

DIRECTOR

Prof. JORGE E. CAVELIER

COMITE DE REDACCION

Profesor LUIS PATIÑO CAMARGO
Prof. agregado HERNANDO ANZOLA CUBIDES
Prof. agregado FRANCISCO GNECCO MOZO

VERRUGA PERUANA Y MALARIA ASOCIADAS

Por *Gabriel Delgado Bedoya*, Médico-Cirujano-Higienista.
Lima, Perú, 1941.

Al Prof. Luis Patiño Camargo investigador colombiano, que en noble gesto de solidaridad científica inició el homenaje al inmortal Daniel A. Carrión. — G. D. B.

No ha de llamar la atención de los médicos estudiosos, las complicaciones variadas que los enfermos carriónicos sufren durante el desarrollo de su enfermedad que, como sabemos, pueden tener lugar aun en el período de convalecencia, dado que la Verruga peruana produce anergia.

Los investigadores peruanos, desde la época en que inquietó el estudio de la llamada, entonces, Fiebre de la Oroya, tuvieron siempre todo empeño por estudiar la naturaleza de las infecciones agregadas que han sido, acaso, las que mataban a los enfermos de Verruga.

El Prof. Julián Arce, de grata recordación, para mí, en un opúsculo intitulado "Verrue Peruvienne ou Maladie de Carrion" aparecido en París el año 1931, dice "Nosotros, ya, hemos dicho que la complicación más frecuente en el curso de la verruga benigna, es la malaria, y es necesario recordar que esta infección azota de manera endemo-epidémica en todos las regiones en que se encuentra la Enfermedad de Carrión.

Otras complicaciones de la verruga en sus dos períodos, muy frecuentes de comprobar son ciertas infecciones bacterianas, en particular del grupo coli-tífico."

Este autor, lo mismo, que muchos otros investigadores peruanos entre los que citaremos a Rebagliatti, Weiss, Hurtado, Herculles, Ribeyro, hacen hincapié sobre los cuadros tifoideos que presen-

tan los enfermos de verruga peruana, por la presencia del paratifo B.

Antes que se descubriera la Verruga como entidad nosológica, se pensó, frente a la epidemia que se desarrolló en 1870 entre Chosica y Matucana, en las llamadas "Fiebres Palúdicas."

Tratando de la frecuente asociación de la malaria y la verruga peruana, el doctor Alberto Hurtado dice: "Pero ocurre con relativa frecuencia, que el diagnóstico se hace difícil en los casos apiréticos, con anemia sólo moderada y con investigaciones bacteriológicas negativas. En estos sujetos la verdadera naturaleza de la enfermedad pasa inadvertida sospechándose la presencia de un proceso malarico debido a que las zonas verrucosas, de donde procede el enfermo, son también, con frecuencia, zonas palúdicas. En estas condiciones el enfermo abandona el Hospital para regresar, un tiempo después, con las lesiones eruptivas de la Verruga, las que entonces hacen evidente el diagnóstico, antes sólo sospechado en el mejor de los casos".

Las condiciones telúricas requeridas para la vida del vector alado de la Malaria y la Verruga, son las mismas, por eso es que se producen infecciones asociadas con mucha frecuencia, en las zonas donde existe la Enfermedad de Carrión.

Ya es la malaria maligna la que hace fondo a una infección de Verruga grave; ya la Terciana la que cobijada en el organismo de un hombre parece como si preparara el camino para la infección de Verruga.

Siendo la epidemiología de ambas enfermedades, se puede decir, la misma, Malaria y Verruga Peruana se presentan en evolución simultánea en gran número de casos.

El doctor Oswaldo Herculles, por el año 1898, siendo estudiante de medicina, publicó en "La Crónica Médica" mes de octubre, un artículo que titulaba "Ingerto del Paludismo con la Enfermedad de Carrión".

Ya se había producido la heroica experiencia de Carrión, pero todavía no se había descubierto la Bartonella, ni se sabía en Lima del descubrimiento de Ross sobre el vector del Paludismo.

El doctor Herculles describe así su observación clínica:

"Sala de San Roque, servicio del doctor E. Odriozola, Cama 23. Enfermo ingresado el 2 de agosto de 1898. Diagnóstico: Verruga.

Con fragmentos de vísceras preparé láminas de sangre de Bazo encontrando hematozoarios; no pensé que fuera germen de la Verruga, pero sí creo que de ser frecuentes tales casos el estudio clínico de la Verruga podía sufrir de este injerto, hasta el día no conocido entre la Malaria y la Verruga. Y más adelante consideraba que si el hematozoario era el Paludismo la marcha clínica de la

Enfermedad de Carrión habría de sufrir bajo su influencia alguna alteración.”

Como es fácil deducir de lo expuesto, pocos años después de la experiencia inmortal, que definió la unidad etiológica de la Verruga Peruana, se hacía la primera publicación del Ingerto del Paludismo con la Enfermedad de Carrión. Después de esta observación clínica, la mayor parte de clínicos nacionales han formulado idénticas observaciones de esta asociación mórbida.

Establecida la doble infección, el cuadro clínico se ha hecho más complejo, como lo dice Hurtado, Pons y Merino, en reciente publicación y, anteriormente, ya, nos lo había dicho Arce, al relacionar cuadros de ictus apoplejiforme, que mal interpretado extraviaban, el diagnóstico.

Buscando los elementos para hacer el diagnóstico diferencial, muchas veces se atribuyeron a la Verruga Peruana, síntomas que no le eran propios; así tenemos, por ejemplo, el Bazo, cuya hipertrofia fué considerada como una manifestación de esta enfermedad, dando lugar a una publicación de Arce en que establecía que la Verruga no produce esplenomegalia. Más adelante, cuando veamos nuestro caso clínico, comprobaremos que en el primer examen presentó punta de Bazo, y en el segundo no se palpaba esta víscera. La esplenomegalia, de la malaria crónica, el desarrollo hipertrófico esplénico, de los estados tifoides, frecuentemente asociados a la Verruga, hacían pensar que la esplenomegalia, era síntoma propio de la endemia verrucosa.

Llevados por el laudable propósito de discriminar aquellos cuadros que pueden ser comunes a la Verruga Peruana y al Paludismo, Hurtado, Pons y Merino, han estudiado las características hematológicas en ambas infecciones y declaran: “Aunque el número de casos no es suficiente para establecer conclusiones definitivas, los datos presentados tienen sin embargo, interés en la apreciación de las modalidades hematológicas de cada enfermedad, prestando ayuda al diagnóstico diferencial.”

“Con respecto a la morfología globular, es evidente que la anemia palúdica presenta menor tendencia a la macrocitosis.”

Considera que “Las anisocitosis es menos evidente en la anemia palúdica comparada con la anemia carriónica “También, considera una reticulocitosis fué menos en los casos de anemia palúdica, y que, la leucopenia es más frecuente en la anemia malárica, y concluyen diciendo fue “La presencia de macrocitosis, hipocromía, reticulocitosis, anisocitosis marcada y una concentración leucocitaria normal estarían a favor del diagnóstico de Enfermedad de Carrión.”

Es lógico pensar que, en los casos en que se produce la doble

infección habrá de variar las características que plantean los investigadores últimamente citados para los casos puros de Malaria o Verruga Peruana. Cuando se asocian los dos procesos mórbidos, se produce, también, cierta superposición sintomatológica que hace variar el cuadro que puede ser propio de cada uno de los procesos en estudio.

En la historia clínica que presentamos podemos ver, esta modalidad hematológica, aunque, nos parece que en los primeros exámenes se hace ostensible el cuadro hematológico que Hurtado y sus colaboradores presentan para el Paludismo, ya que en el último, las investigaciones hematológicas están dentro de las normales.

Y es muy razonable que así suceda, si tenemos en cuenta que nuestro paciente ha ingresado al servicio al iniciarse la fase histiódica de Weiss, como lo comprueba la ausencia de Bartonellas en la investigación sanguínea, ratificando la tesis del investigador nacional que dice "La fase hemática termina por la inmunidad del tejido eritropoyético: la fase histiódica por la inmunidad del sistema reticuloendotelial."

Si dejamos de lado las observaciones hematológicas y vamos al segundo período, que es al que asistimos en nuestro enfermo, tendremos que repetir con Weiss. "En los sujetos vigorosos aparece generalmente un brote florido," cuando no se produce en esta forma porque la reacción alérgica, de la que es su exponente la proliferación angioblástica, ha sido entrabada por alguna otra infección, que puede ser debida a la Malaria, Paratífos, Neumococo, Coli, principalmente.

Nuestro caso presenta, un brote muy discreto, que si tenemos en cuenta los conceptos anotados más arriba, se justificarían por la infección malárica que desde hace tres meses sufre episódicamente, que fué lo que en el mes de mayo lo llevó a la Sala San Pedro hoy Abel Olaechea del Hospital "Dos de Mayo", saliendo cuando aún no estaba curado su paludismo a la zona verrucosa de Huaynaní.

Es justo anotar que el doctor Oswaldo Herculles, en la observación clínica que en forma sucinta hemos referido en la primera parte de este trabajo, al decir "si el hematozoario era del Paludismo, la marcha clínica de la Enfermedad de Carrión habría de sufrir bajo su influencia alguna alteración" había presentado lo que posteriores investigaciones debidas, afortunadamente, a hombres de ciencia peruanos, han confirmado, es decir la forma frustra del brote en los carriónicos con infecciones asociadas.

Es indiscutible, que la Malaria en sus diversas formas complica el curso de la Enfermedad de Carrión imprimiéndole, tanto a su cuadro clínico como hemático, ciertas modalidades que es neces-

rio conocer, teniendo en consideración que ambas entidades nosológicas tienen ambiente común y epidemiológicamente se superponen y si es cierto que la Malaria abarca casi todo el país, la Verruga peruana va avanzando, como lo testifican las valiosas contribuciones del Prof. Raúl Rebagliati, aparecidas en su obra última.

Tenemos la obligación de pensar siempre en estas dos enfermedades cuando estemos en presencia de enfermos procedentes de zonas que tienen este triste privilegio, para no equivocarnos en el diagnóstico y por ende en el tratamiento, que es distinto, en las dos Enfermedades.

Nuestro trabajo no tiene ninguna originalidad, no aporta nada nuevo, sólo ha perseguido despertar en la mente de los colegas la posibilidad de la doble infección, muy frecuente y que presenta algunos elementos para su diferenciación.

Respecto a la disposición del brote de verruga, bien sabemos que ésta es variada y tan pronto se puede presentar en la piel como en las vísceras, serosas, conjuntivas, periostio, etc., lo que se explica si tenemos en cuenta que la célula mesenquimal de Maximov es, como lo dice el sabio maestro Mackehenie, en su importante estudio "Mesenquima y Enfermedad de Carrión," ubicua y multipotente, homoplástica o heteroplástica."

El caso que estudiamos presenta botones verrucosos en la piel, de los miembros inferiores y antebrazo izquierdo, cara y cuero cabelludos. Pero, lo que nos llamó la atención, por su poca frecuencia, fué el brote en la conjuntiva ocular cuyo estudio histológico no pudimos hacer, y que nos hubiera ilustrado sobre la estructura de esa neoformación. El doctor Oswaldo Herculles, en una comunicación presentada al Quinto Congreso Médico Latino Americano, sobre "La Anatomía patológica de la Verruga" presenta un caso de brote conjuntival, posiblemente habrán otros cuya publicación ignoro.

Con estos breves conceptos respecto a las dos enfermedades que han hecho presa en nuestro paciente, pasemos a conocer la Historia clínica del caso que presentamos.

HISTORIA CLINICA

Nombre. V. N., de 20 años de edad, natural de Cerro de Pasco, de raza india, soltero, trabaja en agricultura, peón, procedente de Huaynaní ingresa al Hospital "Dos de Mayo" sala Odriozola, el día 13 de junio de 1935, ocupando sucesivamente las camas números 40-55 y 30. Tiempo de enfermedad 3 meses.

Enfermedad actual. — Hace aproximadamente, tres meses que encontrándose en buen estado de salud un día amaneció con dolor cefálico que se fué intensificando y propagándose a la espalda, cintura y en general a todos los huesos, en tal proporción que le imposibilitó para el trabajo. A estos sín-

tomas se agregaba, calofríos, fiebre y profusa sudoración. Este cuadro, refiere el paciente, lo ha tenido por algún espacio de tiempo pero, con intermitencias. Al cabo de seis días se fué a Chosica donde tomó purgante y luego vino a Lima, ingresando a la Sala "Abel Olaechea" en que fué tratado durante un mes y medio, sintiendo antes de recibir su alta sólo gran astenia. En este estado, un amigo lo indujo a salir del Hospital, haciéndolo éste, sin consentimiento médico, pues no estaba curado.

Se dirigió a Matucana a casa de su amigo, permaneciendo en ella, a partir del 10 de mayo, durante dos semanas, recibiendo como único tratamiento una maceración de "palo de huaco". Por espacio de 10 días, estuvo bien, pero de súbito, prendió nuevamente el cuadro de calofríos, cefalea, fiebre y sudores que le acometiera en ocasiones anteriores. En este estado resuelve volver al Hospital, encontrándolo nosotros en la recepción de enfermos presa del calorío índice de su enfermedad. Nos llamó la atención su facie anémica y le interrogamos sobre su procedencia, indicándonos la zona verrucosa de Huaynaní. Pensando en la posibilidad de la doble infección, rogamos al médico de la Recepción de enfermos que nos remitiese a ese paciente al servicio "Ernesto Odriozola" donde a la sazón prestábamos nuestros servicios médicos en la Jefatura de Clínica Semiológica de la Facultad de Medicina.

Antecedentes personales. — En su infancia ha sido relativamente sano, sólo acusa viruelas; a los 14 años abandona su terruño (Cerro de Pasco) y va a la Montaña (Chinche), permanece en ella dos meses enfermando con unas vesículas cristalinas repartidas en todo el cuerpo cuya erupción se acompañó de fiebre alta (varicela). Duró este mal 15 días habiéndose curado con cáscara de piña con la que restregaba las vesículas colocándoles en seguida cal.

De este lugar viajó a la Oroya donde estuvo trabajando con su hermano en una bofega durante seis meses. De aquí bajó a San Mateo permaneciendo en él dos meses dedicándose al acarreo de pasto. Después bajó a Matucana residiendo en esta población dos años y medio dedicado a la misma ocupación que en San Mateo. Tratando de acercarse a la Capital de la república en busca de trabajo mejor remunerado, y sabiendo que en Huaynaní las Empresas Eléctricas Asociadas estaban haciendo nuevas obras, en la planta eléctrica, se traslada a Huaynaní, en donde cae nuevamente enfermo; así permanece 4 días bajando a Chosica la que deja después de 5 días en vista de su enfermedad que no experimenta mejoría, para venir a la capital a hospitalizarse nuevamente.

Sólo acusa haber tenido de cuando en cuando dolores de cabeza, que atribuye al frío. Dice no haber tenido contacto sexual.

Antecedentes familiares. — Padre muerto, ignora la causa; sabe de su afición al alcohol. De la madre no tiene referencias. Han sido cuatro hermanos de los que viven dos; uno murió de paludismo.

Hábitos. — Coca ++. — Alcohol. — Tabaco. +.

Examen Clínico. — Conformación general. — Tipo constitucional. Pícnico. — Talla. — 1.57 mt. Peso. 60 kilos.

Actitud tranquila. — Facie Anémica.

Cabeza. — Mesocéfalo. Cabello negro y abundante. Cicatriz en la región parietal izquierda. — Cejas pobladas. — En la cara se observan picaduras de viruela.

Ojos. — Conjuntivas pálidas; pupilas isocóricas reaccionan a la luz y la acomodación.

Boca. — Dentadura en buen estado. Encías anémicas. Amígdalas; lige-

ra hipertrofia de la izquierda. Lengua ancha, decolorada y ligeramente saburrosa.

Mucosa bucal. — Decolorada. Los bordes de los dientes se presentan gastados a bisel. Aparatos de la olfacción y auditivo normales.

Cuello. — Relieves musculares normales.

Tórax. — Ensanchado en la base, con panículo adiposo.

Cara anterior. — A la inspección no se dibuja el relieve clavicular. Latido supraesternal. La punta del corazón se aprecia a la palpación y presión en el 5º espacio intercostal izquierdo por dentro de la línea medio clavicular.

Pulmones. — Inspección. Normal. — Palpación y Vibraciones Normales. Percusión normal. Auscultación. Normal. Exploración de la Voz. Tos normales.

Murmullo Normal. — Amplexación torácica. Normal. — Rualt Normal. Dolor inter escápulo vertebral.

Corazón. — Tonos normales.

Hígado. — Exploración normal.

Bazo. — A la inspiración forzada se palpa la punta o polo inferior.

Sistema Linfático. — Se encuentran hipertrofiados los ganglios epitrocleares.

Sistema nervioso. — Reflejo patelar exaltado, en ambos miembros inferiores.

Evolución. — Tratamiento. — El día de su ingreso, tuvo durante la tarde 39º6 C de temperatura. Establecido el tratamiento químico, remite a 37º4 en las dos tardes siguientes para mantenerse en la apirexia por un largo espacio de tiempo.

El día siguiente de su ingreso tuvo 20 respiraciones al minuto. 80 pulsaciones con una tensión máxima al Pachón de 12 y 5 de mínima dando la diferencial 8.

Teniendo en cuenta, la procedencia del enfermo al pedir su hemograma hacemos lo propio de la búsqueda de Hematozoario de Laveran y Bartoneilas, obteniendo el resultado siguiente:

Hematies.—1.940.000 p.m.c. Leucocitos.—3.900
mielocitos 00%

Neutrófilos juveniles 00
abastoadados 10
segmentados 63

Monocitos 6.

Linfocitos 21.

Anisocromía. Policromatofilia.

No se encuentra Bartonellas. Gametos y esquizontes de Pl. Vivax.

(Firmado)—Aldana

L.—4-6-935.

Practicados los exámenes de laboratorio de rutina podemos observar los resultados siguientes:

Reacción de Wassermann. Negativo. 15 de Junio de 1935.

Reacción de Kahn ++++. 17 de julio de 1935.

El examen de orina nos presenta como digno de mención 14 grs. de Clouros.

Conforme mejoraba su infección malárica, nuestro enfermo hacía ostensible su doble proceso morbosos, es decir la verruga peruana. Se iniciaba, entonces un discreto brote de verruga cuyas primeras erupciones o brotes aparecieron en la cara anterior del antebrazo izquierdo continuándose en la cara.

destacándose, la localización del párpado inferior izquierdo y la conjuntiva ocular derecha, y los miembros inferiores. Como se puede observar en las ilustraciones el tipo de verruga corresponde al nodular y se hizo en forma muy lábil.

Se había comprobado la doble infección de nuestras quebradas, cuya sospecha habíamos tenido al ver a este enfermo en la recepción, presa de su acceso palúdico.

Deseando tener algunas referencias hemáticas, ya que sabíamos que nuestro enfermo pasaba la fase hisiode y Weiss, pedimos dosaje de Hemoglobina, numeración de hematias y el consiguiente valor globular que es 0.82.

Hemoglobina 50%.

Hematias, 3.050.000. cc.

Estos exámenes los debemos a la gentileza del doctor Vitaliano Manrique y llevan fecha 20 de junio de 1935.

El día 1º de agosto, presenta nuestro enfermo una elevación de su curva térmica que llega a 38º4C, el día 3 llega a 30 y el 5 debido al tratamiento específico instituido alcanza a 38º2, para seguir por debajo de la normal en los días sucesivos.

En este interregno de tiempo volvemos a pedir la búsqueda del hematozooario, comprobando el laboratorio la presencia de ESQUIZONTES de Plas VIVAX.

El enfermo estaba sometido a tratamiento a base de quinina, pero sin embargo el día 17 de agosto tuvo 38º4 c. volviendo después a la apirexia hasta el 30 de septiembre en que hace una elevación en aguja que marca 40º4 C que baja a la normal hasta su salida.

Contemporáneamente con el segundo examen de sangre, del 1º de agosto, obtenemos datos muy importantes de la evolución morbosa de nuestro enfermo. En esta época el brote de verruga, había llegado a su mayor desarrollo, dentro de la labilidad anotada. Tratando de hacer estudios anatomopatológicos de estos botones extirpamos el que pendía del párpado inferior del ojo izquierdo, molestando al enfermo. Este corte, por causas ajenas a nuestra voluntad, se perdió sin lograr la microfotografía, que nos ilustrara sobre la formación histológica en referencia.

Con respecto al brote de verruga de la conjuntiva ocular solicitamos del Consultorio de Oftalmología el examen ocular obteniendo el resultado que sigue: "El enfermo N° 35 tiene actualmente una verruga conjuntival del ojo derecho. La visión es normal lo mismo que la transparencia de los medios e imagen de fondo de ojo.

26. VII. 1935. J. Valdeavellano

Por estos días, el señor Merino estudiante de medicina, por este tiempo, tuvo la fineza de hacer los exámenes que siguen:

V. N.

Hematias, 5.000.000 p.mm⁴.

Leucocitos 7.520. ●

Hematocrito 43.1%

Hemoglobina 14. grs. %

Reticulocitos 0 %

Bilirrubina, trazas.

Julio 30. 1935.

Con estos valores hemos obtenido los siguientes índices hemáticos.

Volumen globular = 86.2

Hemoglob. glob. = 28.

Concentrac. hem. gl. = 32.4

Índice color. 0.96.

Algunos días después, estando nuestro enfermo en plena fase de curación pedimos nuevos exámenes de laboratorio, practicándolos nuestro distinguido compañero Vitaliano Manrique; hélos aquí:

Hemograma.

Eritrocitos 4.000.000

Leucocitos 5.200

Metamielocitos 4

Eosinófilos 2

Con núcleo bastón 10.74%

Con núcleo segment. 60

Monocitos 2

Linfocitos 22.

Conclusiones: Neutrofilia con desviación regenerativa.

22. VIII. 1935. — **Manrique.**

Colesterina. 1 gr. 05.

22. VIII. 1935. — **Manrique.**

Análisis de Orina

Color 2 vogel.

Aspecto limpio.

Reacc. lig. ácida.

Densidad. 1020.

Superficie. Normal.

Olor. Normal.

Sedimento. Escaso.

Elementos normales.

Cloruros gr. 17. xx por litro.

Fosfatos gr. 1.40 por litro.

Urea gr. 10.90 por litro.

Elementos anormales.

Albúmina. Vestigios.

Examen microscópico.

Células epiteliales planas. Uratos de sodio. Fosfatos bicálcico.

22. VIII. 1935.—**Manrique.**

El día 17 de agosto fué controlado su peso marcando 62 kilos.

El día 4 de septiembre en que tuvo 37^o4 de temperatura presentó expectoración sanguinolenta y al siguiente día sudoración profusa. El 28 del mismo mes presentó un cuadro de Colitis disenteriforme (9 cámaras) que coincidió con elevación de su temperatura hasta 40^o4 C, (día 30 de septiembre). En los días 1^o y 2 de octubre, fué declinando la temperatura y las cámaras se redujeron primero a 8, 4, después, para quedar en 2 por varios días.

El día 11 de este mes (octubre) pretendimos hacer un estudio histológico del verrucoma conjuntival y lo enviamos donde el doctor Valdeavellano, quién nos contestó la imposibilidad de hacer la biopsia por haberse reabsorbido la verruga conjuntival. En realidad esta era sumamente pequeña.

Cuando hicimos el examen clínico, antes de darle alta, observamos la no

hipertrofia del Bazo. Su peso había alcanzado a 64,80 kilos.

Su presión arterial al Pachón daba Mx. 15. Mn. 8 dfi. 7. Puls. 84.

Salió del servicio el 16 de octubre, cuando la verruga estaba desapareciendo y su paludismo, probablemente en latencia.

El tratamiento medicamentoso ha consistido en inyecciones de quinofornio, obleas de sulfato de quinina, noción Baccell, es decir medicación específica para la malaria que parece ser su enfermedad de fondo.

En las interurrencias habidas, gripal una vez, por colitis la otra, recibió, el tratamiento indicado.

BIBLIOGRAFIA

Actas y trabajos. T. II. V. Congreso Latino Americano de Medicina.

La Anatomía Patológica de la Verruga. — Oswaldo Herculles. 1914.

Contribución al estudio de la Patología nacional. La Enfermedad de Carrión. — Julián Arce. Lima. 1920.

Profilaxis de la Verruga Peruana basada en los caracteres etiológicos y epidemiológicos propios de esa enfermedad. — Julián Arce. Anales de la Fac. de Medicina. Año V. N° 1. 1922.

Lecciones sobre Verruga Peruana o Enf. de Carrión. — Julián Arce. An. de la Fac. Med. Año I. N° 2-4. 1918.

Un caso de Malaria crónica y verruga peruana. — Julián Arce. An. Fac. Med. Año V. N° 4. 1922.

Mosénquima y Enfermedad de Carrión. — Daniel Mackehenie. Lima. 1930.

Verrue Peruvienne ou Maladie de Carrión. — Julián Arce. Rev. Sud Americane. Paris. Octubre, 1931.

Ingerto del Paludismo con la Enfermedad de Carrión. — Oswaldo Herculles. — "La Crónica Médica" — Lima, Octubre. 1898.

Contribución al Estudio de la Verruga Peruana o Enfermedad de Carrión. — Pedro Weiss. Rev. Med. Peruana. Nos. 37-38. Lima. 1932.

Hacia una Concepción de la Verruga Peruana. — Pedro Weiss. Lima, 1927.

Un caso de Terciana y de Verruga-benignas. — Héctor Villa García. An. Hospitalarios T. II, N° 1. 1929.

Enfermedad de Carrión. — Raúl Rebagliati. An. Fac. Med. 1er. trimestre. 1935.

La Anemia de la Enfermedad de Carrión (Verruga Peruana). — Alb. Hurtado. J. Pons. C. Merino. An. Fac. Med. 1er. Semestre. 1938.

Verruga Peruana (Enfermedad de Carrión). — Raúl Rebagliati. 1940. Lima.

Verruga Peruana (Carrión's Disease). — Howard Fox. The Journal of the Am. Med. Ass. March 23. 1935.