

## Comprobación clínica y microscópica de la existencia en el Perú de la trípanosomiasis americana

Por el Dr. EDMUNDO ESCOMEL

*Profesor interino en la Facultad de Medicina*

El 5 de Octubre de 1919 se presentó a nuestro consultorio el enfermo N. N. de 40 años de edad, quejándose de haber contraído recientemente una gonococcia.

El aspecto del enfermo nos llamó la atención pues además de su palidez verdosa singular, presentaba un cierto grado de edema general y su conversación era un tanto vaga y como fatigada.

Le interrogamos su procedencia y nos manifestó venir del río *Tahuamanu*, río que después de juntarse con el *Manuripe* va a desembocar en el *Beni* después de su confluencia con el *Amaru Mayu* cerca de Ribera Alta, en la zona selvática limítrofe con la variada región tropical del Brazil, tan rica en flora como en fauna patológica.

Nos manifestó que desde hacía tiempo había padecido de las «fiebres de la selva», más o menos variables, en cuanto al tiempo y a la intensidad.

En el mismo momento del examen se hallaba sub-febril, pulso débil, palidez general, con aquel tinte amarillo-verdoso típico, de los coléricos moradores de la zona tropical del centro de la América del Sur.

Sus párpados estaban *hinchados*, así como el resto de la cara y miembros. Pero este edema era *duro*, sin ceder a la presión.

El pulso débil, obedecía a una impulsión exigua del músculo cardíaco, pero sin soplos orgánicos manifiestos.

La orina oscura, biliosa, no era albuminosa, lo que nos hacía pensar que el edema no era debido a lesiones de los aparatos vascular y renal, perteneciendo más bien a la familia de los *mixe-demas*.

Acusaba un gran cansancio, postración extrema y nos manifestó que tenía desde algún tiempo un sueño invencible, que le invadía donde quiera que se encontrase, antes o después de los alimentos, de día como de noche, sin relación con nada y que se hacía imperioso tan luego como buscaba alguna postura cómoda para descansar.

Teniendo en cuenta el origen del enfermo (Zona inmediata al Brazil donde existen *Vinchucas* (*Triatoma Magistus*) y tripanosomiasis), el mixedema, las fiebres anteriores, el estado sub-febril presente, la gran postración y el sueño invencible, nos hizo hacer el examen de la sangre y tuvimos la ocasión de encontrar el *Tripanosoma Americano*, probablemente el *Schysotripanum Cruzi*, agente causal de la enfermedad de Chagas, cuya existencia no repugna con la región selvática de donde ha venido el enfermo, que añade un capítulo más a la nosología peruana, siendo aún por mucho tiempo impenetrable la profilaxia para esta entidad en aquella inextricable red botánica de las apartadas selvas del Oriente del Perú.

#### *Examen de la sangre a la gota gruesa.*

Con el fin de facilitar el diagnóstico, procedimos a hacerlo empleando el método de la gota gruesa, preconizado por ROSS, perfeccionado por TRIBONDEAU y descrito por VAILLANT en la Sociedad de Patología Exótica de París (julio de 1919).

Como el método es excelente, por vía de vulgarización lo vamos a sintetizar a la manera de VAILLANT:

1°. *Tomada de la sangre.*—Por picadura en la pulpa del dedo se procura que salga una gota gruesa de sangre, la cual es tomada por la lámina, teniendo cuidado de *no frotar la piel*, procurándolo hacer en un solo tiempo y dejando una zona de 4 a 4 cm. de largo por 1 a 2 cm. de ancho.

2°. *Secado.*—Este tiempo es muy importante y de él depende el éxito de la hemolisis y de la coloración ulterior. En los países tropicales y en particular en aquellos en que las radiaciones solares son intensas, basta con secar la lámina al aire libre y al Sol, por movimientos sucesivos, de manera que no se produzca coagulación de la sangre, la que se opondría a la hemolisis. En caso de otros laboratorios, no hay que fijarla al calor de la lámpara de alcohol, sino en

una estufa regulada entre 38 y 40 grados o haciendo uso de un ventilador eléctrico de aire caliente. En el caso de tomar la sangre lejos del laboratorio, después del secado se puede esperar hasta 12 horas antes de la hemolisis y coloración.

3°. *Hemolisis*.—Este es un tiempo importante, hasta el punto de que de él depende hacer desaparecer del preparado todos los hematies, para dejar resaltar solo los leucocitos y los parásitos.

Se prepara el líquido hemolizante, disolviendo 10 partes de alcohol de 90° en 18 partes de agua destilada neutra (Si fuese ácida puede favorecer el despegamiento de la sangre de la lámina).

Se vierte una cierta cantidad de este alcohol al 1/3 sobre el preparado, poco a poco se va volviendo la sangre opalescente en especial en sus capas más delgadas; se repite varias veces la operación viéndose teñir en cada vez de rosa al alcohol, mientras que la lámina se destiñe de más en más, siendo las últimas en hacerlo las capas más gruesas. Si la sangre se ha coagulado antes de secarse, la hemolisis no se efectúa y no vale la pena insistir.

4°. *Fijación*.—Cuando se considera que la hemolisis es bastante intensa se arroja el alcohol al 1/3 sin secar, vertiendo entonces el alcohol a 95°, algunas gotas que se hacen actuar durante 2 minutos, al cabo de los cuales se deja secar la preparación al aire libre o a la estufa.

5°. *Coloración*.—El Dr. VAILLANT ha usado con todo éxito el pancromo preparado en el Instituto Pasteur de París. Nosotros nos hemos servido de los azules de Giemsa o de Leishmann con muy buenos resultados.

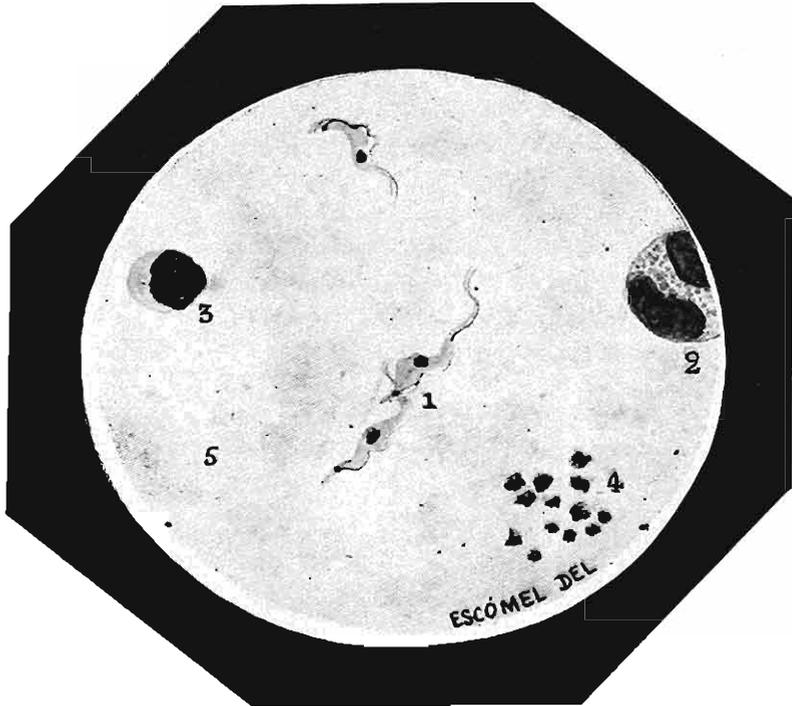
#### *Descripción del parásito.*

Los parásitos que insertamos en la figura adjunta, los hemos tomado directamente a la cámara clara, con el obj. de inmersión  $\frac{1}{16}V$ , dándonos con el Giemsa, un fondo rosa irregular, formado de los que fueron los hematies; celeste el protoplasma de los leucocitos y los parásitos; los núcleos morados o púrpuras así como los blefaroplastos parasitarios y los hematoblastos de Hayem.

Los parásitos se presentaban característicos, ondulados, serpiginosos, teniendo entre 20 y 40 micra de largo comprendiendo el flagelo hasta su extremo y de 3 a 4 micra de ancho en su parte más gruesa.

Todos tenían el flagelo más largo que la terminación del cuerpo protoplásmico.

Este es granuloso en toda su extensión. La membrana ondulante variable, según la posición en que fué fijado el parásito.



Dibujo a la Cámara Clara—Oc. inm.  $\frac{1}{15}$ . V.

- 1—Tripanosomas
- 2—Leucocito m.
- 3—Linfocito
- 4—Hematoblastos
- 5—Restos de hematies hemolizados.

El núcleo morado púrpura al Giemsa, casi siempre se halla situado a la altura de la mitad del cuerpo.

El blefaroplasto pequeño, apenas visible, pero siempre bien diferenciado, se continúa con el flagelo.

Por los síntomas de la enfermedad y por el sitio de procedencia del enfermo o sea el corazón de la selva virgen de América, colindante con regiones similares del Brazil, donde existe endémica la tripanosomiasis, creemos que se trata del *primer caso de enfermedad de Chagas* observado en el Perú, siendo evidente que es la primera observación de Tripanosomiasis humana en nuestro país.

Precedentemente hemos hecho saber que la *Triatoma infestans* existe en los valles del Sur del Perú (Moquegua, Arica, Tambillo, Vitor, Siguan y Majes) más no está averiguado que esta variedad de *Triatoma* o *Chirimacha* trasmite alguna enfermedad, en tanto que nuestro enfermo nos ha asegurado que en la región selvática de su procedencia, *Tahuamanu*, las *Vinchucas* son abundantes y está muy bien establecido que estos individuos son los vectores de la enfermedad que contra maestría describiese el sabio profesor Doctor CHAGAS.

