

GACETA MEDICA DE CARACAS

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Y DEL
CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA

SUMARIO: Academia de Medicina: El primer caso de Enfermedad de Chagas diagnosticado en Zaraza por empistaje debido al edema monocular, conjuntivitis esquizotripanósica o "Signo de Romaña", por el Dr. J. F. Torrealba.—La gastropilorectomía como tratamiento Quirúrgico de las úlceras gastro-duodenales, por el Prof. Antonio José Castillo.—La úlcera gastro-duodenal.—Colaboración: Reservorios, por el Dr. J. F. Torrealba.—Nómina de los Académicos fundadores y actuales de la Academia Nacional de Medicina.

Año XLIV

Caracas (Venezuela): 15 de Noviembre de 1937

Número 21

ACADEMIA DE MEDICINA

El primer caso de Enfermedad de Chagas diagnosticado en Zaraza por empistaje debido al edema monocular, conjuntivitis esquizotripanósica o "Signo de Romaña"

*Al distinguido científico de Barcelona
Dr. J. G. Hernández Gómez.*

Desde la primera publicación de Romaña de un caso de edema monocular coincidiendo con el comienzo de la Enfermedad de Chagas (1932), después la publicación de Mazza y Romaña (1934), más tarde un trabajo extenso de Romaña (1935), Publicaciones de la M. E. P. R. A. Nros. 14, 15 y 22 respectivamente, este signo ha sido apreciado en su verdadero valor. Los trabajos de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina, que son ya numerosos, todos comprueban el importante hallazgo clínico del científico del Plata.

Tanto el Profesor Salvador Mazza, Jefe de la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina, como el Dr. E. Dias, del Instituto Oswaldo Cruz, en cartas particulares, me habían aconsejado la mayor alerta respecto a edemas oculares para buscar los casos de esquizotripanosis.

Mas se habían sucedido ya años y viviendo en región intensamente tripanosomosa, no había tropezado con el famoso signo, probablemente porque mis casos habían sido, casi todos, de antiguos infectados.

El 28 de agosto del corriente año tuve la oportunidad de estudiar el primer caso, que trataré de exponer lo más brevemente posible en las líneas siguientes.

El caso.—María Amparo Perales, de 14 años de edad, de Caño Seco (Estado Anzoátegui), analfabeta, de casa con Reduvidios (chupones), con techumbre de palma, se presentó a la consulta gratis de la Medicatura de Sanidad que atiendo,

el 28 de agosto de 1937 (consulta N° 1.111), molestada y alarmada por un gran edema en el ojo izquierdo. Los párpados tan hinchados que no le permitían abrir el ojo. El edema o hinchazón se extendía a casi toda la mejilla izquierda. La piel rosada tirando al violáceo; la conjuntivitis sin secreción, muy congestionada.



ENFERMEDAD DE CHAGAS

Caso con edema monocular o signo de Romaña. La fotografía la debo a la amabilidad del Sr. Rafael M° Milano y del Dr. Pedro Miguel Itriago Sifontes. Zaraza, 1937.

Inmediatamente pensé en la conjuntivitis esquizotripanósica, tan advertido por las publicaciones y por las cartas de los célebres colegas del Sur.

La dentadura de nuestra enferma con algunas piezas malas no explicaba el edema. *Edema duro sin huella a la presión.* La lengua limpia y húmeda (así es la lengua en la Enfermedad del sueño y en el Kala-azar). Reacción ganglionar moderada.

En ese mismo día le examiné varias gotas de sangre en fresco sin encontrar tripanosomas, en-

contré sí elementos palúdicos sin poder precisar la variedad de plasmodio. (Examen de sangre de adultos N° 365 de los trabajos en Zaraza).

El examen de heces (N° 869) solamente mostró huevos de *Ascaris lumbricoides*.

Convencido de que en una *casa cundida de chupones*, presentárase aquel edema tan especial no podía ser otra cosa que el signo del Dr. Cecilio Romaña, le propuse a la enferma un xeno-diagnóstico, que aceptó, aunque con cierta repugnancia.

El mismo día 28-VIII-37 alimenté de ella 5 *Rhodnius prolixus* adultos, de la cría pura que mantengo en mi pequeño Laboratorio desde 1933.



ENFERMEDAD DE CHAGAS

Caso con edema monocular o signo de Romaña. La fotografía la debo a la amabilidad del Sr. Rafael M° Milano y del Dr. Pedro Miguel Itriago Sifontes. Zaraza, 1937.

Comida única y diurna.—El día 29 el señor Rafael María Milano tuvo la amabilidad de tomarle varias fotografías que nos fueron enviadas reveladas en Caracas, debido a la atención del Dr. Pedro Miguel Itriago Sifontes.

El edema continuó así varias semanas sin molestarla mucho, apartando cierto estado prerigincso en la región hinchada. La temperatura subía algunos décimos y había un poco de taquicardia. Bazo palpable.

El 8 de octubre de 1937 (41 días de xeno-cultivo) examiné los *Rhodnius*. Uno muy infestado, mostrando metacíclicos, tres sin infestación, uno muerto sin examinar.

El xeno-diagnóstico positivo comprobó la importancia del signo clínico.

Era el xeno N° 44° de los practicados en nuestro Laboratorio.

La enferma mejorada de su edema monocular, tan característico, se retiró a su vivienda en el campo, antes de saberse el resultado del examen del Laboratorio.

Tres semanas tenía de edema ocular esta enferma cuando vino al poblado y todavía se pro-

longó en éste más de 20 días, disminuyendo progresivamente.

Como lo dice el Dr. Enmanuel Dias, en su trabajo publicado en la "Folha Médica" de Río de Janeiro, es algo grande, un signo de tanto va-



Rancho del Distrito Zaraza, cundido de Reduvidios tripanosomíferos.—Suburbios de Zaraza.—Un grave problema para nuestra Sanidad rural. La foto la debo a la amabilidad del Sr. Rafael M° Milano y del Dr. Pedro Miguel Itriago Sifontes. Zaraza, 1937.

lor, al tratarse de una enfermedad de diagnóstico clínico y de Laboratorio siempre difíciles.

¿En el caso nuestro se trataría de una primo-infección o de una reinfección en antigua esquizotripanósica? Creo más en esto último, debido a la suave reacción febril, a lo moderado de la reacción ganglionar y a la escasés de parásitos en la sangre, que no permitió la demostración por examen en fresco ni la infestación de todos los Reduvidios.

Debo decir que no creo, como el Dr. Romaña, que esa sea la vía más importante de infestación en el hombre. Los *Rhodnius*, aquí en Zaraza, pican por todas partes: cuero cabelludo, brazos, dorso, piernas y en la gente de los ranchos la piel de las piernas abunda en roturas, lo que facilitaría la infección. Además, en las primeras semanas, que debe ser la edad de la primo-infección, la piel de los niños es tan delicada que muy bien puede permitirse la entrada del germen. Además que estos animales bajan a comer por centenas y en estos casos las deyecciones contaminantes de unos caen fácilmente sobre sitios heridos por otros.

Tampoco creo en la razón expuesta para apoyar esta teoría de que las infecciones son difíciles por estar los párpados cerrados de noche y que la rareza de la infección está indicada por el número escaso de enfermos comparado con el número inmenso de casos con Reduvidios infectados.

Creo que en esas casas de Reduvidios tripanosomíferos, hay muchos enfermos, pero formas

Caso c
La fotog
M° Mila

"ocultas
Brumpt.

El
marca a
allí am
cual se
de infe

Zar

ba G

(Cor

1.
ano c
procio
intra
porac
Revis
2
faro-
zuela
racas



ENFERMEDAD DE CHAGAS

Caso con edema monocular o signo de Romaña.
La fotografía la debo a la amabilidad del Sr. Rafael
M^o Milano y del Dr. Pedro Miguel Itriago Sifontes.
Zaraza, 1937.

"ocultas y difíciles de diagnosticar" como lo dice
Brumpt.

El número verdadero de enfermos en una co-
marca aparecerá claro y verdadero cuando se use
allí ampliamente el xeno-diagnóstico, método al
cual se debe ocurrir al pensar obtener un índice
de infectación en una región.

J. F. Torrealba.

Zaraza, 1937.

La Gastropilorectomía como Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Gastro-Duodenales

Por el Prof. Antonio J. Castillo

TRABAJO DE INCORPORACION

(Como individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina)

TRABAJOS PRESENTADOS

POR EL

DOCTOR ANTONIO J. CASTILLO

1.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Un caso de
ano contra natura complicado de invaginación
procidente del cabo distal del intestino, hernia
intra anal y fistula vesical. Trabajo de Incor-
poración a la Sociedad Médica de Caracas.—
Revista N^o 29 del 31-8-1920.

2.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Pielografía. La primera hecha en Vene-
zuela. Presentado a la Sociedad Médica de Ca-
racas.—Revista N^o 58. Enero 1923.

3.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Métodos de ex-
ploración de la función renal usados en la Clí-
nica de Necker. Enviado de París a la Academia
Nacional de Medicina.—Gaceta Médica N^o 4 del
28-2-1921.

4.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Necesidad de
practicar la Constante de Ambard. Presentado
a la Sociedad Médica de Caracas.—Revista N^o
47, de 1921.

5.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Radioterapia de los fibro-miones del
útero. El primer fibroma curado en Venezuela
por este método. Presentado a la Sociedad Mé-
dica.—Revista N^o 56, noviembre de 1922.

6.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Radioterapia de las neoplasias malignas.
Presentado a la Sociedad Médica.—Revista N^o
64, julio 1923.

7.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Radiografía en las afecciones de la mas-
toide. Técnica particular. Presentado a la So-
ciedad Médica.—Revista N^o 61, abril de 1923.

8.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—El Pneumotoraz artificial y los Rayos X.
Presentado a la Academia de Medicina.—Ga-
ceta Médica del 15-8-23.

9.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Radioterapia en la enfermedad de Ba-
sedow y demás formas del hipertiroidismo.
Presentado a la Academia de Medicina.—Pu-
blicado en la Gaceta Médica.

10.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Nefrectomía sobre Constante Ureo-se-
cretoria. Presentado a la Sociedad Médica.—
Revista N^o 67 del 31-10-1923.

11.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Dos mil cin-
cuenta y cuatro sesiones radiológicas del 1^o
de enero de 1922 al 11 de noviembre de 1924. Con-
tribución de la clínica Castillo-Gutiérrez al IV
Congreso Venezolano de Medicina en 1924.

12.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Un caso de-
mostrativo de cateterismo bilateral. Presentado
a la Sociedad Médica.—Revista N^o 113, enero
de 1928.

13.—*Dr. Antonio J. Castillo y Gutiérrez Al-
faro.*—Diez Meses de Radioterapia profunda.
876 sesiones en 89 casos. Presentado al V Con-
greso Venezolano de Medicina de 1926.

14.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Hospitales.
Hospital de Sangre y Hospital moderno, Con-
ferencia en la Cruz Roja—Folleto aparte.

15.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—Un caso de
Tuberculosis renal. Asistencia Profesor Marion.
Reuniones Policlínica Caracas.—Revista setim-
bre de 1932.

16.—*Dr. Antonio J. Castillo.*—La operación
de Healtad y la radioterapia en el cáncer del

GACETA MEDICA DE CARACAS

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Y DEL
CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA

SUMARIO: Academia de Medicina: El primer caso de Enfermedad de Chagas tratado en Zaraza por el 7602, por los Dres. J. F. Torrealba, R. Camejo Troconis y J. Irazábal Ron.—Nómina de los Académicos fundadores y actuales de la Academia Nacional de Medicina.

Año XLIV

Caracas (Venezuela): 20 de Noviembre de 1937

Número 22

ACADEMIA DE MEDICINA

El primer caso de Enfermedad de Chagas diagnosticado en Zaraza por empistaje debido al edema monocular, conjuntivitis esquizotripanósica o "Signo de Romaña"

*Al distinguido científico de Barcelona
Dr. J. G. Hernández Gómez.*

[Continuación]

EL PRIMER CASO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS TRATADO EN ZARAZA POR EL 7602

Por los Dres. J. F. Torrealba, R. Camejo Troconis
y J. Irazábal Ron.

El 23 de junio de 1937 practica el Dr. Torrealba en su Laboratorio el xeno-diagnóstico N° 39, de los que el mismo Dr. Torrealba viene practicando en el Distrito Zaraza desde 1933, en sus trabajos de investigación sobre la Enfermedad de Chagas.

La prueba antedicha se practica a la enferma María Josefa Soler por sospecharse en ella el Mal de Chagas.

La paciente cuenta de 14 a 15 años de edad, es natural del vecindario Jabillal, que dista más o menos 10 kilómetros del poblado de Zaraza. En este vecindario abundan las casas con Reduviéidos tripanosomíferos y la sangre de sus pobladores contiene en su mayoría el *P. Falciparum*.

Entre sus antecedentes patológicos encontramos: fiebres acompañadas de escalofríos, aumento de volumen del bazo. (No ha tenido todavía menstrual).

La enferma consulta porque desde algún tiempo a esta parte viene sintiendo ciertos trastornos que la preocupan, como cansancio al menor ejercicio, el aumento de volumen de su vientre, palidez y por una úlcera en la pierna izquierda.

Examinando la paciente nos llama la atención el aspecto general pseudomixoedematoso, el color de la piel de su rostro recuerda el de la paja seca con tendencia al amarillo camasa. Cara abotagada (sopopa, hipopa). El abdomen es grande, abultado. En la pierna izquierda se aprecia una úlcera de superficie secretante y de contornos pigmentados que, según la paciente, data hace va-



CASO Ma. JOSEFA SOLER

El primer caso de Enfermedad de Chagas tratado en Zaraza con 7.602.

Torrealba & Camejo Troconis e Irazábal Ron.

La foto la debemos a la gentileza del Sr. R. Milano y Dr. Pedro M. Itriago Sifontes.

La foto muestra el perfil de la enferma al desnudo. Debemos la foto a la gentileza de los Sres. R. Milano y Dr. Pedro M. Itriago Sifontes.
Zaraza, 1937.

rios años; en ambas piernas se ven cicatrices pigmentadas, secuelas de otras úlceras.

La palpación del abdomen muestra la presencia de un bazo cuyo polo inferior descende a 6 traveses de dedo del borde costal. El borde inferior del hígado sobresale 3 traveses de dedo del borde costal correspondiente.

En el aparato circulatorio notamos: las carótidas se ven latir con fuerza. A la auscultación se oye: el primer ruido sordo, el segundo muy fuerte, retumbante. En el foco tricuspídeo se aprecia soplo sistólico, suave, que no se propaga.

Sistema ganglionar.—Existen ganglios epitrocleares infartados.

Se le practicó un examen de heces en el Laboratorio Torrealba, con resultado negativo. (Había sido tratado anteriormente con Quenopodio).

El examen de orina se mostró sin albúmina, ni azúcar (F. Salazar).

Para la fecha del xeno-diagnóstico la enferma pesó 47 kilos.

La prueba xeno-diagnóstica se le practicó a esta enferma así: Primera comida el 23-6-37 (nocturna): 6 *Rhodnius* (4 larvas y 1 ninfa). Segunda comida el 5-7-37.



CASO Ma. JOSEFA SOLER

Primer caso de Enfermedad de Chagas tratado en Zaraza con 7.602.

Torrealba & Camejo Torrealba e Irazábal Ron.
La foto muestra especialmente la pierna izquierda de la enferma con amplia ulceración.
Zaraza, 1937.

Se practicó el examen el 28-7-37, o sea 36 días de xeno-cultivo.

Resultado obtenido: La ninfa en estado adulto dió *metacíclicos*. Las larvas en estado de ninfas no presentaron parásitos.

Xeno - positivo

El 31 de julio de 1937 se le practicó una prueba de Chagas inyectando 2 y medio gramos de sangre en el peritoneo del acure: éste no mos-

tró *Tripanosomas* en la sangre al mes de hecha la inoculación.

En la misma fecha se le tomaron 6 gotas gruesas que fueron enviadas al Laboratorio del Profesor Jesús Rafael Rísquez, quien en una carta del 19 de octubre del 37, dirigida al Dr. Torrealba, dice: "Recibí su atenta carta y me ocupé de hacer el examen de las láminas de gota gruesa que me envió, todas ellas fueron negativas para el *Cruzi*".

Procédese luego al tratamiento de la enferma con el nuevo preparado de la casa Bayer: el 7602, el cual ha dado grandes resultados en Alemania, en la *Schizotripanosomosis* experimental.

Resolvimos administrar el medicamento por tanteos, por no tener a mano ninguna publicación que hablase de la aplicación de esa droga en el hombre, pues la publicación argentina del Profesor Mazza la recibimos en fecha posterior.

Las 5 ampollas de 5 c. c. de la solución al 3×100 fueron aplicadas por vía intramuscular, de la manera siguiente: la ampolla se dividió en tres dosis de 1, 2 y 2 c. c., que se inyectaron con intervalo de dos días. No hubo reacción.

La segunda ampolla se dividió en dos dosis de 2 y medio c. c. cada una. Terminada de poner esta segunda ampolla se practicó un examen de orina, resultando negativo para albúmina.

La enferma acusa para esta época sensación de mejoría y bienestar, parecido a la euforia atebénica.

La tercera ampolla se aplicó en la misma forma anterior con intervalo de tres días. La cuarta ampolla se inyectó completa. La enferma presenta en la noche sensación de malestar, temperatura a 39° ; este malestar se prolongó durante el día siguiente: fiebre, cefalalgia, curvatura. De modo, pues, que la enferma no toleró bien 0,15 gr. de la droga. No apareció albúmina en la orina.

Se creyó conveniente un descanso de 5 días, al cabo de los cuales se inyectó la quinta ampolla, en dos dosis, con igual intervalo.

La medicina se administró en los meses de agosto y septiembre. Para septiembre, fecha en que se escribe esta nota, la enferma manifiesta gran mejoría, trabaja sin cansancio, ha aumentado de peso, la úlcera está en período de cicatrización y el bazo se ocultó por debajo del borde costal.

El soplo tricuspídeo no se oye, los tonos cardíacos son normales, no obstante persistir la rudeza del segundo tono en el foco pulmonar.

El ganglio epitrocLEAR izquierdo está más reducido; en el brazo derecho no se palpa. Apareció la regla por primera vez.

Es de advertir que la enferma no ha sido sometida a ningún otro tratamiento durante ese lapso.

No practicamos un segundo xeno-diagnóstico, porque ya vimos en el trabajo de Mazza que a pesar de un efecto notable de la droga en un caso agudo, el xeno practicado algunos meses después, resultó positivo, lo que indica que la acción terapéutica de la droga es notable, pero no esterilizante, por lo menos a aquella dosis, que la consideramos mayor a la usada por nosotros.

La dosis total aplicada por nosotros fué de 0,75 gramos, siempre en solución al 3 por 100.

BIBLIOGRAFIA

Dres. Profesor Salvador Mazza, Rufino Cosío y E. Zuccardi.—Primer caso agudo grave de Enfermedad de Chagas comprobado en Tucuman y su tratamiento con "Bayer" 7602.

M. E. P. R. A.—Publicación N° 32.—1937. Buenos Aires.

R. Camejo Troconis.

J. F. Torrealba.

Jesús Irazábal Ron.

La Gastropilorectomía como Tratamiento Quirúrgico de las Úlceras Gastro-Duodenales

Por el Prof. Antonio J. Castillo

TRABAJO DE INCORPORACION

(Como individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina)

TRABAJOS PRESENTADOS

POR EL

DOCTOR ANTONIO J. CASTILLO

(Continuación)

La Proteinoterapia parenteral.—Exponiendo su manera de ver el Profesor Pribram, explica que la observación clínica ha sido la base de sus trabajos. Las inyecciones de proteína tendrían su máximum de acción sobre las lesiones inflamatorias crónicas y aquellas que dependen, principalmente, del tono del sistema neuro vegetativo.

Su acción se traduciría por una acción puramente local en los tejidos hipersensibles. El despertar del foco latente es seguido de una mejoría franca y aún de curación.

Los hechos de observación demuestran, radioscópicamente, la desaparición del espasmo muscular. Son este espasmo, agregado a la irritación reciente de la ulceración, los productores del dolor. Ahora, la proteino inyección tiene un poder espasmolítico superior a toda otra medicación.

La proteinoterapia parenteral provoca un estado ir. itativo y paralítico del simpático, como consecuencia una hiperemia durable de los ca-

pilares, factor de la mejoría notable y aún de la curación de la úlcera.

En suma ella es comparable a la ablación del simpático. Además, ella aumenta la permeabilidad celular, favoreciendo así la reacción inflamatoria de los tejidos. En fin, aumenta el poder antipéptico de la sangre y por ello, juega un papel protector contra la autodigestión de la mucosa gástrica.

En cuanto a las lesiones vasculares que se encuentran en el tejido gástrico de los ulcerosos, no son secundarias al ulcus, indican una "neurosis primitiva constitucional de orden general".

Nos contentaremos por el momento de hacer notar la contradicción, que atribuye efectos idénticos, a la irritación y a la parálisis de los filetes simpáticos.

La Tesis de Balint.—El clinico Húngaro dice que la hiperacidez no se encuentra sino en el 40% de los casos de úlcera gastro-duodenales; en todos los otros la secreción tendría una acidez normal, hipoácida o neutra.

Rosenthal, dice, que solo evolucionan con hiperacidez las úlceras pilóricas o vecinas del piloro, en tanto que aquéllas que están alejadas, especialmente, las que se encuentran situadas altas en la pequeña curvatura, se acompañan raramente de hiperacidez.

Esto no dependería de ninguna manera del catarro concomitante de la mucosa, sino que la secreción ácida del estómago se produce en su segunda faz, al nivel de la región pilórica, de aquí su aumento bajo la influencia de una úlcera irritante en este punto.

Balint llega a la conclusión, ya enunciada por Mikulicz que la hiperacidez es una consecuencia y no una causa de la úlcera.

No interviene ella en la génesis del dolor? Parece que no, en presencia de los hechos siguientes:

a). El dolor sería tan frecuente e intenso en las úlceras con exceso de ácido como en las de una secreción hipoácida.

b). Se puede comprobar que no hay ningún paralelismo entre la intensidad del dolor y la curva ascendente de la secreción o de la acidez.

c). Hardt trata de establecer que el dolor está en relación estrecha con las contracciones musculares, que generan un aumento de la presión intragástrica y es independiente de las modificaciones de la secreción.

En su interesante memoria Balint pasa revista a toda una serie de factores a los cuales se les ha querido asignar un papel preponderante en la etiología de la úlcera: disminución