

mente en solución acuosa de ácido clorhídrico al 2% y enjuagado luego repetidas veces en agua común y finalmente en agua destilada, para luego ser secado a la estufa. c) La membrana dializante de bondad conocida. d) El líquido cefalorraquídeo preferentemente debe ser de reciente extracción y nunca practicar la reacción con líquidos guardados más de 24 horas.

Comportamiento de la Reacción:

- 1.—Esta reacción se comporta muy bien en los casos de líquidos cefalorraquídeos sífilíticos.
- 2.—En otras enfermedades del sistema nervioso, de origen no sífilítico, la reacción se mantiene negativa (casos de intoxicaciones urémicas, poliomiелitis, epilepsia, etc.)
- 3.—El resultado es independiente del tenor de albúmina, del número de elementos celulares y de la cantidad de urea y glucosa.
- 4.—Simplicidad en la ejecución y rapidez de lectura.
- 5.—Esta reacción demuestra una sensibilidad y especificidad a la par de las reacciones de Wassermann y del Benjuí Coloidal, obteniendo como hemos visto sobre 854 líquidos examinados, 816 reacciones concordantes en sus resultados y 38 discordantes, vale decir una caridad con las citadas reacciones del 95.5%. Por otra parte, podemos afirmar que su especificidad es grande, sobre 150 líquidos cefalorraquídeos de personas ciertamente sífilíticas, obtuvimos una positividad del 96,75%.



Leishmaniosis Americana y las leishmaniosis en América *

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL (Lima, Perú). *

Laureado por la Academia de Medicina de París.

Socio Correspondiente de la Academia N. de Medicina de México.

Desde que el doctor Leishmann, en 1903, descubrió con el Kala-azar, los corpúsculos que después el doctor Dónovan denominó Leishmanias; desde que los doctores Lindenberg, Carini y Parnhos hallaron los corpúsculos de Leishmann en la úlcera de

* Leído en la sesión del 25 de febrero de 1942.

Baurú, en el Brasil y en América; desde que nosotros describimos, el 12 de Julio de 1911, la Espundia con su chancro inicial, su Cruz Palatina de la Espundia y sus accidentes terciarios; y el 6 de Septiembre de 1911 presentamos a la Sociedad Médica de Arequipa, las primeras preparaciones de Leishmanias de la Espundia en el Perú y las primeras Leishmanias que habían conservado sus flagelos en el cuerpo humano, en una úlcera circinada; desde entonces, digo, hasta nuestros días, los trabajos se han multiplicado increíblemente, tanto en el continente antiguo como en el americano.

Hemos revisado la bibliografía correspondiente a los siguientes autores:

Juan C. Ugaz, Pedro C. Barrós, J. L. Samanez, Bilffi y Gastiaturú, M. D. Pagaza, Manuel O. Tamayo, Ricardo Palma (hijo), A. G. de Castro Cerqueira, J. Moreira, Adeodato Breda, De Amicis, Darier y Christmas, E. Jeanselme, A. Carini y Paranhos, A. Lindenberg, Nattan Larrier, Touin y Heckenroth, C. Rao, A. Pedroso, P. Díaz de Silva, Bueno de Miranda, A. da Matta, Elías Zagarnaga, Félix Veintemillas, A. Splendore, E. Escomel, Laveran, Darling y C. Connor, H. Werner, Piraja de Silva, F. C. Flu, H. Seidelin, Ed. Rabello, F. Terra, Terra et de Freitas Crisiuma, Gorgas, Padesca, J. L. Batés, Anderson, Vélez López, Strong, Tizzer y Brues, Rebagliatti, Monge, Migone, Lyndsay, Minett y Field, Franchini, Wenyon, G. Vianna, F. La Cava, Mc Ewen, A. M. Padroso, Brumpr y Pedroso, F. Sant'Anna, Balfour, W. L. Yakimoff, Cardematis y Melisides, Christopherson, Castellani y Chalmers, G. Almenara, D'Utra e Silva, Lutz, Machado y Vianna, Cristina y Caronia, Avenaño, Merkel, Arce, Matto y Pajuelo, Anchorena, Pérez Velásquez, Antúñez, Urcía, Voto Bernaldes, Denegri, Claudio Sanjinés, Javier Lanfranco, E. Tejera, González Rincones, A. Ichaústegui, Abelardo Lara y H. Ayuso, Lizardo Lozada, Neiva y Barbará, Joaquín Llambías, Peña Chavarría, Weiss, Ch. Nicolle, Burga, Salvador Mazza, Arias Aranda, Bernasconi, Paterson, Ovejero Paz, Novillo Pizarro, Flavio L. Niño y otros. La Sociedad Argentina de Patología regional del Norte de la Argentina, dirigida por el Profesor Mazza, ha hecho avanzar mucho los estudios de esta dolencia y de la Blastomycosis.

Nosotros mismos hemos revisado, clínica, histológica y parasitológicamente, el problema americano, durante muy cerca de dos

años consecutivos, enviando láminas y cortes a los maestros más culminantes en la materia, prefiriendo a los sabios que, habiendo pisado las tierras del Nuevo Mundo, han visto el Botón de oriente y la Leishmaniosis americana y palpado sus diferencias.

Sin poder entrar en detalles en esta exposición sintética, podemos expresar que, a raíz de las modificaciones aportadas por los progresos en los medios de investigación, pensamos en que hoy existen las diferencias incontrovertibles que **siempre hemos sostenido**, entre el **Botón de oriente** y la **Leishmaniosis americana**, debiendo separárselas de la sífilis, de la tuberculosis, de la lepra, del pían, del muermo, del rinoescleroma, del granuloma venéreo, de la blastomicosis americana, de la esporotricosis, de otras blastomicosis y de las diversas simbiosis que presentan estas úlceras, ya sea entre sí, ya con otros agentes protozoicos, microbianos, micóticos, etc., que día a día aparecen en el cuadro de la variada y rica patología tropical de América.

La confusión ha sido hecha, particularmente, entre la Leishmaniosis americana, el muermo, el rinoescleroma, la blastomicosis americana y la miasis nasal, hasta tal punto que aquellas confusiones clínicas han sido cometidas por sabios de gran valía, antes de que el laboratorio viniese con sus técnicas, a individualizar lo que la clínica sola no era capaz de etiquetar.

Adoptamos definitivamente el término de Leishmaniosis, en vez de Leishmaniasis, para seguir lógicamente el camino trazado por los científicos de habla latina, europea y americana.

La denominamos Leishmaniosis americana con Laveran y Nattan Larrier y no Leishmaniosis brasiliana, ni tampoco Leishmaniosis trópica, var. americana, porque es absolutamente distinta del Botón de oriente y porque no existe sólo en el Brasil, ni ha sido siquiera aquel bello país la cuna de la enfermedad, sino que pertenece a toda la zona selvática tropical de las tres Américas, desde los Estados Unidos, bajando por México, la América Central y la América del Sur; habiéndose descrito en Colombia, Venezuela, Guayanas, Ecuador, Perú, Brasil, Bolivia, Paraguay, y últimamente en la Argentina, gracias a los importartísimos estudios que el Profesor Dr. Salvador Mazza y sus colaboradores han efectuado, puntualizando la leishmaniosis y describiendo, no sólo una Blastomicosis, sino diversas variedades de ellas. También se la ha des-

crito en el Uruguay; por consiguiente, es una enfermedad americana, que existe en las tres Américas; por ende, tiene derecho a conservar el bautizo que le dieron, de Leishmaniosis americana.

La cerámica incaica y la Leishmaniosis americana.

Hasta hace poco, hemos considerado que los muchos huacos hechos por los Incás y que representan cabezas sin labios, significaban la reproducción de la enfermedad por los alfareros precolumbianos, hasta que el arqueólogo señor Víctor Larco Herrera nos hizo ver un ceramio que representaba al individuo con un tumis (instrumento cortante), cortando los labios a otro individuo, quizás un delincuente o un sacrificado, pero mutilado por otro, encargado de practicar dicha extirpación.

Por consiguiente, la multitud de huacos en que se ven cabezas con labios cortados a pico, en líneas más o menos homogéneas, mostrando los dientes y hasta las encías, son huacos de hombres mutilados "in vivo" y no de hombres deformados por la Uta o la Espundia.

No obstante, los Incas conocían la enfermedad, pues el Dr. Ribeiro nos mostró un ceramio de las excavaciones de Ica, que ofrece el aspecto típico, úlcerohipertrófico, de un leishmaniósico y nosotros mismos poseemos en nuestro museo, un ceramio con una úlcera leishmaniósica típica y que fué reproducido en la obra del Profesor Brumpt: su Parasitología, después de nuestra publicación en la Presse Médicale de París.

El Botón de oriente y la Leishmaniosis americana.

Los trabajos del Profesor Brumpt, el viaje del doctor Charles Nicolle a la República Argentina y los estudios serológicos del Profesor doctor Noguchi, han venido a consagrar, por decir así, la diferencia que existe entre las dos entidades leishmaniósicas, apoyando a los que con tanto ardor hemos defendido estas desemejanzas, desde 1911.

En el cuadro siguiente daremos el resumen de estas diferencias, sin tener en cuenta los casos mixtos o las excepciones:

Botón de oriente.

Hab-el seneh, en árabe: Botón de un año. Aparece generalmente en el verano y se cura al año.

Botón que se ulcera por confluencia con otros botones satélites.

No afecta a las mucosas.

Un primer ataque confiere inmunidad.

Enfermedad benigna por naturaleza.

De fácil curación.

La enfermedad acaba con la terminación de los botones.

Leishmaniosis americana.

Ulcera que dura hasta muchos años. Su aparición no obedece a regla especial.

Su marcha invasora es muy rápida para formar islotes separados que se unen.

Afecta a las mucosas.

No confiere inmunidad.

Enfermedad maligna por naturaleza.

De curación muy difícil, demandando tenacidad en el tratamiento.

La enfermedad comienza por una lesión cutánea que llamamos "chancro inicial de la Espundia".

Curado o no el chancro, aparecen las lesiones mucosas o secundarias, con predilección en el aparato respiratorio, digestivo superior, desde las fosas nasales, en veces hasta la tráquea, y desde los labios hasta el esófago. En casos de ulceración palatina, dos surcos hondos se cruzan siguiendo la inserción del velo del paladar y la línea palatina antero-posterior, dando el síntoma que nos hemos permitido llamar "La cruz palatina de la Espundia".

Después de varios años, en veces hasta de 20, aparecen los síntomas terciarios de marchitamiento y caquexia.

Insectos voladores la pueden inocular, dado el sitio de las lesiones iniciales.

Anatomía patológica sin individualización especial.

Suero antileishmania trópica, no aglutina al cultivo de leishmania americana (Noguchi).

Creemos que un animal de andar lento, que pica apenas traspasa el límite de las ropas, es el que la inocula.

Anatomía patológica de los granulomas crónicos, muchas veces con simbiosis variadas.

Suero antileishmania americana, no aglutina al cultivo de leishmania trópica (Noguchi).

Formas de la Leishmaniosis americana.

Uta y Espundia.

Desde los tiempos más remotos hasta los más recientes (doctor Buenaventura Burga, Crónica Médica, junio de 1926), la mayoría de los autores peruanos han considerado las dos grandes formas de leishmaniosis: la de tipo predilecto por la piel (Uta), que se acerca, sin ser igual, al Botón de oriente, y la de tipo original en la piel y consecutivo en las mucosas (o Espundia).

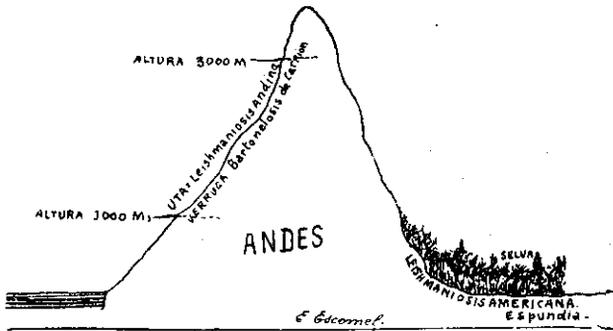
Durante nuestros 7 primeros años de estudios de la Uta en Lima, tuvimos un conocimiento clínico completo de la enfermedad. Los enfermos venían casi todos de la región andina, más o menos concomitante con la región donde la Verruga Peruana es endémica, es decir, entre mil metros más o menos sobre el nivel del mar y 3000 metros de altura, o sea en la región andina o serrana. Cuando fuimos a ejercer en la ciudad de Arequipa, vimos muchos enfermos venidos de la selva peruana y de la boliviana: Cuzco, Madre de Dios, Beni, es decir, a una altura mucho menor sobre el nivel del mar, en una región muy húmeda, como lo es el Brasil, por ejemplo.

Nuestra impresión fué neta y rotunda: la Espundia no era la Uta; era una enfermedad nueva para nosotros. Esta misma impresión, que ya habíamos manifestado y demostrado que era debida a una Leishmania lo mismo que la Uta, la tuvo también el eminente Profesor Dr. Arce, que quiso darle nuevo nombre con el de un notable profesor de Lima. Es decir, que él, posteriormente

al suscrito, la creyó también enfermedad distinta de la Uta, como lo seguimos sosteniendo; y como la consideramos una variedad, que convive en la región verrucógena andina, me permitiría denominarla *Leishmaniosis americana var. Andina*, y diferenciarla así de la *Leishmaniosis americana* del resto del Continente de Colón.

No sucede lo mismo con los autores brasileros, bolivianos, argentinos y sobre todo, paraguayos, en cuyas localidades está mucho más extendida la forma genuinamente tropical o Espundia.

Existen localidades en el Perú y en algunos países del norte, en las que predomina de tal manera la Uta, que es la única leishmaniosis que se observa, mezclándose en otros lugares las dos formas, pero guardando su individualidad, como la guardan las fie-



bres terciaria y cuartana, a pesar de ser ocasionadas por dos protozoarios, tan vecinos como son el *Plasmodium malariae* y el *Plasmodium vivax*; más individualizados clínicamente que las diarreas producidas por dos protozoos distintos, tan diferentes de combatir, como son el *Trichomonas Hominis* y el *Tetramitus Mesnili*, por ejemplo.

Hay localidades altas donde existe la Uta en cantidad, como muy bien lo ha demostrado Lizardo Lozada, dándole hasta el nombre de "Uta de la sierra" o "Leishmaniosis de la sierra" (por ejemplo, en Matucana a 2,300 metros sobre el nivel del mar), mientras que la Espundia prefiere la región tropical selvática.

El doctor Buenaventura Burga localiza la Uta en una región del río Utcubamba, a una altura media de 2000 metros, afirmando que la Uta no existe donde hay paludismo.

Podemos hacer un cuadro comparativo de las distinciones que hay entre la Uta y la Espundia:

| Uta | Espundia |
|--|---|
| Leishmaniosis americana var. andina que prefiere la piel. | Leishmaniosis americana var. selvática que se inicia por la piel y que invade secundariamente las mucosas (chanero inicial), lesiones secundarias y terciarias. |
| Inva­de la mucosa, casi siempre de fuera a adentro y por continuidad, lo que también la diferencia del Botón de oriente. | Su invasión natural es mucho más larga. |
| Mutila la cara como no lo hace el Botón de oriente. | Mutila en sus manifestaciones secundarias, afectando el enfermo con más frecuencia la "faz proboscídea". |
| No confiere inmunidad como la confiere el Botón de oriente. | Tampoco confiere inmunidad. |
| Su terapéutica es más sencilla. | Su terapéutica tiene que ser muy tenaz en su aplicación. |

Todos estos motivos son más que suficientes para justificar la existencia de las dos grandes formas de Leishmaniosis americana, a saber: la forma Uta y la forma Espundia.

El estudio del porvenir con los nuevos perfeccionamientos hará la luz definitiva sobre el por qué de estas diferencias geográficas, etiológicas, clínicas y terapéuticas, como lo ha establecido entre la Leishmaniosis de Oriente y la de América.

El Botón de oriente emigrado hacia América

Además de estas formas que se conocen en América desde tiempos muy remotos, anteriores aun al descubrimiento del mundo de Colón, la facilidad de comunicaciones y la brillantez del porvenir han atraído hacia estas comarcas emigrantes sirios y otros, con Botones genuinos de oriente, como lo han comprobado los doctores Nicolás Greco y sus distinguidos compañeros de labor, en Buenos Aires.

Variedades clínicas de la Leishmaniosis americana

Estas son:

En la piel.—a) Ulcerosa; b) No ulcerosa. Pápulo-tuberculosa; c) Atrófica; d) Costrosa; e) Linfangítica; f) Circinada (con Leishmania flagelada).

En las mucosas.—a) Sin solución de continuidad con la úlcera cutánea primaria, forma Uta; b) Con solución de continuidad de la úlcera cutánea primaria y chancro inicial, forma Espundia.

Sus nombres mismos definen por sí estas variedades.

La Blastomicosis americana

Con el hallazgo de la Leishmania en las úlceras de América, creíamos haber resuelto el problema de su etiología; sin embargo, no estábamos satisfechos, al someter al tratamiento específico algunos casos de Espundia, o bien advertíamos que después de una mejoría que seguía su curso, de repente ésta se estancaba y el mal, en lugar de retroceder, volvía a avanzar imperturbablemente, a pesar de la insistencia terapéutica tenaz en cantidad y calidad, la cual era avasallada por la dolencia hasta matar al enfermo.

Este hecho ha sido confirmado por la mayor parte de los observadores de la Leishmania americana.

Pensamos en que se trata de Leishmanias tártaro-resistentes y creíamos despejadas las incógnitas.

En efecto, en algunos casos encontrábamos Leishmanias en las preparaciones, mientras que en otros no las hallábamos por más que las buscamos con el ahínco que merecían.

En otros enfermos el tratamiento ha sido ineficaz desde el primer momento.

Mas, en octubre de 1914, al examinar una úlcera de la región inferior del brazo de un enfermo venido de la región selvática del río Madre de Dios, nuestra sorpresa fué grande al encontrar, en vez de Leishmanias, unos pequeños hongos ovalares, algunos de los cuales se hallaban en el centro de una zona degenerada, alrededor de la cual se ofrecían zonas más oscuras, que permitían apreciar aun a simple vista, las manchitas redondeadas que después habían de re-

presentar las blastomicomas, como no es raro desde luego que suceda en algunas micosis con granos.

En corte seriado llegamos a encontrar un blastomiceto con su yema, enfrentado con las primeras células reaccionales.

Hicimos los cultivos de este hongo en diferentes medios y al inocularlo intraperitonealmente al cuy, el animal murió, presentando los blastomicomas en abundancia en el hígado y en el bazo.

Hemos vuelto a ver al enfermo después de algún tiempo, presentando lesiones nasales que comenzaron en el subtabique y los cornetes, mostrando blastomicetos en las preparaciones y ninguna Leishmania.

En seguida hicimos investigaciones seriadas en fragmentos de mucosa palatina, en la que veíamos unas veces a la simple vista granos amarillentos, como en la hermosa lámina del doctor Peña Chavarría, que se ve en su notable trabajo sobre el Bubón de Vélez, y volvimos a encontrar los blastomicomas muy distintos de las Leishmanias y de las lesiones anatomopatológicas no diferenciadas de la Leishmaniosis americana.

Habíamos visto, pues, por vez primera en el Perú, la blastomiosis americana y dilucidado el enigma que encarnaba la ineficacia rotunda de la terapéutica tartaroemética, en algunos casos de la llamada Espundia.

Una mayor o menor distribución geográfica, o diferencias clínicas de grado, no alteran el fondo de la cuestión y la existencia de la blastomiosis en el Perú era un hecho, comprobando lo que anteriormente habían efectuado Posadas, Vianna, Nicolás Greco, Lutz, Splendore, Sommer, Carini, Lindemberg, en la República Argentina y en el Brasil.

Posteriormente, Morales Villazón, Sanjinés y Veintemillas y Loza de Benavente, en Bolivia; Iturbe y González, en Venezuela; Valenzuela, en el Ecuador; Peña Chavarría en Colombia; y Borzone, en la República Argentina, han presentado trabajos concluyentes sobre esta úlcera ocasionada por el implacable hongo. El Profesor Dr. Salvador Mazza y sus colaboradores de la Escuela Argentina, han encontrado diversas variedades de blastomiosis cutánea, que han descrito magistralmente.

Se trata de un blastomiceto americano

El hallazgo en preparaciones, en cortes, su cultivo siempre el mismo, su inoculación, sus propiedades aglutinantes, la configuración individualizada reaccional que presentan los enfermos y su resistencia terapéutica, encontrados por tan distintos experimentos, en países tan alejados de América, no sólo en algunas úlceras cutáneas, sí que también en algunas mucosas, parásitos no descritos aún en las regiones europeas, tan distintos de los hongos que tan profusamente se hallan en las cavidades bucal y nasal, obligan a creer que es un parásito patógeno perfectamente individualizado y esparcido en el continente americano, ocasionando una micosis americana distinta de las otras micosis de la misma América y del resto del mundo, digámoslo de una vez: de un *Cryptococcus americanus*.

Para asegurarme más en esta opinión, ya tan generalizada entre los hombres de ciencia, envié preparaciones de la bóveda palatina de un enfermo que tenía todos los caracteres de la Espundia, recién llegado de la selva del río Madre de Dios y aun no sometido a tratamiento alguno, a un sabio maestro a quien considero como la primera autoridad europea sobre la materia, sin sugestionarlo en ningún sentido. El eminente maestro me contestó entre otros detalles: "Se ven unos hongos pequeños en el preparado y en ningún sitio Leishmanias".

Este enfermo resistió a todo tratamiento, no presentó Leishmanias ni en los preparados, ni en los cultivos, ni en los cortes. Era uno de los varios casos que hemos visto de blastomicosis americana pura.

Clínicamente la hemos visto afectar tanto la forma ulcerosa cutánea de la Leishmaniosis, como la forma mucosa o espúndica, hasta tal punto parecida, que sólo el laboratorio es capaz de separarla, como sucede con casos de tuberculosis o de sífilis nasal, o de muermo, o de rinoescleroma y aun de miasis nasal que se describen en todos los tratados de enfermedades de la piel. En veces hemos observado a las úlceras sembradas de pápulas pequeñas amarillentas, en cuyo interior hemos hallado abundantes blastomicetos. Aun no hemos tenido la oportunidad de observar el coccidioides inmitis, que abunda en el Brasil.

En los casos bien señalados de simbiosis leishmanioblastomí-cósica, la identidad clínica es absoluta, habiendo hallado en sitios leishmanias típicas y en otros el blastomiceto, que actúa del mismo modo y en las mismas condiciones tropicales, en Colombia, en Venezuela, en el Brasil, en el Perú, en Bolivia, como en la Argentina y seguramente en el resto de la región selvática de las tres Américas.

Es también aquí el laboratorio el que zanja incontrovertiblemente el diagnóstico. Conceptuamos que varias veces, los hongos teñidos en azul, con una o más vacuolas en su interior, han sido confundidos con Leishmanias, cuyos núcleo y blefaroplasto se tiñen de rojo púrpura al Leishman o al Giemsa, lo que no pasa con los hongos.

Simbiosis Leishmanioblastomí-cósica en América

Castellani ha llamado la atención últimamente sobre el valor de algunas simbiosis en patología y un autor brasilero, cuyo nombre deploro no recordar, ha demostrado la facilidad y la frecuencia de las simbiosis en las úlceras tropicales americanas y las reglas terapéuticas que se deben seguir para atacar a los dos o tres parásitos conjuntos.

Lutz, Splendore y Greco han demostrado la facilidad con que se simbiosan el hongo con el protozooario en algunas regiones de la selva americana, mientras que en otra zona no sucede así.

Esa misma simbiosis la hemos observado varias veces, simbiosis que es menos obligada que la de angina fusoespirilar de Vincent, por ejemplo, o las asociaciones protozoicas o parasitarias en las lesiones intestinales, particularmente de los habitantes de la selva tropical.

Hemos visto varias veces la simbiosis leishmanioblastomí-cósica que delata, asimismo, el tratamiento por el tártaro emético, cuando al matar las leishmanias, mejora por un tiempo las lesiones clínicas, deteniéndose allí donde quedan solos los blastomicetos inatacables por la terapia actual.

La clasificación de estos blastomicetos y la denominación de las células reaccionales que se enfrentan a su invasión, es el tiempo y la fuerza evolutiva del progreso médico quienes las puntualizarán.

El tártaro emético en la terapia de la Leishmaniosis americana y en la blastomicosis

| | |
|--|---|
| Curación rápida de la lesión. | Leishmaniosis cutánea pura, Leishmaniosis forma Uta. |
| Curación lenta de la lesión. | Leishmaniosis americana forma Espundia. |
| Curación de la lesión hasta un límite variable, con detención brusca en seguida. | Leishmaniosis emético-resistente y Leishmaniosis blastomicosis. |
| Ineficacia total del tártaro emético desde el primer momento. | Blastomicosis americana. |

Diagnósticos diferenciales de la Leishmaniosis americana con algunas dolencias que se le asemejan

Para terminar haremos un corto resumen diferencial con el lupus de la cara, de la sífilis nasal, del muermo, del rinoscleroma, de la miasis nasal y del granuloma venéreo, con cuyas enfermedades suele tener a veces, un parecido clínico tan acentuado, que son sólo ciertos hechos y particularmente el laboratorio, el único que puede sentar un buen diagnóstico y dirigir un tratamiento eficaz:

a) **Leishmaniosis americana.**—La producen Leishmanias; reacción anatómica no individualizada;

b) **Blastomicosis americana.**—La producen blastomicetos; reacción individualizada; resiste a la acción del tártaro emético;

c) **Lupus de la cara.**—Producido por el bacilo de Koch; reacción anatómica con tuberculomas;

d) **Sífilis nasal.**—La ocasiona el Treponema pallidum. Reacción anatómica por sífilomas. Acción terapéutica activa por el mercurio, los arsenobenzoles y el bismuto;

e) **Muermo.**—Profesión del enfermo. Presencia de los bacilos específicos. Orquitis muermosa experimental de Straus. Terapéutica rebelde.

f) **Rinoscleroma.**—Producida por el bacilo de Frisch, visible sobre todo cuando están incluidos en macrófagos al examen bióp-

sico. Tratamiento rebelde que demanda cauterizaciones químicas enérgicas, ayudadas por la radioterapia;

g) **Miasis nasal.**—Producción por las larvas de dípteros, especialmente del género *Lucilia*. Las larvas salen con inhalaciones.

Conclusiones

1a. El 12 de julio de 1911, hicimos la primera descripción completa de la *Espundia* en el Perú y de su síntoma: la **Cruz Palatina**.

2a. El 6 de septiembre de 1911, hicimos la primera descripción de la existencia de las *Leishmanias*, flagelada y no flagelada, en el Perú.

3a. En octubre de 1914, describimos por primera vez la existencia de la *Blastomicosis* en el Perú.

4a. Consideramos la existencia en el Perú de dos variedades de *Leishmaniosis*: la *Uta* o *Leishmaniosis Andina*, de la sierra o seca, y la *Espundia* o *Leishmaniosis de la Selva*.

5a. En América existen las *Leishmaniosis* como enfermedades autóctonas, en tanto que el *Botón de Oriente* es meramente importado.

6a. Es de notar la convivencia, no siempre fija, de la *Leishmaniosis Andina* y de la *Enfermedad de Carrión*.

7a. Existen en América, particularmente en las regiones selváticas, algunas variedades de *Blastomicosis*.