

CLÍNICA GOOD HOPE



Evidencia Clínica: El Paciente N° 10 Daniel A. Carrión

Desde que Auguste Comte, fundador del positivismo (década de 1840), como lo menciona Graña-Aramburú1 “todo el desarrollo de la sociedad humana depende en última instancia del desarrollo científico. La historia de la ciencia es el núcleo de la historia general de la especie humana. Toda sociedad y toda ciencia deben, necesariamente, atravesar por tres etapas de conocimiento: la teológica, la metafísica y, finalmente, la etapa positiva. En esta última, la verdad depende de la metodología científica y la posibilidad que los fenómenos sean demostrables, medibles y verificables.

Poner en práctica el Positivismo permitió que durante la segunda mitad del siglo XIX un progreso en las ciencias, en particular la Medicina, logre uno de los mayores avances conocidos: se inventa el Estetoscopio; el Laringoscopio; el Esfingomanómetro;

el Termómetro digital. Paralelamente, la primera vacuna para el cólera (1879), del ántrax (1881) y la rabia (1882).

Es en este momento histórico, que Daniel A. Carrión, un estudiante de Medicina de la Facultad de Medicina de San Fernando, se interesa por una

enfermedad que afecta a un gran número de personas, particularmente a los trabajadores del Ferrocarril Central Lima a La Oroya, llamada “Fiebre de la Oroya”, presentándose con características propias: fiebre alta, anemia severa y elevada letalidad; y que además era muy

frecuente en esta zona de la construcción del ferrocarril.

El joven médico plantea realizar una investigación clínica, buscar una “evidencia” y al hacerlo constituye “el primer experimento médico documentado realizado en humanos en el Perú” porque consideraba que hacerlo en animales, no le permitiría despejar las dudas existentes en ese momento. Como toda evidencia, debe seguir una metodología que intentaremos presentarlo con la mayor objetividad:

1. De acuerdo a López de Guimaraes, este estudiante “en los últimos cuatro años de su vida, estudió y escribió nueve historias clínicas de pacientes con verruga: siete de pacientes hospitalizados”.
2. Según Arias Stella “Muchas veces le oíamos preguntar”: “¿la verruga es infecciosa? ¿es inoculable? A lo primero nos decía: “creo en la infecciosidad de la verruga, pues en los lugares donde reina endémicamente, raros son los individuos que escapan de tal influencia”.
3. Algunos consideran que pudo formular al menos tres hipótesis: la inoculabilidad de la verruga, el desarrollo de la anemia en la fase pre eruptiva y la diseminación verrucosa a la meninges.
4. Al tener una experiencia en la revisión de las 9 historias clínicas revisadas, consideró que lo más adecuado sería la autoinoculación de un paciente en fase verrucosa.
5. En la prueba mencionada, el científico interesado, debía inocularse la sustancia extraída del enfermo. Adicionalmente cuando el investigador adquiría la enfermedad, podía narrar el curso del padecimiento, desde los síntomas iniciales, proporcionando de esta manera, el siempre apreciado conocimiento médico preciso y completo de la historia natural del mal.”
6. Resultados: lo siguiente es el relato del investigador, tratando de responder a

sus preguntas y corroborar o no sus hipótesis planteadas, según el diseño elegido:

“Agosto 27 de 1885.- A las 10 a m. obtuve con gran dificultad que el doctor Evaristo M. Chávez ante el doctor Villar, el interno Julián Arce y el externo Sebastián Rodríguez me practicara cuatro inoculaciones, dos en cada brazo, cerca del sitio en que se hace la vacunación, con sangre inmediatamente extraída por desgarradura de un tumor verrucoso de color rojo situado en la región superficial derecha, de la enferma Carmen Paredes de 14 años.

Septiembre 17. Queda Fijado el Periodo de Incubación: 21 días.

Septiembre 19.- El malestar se acentúa le da calofríos, fiebre elevada 39.8°C, dolores generalizados, gran postración, calambre, sudores e insomnio.

Septiembre 20-25.- Todos los síntomas se agravan y la adinamia se acentúa,

Septiembre 26.- Noveno día de enfermedad. Sub-febril. A estas alturas dice “A partir de hoy me observarán mis compañeros, pues, por mi parte, confieso que me sería muy difícil hacerlo”.

Los compañeros anotan ese día: palidez considerable de piel y mucosa; debilidad, general, quebrantamiento, inapetencia, facultades intelectuales en perfecto estado. Pulso blando y frecuente. Respiración normal.

Septiembre 27.- Continúan acentuándose los síntomas de los días anteriores a excepción de los dolores y calambres.

Piel subictérica y aspecto terroso. Agitación e intranquilidad. La luz y el sonido le molestan.

Setiembre 28.- “los síntomas que siento no pueden ser otros que los de la invasión de la verruga a la que muy en breve seguirá el periodo de erupción y todo desaparecerá” dice Carrión.

Octubre 1.- Náuseas. Vértigos.

Octubre 2.- Rostro desencajado. Ojos hundidos rodeados de un círculo negruzco. Mejillas y sienes deprimidas. Momentáneamente se reanima y dicta: Me encuentro firmemente persuadido de que estoy atacado de La fiebre de la Oroya de que murió nuestro amigo Orihuel.

Octubre 3.- El estado del enfermo es desesperado. Alucinaciones táctiles.

Octubre 4.- En estado gravísimo se traslada el enfermo a la casa de salud con propósito de practicarle una transfusión de sangre. Luego cae en postración con delirio musitante en que se percibe que divaga sobre la Histología de la Verruga.

Octubre 5.- Carrión está moribundo. Hipotermia. Coma. A ratos emite leves quejidos y palabras incomprensibles. Hacia la alta noche, con grande esfuerzo mira a sus compañeros que solícitamente circundan su lecho, y dice: “Enrique, esto se acabó”. La última expiración fue breve y profunda. A las 11.50 de la noche, fallece Carrión.

Conclusiones: Se evidenció que se puede contagiar de humano a humano, “es inoculable y contagioso”, por otro lado, su periodo de incubación (21 días).



Dr. Elard Walter Quispe Mena

Médico Reumatólogo y Presidente del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Good Hope Docente de la Facultad de Medicina Fernando Cabieses Molina, de la Universidad Científica del Sur.