayudarla eficazmente; los reflejos rotulianos continuaban ausentes. Persistían, asimismo, los demás trastornos centro-nerviosos que comprobé en el primer examen, con excepción de la diplopia y de la paresia del orbicular palpebral izquierdo. Conté 84 pulsaciones y 18 respiraciones al minuto. La hipertrofia del bazo, tan marcada como antes. Completando el tratamien-

to, recomendé, entonces, además de la quinina administrada en la forma y dosis indicadas, inyecciones de cacolidato de soda, alimentación semi-líquida nutritiva, enemas simples para mantener la exoneración intestinal, higiene personal, reposo y masaje. Aconsejé, por último la suspensión de la lactancia.

En la tarde del mismo día 23, el Dr. W., que había practicado el examen de la sangre, tuvo la honradez de avisarme que, revisando las preparaciones hechas el 21, había encontrado *medias lunas*, cuya comprobación no le había sido posible verificar en la primera investigación, a causa, sin duda, de la rapidez con que se le exigió por los interesados el resultado de dicho examen. Quedaba, pues, plenamente confirmado el diagnóstico de paludismo crónico, con paroxismo pernicioso cerebral, producido por el *plasmodium falciparum* y quedaba igualmente demostrado, una vez más, que en el diagnóstico de la malaria crónica, la prueba microscópica es inferior a la evidencia clínica.

El 29, en que volví a ver a la enferma, la encontré muy aliviada, habiendo desaparecido, casi por completo, el dolor de cabeza y como consecuencia el insomnio; tenía apetito y el estómago se había movido espontáneamente; podía masticar, pero tan solo por el lado izquierdo, no obstante de percibir a la palpación la contracción de ambos maseteros; había desaparecido, en fin, la insensibilidad de la pierna izquierda y podía caminar ya, apoyándose en un bastón. Recomendé el mismo tratamiento anterior, disminuyendo únicamente las dosis de quinina a tres obleas diarias.

Hasta el 18 de Mayo, no tuve noticias de la señora N. N., encontrándola ese día en casa de su madrina, donde pude examinarla nuevamente y al mismo tiempo rectificar y completar los datos que contiene la presente historia. Supe, entonces, que antes de su viaje a Surco había tenido el 3 de Junio de 1919, a poco de su regreso de Huacho, donde había permanecido desde el 18 de febrero de dicho año, un paroxismo febril intermitente, que se repitió en los días siguientes hasta el 6, en que encontrándose con el escalofrío inicial, sufrió una impresión vivísima al saber que una de las personas de la familia, en cuya casa se hallaba, comenzaba a sentir los dolores del parto, levantándose inmediatamente a prestar sus servicios y desapareciendo desde ese momento, de modo espontáneo, los paroxismos febriles. Supe, asimismo, que durante la erupción de la verruga, es decir, entre oc-

tubré de 1919 y febrero de 1920, se presentaron trastornos febriles intermitentes, que no fueron tratados debidamente, por el temor que tuvo la familia de que la quinina provocase el ocultamiento del brote cutáneo y su evolución en los órganos internos. Estas informaciones confirman la cronicidad de la malaria, con sus recaídas características.

La mejoría de la enferma había continuado sin interrupción; desde mi última visita, encontrándose completamente restablecida y sin más vestigios del ataque pernicioso, que ligero adormecimiento de los miembros inferiores. El bazo, había disminuido también de tamaño, pero desbordaba todavía las falsas costillas en dos traveses de dedo. Me manifestó, además, que una vez que había concluido la tercera serie de obleas, es decir, después de haber tomado 12 gramos de quinoforno, suspendió el tratamiento por causas ajenas a su voluntad y pocos días más tarde comenzó a sentir después del desayuno, náuseas, bostezos, dolor al entrecejo y cierto malestar del cuerpo que la hacía recostarse y después de dormir hasta la hora del almuerzo, despertaba abochornada. En vista de esto, su madrina le inyectó un gramo de clorhidrato de quinina, con lo que desaparecieron aquellos trastornos. Insistí, entonces, en la recomendación que le había hecho de que continuara usando la quinina semanalmente (todos los domingos un gramo), por espacio de seis meses, sin perjuicio de intensificar el tratamiento al menor anuncio de recaída.

El 30 de Junio volví a encontrar a la enferma, cuya mejoría continuaba satisfactoriamente, acusando tan solo cierta tendencia al dolor de cabeza cuando sufría alguna impresión y también ligero adormecimiento de los miembros inferiores; en cambio, la visión, que había disminuido en los meses anteriores, recobraba su poder, distinguiendo a la distancia la hora que marcaba un reloj de pared, lo que no podía hacer antes; el reflejo rotuliano derecho, muy vivo, el izquierdo débil; el bazo, siempre hipertrofiado.

Ultimamente, he sabido que el restablecimiento de la señora N. N., continúa sin interrupción.

Ahora bien, el interés clínico del caso que acabamos de relatar, no consiste únicamente en la evolución de la malaria crónica y el episodio que puso en grave peligro la vida de la enferma, hechos que son de ocurrencia común en la práctica tropical y por ende muy conocidos, sino, sobre todo, en la interpretación semeiológica y diagnóstica que se hizo de la

esplenomegalia, atribuyéndola, así como los demás trastornos, a la infección verrucosa. Semejante error, no poco difundido, por desgracia, entre nosotros, pudo ser para la señora N. N. su sentencia de muerte, si siguiendo la opinión de los distinguidos colegas que la vieron antes que yo, interpreto como ellos el infarto esplénico y dejando de lado los antecedentes y las etapas bien definidas de la malaria y de la verruga, solo tomo en cuenta esta última y deseuido el tratamiento antimalárico específico; pues no debe olvidarse que, si bien la enferma resistió el ataque y sus consecuencias inmediatas durante seis días, sin mas auxilio medicamentoso que la *vis medicatrix naturae*, es casi seguro que en ausencia indefinida de la quinina, se habría producido un nuevo ataque mas peligroso que el anterior; así lo enseñan la experiencia y el conocimiento perfecto que existe de las características biológicas y patógenas de la especie *plasmodium falciparum*, cuya acción lesiva mas intensa y profunda sobre la sangre y los órganos hemopoiéticos, favorecedora en alto grado del desarrollo de la cronicidad de la infección, y cuya mayor tendencia a la producción de ataques perniciosos, que la distinguen de la especies benignas terciana y cuartana, justifican el calificativo de maligna que se le ha dado y las reservas peligrosas que la clínica impone a sus múltiples modalidades.

Pero ¿es cierto que la verruga peruana produce la hipertrofia del bazo, hasta el punto de constituir esplenomegalias colosales de 1,700 gramos de peso, como pretenden algunos? De ninguna manera. La enfermedad de Carrión, ya se trate de su forma benigna, con anemia de tipo hematológico simple, ya de su forma maligna, con anemia de tipo hematológico pernicioso, *no produce nunca esplenomegalia*. Lo que sucede es que la verruga y la malaria coexisten y se complementan mutuamente en la mayoría de los enfermos, como coexisten endemo-epidémicamente en los lugares verrucosos, dando así origen a que muchos de ellos presenten hipertrofia mas o menos apreciable y transitoria del bazo, cuando se trata de la malaria aguda, y esplenomegalias considerables, cuando la verruga se desarrolla en un malárico crónico. El examen superficial de los hechos, el desconocimiento de la infección palúdica existente y el rol preponderante, exagerado y arbitrario, que se atribuye, en tales casos, a la enfermedad de Carrión, en los síntomas y las lesiones que registra

la clínica y constata la anatomía patológica, explican, perfectamente, la interpretación errónea del síndrome esplenomegalia, que puede conducir en la práctica, como acaba de verse, a resultados desastrosos e irreparables.

Hemos combatido, desde hace muchos años, esa doctrina inexacta, no con simples razonamientos, ni argumentos antojadizos, sino con la comprobación real y efectiva de los siguientes hechos, que hemos observado en nuestra ya larga práctica:

1°—Los enfermos de verruga que no sufren al mismo tiempo de paludismo, o de alguna otra dolencia capaz de producir infarto del bazo, como la fiebre ~~esférica~~, por ejemplo, no presentan hipertrofia esplénica. Todos los años observamos, en efecto, en nuestra sala del hospital "Dos de Mayo", casos de esa clase sobre los cuales llamamos siempre la atención de los alumnos que nos acompañan en la visita y, desde 1916, de los que siguen el curso de enfermedades tropicales; así, hasta hace pocos días, tuvimos en la sala un verrugoso que había contraído esa infección durante una permanencia de tres días en Tornamesa (S. Bartolomé), a principios de febrero del presente año, apareciéndole la primera verruga hacia fines del mismo mes, precedida y acompañada de fuertes dolores a las extremidades inferiores y cuya erupción ha continuado después abundante y variada pero benigna, no solo en la piel, en el tejido celular subcutáneo y aún en el periostio de ambas tibias, sino también en las mucosas, presentando un botón verrugoso en la conjuntiva del globo ocular izquierdo; pues bien, este enfermo, que es además antiguo sífilítico, de 35 años de edad, con arterias periféricas gruesas y que ha venido a curarse en el hospital, no la verruga sino una hemorragia cerebral con hemiplejía-izquierda y afasia que le sobrevino el 1° del presente mes, no presenta hipertrofia del bazo perceptible a los medios usuales de exploración clínica. Se asiste actualmente en el mismo hospital, un estudiante de medicina, a quien atiende nuestro distinguido colega DR. RAMÓN E. RIBEYRO, que sufre, asimismo, de verruga, desde mayo último, con erupción tardía, precedida de un periodo febril prolongado, y que no ha presentado, en ningún momento, infarto apreciable del bazo, el cual ha sido explorado con frecuencia y cuidadosamente;

2°—Los enfermos de verruga que sufren al mismo tiempo de malaria aguda, presentan hipertrofia ligera del bazo,

que puede apreciarse por la palpación y que desaparece bajo la acción de la quinina, independientemente de la infección verrucosa que continúa su evolución, sin que la complicación malárica, que afecta mas o menos intensamente el organismo del paciente, cambie el carácter o la forma primitiva de aquella. Se asiste en la actualidad en nuestra sala, en la cama N° 12, un sujeto de 23 años de edad, que presenta erupción abundante de verrugas, en la que predomina el tipo nodular dérmico, de mas de dos meses de duración y de carácter enteramente benigno, no obstante de hallarse complicada con la malaria aguda, producida por la especie *plasmodium vivax*, comprobada en la sangre. Ahora bien, el bazo en este enfermo se encuentra ligeramente infartado, siendo apenas accesible a la palpación durante las inspiraciones profundas; el tratamiento antimalárico ha hecho desaparecer ese infarto, sin alterar la marcha natural y conocida del brote verrucoso; y

3.º—Los enfermos de verruga que padecen al mismo tiempo de malaria crónica, o mejor dicho, aquellos individuos en quienes la enfermedad de Carrión viene a complicar el paludismo crónico, presentan, como es natural, hipertrofia más o menos considerable del bazo, esplenomegalias verdaderamente colosales que ocupan la mitad izquierda del vientre; son las esplenomegalias clásicas de la infección malárica crónica, conocidas y señaladas desde HIPÓCRATES, no sólo en el terreno de la clínica y de la anatomía patológica, sino también en el de la epidemiología y profilaxia. Pues bien, son esas hipertrofias esplénicas que se imputan en tales casos a la verruga, sin mas razón que la existencia simultánea de ambas, y con igual error de criterio, se atribuyen a la enfermedad de Carrión las lesiones que presenta el cadáver. De ahí, los errores de diagnóstico como el que motiva estos comentarios, que pueden tener consecuencias lamentables y que, por consiguiente, es preciso evitar, manteniendo el espíritu libre de prejuicios e interpretando en su verdadero valor clínico, los síntomas y las lesiones que revelan los antecedentes y el examen cuidadoso y completo del enfermo.