

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 12 — MEDELLIN, SEPTIEMBRE 1962 — Nº 8

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín. — Continuación de "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". — Tarifa Postal reducida. Lic. Nº 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

Dr. Oriol Arango Mejía
Decano de la Facultad

Dr. Miguel Guzmán A.
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez

Dr. César Bravo R.

Dr. Iván Jiménez

Dr. David Botero R.

Dr. Alfredo Correa Henao

Srta. Melva Aristizábal

Srta. Margarita Hernández B.
Administradora

CONTENIDO:

EDITORIAL

El despertar de la sífilis.—**Dr. Alberto Robledo Clavijo** 459

TRABAJOS ORIGINALES

Estudio parasitológico de una región del Amazonas colombiano.—**Marcos Restrepo I.** 462

Esporotricosis epidérmica.—**Prof. José Posada Trujillo y Dres. Gonzalo Calle V., Alonso Cortés C., Iván Rendón P., Heriberto Gómez S., Mario Henao A. y Dra. Angela Restrepo M.** 485

La Amitriptilina en el tratamiento de las depresiones endógenas.—**Dr. Jaime Vintimilla Alborno** 494

Participación del pericardio en la tuberculosis pulmonar.—**Dr. Jairo Velásquez Toro** 502

ENCUESTAS

Qué sabe usted de salud pública?—**Dr. Héctor Abad Gómez** 506

EXTRACTOS DE REVISTAS 528

EL DESPERTAR DE LA SIFILIS

Nuevamente asiste el mundo a un resurgimiento de la sífilis ante la atónita mirada de los médicos y autoridades sanitarias que habían olvidado por algún tiempo el peligro de esta terrible y polimorfa enfermedad venérea. En el reciente Congreso Mundial celebrado en los Estados Unidos de América en medio de la sorpresa general, se descubrió ante el mundo lo que para muchos no era ya un secreto, que las enfermedades venéreas volvían a constituir un gran problema, pues su despertar era un hecho palpable a la luz de las estadísticas.

Este hecho se atribuye casi seguramente al colapso de las campañas contra este tipo de enfermedades, debido al efecto de los antibióticos que indudablemente tienen gran acción sobre los organismos que las producen, a la escasa educación sanitaria y a la ignorancia de las nuevas generaciones, sobre los peligros de las enfermedades venéreas.

Pero la extinción de las campañas no se verificó únicamente en los países más avanzados en salud pública, sino aún entre nosotros, donde en los últimos años a excepción del municipio de Medellín y la Caja Seccional del I. C. S. S. quienes han continuado en la lid; las demás poblaciones del Departamento han visto desaparecer prácticamente todo género de campañas contra las enfermedades venéreas.

Si en la reunión que comentamos, se informó que de 106 naciones adscritas a la Organización Mundial de la Salud, no menos de 76 habían observado un extraordinario aumento de la incidencia de la sífilis y enfermedades semejantes; qué diremos de nosotros donde solo el municipio de Medellín a pesar de sus campañas, ha visto aumentar los índices de sífilis contagiosa de 88 por 100 mil habitantes que era en 1953, a 248 por 100 mil habitantes en 1961; de 480 por 100 mil que era el índice para blenorragia en 1953, a 1.400 por 100 mil en 1961;

y de 700 por 100 mil para la totalidad de las enfermedades de origen venéreo en 1953 a 2.610 por 100 mil en 1961. (1)

Si en solo los Estados Unidos de América se estima que en el año pasado hubo 4.000 niños con sífilis congénita y por lo menos una cifra semejante de individuos fallecieron debido a esta enfermedad, qué diremos de nosotros si se persiste en desestimar el problema real que tenemos a la vista?

Datos proporcionados por entidades responsables del país del Norte, anotan que de los sífilíticos no tratados el 1/200 llega a ser ciego, 1/50 llega a ser insano, 1/25 liciado o inhábil y el 1/5 cardíaco. El costo de sostenimiento de estos pacientes es bastante alto pues se calcula que se gastan 12 millones de dólares al año para sostener a los sífilíticos ciegos, y 46 millones cuesta la hospitalización de los sicóticos sífilíticos. (2).

Es indudable que la existencia de falsos informes positivos en las pruebas de laboratorio, puede contribuir a dificultar el diagnóstico, lo mismo que la aplicación empírica de antibióticos a dosis insuficientes que solo logran ocultar el problema y enmascarar el proceso morboso.

Parece que la base de las campañas efectivas contra las enfermedades que nos ocupan hoy, sea la identificación precoz de los casos infectantes y el rastreo de los contactos, para lo cual en algunos países existe personal debidamente instruido para cumplir tan delicada labor.

Otra parte muy importante la constituye el hallazgo de una prueba serológica lo suficientemente sencilla y barata para que esté al alcance de la masa del pueblo y facilite la labor de los investigadores. Recientemente comienza a divulgarse una prueba, el R. P. R. (Rapid Reactive Reagent), que sí corresponde a los hallazgos iniciales, por su facilidad, va a constituir un medio insustituible para el control de las masas. (3). El examen premarital exigido ya en muchos países y en determinadas religiones, le proporciona a los contrayentes la oportunidad de consultar al médico, a la vez que contribuye a mantener al público al tanto de la existencia de estos problemas y ayuda a descubrir los casos incipientes entre los jóvenes, que son los más expuestos.

(1) Informe personal. Servicio Epidemiológico. Secretaría de Salud Pública, Medellín, 1962.

(2) Beerman H. et al. Syphilis Archives of Int. Med. 107; (1): 121-140 Jan. 1961.

Además el empleo de los antibióticos indicados: penicilina, eritromicina, cloranfenicol, tetraciclina, según el caso, en dosis suficientes y por el tiempo necesario; así como la enseñanza activa a los jóvenes médicos que deben volver a tener presente estos flagelos, especialmente la sífilis, en los diagnósticos diferenciales de las enfermedades infecciosas y dermatológicas, constituye otra etapa inaplazable de la campaña. Sería deseable que las autoridades sanitarias del país dejaran oír su voz acerca de lo que se está haciendo para combatir este importante grupo de enfermedades, pues en las circunstancias presentes, y con los recursos de que dispone hoy la ciencia médica, ya que no la erradicación, si es posible su control efectivo.

El viejo epígrafe colocado en la puerta del célebre hospital parisiense vuelve a tener vigencia: "Si no le temes a Dios, témele a la Sífilis".

A. R. C.

(3) Resurgent Syphilis, it can be eradicated. *Time*, 80 (12): 43. sept. 21/62.

ESTUDIO PARASITOLÓGICO DE UNA REGIÓN DEL AMAZONAS
COLOMBIANO

Incidencia de parásitos intestinales. — Estudio de *Mansonella ozzardi*

Marcos Restrepo I. (*)

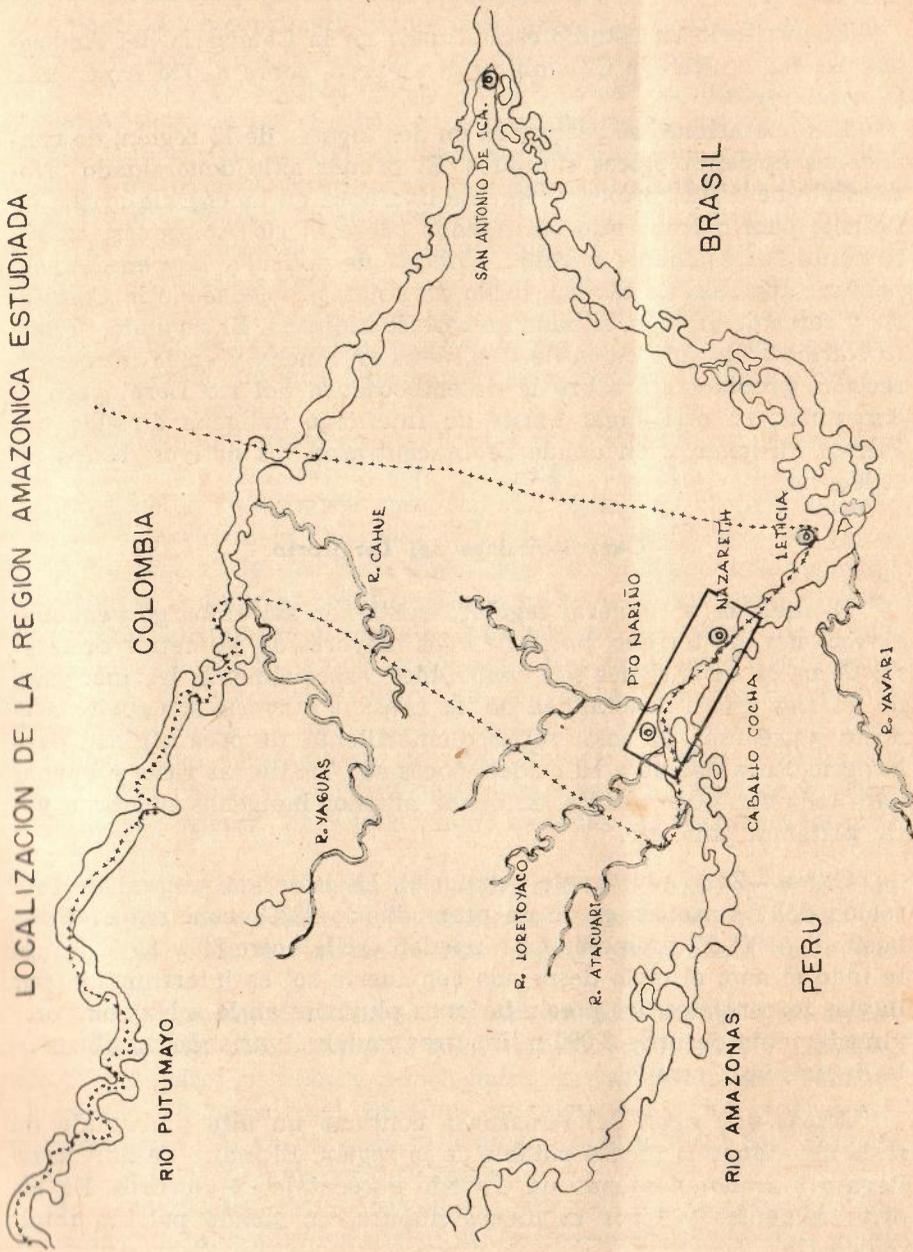
Aunque la inmensa región Amazónica ha sido estudiada en el campo parasitológico por investigadores peruanos y brasileños en sus respectivos territorios, en Colombia por el contrario muy poco se ha hecho en relación con estudios de esta naturaleza. Es por lo tanto importante acercarnos a estas olvidadas regiones que deben ser abiertas a la civilización y empezar a conocer los problemas médicos de sus habitantes.

El presente trabajo es el resultado del estudio realizado en el llamado "Trapezio Amazónico Colombiano", durante una excursión efectuada en Diciembre de 1960 (**), con un reducido equipo de laboratorio que se trasladó a esta zona. Parte de la labor se llevó a cabo en la propia región y el resto se completó en la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de Medellín.

* Instructor en Parasitología; Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

(**) Excursión dirigida por el Dr. Guillermo Cano P., con integrantes de las Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia, de la Universidad de Antioquia. En el presente trabajo colaboraron: Francisco Yepes, Mario Ruiz, O-laff Mejía, Norman Peláez, Raúl Uribe y Sadi Mejía, de la Facultad de Medicina.

LOCALIZACION DE LA REGION AMAZONICA ESTUDIADA



73° 72° 71° 70° 69° 68°

Descripción general de la región estudiada

El territorio en estudio está situado en la Comisaría del Amazonas, en los límites de Colombia con el Perú, sobre el río Amazonas. (Ver mapa).

Las operaciones se realizaron en dos lugares de la región, de condiciones epidemiológicas similares. El primer sitio denominado "Nazareth" que dista aproximadamente una hora en lancha río arriba de Leticia, puerto fronterizo colombiano sobre el río Amazonas; en este punto antiguamente existió un puesto de policía y hoy en día solo persiste una casa de tabla y techo de hojas, propiedad de la Comisaría y cerca de allí está situado un caserío indígena. El segundo, "Puerto Nariño", distante cerca de tres horas en lancha y en la misma dirección, propiamente sobre la desembocadura del río Loretoyaco al Amazonas; en este lugar existe un internado indígena dirigido por Padres Misioneros, en donde se concentraron los nativos de los alrededores.

Características del Territorio

El suelo es en general regular, existiendo sin embargo pequeñas elevaciones del terreno, pocas de ellas mayores de 60 metros de altura. Grandes extensiones son inundables, especialmente las márgenes de los ríos y casi la totalidad de las islas; la mayoría son suelos arenosos y gredosos, de color rojizo o amarillento, de poca utilidad para la agricultura debido a su acidez; pocas son las tierras ricas y buenas para toda clase de cultivos, en donde algunos indígenas siembran yuca, plátanos, piña, etc.

Clima.—Zona netamente ecuatorial. La isoterma general de esta región del Amazonas, es de un promedio de 28°C., con temperaturas hasta de 40°C. El promedio de humedad oscila entre 80 y 85% durante todo el año; el cielo despejado con fuerte sol es interrumpido por lluvias torrenciales; las precipitaciones pluviales en la selva son aproximadamente de unos 3.000 milímetros anuales, variando ampliamente de un año a otro (1).

Aguas.—El agua del Amazonas contiene un alto porcentaje de residuos, siendo la menos potable de la región. El índice de dureza no llega a 3 grados, teniendo un elevado porcentaje en cloruros. En los otros afluentes y lagos es menos impura, no siendo potable totalmente (1).

Población.—En estas localidades casi la totalidad de sus habitantes está formada por indígenas naturales de la región; el resto son unos pocos colonos principalmente brasileños. Los indios de la región pertenecen a la tribu de los Tikunas, que se extienden a lo largo del río Amazonas y de algunos de sus afluentes desde Iquitos (Perú) hasta San Antonio de Ica (Brasil), en la desembocadura del río Putumayo. Por supuesto no habitan en todo este trayecto, sino que están distribuidos en diversas agrupaciones que toman el nombre de **Naciones**: éstas llevan el nombre de un animal o de un vegetal; Arara, por ejemplo significa “guacamayo” y en esta localidad los tikunas se llaman así. En Colombia se encuentran las parcialidades de Nazareth, Pto. Nariño, Mocagua y Arara. Los indios nunca se casan o enmaridan dentro de una misma nación, existiendo por esto en una de estas localidades mezclas de varias naciones. Todos hablan el tikuna, dialecto del idioma Arauaco.

El fundamento social de los tikunas es la familia, de una solidez muy grande en comparación con los blancos de estas latitudes. Sus creencias son muy simples: creen en un “Dios” o “espíritu bueno” y en el “espíritu malo”; pero de sí no tienen ningún acto religioso, ni de oración, ni de sacrificio. Entre los más civilizados se propaga rápidamente la doctrina cristiana. Los actos sociales son pocos, el principal y más solemne es el llamado “pelazón” o “gran fiesta de la pubertad”, ceremonia en la que se declara a una muchacha oficialmente núbil, que consiste esencialmente en un variado número de ritos y bailes en medio de los cuales le arrancan el pelo a la joven, esta fiesta culmina con el casamiento de ella. Otro de sus actos sociales, es una reunión llamada “guayurí”, en la cual se congregan para construir sus cementeras, terminando como en todas sus fiestas en un prolongado baile.

La mayoría de los indígenas están semi-civilizados y todos los que viven en las cercanías del Amazonas visten telas en forma corriente; solamente se dibujan la cara para la gran fiesta de la pubertad.

El indígena amazónico es de estatura un poco menor que el promedio del adulto colombiano, de color terroso, ojos negros y grandes, pelo liso y negro; los dientes puntiagudos, siendo costumbre el limárselos desde temprana edad con fines estéticos (fig. 1). En general son prolíficos pero con un desgaste prematuro; mueren a un bajo promedio de vida tal vez no mayor de 50 años.

Su alimentación es monótona y a pesar de los recursos que les brinda la naturaleza, no los suelen utilizar adecuadamente. Está cons-



Fig. 1 - Indígena tikuna. Nótese la forma de los dientes. Al fondo se observan varias indígenas y una vivienda.

tituida a base de "fariña", almidones sacados de la yuca y otras plantas; y de pescado que lo consiguen con facilidad y en abundancia. La carne de animales de monte, no obstante ser buenos cazadores, no la buscan a diario pues son extremadamente negligentes. Los alimentos son ingeridos crudos o a medio cocinar, en muchas ocasiones comen lagartos, gusanos y otras sustancias de dudoso valor alimenticio. El agua la sacan de los ríos y lagos llena de lodo, usándola sin hervir. La costumbre de tomar "masato", bebida embriagante que preparan a base de yuca masticada y luego fermentada, constituye una fuente de diseminación de varias enfermedades.

El aseo personal es bastante deficiente a pesar del baño casi diario debido al intenso calor. Sus vestidos hechos de tela ordinaria y conseguida difícilmente, los llevan por mucho tiempo sin mudárselos. No usan zapatos ni protección de ninguna clase.

Sus viviendas construidas de productos sacados de la selva; las fabrican a uno o dos metros de altura, sobre pilares clavados en la tierra y encima de ellos colocan el piso formado de un tablado hecho de "pona" (tronco de una palmera); el techo 2 o 3 metros más arriba, consta de paños de hojas de palmera, más comúnmente de "yarina". Muchas de las casas tienen pocas paredes y divisiones; a un lado y comunicada por un amplio puente construyen la cocina. De las vigas del techo, cuelgan sus hamacas hábilmente tejidas, en donde duermen; los menos civilizados lo hacen sobre el piso en un trozo de "llanchama", especie de tela sacada de un árbol.

MATERIALES Y METODOS

En los dos lugares ya descritos se concentraron los indígenas, de los cuales pudimos estudiar 197, número que consideramos como una muestra representativa de la población de la región.

Después de ganar la confianza de los nativos mediante algunos obsequios, se procedió a instruirlos y suministrarles los vasos parafinados necesarios para el examen coprológico de los integrantes de cada familia. En los días sucesivos se procedió al examen de las materias fecales y también a obtener las muestras de sangre por punción digital a cada individuo; luego se anotaron los siguientes datos: nombre, edad, sexo y procedencia de cada individuo estudiado. Si la persona era menor de 12 años se procedía a tomarle una muestra para investigar oxiuros. Por último se evaluaba someramente el estado general de la persona.

La agrupación por familias no se efectuó por la dificultad en precisar los parentescos de sus integrantes. Las encuestas de cada vivienda y las costumbres de sus ocupantes tampoco se tomaron en cuenta por separado, debido a que en su totalidad correspondían a la descripción general que se hace de la tribu.

Se examinaron un total de 176 coprológicos de indígenas de ambos sexos, de los cuales 100 eran mujeres y 76 hombres.

La distribución por edades comprendió desde una niña de 5 meses hasta tres ancianos de 70 años, (Ver cuadro N° 1). El estudio coprológico consistió en el examen de una sola muestra fecal de cada individuo y sin purgante previo. En su gran mayoría las muestras fueron semi-sólidas, en las que se observaron macro y microscópicamente residuos alimenticios no digeridos, especialmente yuca, dando una intensa coloración morada oscura casi negra, con el lugol.

A cada muestra se le practicó un examen directo con solución salina y con lugol en la misma placa; de la misma se tomó una cantidad para fijarla en M. I. F., (Merthiolato-Iodo-Formol), a una proporción de 1 : 10, para su transporte al laboratorio de Medellín, en donde se concentraron por el método de sedimentación con formoléter de Ritchie (2).

Un total de 84 niños menores de 12 años se examinaron con el método de la cinta engomada de Graham (3), para buscarles infección por oxiuros.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCION POR SEXO Y POR EDADES DE LOS PACIENTES
EXAMINADOS CON COPROLOGICOS

EDADES	SEXO		TOTAL
	Masculino	Femenino	
Menores de 1 año	2	3	5
De 1 a 9 años	28	46	74
De 10 a 19 años	15	14	29
De 20 a 29 años	15	18	33
De 30 a 39 años	7	8	15
Mayores de 40 años	9	11	20
TOTALES	76	100	176

Las placas que se tomaron con el fin de buscar hemoparásitos en general, consistieron en extendidos de sangre a 197 personas, hechos por punción digital que luego se tiñeron con el colorante de Wright. Este grupo de individuos está compuesto por aquellos a quienes se les hizo examen coprológico y además otras cuantas personas que se presentaron únicamente a la sangría. El mismo extendido se aprovechó para hacerle una fórmula leucocitaria con el fin de determinar principalmente la eosinofilia existente. Las muestras fueron tomadas en las horas del día.

RESULTADOS

A. Parásitos Intestinales.

Todas las 176 personas a quienes se les buscó parásitos intestinales se encontraron positivos, dando un parasitismo del 100%.

Al examen directo se hallaron 16 coprológicos negativos que a la concentración resultaron positivos para algún parásito. Como lo muestra el Cuadro N° 2, la mayor incidencia fue para uncinarias (83,5%), seguido por *Trichuris trichiura* y *Ascaris lumbricoides*, con porcentajes de 76,7 y 76,1% respectivamente. Entre los protozoos la mayor incidencia correspondió a *Entamoeba coli* (69,3%) y a *Entamoeba histolytica* (55,1%).

Es interesante anotar los parásitos encontrados en los cinco ni-

ños menores de 1 año. En 4 de ellos **A. lumbricoides**; en tres **T. Trichiura**; y un caso de uncinaria, **E. histolytica**, **E. coli**, **Endolimax nana**, **Iodamoeba butschlii** y **Chilomastix mesnili**. El más parasitado fue un niño de 8 meses de edad, a quien se le encontró un total de 6 especies de parásitos.

Entre las personas parasitadas, el número de variedades de parásitos es el siguiente:

Con 1 variedad de parásitos	:	8 (4,5%)
Con 2 variedades de parásitos	:	11 (6,3%)
Con 3 variedades de parásitos	:	33 (18,8%)
Con 4 variedades de parásitos	:	30 (17,0%)
Con 5 variedades de parásitos	:	31 (17,6%)
Con 6 variedades de parásitos	:	29 (16,5%)
Con 7 variedades de parásitos	:	18 (10,2%)
Con 8 variedades de parásitos	:	13 (7,4%)
Con 9 variedades de parásitos	:	1 (0,6%)
Con 10 variedades de parásitos	:	2 (1,1%)

En cuanto al sexo y la parasitosis se puede decir que no existe predilección por ninguno.

Además de los parásitos anotados en el Cuadro N° 2, se hallaron otros huevos de parásitos cuyo diagnóstico definitivo no está aún terminado. En el siguiente capítulo se descubrirán detalladamente cada uno de ellos.

De las 84 muestras de la cinta engomada, se encontraron 5 casos positivos para **Oxyuris vermicularis**, dando un porcentaje de 6%, Además de huevos de otros parásitos intestinales debido a la contaminación fecal por el mal aseo.

B. Parásitos Sanguíneos.

En este estudio se hicieron extendidos de sangre periférica a un total de 197 indígenas. En estas preparaciones se encontraron 27 con microfilarias (13,7%) y además 3 con **Plasmodium** 1,5%). En uno de los casos se encontraron asociados los dos parásitos.

Estudio de las Microfilarias.—Las microfilarias encontradas fueron estudiadas morfológicamente y clasificadas como microfilarias de **Mansonella ozzardi** (Manson, 1897), con las siguientes características: Se encuentran en sangre circulante; carecen de vaina envolvente; tienen gránulos uniformemente dispuestos en su extensión que terminan en una sola fila de núcleos, sin llegar hasta el extremo; extremidad caudal fusiforme, puntiaguda y no encorvada; extremidad anterior redondeada y libre de núcleos, principiando estos a una distancia promedio de 2,7% de su longitud total. (Figs. 2 y 3).



Fig. 2 - Microfilaria de *M. Ozzardi* en extendido de sangre periférica. X 97.

CUADRO Nº 2

INCIDENCIA COMPARATIVA DE PARASITOS INTESTINALES
AL EXAMEN DIRECTO Y POR CONCENTRACION

PARASITOS	Directo		Concentración		Total de positivos	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
HELMINTOS						
Ascaris lumbricoides	95	54.0	134	76.1	134	76.1
Trichuris trichiura	39	22.2	134	76.1	135	76.7
Uncinarias	94	53.4	144	81.8	147	83.5
Strongyloides stercoralis	15	8.5	38	22.6	44	25.0
PROTOZOOS						
Entamoeba histolytica	50	28.4	95	54.0	97	55.1
Entamoeba coli	82	46.6	121	68.8	122	69.3
Endolimax nana	10	5.7	46	26.1	46	26.1
Iodamoeba butschii	8	4.5	35	19.9	36	20.5
Giardia lamblia	5	2.8	38	21.6	38	21.6
Chilomastix mesnili	2	1.1	27	15.3	27	15.3
Trichomonas hominis	7	4.0	—	—	7	4.0
Balantidium coli	0	0	3	1.7	3	1.7
TOTALES	407		815		836	

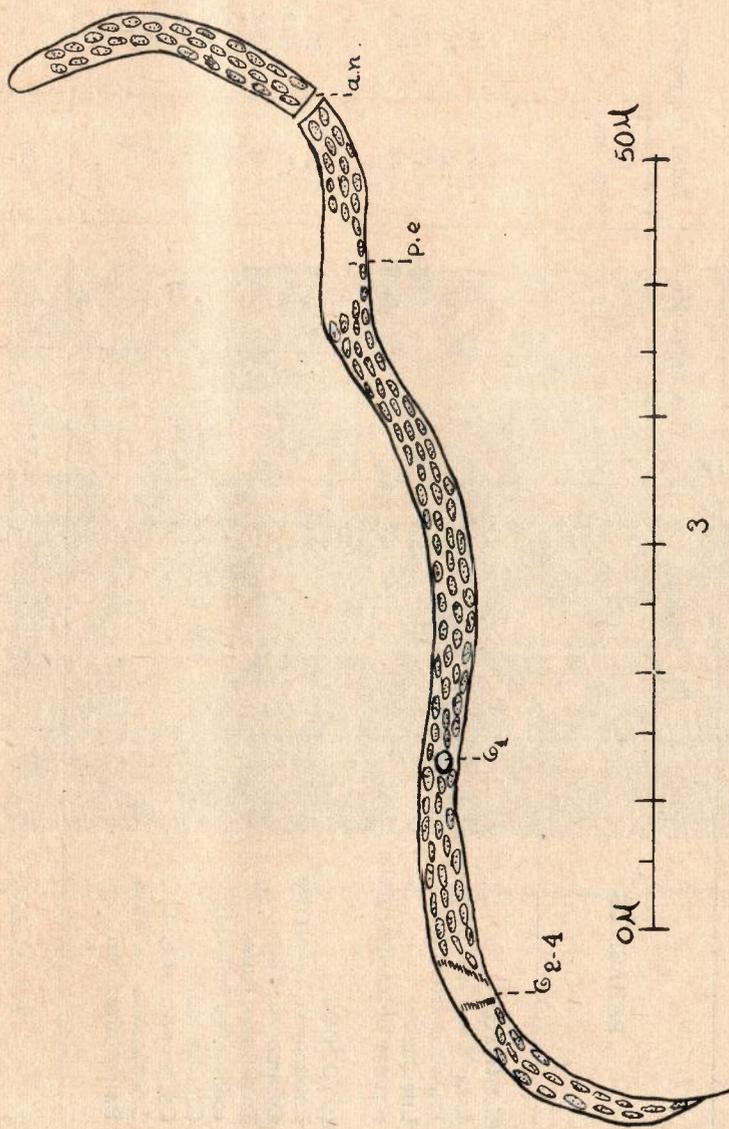


Fig. 3 - Esquema de una microfilaria de *M. Ozzardi* copiada por medio del método de la cámara lúcida; a. n. anillo nervioso; p. e. poro excretor; G₁, G₂-4, las llamadas células genitales.

Su tamaño determinado al medir 40 microfilarias, por el método de la cámara lúcida, dio una longitud promedio de 114,5 micras, con una mínima de 96 y una máxima de 141. Su anchura promedio es de 3,3 micras. La relación de las estructuras internas con la longitud de las microfilarias, se calcularon en los siguientes porcentajes promedios: Anillo nervioso a un 22,1% de longitud. Poro excretor a un 30,8%. Células G₁ (Células genitales) a un 66,4%. Células G₂ a G₄ (Células genitales) a un 79,6%.

La distribución por edades de las personas con microfilarias (Cuadro N° 3), muestra alguna preferencia por los adultos. La eosinofilia promedio de los 27 casos es de 22,5% con una cifra máxima de 48% en una mujer de 35 años que además de las microfilarias en la sangre, se le encontró en el coprológico 6 especies diferentes de parásitos. Aunque no se hicieron leucogramas completos, al hacer la fórmula diferencial se observó un aumento marcado en el número de los leucocitos.

CUADRO N° 3
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS DE
MANSONELOSIS

(14 hombres y 13 mujeres)

EADAES	Número de examinados	Positivos para <i>Mansonella</i>	
		Nº de casos	%
De 0 a 9 años	86	5	5.8
De 10 a 19 años	34	4	11.8
De 20 a 29 años	37	5	13.5
De 30 a 39 años	17	4	23.5
Mayores de 40 años	23	9	39.1
TOTALES	197	27	13.7

Paludismo.—Los casos de malaria encontrados en tres adultos de 43, 52 y 65 años de edad, se identificaron como *Plasmodium vivax*.

Únicamente en la segunda persona, una mujer de 52 años, hubo signos y síntomas de paludismo crónico, con esplenomegalia grado II.

A todas las personas a quienes se les tomó el extendido de sangre, se les hizo una fórmula leucocitaria que dio en promedio la siguiente: Neutrófilos: 44,1%, eosinófilos: 25,5%, basófilos: 0,4%, linfocitos 29,1% y monocitos: 0,9%.

La cifra máxima de eosinófilos es de 56% encontrada en tres niños de 8, 10 y 11 años respectivamente, todos ellos con multiparasitismo.

COMENTARIOS

Como era de esperar en un medio ambiente como éste, el parasitismo fue del 100%. Cada individuo estaba multiparasitado y en dos personas se encontraron hasta 10 especies diferentes de parásitos. La incidencia para cada parásito, demuestra las condiciones epidemiológicas existentes en esta región. La falta absoluta de educación y por lo tanto la ignorancia de las más rudimentarias normas de higiene, facilita la infección con cualquier parásito. La carencia de letrina, favorece la intensa contaminación fecal, que junto al mal aseo personal y a la deficiente preparación de sus alimentos, llevan a índices tan altos como los encontrados para **A. lumbricoides** (76,1%) y **T. trichiura** (76,7%). Igual sucede con **E. Histolytica** (55,1%), dando uno de los índices más altos de este parásito en Colombia. En la literatura al respecto reportan cifras mayores, únicamente Zuluaga, H. y Duque, J. (4), con un 67,4% entre habitantes de Santo Domingo (Antioquia); y Duque, O. y col. (5), con un 60% en una tribu de indios del Chocó en condiciones epidemiológicas similares.

Las uncinarias con un 83,5% es explicable, pues los indígenas carecen de zapatos o protección en los pies, además de la ausencia de letrinas y la amplia diseminación de materias fecales, lo que permite la continua reinfección.

Es de anotar el hecho de no encontrar personas con tenias. Aunque los indios ingieren muchas veces carne cruda de varios animales, rara vez lo hacen con carne de cerdo o ganado vacuno debido a la escasez de estos animales entre ellos.

En cuanto a la parasitosis intestinal en niños menores de 1 año, es importante anotar el hallazgo de 5 niños parasitados. Entre ellos un niño de 8 meses con 6 especies de parásitos. La infección por uncinarias en estos niños que todavía no caminan es escasa, ya que tienen poco contacto con los sitios frecuentemente contaminados con heces humanas como son el monte y los lugares aledaños a su vivien-

da. La parasitosis por protozoos es más frecuente, pues la vía de entrada del parásito es la boca. La madre con una mala higiene personal tiene el papel principal en la transmisión de las formas infectantes, especialmente al atender a la preparación de los alimentos. De *E. histolytica* por ejemplo han dado cifras hasta de 29.67% en lactantes, en la ciudad de Villavicencio (6).

La incidencia de un 6% de oxiuros encontrada entre los menores de 12 años, es una cifra bastante baja si se considera la parasitosis total; pero hay que tener presente que debido al intenso calor de esta zona se sumergen con frecuencia en el agua, baño que aunque superficial, es suficiente para dar una incidencia menor de la que en realidad debe existir, pues por el método de la cinta engomada solo se encuentran los huevos dejados por las hembras parásitas sobre las regiones perianales y perineales.



Fig. 4 - Huevos pertenecientes a la familia Dicrocoeliidae u Opisthorchiidae. A - Fotografía, X 43.

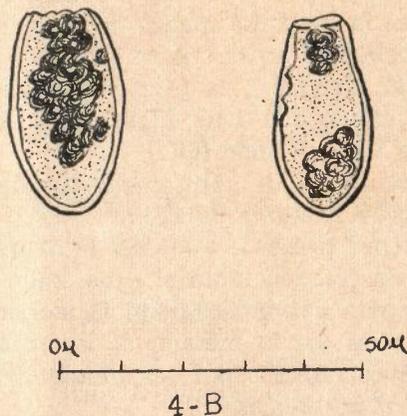


Fig. 4 B - Esquema por el método de la cámara lúcida.

Otros Parásitos.

1º.—En 6 casos de los 176 coprológicos examinados, se encontraron unos huevos de 30 a 40 micras de longitud por 20 a 24 micras de ancho, con doble membrana, ambas muy delgadas. Operculados. Sus membranas transparentes permiten ver una formación embrionaria no bien definida que no llena totalmente la cavidad interna del huevo. (Figs. 4 A y B).

Hasta el presente la clasificación más probable a que se ha llegado es la siguiente: huevo que pertenece a un parásito de: Tipo: **Platyhelminthes**, Clase: **Trematoda**, Orden: **Prosostomata**, Sub-orden: **Distomata**, Familia: **Dicrocoeliidae** (Looss, 1907) o Familia: **Opisthorchiidae** (Luhe, 1901).

La dificultad en determinar la familia se debe a la falta de adultos, pues con los huevos únicamente es difícil llegar a una clasificación exacta. La morfología, el tamaño y las estructuras internas, lo aproximan más a la familia **Dicrocoeliidae**, y al género **Dicrocoelium** sp. (Dujardin, 1845), como lo describe Brumpt (7), sin embargo no se puede descartar la posibilidad de pertenecer a la familia **Opisthorchiidae**, con características similares en los huevos.

Las especies correspondientes a estas familias, son parásitos del tracto biliar de ovejas. Además han sido encontrados también en otros mamíferos como caballos, bueyes, cerdos, perros, conejos, etc. Los huevos al caer en un medio adecuado son ingeridos por especies de caracoles, y en su interior sufren transformaciones hasta llegar a



Fig. 5 - Huevo clasificado como de *Fasciola hepática*. A - Fotografía, X 43.

ser infectantes. Estos moluscos se ponen en contacto con la hierba que exigieren las ovejas y otros mamíferos herbívoros que están expuestos a la infección. El hombre puede contaminarse accidentalmente, en raras ocasiones. Faust (8) anota casos de infección humana en algunos países de Europa, Norte de Africa, Rusia y China. En América no han sido descritos ninguno de los parásitos anotados.

2º—En 1 caso se encontraron huevos de otro parásito, que fueron clasificados como de posible **Fasciola**. Estos tienen un tamaño promedio de 130 micras de longitud por 66 micras de ancho, con doble membrana bien definida, operculados y en el interior se observan estructuras embrionarias. (Figs. 5 A y B). Se clasificaron como pertenecientes a la clase **Trematoda**, familia: **Fasciolidae** (Railliet, 1895) y como género y especie: **Fasciola hepatica**, (Linnaeus, 1758).

En Colombia este parásito es bastante raro, aunque la distomatosis bovina y ovina es frecuente en ciertas regiones, llegando a cifras de 80%. Hasta el año de 1957 habían sido informados 14 casos humanos de **Fasciola hepatica**, en diferentes sitios del país (9).

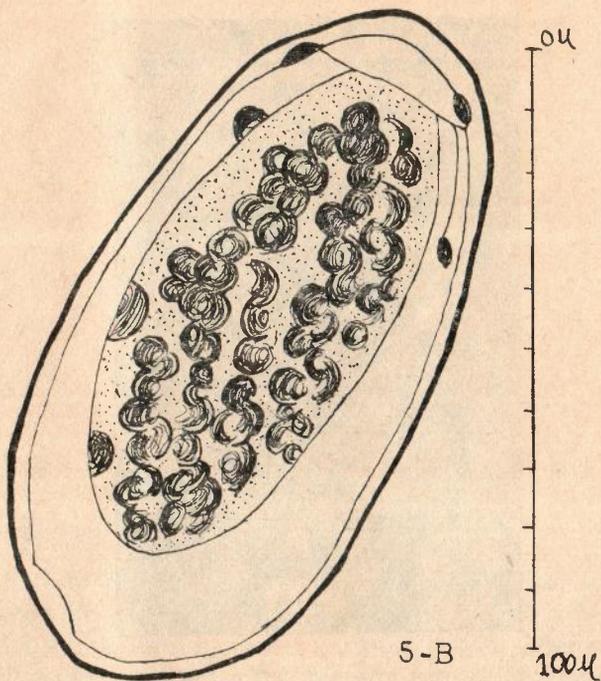


Fig. 5 B - Esquema por el método de la cámara lúcida

3°—Por último, 1 caso en que se encontraron unos huevos con cierta semejanza a los de oxiuros. Tienen una longitud promedio de 60 por 30 micras de ancho, con doble membrana, siendo la externa más gruesa que la interna. En su interior se observa una larva enrollada, bastante larga para ser de oxiuros. Hasta el presente no se ha llegado a una clasificación satisfactoria. (Figs. 6 A y B).

Todos los huevos descritos en esta parte del trabajo están siendo objeto de estudios detenidos, los cuales más tarde darán origen a nuevas y precisas publicaciones al respecto.

Paludismo.

Únicamente 3 casos (1,5%) de personas infectadas con *Plasmodium vivax*, fueron hallados entre los indígenas estudiados. A pesar de existir los vectores necesarios para la transmisión del parásito y de haber personas enfermas, el paludismo es escaso. Este hecho puede deberse a la intensa campaña que está realizando el Gobierno Nacional para la erradicación de la malaria.



Fig. 6 - Huevo parecido a los de oxiuros.
A - Fotografía, X 43.

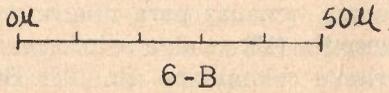


Fig. 6 B - Esquema por el método de la cámara lúcida.

Microfilarias.

Como ya se mencionó, las microfilarias encontradas en los extendidos de sangre periférica, fueron identificadas como de **Mansonella ozzardi** (Manson, 1897). Su descripción está de acuerdo con la encontrada por diferentes autores (10, 11), y las relaciones de las estructuras internas coinciden exactamente con las descritas por Faust (10). En cuanto a la longitud total de estas microfilarias existe discrepancia con las anotadas por Faust y otros autores que aceptan una longitud de 185 a 200 micras, pero en el presente estudio se encontró una longitud promedio de 114,5 micras, cifra que sí concuerda con las reportadas por Rengifo (12, 13) en las dos ocasiones en que las estudió; además Biagi (14) en México, que ha tratado ampliamente este tema, informa una longitud promedio de 137 micras; en el mismo informe anota que el tamaño de las microfilarias se altera según la técnica con que se obtenga la sangre y las sustancias con que se traten. Westbrook y Scott (15) dicen que el tamaño de las filarias varía con el huésped.

Al observar el Cuadro N° 3 vemos que existe una mayor incidencia de filariasis en la edad adulta que en los primeros años de la vida; este hecho está de acuerdo con la forma de adquirir el parásito, pues se considera que esta filaria está íntimamente relacionada con la vida selvática pues es allí donde se encuentran los insectos vectores y los indígenas, a medida que crecen, van teniendo mayor contacto con la selva. La eosinofilia en esta entidad, como en todas las demás filariasis es alta; nosotros encontramos una cifra máxima de 48%. Esta eosinofilia elevada no puede atribuirse exclusivamente a la filariasis, pues otras parasitosis presentes en ellos pueden también causarla.

En ninguno de los 27 casos se encontró sintomatología atribuible exclusivamente a la Mansonelosis. En esto están de acuerdo otros autores que han estudiado la entidad tanto en Colombia como en otros países (12, 13, 14).

En Colombia se han reportado varias veces casos de Mansonelosis. Ovalle (11) en 1940 relata el encuentro de microfilarias en la sangre de un extranjero que al parecer adquirió el parásito en territorio colombiano. En 1949 Rengifo (12) reporta 12 casos de **Mansonella ozzardi** en varias regiones del oriente colombiano, encontradas ocasionalmente en gotas gruesas tomadas para una encuesta malárica. El mismo autor un año después (13) vuelve a informar sobre 18 nuevos casos también en el oriente colombiano. En 1960 Botero (16) hace el

hallazgo de 11 casos en indios Cunas de la región de Turbo, Antioquia. Además existen otros casos aislados y recolectados por Aguallimpia y Villa (17). Con el presente estudio se agregan 27 nuevos casos de esta filaria a la casuística nacional. En la misma selva Amazónica tanto en el Perú como en el Brasil, han reportado varios casos de *Mansonella ozzardi* (18, 19), lo que indica la frecuencia de la infección y su relación con la selva.

Otras enfermedades.

Aunque no se realizó ningún estudio específico de otras enfermedades, nos pudimos dar cuenta de varias entidades comunes entre ellos. La tuberculosis por ejemplo, según datos de las autoridades sanitarias de la región, es un grave problema ya que un alto porcentaje de la población indígena la padece. La costumbre de tomar el "masato", producto de la yuca masticada, es una fuente importante para su diseminación, pues aquellos que la mastican son los niños y los ancianos en quienes se encuentra el mayor número de casos con la enfermedad activa. Su tratamiento raramente se hace, pues el indígena nunca consulta y las drogas necesarias se consiguen con dificultad.

Las diarreas y enteritis son muy comunes especialmente en la población joven. Su principal medio de propagación son las aguas, que tienen contaminación fecal tanto de seres humanos como de animales. Estas entidades son la principal causa de mortalidad infantil y hacen que la población adulta aumente poco a pesar de que el número de hijos es elevado.

Otras entidades menos frecuentes son la leishmaniasis y las micosis. El carate es bastante común entre ellos.

RESUMEN

Se presenta un estudio realizado en el territorio Amazónico Colombiano. Se describe la región y las costumbres de los indios tikunas en quienes se hizo el presente trabajo. Las 176 personas estudiadas por examen directo y por concentración, se encontraron parasitadas en un 100%, existiendo entre ellas un multiparasitismo marcado. De 84 niños menores de 12 años a quienes se les buscó infección por los parásitos intestinales conocidos y discriminados en los cuadros, se describen otras tres especies no definitivamente clasificadas. De acuerdo a la morfología de sus huevos, se orientó su clasificación,

del primero como de la familia **Dicrocoeliidae** u **Opisthorchiidae**, el segundo como **Fasciola hepatica**, y el tercero como huevos similares a oxiuros.

Se hace un estudio de sangre periférica a 197 personas para buscar hemoparásitos y se encuentra **Plasmodium vivax** en 1,5% y microfilarias de **Mansonella ozzardi** en un 13,7%; estas microfilarias son objeto de un estudio morfológico completo además de una revisión del tema en Colombia.

Se puso especial atención al recuento diferencial de leucocitos, encontrando una marcada eosinofilia cuyo promedio fue del 25,5%.

SUMMARY

This paper deals with a study of intestinal and blood parasites among the Tikuna indians of the Amazon region of Colombia. A brief description of their social habits is also presented.

All the 176 individuals studied by directed and concentration stool examination were found positive for intestinal parasites. The multiparasitism was notorious. Among 84 children investigated for pinworm infection, the incidence was found to be 6%. In addition to the common intestinal parasites, three other groups of parasites were found and tentatively classified according to the morphology of their eggs as belonging to the families **Dicrocoeliidae** or **Opisthorchiidae**, the second as the **Fasciola hepatica** and the third parasite as being similar to the eggs of **Oxyuris**.

Blood smears of 197 individuals were studied for parasites. Infections with the following parasites were found: **Plasmodium vivax** with an incidence of 1,5%; microfilariae of **Mansonella ozzardi** with 13,7%; a detailed study of the morphology of **M. ozzardi** is presented. A review was made of **Mansonelliasis ozzardi** in Colombia. Special attention was paid to the study of differential white blood cell counts; it was found that there was a marked eosinophilia, averaging 25,5%.

AGRADECIMIENTO

Al Padre Romualdo de Palma, por su magnífica colaboración en Puerto Nariño, Al Dr. David Botero R. por la ayuda en el estudio de los huevos de parásitos poco comunes y al Dr. Bernardo Jiménez por la colaboración en las microfotografías. A las Srtas. Fabiola Montoya, Helda Isabel Orozco y demás personas que colaboraron en la ejecución de este trabajo.

REFERENCIAS

- 1.—**Villarejo, A.**—Así es la Selva. 2ª ed. Lima. Perú. San Martí y Cía. 1953.
- 2.—**Ritchie, L. S.**—Formalin-ether sedimentation for stool examination. Bull. U. S. Army Med. Dept. 8 (4): 326, 1948.
- 3.—**Graham, C. F.**—A device for the diagnosis of *Enterobius* infection. Am. J. Trop. Med. 21: 159-161, 1941.
- 4.—**Zuluaga, H. y Duque, J.**—Estudio epidemiológico familiar sobre parasitosis intestinal. Municipio de Santo Domingo. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. 1961. Ant. Médica. 12 (5) 243-322. 1962.
- 5.—**Duque, O., Arcila, G. y Zuluaga, H.**—Estudio comparativo de la infección por *Entamoeba histolytica* y otros parásitos intestinales en indios y blancos del Chocó (Colombia). Ant. Med. 9 (9) : 365-385, 1959.
- 6.—**Domínguez, R.**—Amibiasis infantil y Amibiasis del lactante. Rev. Col. Ped. Puer. 10 (1) : 5-47, 1950.
- 7.—**Brumpt, E.**—Précis de Parasitologie. 5ª ed. París. Masson et Cie., 1936. p. 591.
- 8.—**Faust, E. C.**—Human Helminthology. 3ª ed. Philadelphia. Lea & Febiger, 1941. p. 203.
- 9.—**Quevedo T.**—Parasitosis hepatoiliar en Colombia. Ant. Med. 7 (3) : 154-170, 1957.
- 10.—**Faust, E. C.**—Human Helminthology. 3ª ed. Philadelphia. Lea & Febiger, 1941, pp. 536 y 537.
- 11.—**Ovalle, F.**—Un portador de *Microfilarias*. Rev. Fac. Med. Univ. Nal. Bogotá. 9 (1) : 377-379, 1940.
- 12.—**Rengifo, S.**—*Mansonella ozzardi* en la región Oriental de Colombia. An. Soc. Biol. Bogotá. 3 (5) : 211-216, 1949.
- 13.—**Rengifo S. y Orduz, A.**—Dieciocho nuevos casos humanos, autóctonos, con *Mansonella ozzardi* en Oriente de Colombia. Rev. Acad. cienc. Exac. Fis. y Matem. 7 (28) : 548, 1950.

- 14.—**Biagi, F.**—Observaciones sobre Mansonelosis en la Península de Yucatán. IV. Diagnóstico parasitoscópico y longitud de las microfilarias. *Medicina (Mex)*. 37 (769) : 145-147, 1957.
- 15.—**Westbrook, M. G. y Scott, J. A.**—A statistical analysis of the growth in length of the filarial worms in the cotton rat. *Texas Rep. Biol. Med.* 13 (3) : 537-558, 1955.
- 16.—**Botero, V. M.**—Comunicación personal.
- 17.—**Agualimpia, C. y Villa, A.**—Parasitosis en Colombia. Trabajo presentado a la Cátedra de Parasitología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. 1958.
- 18.—**González M. L.**—Hallazgo de *Mansonella ozzardi* en la selva Peruana. Nota preliminar. *Rev. Med. Exp. (Lima)* 12 : 87-89, 1958.
- 19.—**Moraes, M.**—Contribuição ao estudo da Mansonelose no Estado do Amazonas. *Hospital (R. de Janeiro)*. 54 (6) : 887-892, 1958.

ESPOROTRICOSIS EPIDERMICA

- * Prof. José Posada T.
Dr. Gonzalo Calle V.
Dr. Alonso Cortés C.
Dr. Iván Rendón P.
Dr. Heriberto Gómez S.
Dr. Mario Henao A.
** Dra. Angela Restrepo M.

INTRODUCCION

En el presente trabajo queremos recalcar la importancia que en nuestro medio representa el buen conocimiento de la Esporotricosis en su forma fija o tegumentaria, ya que ésta; y a diferencia de lo escrito en otros países (entre ellos el Brasil 1-2) es dentro de nosotros, la variedad más común, como ya fue demostrado en trabajos anteriores (3-4) y que aquí pretendemos confirmar, con una serie de 36 casos, obtenidos de la Consulta Externa del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y algunos casos particulares.

ETIOLOGIA Y MICOLOGIA

Esta enfermedad es causada por el **Sporotrichum schenckii**, hongo imperfecto del grupo de los hifomicetales, para cuyo aislamiento se recurre al cultivo del pus de los abscesos o raspado de las lesiones en medios de cultivo del tipo del Sabouraud adicionado de Penicilina (20 u./ml.), estreptomycin (40 u./ml.) y actidione (0.5 mg./ml.) para evitar contaminaciones por bacterias y hongos no patógenos durante la toma de la muestra. Los cultivos se mantienen a temperatura am-

* Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

** Profesora Auxiliar. Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.

biente por períodos no mayores de 20 días. Las colonias se hacen aparentes alrededor del quinto día, tienen aspecto húmedo y una superficie lisa que se vuelve rugosa con el crecimiento y cuya pigmentación es blanca al empezar el crecimiento y luego negra en los cultivos más avanzados.

Preparaciones microscópicas hechas a partir de estas colonias revelan hifas delgadas con conidioforos cortos y laterales que llevan racimos de microconidias ovales; pueden verse también microconidias sesiles.

El *Sporotrichum schenckii* presenta fase levaduriforme cuando se cultiva a 37°C. en medios a base de sangre, aquí las colonias son de aspecto bacteriano, cremosas y formadas por células fusiformes u ovales que se reproducen por gemación. Este hongo se observa muy raramente en el examen directo de los productos patológicos; de ahí que este estudio tenga poco o ningún valor diagnóstico, a pesar de que en algunos casos Suramericanos se han descrito formaciones denominadas "Cuerpos Asteroides" (5), nosotros nunca las hemos observado.

EPIDEMIOLOGIA

El agente etiológico de la enfermedad existe en plantas, aguas y suelos; por lo general existe un traumatismo previo al comienzo de la infección pero también se han descrito casos de infecciones sin puerta de entrada aparente.

La enfermedad no tiene predilección especial en cuanto a la edad, ni raza, no así en cuanto al sexo.

La mayoría de los autores coinciden en que su frecuencia es más alta en el hombre que en la mujer pero Medeiros Paiva (1) del Brasil revela estadísticas contrarias en la proporción de 2:1 a favor del sexo femenino.

PATOLOGIA

Histológicamente según Lever (6) la lesión primaria de *Sporotrichosis* muestra un tejido de granulación no específico que contiene especialmente plasmocitos, células epitelioides y algunas células gigantes de tipo Langhans, también se encuentran focos de supuración, y si la lesión primaria es papilomatosa se encontrará además marcada hiperplasia epitelial y abscesos intraepidérmicos; en cambio los nódulos subcutáneos presentan aspecto más característico que la lesión

primaria ya que el infiltrado se dispone en tres zonas: una zona central supurativa compuesta especialmente de neutrófilos con unos pocos histiocitos y linfocitos; una zona media o tuberculoide con numerosas células epitelioides y muchas células gigantes de tipo Langhans que pueden agruparse, y una tercera zona periférica sifiloide con numerosos plasmocitos, linfocitos y fibroblastos. Esta disposición en zonas no siempre está presente y especialmente en los nódulos antiguos, solo se aprecia un granuloma no específico.

El agente causal se encuentra solo en cantidad muy exigua en la forma de cuerpos redondeados o fusiformes que no se tiñen con hematoxilina eosina; algunos de ellos tienen prolongaciones asteroideas.

En resumen, sin la demostración del hongo no se puede hacer diagnóstico histológico de Sporotricosis; solo se puede sospechar.

CLINICA

Las diferentes formas clínicas de la variedad fija se caracterizan porque el hongo infecta la piel alrededor de la puerta de entrada; produce la lesión primaria; permanece allí "in situ", no se disemina por vía linfática y solo se nota crecimiento de la lesión inicial (7). Se localiza de preferencia en los miembros y en segundo lugar en la cara; puede haber infarto linfático regional, pero sin la aparición de lesiones nodulares secundarias; esto por infección sobre-agregada.

Las formas clínicas de la variedad fija son: (7) ULCERATIVA, VERRUCOSA, en PLACAS ERITEMATO-ESCAMOSAS, y más raramente los tipos INFILTRATIVO y ACNEIFORME.

INMUNIDAD

Está perfectamente aceptado que los individuos con la enfermedad desarrollan cierto grado de inmunidad, variable de acuerdo con las distintas personas y regiones. Los casos de reinfección son pocos.

Las reacciones de aglutinación de Widal y Abrami (8) pusieron de manifiesto títulos al 1:800 en personas con infección activa y luego del tratamiento, dichas aglutinas rebajan al 1:60 o al 1:80.

En esta reacción así como en la de fijación del complemento, se ha encontrado que hay reacciones cruzadas a títulos menores para Actinomicosis, Moniliasis y otras.

La inyección intradérmica de material extraído de cultivos en su fase miceliar (Escoporotriquina) produce una reacción de hipersens-

sibilidad en los individuos sensibilizados. Esta reacción parece ser altamente específica.

En nuestros últimos enfermos hemos empleado Escoporotriquina preparada por la Dra. Angela Restrepo con resultados que más adelante detallaremos.

Nota: Parece demostrado que el tipo fijo de la enfermedad es debido a defensas inmunológicas del huésped (7).

El pronóstico es bueno salvo en los casos diseminados que suelen ser fatales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Esta forma de Sporotricosis debe ser diferenciada de otros granulomas, tales como Sífilis, Tuberculosis, etc. y de otras micosis, en especial Cromoblastomicosis, Blastomicosis y aún Actinomicosis. Debe pues tenerse su diagnóstico presente siempre que se esté ante una dermatosis de evolución crónica y aspecto polimorfo.

TRATAMIENTO

Los yoduros constituyen el tratamiento de elección. En nuestros casos hemos empleado gotas de solución saturada de yoduro de potasio, empezando con 15 gotas 3 veces al día y aumentar 3 gotas diarias (1 gota por cada toma) hasta dar al paciente 40 a 50 gotas 3 veces al día.

Otra fórmula puede ser:

Yoduro de Potasio	30 gms.
Tintura de Belladona	10 cc.
Jarabe de corteza de naranjas	30 cc.
Agua destilada c. s. p.:	300 cc.
"Cucharadas"	

Dar al enfermo 4 cucharadas al día (5 gms. de Yoduro de Potasio) empezado con una cucharada. Esto con el fin de tantear la sensibilidad del paciente.

Como reacción de intolerancia pueden presentarse náuseas, vómitos, pirosis y aún verdaderas gastritis, ocasionalmente erupciones acneiformes.

Los rayos X y la cirugía se emplearán en casos especiales.

En los pocos casos que hemos tenido oportunidad de tratar con Griseofulvina hemos fracasado, pero algunos autores como González Ochoa (9) de México han reportado éxitos con esta droga.

CUADROS RESUMENES DE LOS CASOS

DISTRIBUCION POR EDADES		
De 1 a 10 años	4	11.1%
De 11 a 20 años	6	16.6%
De 21 a 30 años	5	13.8%
De 31 a 40 años	3	8.3%
De 41 a 50 años	5	13.8%
De 51 a 60 años	4	11.1%
Mayores de 60 años	9	25 %
Totales	36	100 %

SEXO		
Masculino	30	83.3%
Femenino	6	16.7%
Totales	36	100 %

OCUPACION

Agricultor	13	36.1%
Estudiantes	4	11.1%
Oficios Domésticos	4	11.1%
Sin ocupación	3	8.3%
Obrero	2	5.5%
Albañil	2	5.5%
Zapatero	1	2.7%
Sacristán	1	2.7%
Comerciante	1	2.7%
Carnicero	1	2.7%
Vaquero	1	2.7%
Sin dato	3	8.3%
Totales	36	100 %

TIEMPO DE EVOLUCION		
Máximo	10	años
Mínimo	6	días
Promedio	2	años

VARIEDAD CLINICA

Ulcerativo	15	41.6%
Verrucosa	12	33.3%
Eritemato-escamosa	8	22.2%
Infiltrativa	—	—
Acneiforme	1	2.7%
Totales	36	100 %

LOCALIZACION

Cara	4	11.11%
Miembro superior derecho	5	13.88%
Miembro superior izquierdo	8	22.22%
Miembro inferior derecho	8	22.22%
Miembro inferior izquierdo	7	19.44%
Tórax	1	2.75%
Abdomen	1	2.75%
Ambos miembros superiores	—	—
Ambos miembros inferiores	1	2.75%
Varias localizaciones	1	2.75%
Totales	36	100 %

DIAGNOSTICO INICIAL

Esporotricosis	8	22.2%
Cromoblastomycosis	6	16.6%
T. B. C. cutis	3	8.3%
Leishmaniasis	3	8.3%
Ca. Epidermoide	2	5.5%
Piodermitis	4	11.1%
Ulcera Piógena	3	8.3%
Piodermitis vegetante	2	5.5%
Granuloma inespecífico	1	2.7%
Sin diagnóstico	4	11.1%
Totales	36	100 %

ESTUDIO MICOLOGICO

Cultivo	36	+	100%
Examen Directo	36	—	100%

TRATAMIENTO

Yoduro de K oral	28	77.7%
Yoduro de Na. I. V.	1	2.7%
Cirugía	2	5.5%
Rayos X	1	2.7%
Griseofulvina	1	2.7%
Sin tratamiento	3	8.3%
Totales	36	100 %

RESUMEN

Se presentan 36 casos de Esporotricosis Epidérmica, haciendo resaltar la importancia que esta forma clínica tiene en nuestro medio.

Se hace un resumen de la entidad bajo el punto de vista micológico, patológico, clínico, inmunológico y de tratamiento.

Se presentan nueve cuadros que resumen los 36 casos.

En los casos presentados se pone de relieve la preponderancia por el sexo masculino en cualquier ocupación y la gran dificultad en el diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The paper deals with the description of 36 cases of epidermic sporotrichosis, a form of this disease that is important in Colombia. A general review on the subject in connection with mycology, pathology, clinical aspects, immunology and treatment is made.

The study of the cases is presented in 9 tables. Important features are the predominance of the disease in men and the great difficulty in differential diagnosis.

REFERENCIAS

- 1 — **De Medeiros Paiva, Fernando.** "Esporotricose" Arquivos Brasileiros, Med. Nav. 72:147-188, 1959.
- 2 — **Sampaio, A. P., Da Silva Lacaz, C.** Klinische und. Statische Untersuchungen uber Sporotrichose in Sao Paulo, Brasil. Der Hautarat. 10:490-93, 1959.
- 3 — **Calle V. Gonzalo, Restrepo M. Angela.** Esporotricosis, Ant. Med. 11 (7) 444-465, 1961.
- 4 — **Sánchez Arbeláez J. E.** Micosis. Facultad de Medicina Universidad de Ant. 1957. Tesis de Grado.
- 5 — **Pinkus, H., Grekin, J. N.** Sporotrichosis with asteroid tissueform. Arch. Derm. et Syph. 61:813-819, 1950.
- 6 — **Lever, Walter F.** Histopathology of the Skin. 2ª ed. Philadelphia, J. B. Lippingoth, 1954, p. 229-231.
- 7 — **Simons, R. D. G. Ph.** Medical Micology. 327-345, 1954.
- 8 — **Widal et Abrami.** Ser diagnostic de la Sporotrichose. Par la Sporo-aglutinativa. Bull. et Mem. Soc. Med. des Hospitaux Paris 22:947-952, 1908.
- 9 — **González Ochoa, A.** Griscofulvin in deep Mycoses. An New York Acad. Se. 89 (1) : 254-257, 1960.

LA AMITRIPTILINA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES ENDOGENAS +

Dr. Jaime Vintimilla Albornoz **

De Mayo de 1961 a Febrero de 1962 hemos tenido la oportunidad de seguir el curso de cincuenta casos de depresión endógena tratados con clorhidrato de amitriptilina, nuevo antidepresor. ***

Aunque incidentalmente fueron también tratados con esta droga otros tipos de depresión (1-2), en este trabajo resumiremos únicamente los resultados obtenidos de la observación de pacientes con depresión primaria o endógena.

Hasta donde nos ha sido posible, para la selección de casos hemos tenido en cuenta, principalmente, la personalidad del enfermo, su historia familiar, el biotipo y la fórmula endocrinovegetativa, dejando de lado aquellos en los cuales la génesis exógena del episodio parecía evidente. Esto no obstante, siempre con el criterio de que el par conceptual endógeno-exógeno no puede ser aceptado de modo indiscutible (3), y considerando que son muy pocas las psicosis originadas de una manera endógena pura (1-2-3-4-5), hemos incluido en el grupo algunos pacientes que, en el curso del tratamiento, por las características sintomatológicas y matices del cuadro (6-2), encajaban mejor dentro de las psicosis endógenamente condicionadas. Con el objeto de dar mayor exactitud a esta observación, hemos descartado aquellas depresiones que coincidían con trastornos climatéricos y/o arterioesclerosos (2-3-5), a pesar de que historia familiar, anamnesis y fórmula endocrinometabólica hacían pensar más bien en trastornos primarios.

* Trabajo realizado en el Hospital Mental de la Beneficencia de Antioquia, Medellín, Colombia.

** Dirección actual: Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca, Ecuador.

*** Comercialmente se conoce como Triptanol. Merck Sharp & Dohme.

Estos cincuenta enfermos se reparten de la siguiente manera:

Hombres	22
Mujeres	28
Hospitalizados	30
Ambulatorios	20

En el primer grupo se incluyen aquellos que iniciaron su tratamiento y lo continuaron en los pabellones de aislamiento, aunque, posteriormente, cuando sus condiciones mejoraron, fueron vigilados en Consulta Externa. El segundo grupo está formado por enfermos que no quisieron o no pudieron hospitalizarse, ya por lo poco llamativo de sus síntomas, ya por circunstancias familiares o de trabajo. En todo caso, cuando el paciente seguía la terapéutica en su domicilio, el control se hacía cada quince o treinta días, según las necesidades individuales.

De acuerdo a la edad, tenemos la siguiente división:

10 a 20 años	1 caso
20 a 30 años	6 casos
30 a 40 años	12 casos
40 a 50 años	18 casos
50 a 60 años	3 casos

Desde el punto de vista de la historia familiar, anotamos que en 12 casos (24%) no se pudo obtener dato alguno; en 18 (36%), había claros antecedentes de psicosis entre los familiares; en los 20 restantes (40%), la investigación sobre herencia fue negativa, o no hubo absoluta seguridad por parte de las personas llamadas a informar sobre el paciente.

Del número total de enfermos tratados, 13 (26%) venían a consulta por primera vez y 37 (74%) habían ya tenido uno o más contactos con psiquiatras. De estos 37 individuos, 21 habían sido diagnosticados anteriormente como deprimidos y 16 habían sido calificados como maniacos, esquizofrénicos, neuróticos o personalidades psicopáticas. Solamente en 6 personas pudimos observar la existencia de una locura circular, vale decir la alternación del episodio actual con cuadros de manía o hipomanía.

Entre las formas clínicas especiales, con síntomas que se salían de lo común y corriente, hemos de señalar los datos que a continuación se expresan:

Depresión agitada	3 casos
Melancolía ansiosa	5 casos
Depresión con predominio de síntomas obsesivos	4 casos
Forma estuporosa	1 caso

Además, hemos de citar dos casos en los cuales hubo intento reiterado de suicidio, ambos en personas del sexo femenino.

Es, pues, sobre este material que tuvimos la oportunidad de emplear la Amitriptilina, como puede verse en el siguiente

PROTOCOLO DE ENSAYO:

a) **Presentación del producto:** Para la administración oral hemos empleado tabletas dosificadas a 25 miligramos; para la vía parenteral, solución inyectable conteniendo 10 miligramos de producto activo por centímetro cúbico.

b) **Posología:** En la mayor parte de los casos se utilizó la vía oral desde la iniciación de la terapéutica. La dosis corriente fue de 75 miligramos día, en tomas fraccionadas de 25 miligramos cada 8 horas. Cuando fue necesario, esta dosis se aumentó a razón de una tableta al día hasta llegar a límites que considerábamos óptimos para cada caso. Señalemos, como dato interesante, que nunca tuvimos necesidad de pasar de los 150 miligramos/día. En todo caso, se trató siempre de individualizar la dosis, huyendo de la dosificación standard, con lo cual —creemos— fue factible lograr resultados buenos con cantidades sensiblemente inferiores a las señaladas por la literatura médica (7, 8, 9, 10).

En algunos pacientes no fue posible la administración **per-os**, haciéndose necesario recurrir entonces a la forma parenteral. Por lo general, las dosis inyectadas oscilaron entre los 60 y los 80 miligramos/día, en inyecciones musculares de 30 o 40 miligramos cada doce horas. Solo en dos casos hubo necesidad de emplear 60 miligramos por vez en un lapso de 36 horas.

En cuanto las circunstancias lo permitieron, se pasó de la forma inyectable a la forma oral, debiéndose anotar que nunca la primera forma fue utilizada por un período mayor de cinco días.

Habíamos dicho en líneas anteriores que con dosis pequeñas se consiguen resultados buenos. Esto debe ser explicado. Seguramente, debido a factores somáticos, nutricionales, u otros cuya naturaleza no hemos podido fijar, en la mayor parte de los casos ha sido suficiente

comenzar el tratamiento parenteral con 60 miligramos diarios, en dosis repetidas de 30 cada 12 horas. De igual manera, al administrar tabletas, para el 82% de los casos bastó la mínima cantidad de 75 miligramos diarios.

En las curas de sostenimiento han sido suficientes cantidades del orden de los 50 miligramos/día, tomados durante dos-tres meses para mantener al enfermo en buenas condiciones.

c) **Duración del tratamiento:** Ha variado mucho de un caso a otro, con un tiempo mínimo de un mes (7 casos) y un máximo de cinco (9 casos), estando el término medio en los dos-tres meses. Bien entendido que este tiempo comprende el necesario para yugular la crisis y, también, el empleado en la terapéutica de sostenimiento.

d) **Terapéutica asociada:** Aunque nuestra índole fue evitar cualquiera otra forma de tratamiento, circunstancias de orden clínico y, a veces, familiar, a las cuales el médico no puede sustraerse, hicieron que utilizásemos simultáneamente electrochoque y drogas del tipo de los fenotiacínicos.

El electrochoque se empleó en aquellos casos que, por lo llamativo de los síntomas o por la violencia de éstos, se necesitaba un procedimiento rápido y de resultados bien conocidos ya. Estos electrochoques se aplicaron en número de tres a cuatro, uno diario o día por medio, con excepción de dos en los cuales hubo de prolongarse esta medida por diez días.

En lo que respecta a la administración de fenotiacínicos, hemos empleado el Largatil en dosis más bien bajas, entre los 50 y los 100 miligramos. Esto sucedió en los pacientes que tenían crisis de ansiedad y/o agitación, especialmente nocturnas (2). Además, esta medicación no se dio sistemáticamente y su aplicación se ordenó cuando el enfermo necesitó ser sedado de urgencia.

En los casos en los que el síntoma predominante fue la obsesión se empleó, como medida coadyuvante, la psicoterapia, especialmente en el periodo de recuperación.

Resumiendo: En el 50% de los casos, como podrá verse más abajo, la administración de Amitriptilina se acompañó de otras medidas terapéuticas.

Amitriptilina y electrochoque	13 casos
Amitriptilina y Largatil	8 casos
Pacientes que necesitaron psicoterapia	4 casos

e) **Tolerancia:** El medicamento fue bien tolerado en todos los casos con excepción de uno —paciente del sexo femenino, 52 años, con crisis repetidas de depresión, hipocondríaca— que acusó “mareos, náu-

seas, dolor de cabeza”, negándose a recibir más medicamento. No se pudo comprobar que, efectivamente, estas molestias obedeciesen al medicamento, pero, como quiera que la enferma se quejaba mucho y vomitaba a poco de tomarlo, se pensó en una posible intolerancia y se suspendió su administración.

f) **Efectos colaterales:** Si exceptuamos el único paciente en el cual tuvimos que suspender la administración del medicamento, podemos decir que los efectos secundarios fueron escasos y leves, permitiendo, en todo caso, seguir la terapéutica; eso, sin duda, se debe a las bajas dosis empleadas y, naturalmente, a la bondad del producto (8-9-11-10). A continuación insertamos un cuadro que mostrará con claridad la incidencia de tales trastornos:

Sequedad de la boca	5 casos	10%
Estreñimiento	5 casos	10%
Pérdida de apetito	3 casos	6%
Visión borrosa	2 casos	4%
Mareos	2 casos	4%
Náusea	1 caso	2%
Vómitos	1 caso	2%
Somnolencia acentuada	1 caso	2%

Como hecho de interés anotaremos que, en dos casos, la administración de Amitriptilina produjo excitación psicomotora muy intensa, logorrea, aceleración del curso del pensamiento, inestabilidad de la atención, síntomas todos que, por presentarse en personas que habían tenido episodios de manía en otra época de su vida, nos obligaron a disminuir la dosis de medicamento y a dar simultáneamente Largactil. Estas medidas bastaron para abortar lo que parecía iba a ser un brote de manía, y para regresar a los pacientes al cuadro anterior, prosiguiendo el tratamiento sin más incidentes. La primera observación de esta naturaleza la hicimos en una mujer joven, 26 años, con clara historia familiar de P. M. D. y ella misma con un episodio de hipomanía anterior. El segundo caso lo vimos aparecer en un hombre, agricultor de 42 años, con crisis de depresión y manía desde los 14 años.

En ninguno de los casos tratados pudimos anotar trastornos cutáneos ni otros de naturaleza alérgica. Tampoco hemos visto alteraciones del cuadro hemático, ni síntomas que se manifestaran en los aparatos urogenital ni respiratorio.

En esta parte, nuestras observaciones coinciden con las que trae la literatura consultada (7-8-9-12-11-10).

g) **Resultados obtenidos:** En conjunto, han sido altamente satisfactorios. Como en seguida se apreciará, el porcentaje de mejorías excede al de fracasos y resultados inciertos.

Resultado del tratamiento de 50 enfermos, con Amitriptilina:

Muy Bueno	Bueno	Satisfactorio	Fracaso	Incierito
7	15	15	6	7
14%	30%	30%	12%	14%

COMENTARIOS: El haber obtenido un 74% de remisiones contra un 26% de resultados nulos, nos da la impresión de que la Amitriptilina tiene una clara y evidente acción antidepresora. Por los trabajos de algunos investigadores (7-8-9-6-12) conocemos de su valor sobre las depresiones exógenas o reactivas; este modesto aparte no hace sino confirmar el benéfico efecto que ejerce sobre las depresiones endógenas.

Es un producto que puede manejarse sin miedo, pues las reacciones secundarias que produce son de tipo pasajero y, desde luego, bien soportadas por los pacientes, desapareciendo en cuanto se suspende su administración o cuando se disminuye la dosis. Hemos observado también que estas molestias suelen desaparecer en pocos días, aún si se persiste en las mismas dosis.

Para terminar, señalaremos que los fracasos anotados pertenecen a enfermos en los cuales la obsesión fue un factor sobresaliente dentro de los síntomas. En efecto, ninguno de los cuatro casos cedió absolutamente, pues si bien los pacientes aparecían menos deprimidos por cortas temporadas, a poco de bajar la dosis volvía a presentarse la obsesión y, con ella, la angustia. Las dos restantes observaciones pertenecen a enfermas crónicas, sometidas ya a distintos tratamientos y con recidivas muy frecuentes. En ambos casos la edad estuvo por encima de los sesenta años.

Dentro de los casos inciertos incluimos cinco hombres y dos mujeres que dejaron de concurrir a Consulta Externa. Tres de ellos manifestaron más de una vez que, si en realidad era cierto que habían

mejorado "algo", también era verdad que no se sentían aliviados completamente; cuando se les insistió en la conveniencia de seguir con el tratamiento, no regresaron más. De los cuatro restantes solo podemos decir que abandonaron el Hospital en regulares condiciones y no volvieron jamás para ser revisados.

RESUMEN:

Cincuenta enfermos con depresión endógena son tratados con Clorhidrato de Amitriptilina, un nuevo antidepresor. Se presenta el material de estudio: 22 hombres, 28 mujeres, y, después de analizar la posología, la forma de administración, la duración de tratamiento, la terapéutica asociada y los efectos colaterales, se hace una evaluación de los resultados obtenidos: 74% de remisiones contra 26% de resultados nulos.

SUMMARY

The author reports on 50 depressed patient treated with AMITRIPTYLINE Hydrochloride a new antidepressant. In 14% of these cases the results are described as excellent, in 30% as good, in 30% as fair, in 12% as poor and in 14% as uncertain. There is also an analysis of the doses, the duration of the treatment and the side affects.

Hacemos público nuestro reconocimiento a los Laboratorios "Merck Sharp & Dohme", de Cali, por haber puesto a nuestra disposición toda la cantidad de Amitriptilina necesaria para esta observación, y al Dr. Oscar Robledo R., Director del Hospital Mental de Bello, Antioquia, por haber facilitado este trabajo.

REFERENCIAS

- 1 — **Baruk, H.**—Traité de Psychiatrie, Masson et Cie., París, 1959, T. I.: 204-259.
- 2 — **Kline, N. S.**—Diagnóstico y tratamiento de las Depresiones, Clínicas Médicas de Norteamérica, Ed. Interamericana S. A., México, Julio 1961: 1041-1053.
- 3 — **Reichardt, M.**—Psiquiatría General y Especial, Trad. de la cuarta Ed. Alemana Gredos., Madrid, 1958: 329-344.
- 4 — **Vallejo Nágara, A.**—Tratado de Psiquiatría, Salvat, Barcelona, tercera edición, 1954: 504-513.
- 5 — **Varios.**—Diseases of the Nervous System, Vol. 22, Nº 5, 1961.
- 6 — **Dorfman, W.**—Masked Depression, Dis. Nerv. System 22: 41-45, supp. May. 1961.
- 7 — **Ayd, F. J., Jr.**—Amitriptiline (Elavil) Therapy for Depressive Reactions, Psychosomatics 1 : 1-6, Nov. - Dec., 1960.
- 8 — **Bennet, D.**—Treatment of Depressive States with Amitriptiline, Dis. Nerv. System 22 : 55-56, supp., May. 16, 1961.
- 9 — **Dorfman, W.**—Clinical Experiences with Amitriptiline (Elavil), Psychosomatics 1 : 153-155, May. - June, 1960.
- 10 — **Vaisberg, M. and Saunders, J. C.**—Amitriptiline in the Treatment of Depressive States, Dis. Nerv. System 22 : 334-338, June 1961.
- 11 — **Hucker, H. B. and Poster C. C.**—Studies on the Metabolism of Amitriptiline, Fed. Proc. 20 : 172, March 1961 (Part I).
- 12 — **Freed, H.**—On the Parenteral Use of Amitriptiline (Elavil), A Preliminary Report, Am. J. Psychiatr. 117 : 455-456, Nov. 1960. (In Clinical Notes).

PARTICIPACION DEL PERICARDIO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Jairo Velásquez Toro *

El propósito de este trabajo es el de determinar la incidencia de pericarditis tuberculosa en pacientes con tuberculosis pulmonar comprobada y activa.

Para el efecto se examinaron 400 enfermos del Hospital Sanatorio La María, de esta ciudad, a los cuales se les practicaron estudios cardiovasculares, consistentes en examen clínico, fluoroscópico, radiológico, ECG. De los 400, solo en dos existía la sospecha clínica de pericarditis a TBC.

En ambos casos el electrocardiograma demostró aplanamiento de la onda T, moderado bajo voltaje, vector de QRS de tendencia derecha y ligera desviación positiva del segmento ST. Uno de estos casos presentó el cuadro de pericarditis constrictiva posterior a una lobectomía izquierda, el paciente murió y a la autopsia se encontró franca fibrosis y engrosamiento del pericardio. El otro fue intervenido para resección pulmonar y una biopsia de pericardio fue encontrada normal. (1).

Desde Mayo del presente año se han venido tomando biopsias de pericardio en cada uno de los pacientes tuberculosos sometidos a cirugía pulmonar de diverso orden, en el Hospital "La María". Completamos 25 de estos casos. Generalmente se obtuvieron especímenes de diversos puntos del pericardio en cada paciente. Estas biopsias fueron cuidadosamente estudiadas en el Departamento de Patología, y en su totalidad se encontraron negativas para tuberculosis o lesión pericárdica sugestiva de tuberculosis.

* Profesor Auxiliar de Medicina Interna. Cardiología. U. de A.

DISCUSION:

En un estudio efectuado en 1954 por el Departamento de Patología de la Universidad de Antioquia y presentado en un Congreso sobre tuberculosis pulmonar reunido en Caracas (2) se encontraron dos casos de compromiso pericárdico en 52 autopsias de pacientes tuberculosos muertos en el Hospital Sanatorio "La María". Debe anotarse a este respecto, que estas autopsias correspondieron a tuberculosis muy avanzada, y en su mayoría enfermos con caquexia tuberculosa, por lo cual consideramos que este grupo no es representativo, y como consecuencia el porcentaje de lesión pericárdica es diferente si se busca en un grupo de enfermos con formas menos avanzadas, como los que usualmente se ven en los sanatorios.

En una revisión de los archivos del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "San Vicente de Paúl", solo hallamos cinco casos debidamente comprobados de pericarditis tuberculosa, en un total de 68.000 exámenes anatomopatológicos. El tejido se obtuvo en tres de los cinco casos en pacientes sometidos a decorticación pericárdica. Los dos restantes fueron hallazgos de autopsias de pacientes provenientes de "La María". Las radiografías del tórax en los tres primeros se consideraron negativas para TBC.

En un estudio publicado en 1957, por Linell (6), hubo en 9 años y en un total de 3.000 pacientes sanatoriales, solo 19 con sospechas fundamentadas de pericarditis tuberculosa.

En el Africa del Sur (7), contrariamente a lo observado por nosotros y a las estadísticas de Linnell, se ha encontrado como manifestación muy común de la tuberculosis pulmonar, la invasión del pericardio y de los ganglios linfáticos mediastinales. Esto lo han tratado de explicar experimentalmente debido al hecho de que la fascia peritrapeal, penetra entre las capas serosas y fibrosas del pericardio, facilitando así el paso del caseum de los órganos mediastinales. En verdad, no tenemos una explicación para el comportamiento diferente de la tuberculosis pulmonar en el Africa del Sur, comparada con el resto de los países de otros continentes.

Las biopsias de pericardio han sido propuestas previamente con el fin de esclarecer la etiología de las pericarditis con derrame (3-4-5) Estas biopsias se han logrado con la aguja de Vin-Silverman; no obstante un tipo de estudio, tal como el que nosotros hemos seguido, o sea las biopsias pericárdicas directas en pacientes tuberculosos, que consideramos la forma más apropiada de determinar la frecuen-

cia de lesión tuberculosa pericárdica, no sabemos que se halla realizado previamente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1º—Se hace un análisis de la literatura médica en relación con la incidencia de tuberculosis pericárdica en pacientes con tuberculosis pulmonar. Con excepción del trabajo publicado en Africa del Sur, existe la coincidencia de una frecuencia mínima de lesión pericárdica en este tipo de pacientes.

2º—La incidencia del 5%, o sea dos pacientes en 52 autopsias, publicado por el Departamento de Anatomía Patológica en los cuales se encontró tuberculosis tanto en los pulmones como en el pericardio no es en ninguna forma representativa ya que como se expresó previamente todos fueron casos terminales con caquexia tuberculosa.

3º—Las biopsias de pericardio obtenidas en forma indiscriminada en 25 pacientes con tuberculosis pulmonar sometidos a cirugía, fueron en su totalidad negativas para tuberculosis.

4º—De lo anterior se concluye, que la incidencia de pericarditis tuberculosa en pacientes con tuberculosis pulmonar, es rara y definitivamente menor de lo que generalmente se acepta, o debe esperarse.

SUMMARY

This work was accomplished to demonstrate the incidence of pericardial tuberculosis in patients with pulmonary tuberculosis. This study was made in a TB Sanatorium over four hundred patients and in the Pathology Department of the University Hospital, both in in Medellín, Colombia. We came to the conclusion that the participation of the pericardium in pulmonary tuberculosis is rare, contrary to what it is generally believed.

REFERENCIAS

- 1.—**Correa Henao, Alfredo; Robledo, Mario y Mejía, Rafael J.**—Aspectos anatomopatológicos de la tuberculosis en Latino-América. *Antioquia Médica* 4 (1):34-36, 1954.
- 2.—**Velásquez, Jairo y Granados, Flavio.**—Observaciones de 6 casos de pericarditis constrictiva. *Antioquia Médica* 10(8):403-409, 1960.
- 3.—**Sanghvi, L. M. and Samuel, K. C.**—Pericardial biopsy with Vim-Silverman needle. *A. M. A. Arch. Int. Med.* 101:1147-1150, 1958.
- 4.—**Ban, J. F.**—The use of pericardial biopsy in establishing etiologic diagnosis in acute pericarditis. *A. M. A. Arch. Int. Med.* 96:693-696, 1955.
- 5.—**Proudfit, W. L. and Effler, D. B.**—Diagnosis and treatment of chronic pericarditis by pericardial biopsy. *J. A. M. A.* 161:188-192, 1956.
- 6.—**Linnel, Michael A.**—Pericarditis in a tuberculosis sanatorium. *American review of tuberculosis and pulmonary diseases* 76:636-642, Oct. 1957.
- 7.—**Marchand, P.**—Anatomy and applied anatomy of the mediastinal fascia. *Thorax* 6:359-368, Dec. 1951.

La Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Antioquia busca aglutinar el mayor número posible de egresados en torno del Alma Mater, para fortalecer así la tradición y la mística del Claustro.

Afiliarse solicitando informes al teléfono 229-15

La Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Antioquia quiere vincular a los ex-alumnos de la Dirección del Alma Mater

Afiliarse cuanto antes - Tel. 229-15

ENCUESTAS

QUE SABE USTED DE SALUD PUBLICA ?

Dr. Héctor Abad Gómez *

1º—El trabajador que sufre una **INCAPACIDAD TEMPORAL**, como consecuencia de un accidente de trabajo:

- a) Queda con una merma definitiva de capacidad laboral.
- b) Queda inhabilitado para desempeñar cualquiera clase de oficio.
- c) Puede reintegrarse íntegramente a su labor anterior.
- d) Le queda una invalidez.
- e) Requiere cambio de oficio definitivo por su lesión.

2º—Un buen **CHEQUEO PREOCUPACIONAL**, debe buscar el siguiente fin:

- a) Que el trabajador sea íntegramente sano.
- b) Rechazar trabajadores que resulten con defectos físicos.
- c) Buscar la aptitud del trabajador frente a los oficios y las contraindicaciones para otros.
- d) Que el trabajador que resulte con defectos físicos, renuncie a ellos.
- e) Que el trabajador tenga una integridad física suficiente que represente aumento de producción en la empresa.

3º—La **TUBERCULOSIS**, en Colombia, se considera como enfermedad profesional cuando se presenta en:

- a) Veterinarios.
- b) Carniceros.
- c) Carboneros.
- d) Marmoleros.
- e) Fundidores.

* Profesor de Salud Pública en la Facultad de Medicina U. de A. Medellín.

4º—La investigación de **GRANULACIONES BASOFILAS** en hemáties, se utiliza frecuentemente en el diagnóstico de intoxicación por:

- a) Arsénico.
- b) Benzol.
- c) Fósforo.
- d) Plomo.
- e) Mercurio.

5º—Las **NEUMOCONIOSIS**, son enfermedades producidas por:

- a) Polvos de origen mineral.
- b) Polvos de origen animal.
- c) Polvos de origen vegetal.
- d) Ninguno de ellos.
- e) Todos ellos.

6º—La **ENFERMEDAD PROFESIONAL** es:

- a) De producción aguda.
- b) Repentina.
- c) De evolución crónica.
- d) Imprevista.
- e) Anatómicamente mutilante.

7º—La **Planeación Integral** estudia solamente:

- a) Las vías de comunicación.
- b) Los factores físicos, sociales y económicos de una comunidad.
- c) Las campañas de ahorro nacional.
- d) Los aspectos urbanísticos de las ciudades.
- e) La demografía.

8º—El **producto Nacional** es igual:

- a) Al valor de las exportaciones.
- b) Al valor de las importaciones.
- c) A la suma de los impuestos directos.
- d) Al producto bruto menos la depreciación.
- e) Al Presupuesto Nacional.

9º—El Presupuesto anual de una entidad pública debe ser:

- a) La cuenta de entradas y gastos.
- b) Un programa de trabajo para un año de acuerdo con un plan a mediano plazo debidamente valorado en moneda.
- c) Una programación de las inversiones solamente.
- d) Una cuenta de los ingresos.
- e) Una determinación de la deuda.

10º—La Poliomiелitis es:

- a) Producida por un virus neurotrópico.
- b) Una de las principales causas de la mortalidad infantil en Colombia.
- c) Más frecuente en los hombres que en las mujeres.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

11º—Cuando usted necesita confirmar por el Laboratorio un Dx clínico de poliomiелitis envía:

- a) Muestra del LCR del paciente.
- b) Sangre congelada del paciente.
- c) Muestra de fecales.
- d) La anterior (c) más sueros agudo y convalescente.
- e) Todo lo anterior.

12º—La infección conocida como "CATARRO COMUN es:

- a) Producida por un adeno-virus.
- b) Fácilmente prevenible por vacunación.
- c) Producida por un virus entérico.
- d) Inmodificable en su evolución clínica.
- e) Confiere inmunidad duradera.

13º—Cuando se presenta una epidemia de hepatitis infecciosa en una escuela de Medellín, usted deberá disponer:

- a) Su clausura temporal.
- b) La aplicación de penicilina profiláctica al personal de la misma.

- c) La irradiación ultravioleta de los salones de clase.
- d) La inoculación con gamma globulina del personal susceptible.
- e) Nada de lo anterior.

14°—Para el Sarampión Alemán:

- a) Se preparó recientemente una vacuna muy efectiva.
- b) Se aconseja aplicar tetraciclinas a sus pacientes y a sus contactos.
- c) Se adjudica un gran número de malformaciones congénitas por infección en el 2º trimestre del embarazo.
- d) Es mejor no impedir la exposición de los niños en edad escolar.
- e) Hay una prueba diagnóstica llamada de "Paul y Bunnel".

15°—La desnutrición proteica es más frecuente en:

- a) Mujeres embarazadas.
- b) Adultos hombres.
- c) Después del destete.
- d) De 3 a 5 años de edad.
- e) De 1 a 2 años de edad.

16°—La mejor manera de prevenir la desnutrición protéica entre nosotros es:

- a) Adición de triptófano y lisina a la masa de maíz para tener en proteínas un 80% de valor biológico.
- b) Adición de Lisina a la harina de trigo.
- c) La mezcla de harina de trigo y maíz.
- d) Utilización de proteínas de un valor biológico superior al 70%.
- e) Utilización de hidrolizados de proteínas.

17°—La mortalidad infantil en Colombia es en niños menores de un año de:

- a) 25 por mil nacidos vivos.
- b) 50 por mil nacidos vivos
- c) 100 por mil nacidos vivos.
- d) 200 por mil nacidos vivos.
- e) Ninguna de las anteriores.

18°—El coto tiene una prevalencia del:

- a) 35% en Colombia.
- b) 15% en Colombia.
- c) 85% en ciertos Departamentos.
- d) No se encuentra en las Costas colombianas.
- e) No se presenta en la raza negra.

19°—Existe una relación directa entre nutrición y la presencia de:

- a) Fiebre tifoidea.
- b) Viruela.
- c) Tuberculosis.
- d) Amibiasis.
- e) En ninguna de las anteriores.

20°—En Colombia se ha encontrado que la sal contiene:

- a) 15 mg. de yodo/100 gms. en Cundinamarca.
- b) 10 mg. de yodo/100 gms. en Caldas.
- c) 5 mg. de yodo/100 gms. en Cartagena.
- d) 5 mg. de yodo/100 gms. en Zipaquirá.
- e) Que la proporción de 5 mg. de yodo/100 gms., es suficiente para prevenir el coto.

21°—Un programa de enriquecimiento de alimentos se debe basar en:

- a) Aumentar la cantidad de la ingesta.
- b) Complementar los alimentos con aminoácidos puros.
- c) Dar cantidades grandes de proteínas vegetales.
- d) Aumentar las proteínas de valor biológico alto en la dieta.
- e) Agregar cantidades normales de vitaminas y minerales.

22°—En una encuesta nutricional los datos más indicadores del estado nutricional son:

- a) Hematocrito Hemoglobina.
- b) Proteínas plasmáticas.
- c) Talla y peso.
- d) Relación A/6.
- e) Excreción de vitaminas en orina.

23°—El tratamiento del niño desnutrido está basado en:

- a) Administración de vitaminas y minerales.
- b) Administración de plasma.
- c) Administración de proteínas en baja cantidad.
- d) Sangre total.
- e) Administración de antibióticos para controlar diarrea.

24°—El principal problema para la suplementación alimenticia en mezclas vegetales es:

- a) La aceptabilidad por el pueblo.
- b) Lo difícil para conseguir una buena mezcla.
- c) La inestabilidad de los productos.
- d) La deodorización del producto.
- e) Ninguna de las anteriores.

25°—La definición de zoonosis es:

- a) Enfermedades de los seres inferiores que son transmitidas a los animales superiores.
- b) Enfermedades víricas transmisibles del animal al hombre.
- c) Enfermedades que naturalmente se transmiten de los animales al hombre y viceversa.
- d) Enfermedades transmisibles por alimentos del animal al hombre.
- e) Enfermedades víricas que transmiten los mamíferos al hombre y viceversa.

26°—La rabia se transmite:

- a) Por la ingestión de leche.
- b) Por la mordedura o por el contacto de una herida con la saliva de un animal rabioso.
- c) Solamente por la ingestión de carne de un animal muerto por rabia.
- d) Por la exposición al virus rábico en una vasodilatación.
- e) A personas que manipulan animales con flacura patológica.

27°—Si una persona es mordida en el pie por un perro que se sospecha de rabia, se debe hacer lo siguiente:

23°—El tratamiento del niño desnutrido está basado en:

- a) Administración de vitaminas y minerales.
- b) Administración de plasma.
- c) Administración de proteínas en baja cantidad.
- d) Sangre total.
- e) Administración de antibióticos para controlar diarrea.

24°—El principal problema para la suplementación alimenticia en mezclas vegetales es:

- a) La aceptabilidad por el pueblo.
- b) Lo difícil para conseguir una buena mezcla.
- c) La inestabilidad de los productos.
- d) La deodorización del producto.
- e) Ninguna de las anteriores.

25°—La definición de zoonosis es:

- a) Enfermedades de los seres inferiores que son transmitidas a los animales superiores.
- b) Enfermedades víricas transmisibles del animal al hombre.
- c) Enfermedades que naturalmente se transmiten de los animales al hombre y viceversa.
- d) Enfermedades transmisibles por alimentos del animal al hombre.
- e) Enfermedades víricas que transmiten los mamíferos al hombre y viceversa.

26°—La rabia se transmite:

- a) Por la ingestión de leche.
- b) Por la mordedura o por el contacto de una herida con la saliva de un animal rabioso.
- c) Solamente por la ingestión de carne de un animal muerto por rabia.
- d) Por la exposición al virus rábico en una vasodilatación.
- e) A personas que manipulan animales con flacura patológica.

27°—Si una persona es mordida en el pie por un perro que se sospecha de rabia, se debe hacer lo siguiente:

- a) Matar al perro y vacunar a la persona.
- b) Matar al perro y aplicar suero antirrábico hiperinmune.
- c) Vacunar al perro y observarlo por 10 días.
- d) Observar al perro 10 días y a la persona 15 días.
- e) Observar al perro por 10 días.

28°—**Si una persona es mordida en la cara por un perro que se sospecha de rabia, se debe hacer lo siguiente:**

- a) Vacunar al perro y vacunar a la persona.
- b) Aplicar suero hiperinmune y observar al perro.
- c) Matar al perro y aplicar la vacuna.
- d) Observar al perro 10 días y aplicar la suero-vacunación al hombre.
- e) Observar al perro 10 días.

29°—**El período de incubación del virus rábico es de:**

- a) Una semana y dos días.
- b) Cuatro meses.
- c) Depende del tamaño de laceración.
- d) Depende del tamaño de la herida en relación con la mayor abundancia de nervios, cantidad de saliva, situación de la herida y otros factores.
- e) Depende de la aceptación del hombre al virus fijo y calle, en relación a la cantidad de virus que ingresa por la herida.

30°—**En caso de que un individuo vacunado contra la rabia sea mordido de nuevo por un perro vago en un período de 4 meses después de la vacunación:**

- a) Se debe repetir la vacunación.
- b) No se debe repetir la vacunación.

31°—**De los siguientes agentes bacterianos cuál se encuentra más frecuentemente como agente casual de diarreas en el recién nacido:**

- a) Proteus.
- b) Salmonella.
- c) E. coli.
- d) Shigella.

32°—**Cuál de las siguientes vacunas para uso humano está preparada con gérmenes muertos:**

- a) Vacuna antipoliomielítica oral.
- b) Vacuna antirrábica.
- c) Vacuna antitetánica.
- d) Ninguna de las anteriores.

33°—**En la transmisión de las salmonellas que producen gastroenteritis a cuál de los siguientes factores le da Ud. más importancia:**

- a) Contaminación de los alimentos por fecales de animales domésticos.
- b) Contaminación por medio de las moscas.
- c) Mal lavado de las manos.
- d) Falta de agua dentro de la vivienda.

34°—**Una tuberculina positiva en un niño menor de 4 años indica:**

- a) Vacunación anterior con BCG.
- b) Un complejo primario evolutivo.
- c) Las dos cosas.
- d) Ninguna de las dos.

35°—**La poliomiелitis entre nosotros es:**

- a) Más frecuente en los niños mayores de 6 años.
- b) Se presenta generalmente en epidemias.
- c) Las infecciones subclínicas son más frecuentes en personas de un nivel económico elevado.
- d) Todas las anteriores son verdad.
- e) Ninguna de las anteriores es verdad.

36°—**La morbilidad por accidentes entre nosotros es más elevada en los grupos de edad de:**

- a) Menores de 1 año.
- b) 1 - 4 años.
- c) 5 - 14 años

37°—**En cuál de las siguientes entidades el estafilococo es un agente causal frecuente:**

- a) Pielonefritis.
- b) Osteomielitis.
- c) Faringitis
- d) Ninguna de las anteriores.

38°—La administración masiva de BCG produce en una comunidad:

- a) Una disminución marcada de la inmunidad por tuberculosis.
- b) Una disminución marcada de la meningitis tuberculosa.
- c) No tiene influencia sobre la epidemiología de la tuberculosis.
- d) Ninguna de las anteriores.

39°—Es mejor evitar toda radiación innecesaria porque:

- a) No podemos asegurar que no resultará daño de la exposición, no importa lo pequeña que sea.
- b) El Gobierno ha dado regulaciones haciendo que la exposición innecesaria sea ilegal.
- c) La radiación es probable que esterilice al individuo expuesto.
- d) Cambios genéticos pueden resultar en futuras generaciones.

40°—Los principales factores para control de radiación externa son:

- a) Tiempo de exposición.
- b) Distancia.
- c) Uso materias absorbentes.
- d) Colocarse detrás de la fuente de radiación.
- e) Colocarse detrás del paciente.
- f) Los tres primeros.
- g) Todos.

41°—Si usted proyecta un control de radiaciones en Medellín qué fuentes de exposición tendría en cuenta:

- a) Rayos X uso médico.
- b) Rayos X uso odontológico.
- c) Rayos X uso industrial.
- d) Solamente dos de los anteriores.
- e) Todos los anteriores.

42°—**Si nuestra conducta diaria fuera dada solo por soluciones personales (patrones culturales individuales) tendríamos que:**

- a) Habría confusión, al actuar cada persona de diferente modo.
- b) Sería más fácil la vida social.
- c) No pasaría nada.
- d) Se desarrollaría mejor la democracia.
- e) La evolución social sería más rápida.

43°—**Si usted aconsejara a determinado paciente ciertas prácticas, entre ellas baño diario, ejercicios, alimentos en cantidad, etc. podría ser que no le fueran cumplidas unas y otras le fueran modificadas. Usted debe pensar entonces que este paciente:**

- a) "Quiere morirse".
- b) Es un ignorante.
- c) No le entendió.
- d) No las quiere aceptar a pesar de entenderlas.
- e) Puede tener sus creencias propias sobre causa y prevención, de tal modo que se contrapongan a sus consejos.

44°—**El comportamiento emocional es:**

- a) Espontáneo.
- b) Determinado por la cultura.
- c) Uniforme en todas las culturas.
- d) Expresado de la misma manera en todas las culturas.
- e) Determinado por la base fisiológica, sobre la que actúan factores culturales.

45°—**Los hábitos de un individuo perjudiciales a su salud pueden ser removidos:**

- a) Con una buena explicación.
- b) Si se conocen bien las relaciones, funciones que desempeñan y qué significan esos hábitos para el que los practica.
- c) Con un buen regaño.
- d) Solo si este individuo es muy joven.
- e) Con ninguno de los enunciados anteriores.

46°—Se dice que todos los pueblos tienen cultura por:

- a) Ser la cultura inconsciente.
- b) No deben considerarse pueblos "atrasados".
- c) Tener manifestaciones que pueden catalogarse como Cultura.
- e) Todas las razones anteriores.

47°—De las siguientes enfermedades venéreas cuáles están aumentando más notoriamente en nuestro medio:

- a) Chancro blando.
- b) Blenorragia.
- c) Linfogranuloma venéreo.
- d) Ninguna de las anteriores.

48°—Ponga en orden los pasos que debe seguir un paciente dentro del Centro de Salud:

- 1) Consulta médica.
- 2) Post entrevista.
- 3) Entrevista.
- 4) Farmacia.
- 5) Archivo y carpeta familiar.

49°—Cuál de estos tres elementos es el más importante para una organización sanitaria:

- a) Financiación.
- b) Personal.
- c) Relaciones comunales.

50°—Un organograma es:

- a) Una representación gráfica sobre la incidencia de alguna enfermedad.
- b) Un diagrama para señalar la distribución del trabajo y la jerarquía del personal.
- c) Un croquis sanitario donde se indican los sitios con problemas especiales.

51°—El trabajo más importante del Director del Centro de Salud debe ser:

- a) Consulta pediátrica.
- b) Consulta prenatal.
- c) Dirección.
- d) Control de materiales devolutivos.
- e) Vigilancia del cumplimiento del deber del personal.

52°—El archivo de las personas que visitan el Centro de Salud se ordena teniendo en cuenta:

- a) La dirección.
- b) Los apellidos.
- c) El número de orden.
- d) La zona.

53°—En qué área son un problema de Salud Pública las infecciones estafilocócicas:

- a) En el hogar.
- b) En la Escuela.
- c) En el hospital.
- d) En centros de salud.
- e) Entre los campesinos.
- f) En asilos.

54°—El cor pulmonale es entre nosotros:

- a) Muy diferente.
- b) Raro.
- c) Una complicación del infarto del miocardio.
- d) Un resultado de factores ambientales.
- e) Una complicación de parasitosis intestinal.

55°—Cuál de las siguientes medidas es la aconsejable en caso de una infección faríngea por estreptococo hemolítico.

- a) Aislar al paciente.
- b) Dar sulfadiazina 2 gms. de una vez y uno cada 6 horas por una semana.

- c) Penicilina benzatínica 1'200.000 u. 1 ampolla.
- d) Penicilina cristalina 600.000 u. cada 4 horas por 3 días.
- e) Tetraciclina un gm. diario por 6 días.

56°—**La pielonefritis es en relación con la diabetes:**

- a) Una complicación frecuente.
- b) Se asocian ocasionalmente.
- c) Una causa de mejoría temporal.
- d) Disminuye los requisitos de insulina.

57°—**Cuáles son los tres tipos de cáncer más frecuentes en Colombia:**

- a) Piel.
- b) Estómago.
- c) Utero y anexos.
- d) Colon y recto.
- e) Mama.
- f) Broncogénico
- g) Hígado.
- h) Pene.

58°—**La endocarditis bacteriana se presenta con mayor frecuencia:**

- a) En cardioangioesclerosis.
- b) En desnutridos.
- c) En reumáticos.
- d) En cardiopatías congénitas.
- e) En hipotiroideos.
- f) En hipertensos.

59°—**Cuáles de las enumeradas a continuación son más frecuentes en la diabetes durante el embarazo:**

- a) Abortos.
- b) Hemorragias del tercer trimestre.
- c) Cardiopatías.
- d) Enfermedades eruptivas.
- e) Mortinatos.
- f) Complicaciones pulmonares.
- g) Descompensación cardíaca.
- h) Nefropatías.
- i) Hidramnios.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO
CON LA SIGUIENTE CLAVE:

- A — Si 1 y 4 son correctos
- B — Si 2 y 3 son correctos.
- C — Si todos son correctos.
- D — Si ninguno es correcto.

60°—Las causas más comunes de malos olores del agua son:

1. Amonio albuminoide.
2. Algas verdes.
3. Protozoos.
4. Bacterias del grupo coliforme.

61°—Lugares importantes para cría de anofeles son:

1. Lagos.
2. Pantanos.
3. Ciénagas.
4. Depósitos de agua.

62°—Relativo al paciente diabético:

1. Cuidado de los pies de primordial importancia.
2. La tuberculosis pulmonar ocurre más frecuentemente.
3. Un grano es una infección seria en un diabético.
4. Enfermedad cardíaca 30 veces más prevalente entre personas de 65 años y más que entre menores de 35 años.

64°—Enfermedad en la cual el agente etiológico no ha sido identificado:

1. Fiebre por rasguño de gato.
2. Paperas.
3. Herpes simple.
4. Mononucleosis infecciosa.

65°—Se recomienda que los niños entre 5 y 10 años se expongan a las paperas porque:

1. No hay medidas preventivas adecuadas.
2. Es una enfermedad benigna en la infancia.
3. Usualmente tienen consecuencias serias en el adulto.
4. Un ataque confiere inmunidad de por vida.

66°—En relación con incidencia de neumonía viral:

1. Alta resistencia a esta enfermedad.
2. Alta incidencia en la población general.
3. Alta tasa de ataque.
4. Ocurre esporádicamente en todo el mundo.

67°—Tratamiento específico del herpes simple:

1. Esteroides.
2. Penicilina.
3. Salicilatos.
4. Tetraciclinas.

68°—Enfermedades con aumentada incidencia entre los obesos:

1. Hipertensión:
2. Artritis.
3. Desórdenes renales.
4. Arterioesclerosis.

69°—Fuentes conocidas de influenza por virus A, B y C. son

1. Ratones.
2. Moscas.
3. Mosquitos.
4. Ratas.

70°—Efectos del clima sobre la salud.

1. Clima favorable en especial en la cura de la tuberculosis pulmonar.
2. Niños con fiebre reumática sufran exacerbaciones en climas cálidos.
3. Cepas virulentas de neumococos tipos 1 y 2 son raras en los trópicos.
4. Malnutrición en los trópicos se relaciona directamente con el clima.

71° Enfermedades humanas transmitidas por ratas son:

1. Enfermedad de Weil.
2. Peste.
3. Infecciones alimenticias.
4. Trichinosis.

72°—Métodos naturales de purificación de agua son:

1. Sedimentación.
2. Aireación.
3. Oxidación.
4. Reducción.

73°—El control de la neumonía primaria atípica se hace por:

1. Aislamiento de los casos.
2. Inmunización activa de los contactos.
3. Cuarentena de los contactos familiares.
4. Tratar los contactos con sulfonamidas.

74°—La prevención de brotes de salmonellosis se hace mejor por medio de:

1. Adecuado cocimiento de los alimentos.
2. Inspección de carne por el gobierno.
3. Examen periódico de los manipuladores de alimentos.
4. Refrigeración de los alimentos.

75°—Para la segura y exitosa vacunación contra la viruela se recomienda:

1. Cubrir el área de la vacuna después de aplicada.
2. Abarcar un área suficientemente profunda.
3. Área pequeña.
4. Asegurar la rápida secada de la vesícula.

76°—Posibles rutas de transmisión de la poliomiélitis son:

1. Moscas.
2. Reservorios extra-humanos.
3. Leche contaminada.
4. Fuentes de agua infectada.

77°—**Métodos de control de la contaminación bacteriana del aire:**

1. Ventilación mecánica.
2. Filtros de tierra especial.
3. Filtros de arena rápidos.
4. Irradiación ultravioleta.

78°—**El plasmodio malárico:**

- a) Tiene ciclo exo e intra-eritrocítico.
- b) Al comienzo de la infección los ciclos son solo asexuales.
- c) Las recaídas dependen del tipo de parásito.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

79°—**El reservorio de la malaria que afecta al hombre es:**

- a) Únicamente el ser humano.
- b) Las aves y los seres humanos.
- c) Los armadillos y los seres humanos.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

80°—**La susceptibilidad a la malaria es:**

- a) Uniforme.
- b) Se afecta con infecciones previas.
- c) Es mayor en los blancos que en los negros.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

81°—**El alcoholismo es:**

- a) Un vicio.
- b) Una enfermedad somática.
- c) Una enfermedad psíquica.
- d) Una enfermedad psico-somática.
- e) b; c y d.

82°—**El certificado de vacunación contra la fiebre amarilla:**

- a) Es válido solamente de 10 a 12 días después de la vacunación.
- b) Se exige de viajeros de todos los países.

- c) Se exige a los niños menores de 6 meses.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

83°—La malaria es más frecuente:

- a) En todas las edades.
- b) En la niñez y en la juventud.
- c) En los desnutridos.
- d) En todo lo anterior.
- e) En b y en c.

84°—Enfermedades para las cuales hay medios específicos de prevención:

- 1. Herpes simple
- 2. Paperas.
- 3. Sarampión.
- 4. Fiebre por mordedura de gato.

85°—Ejemplos de vitaminas y sus antagonistas:

- 1. Vitamina K y dicumarol.
- 2. Riboflavina e isoriboflavina.
- 3. Acido fólico y ácido metil fólico.
- 4. Biotina y desthiobiotina.

86°—Las tasas más altas de mortalidad por influenza se encuentran entre:

- 1. Lactantes.
- 2. Niños.
- 3. Adolescentes.
- 4. Personas de edad.

87°—Los brotes alimenticios por salmonella son caracterizados por:

- 1. Baja infectividad.
- 2. Comienzo insidioso de los síntomas.
- 3. Infrecuente descubrimiento del alimento común.
- 4. El alimento implicado usualmente sabe mal.

88°—Substancias tóxicas que afectan el sistema respiratorio son:

1. Sulfuro de hidrógeno.
2. Benzol.
3. Cromio.
4. Cadmio.

89°—Signos de envenenamiento por plomo:

- a) Palidez.
- b) Debilidad muscular.
- c) Temblores.
- d) Sensibilidad abdominal.
- e) Todos los anteriores.
- f) Apenas 2 de los anteriores.

90°—En relación con la ocurrencia de fiebre reumática.

1. Rara en niños.
2. Mayor tasa en las ciudades.
3. Familiar.
4. Ataques más frecuentes durante los meses fríos del año.

91°—Antibióticos que influyen en reducir la incidencia de la fiebre reumática después de un ataque estreptocócico agudo.

1. Eritromicina.
2. Penicilina.
3. Chlorotetraciclina.
4. Oxitetraciclina.

92°—En la vacunación contra viruela (reacción primaria):

- a) La pápula aparece a las 72 horas.
- b) Al 5º día la pápula se vuelve vesicular.
- c) Al 7º día la vesícula se umbilica todavía con contenido claro.
- d) Al 10º día la vesícula se ha convertido en pústula.
- e) Solamente tres de las anteriores.
- f) Todas las anteriores.

93°—**Condiciones que predisponen al desarrollo de neumonía pneumocócica son:**

- a) Alcoholismo agudo.
- b) Alcoholismo crónico.
- c) Sarampión.
- d) Tosferina.
- e) Solamente 3 de las anteriores.
- f) Todas las anteriores.

94°—**Enfermedades comunicables cuya difusión es controlada por hospitalización:**

1. Tuberculosis.
2. Sarampión.
3. Tifo epidémico.
4. Fiebre Tifoidea.

95°—**Enfermedad con más rápida difusión a través de una comunidad susceptible:**

1. Hepatitis infecciosa.
2. Viruela.
3. Influenza.
4. Mononucleosis infecciosa.

96°—**Virus que permanece suspendido en el aire por largos períodos y llevado a través de un área relativamente grande:**

1. Ornitosis.
2. Poliomiелitis.
3. Viruela.
4. Sarampión.

97°—**Incluidas entre las "enfermedades familiares".**

1. Sarna.
2. Trichinosis.
3. Tularemia.
4. Fiebre escarlatina.

98°—Puede obtenerse algún alivio en la merma de la incidencia de resfriados comunes con:

- a) Baños fríos.
- b) Dieta adecuada.
- c) Baños de sol.
- d) Rayos ultravioleta.
- e) Dos de los anteriores.
- f) Todos los anteriores.

99°—Control efectivo de meningitis meningocócica se alcanza por:

1. Cuarentena de los contactos familiares.
2. Evitar aglomeración en dormitorios colectivos o vivienda.
3. Aislamiento del paciente.
4. Búsqueda de portadores.

100.—Enfermedades de la piel comunmente halladas en escolares:

1. Escabiosis.
2. Impétigo.
3. Pediculosis capitis.
4. Tinea capitis.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

CUANDO Y COMO INHIBIR SIMPLEMENTE LA LACTANCIA

Por M. Horst Scholz

(Trabajo de la Clínica Municipal de Berlín)

Bull. Féd. Gyn. et. Obst. Franc. 13: 467-9 (Mai) 1961.

El estudio estadístico de más de 2.000 nacimientos ocurridos en el año de 1959 revela que el 18% de los niños recibieron alimentación materna completa, 12,8% alimentación mixta y 6,2% alimentación artificial.

Sabemos que la Tiroxina estimula y mejora la calidad de la leche; es poco aplicada. Obtenemos buenos resultados con el Syntocinon por vía nasal en casos de hipogalactia.

La interrupción de la lactancia se practica en el 60% de los casos por indicación del niño y en 40% por una indicación materna. Durante el embarazo la lactogenesis es inhibida por los estrógenos endógenos y progesterona disminuyen y su acción inhibitoria cesa. Probablemente, estimulada por hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, la lactogenesis se instala.

La inhibición o supresión de la lactancia no se obtiene solo con la administración de estrógenos y gestágenos, sino también por el reposo absoluto de la glándula mamaria. De los métodos hormonales los estrógenos son los más conocidos y eficaces. La medicación que asocia un estrógeno, un gestágeno y la testosterona es poco conocida, pero es utilizada por varios autores. Investigaciones efectuadas en E. U. han demostrado que una asociación de valerianato de estradiol y enantato de testosterona es muy superior a todos los otros métodos.

Muchas pruebas han demostrado que 12 mgrs. de valerianato de estradiol y 270 grms. de enantato de testosterona inyectados de una vez en 1 c. c. de solución oleosa, constituyen la dosis óptima. La administración debe hacerse en el expulsivo o al fin del parto. Cuando se administra 24 horas después del parto, 80% de las pacientes presentan congestión mamaria que en general dura un día.

En todos los casos la hemorragia menstrual se presentó en los límites fisiológicos de 6 a 12 semanas después del parto. Este método no perturba el mecanismo hormonal. Ferin ha demostrado que la metylestronolone administrada 6 semanas después del parto no inhibe la lactancia, sino que la estimula.

En los abortos que se presentan entre el 4º y 6º mes se produce en el 70% de los casos una lactancia; nosotros preconizamos un destete medicamentoso primario para inhibirla.

Señor Ex-alumno de la Universidad de Antioquia

Usted es parte de la Universidad. Tome participación activa en la Dirección del Alma Mater, ingresando a la Asociación de Antiguos Alumnos. Infórmese en el tel. 229-15.

Señor Ex-alumno:

Las publicaciones de la Universidad de Antioquia las consigue más fácilmente a través de la Asociación de Antiguos Alumnos. Afíliese Ud.

Informes: Teléfono 229-15.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INDIVIDUOS CON GENITALES EXTERNOS HERMAFRODITAS

J. Moore et al - Am. J. Obst. & Ginec. 83: 1.175, (May 1), 1962

Los autores han estudiado más de 50 casos de pacientes con genitales externos hermafroditas; hacen primero una clasificación, dividiéndolos en cuatro grupos principales:

1.—Pseudohermafroditismo femenino debido a hiperplasia suprarrenal congénita, debida a un defecto genético recesivo que tiene como consecuencia una deficiencia en la producción de enzimas necesarias para la síntesis del cortisol.

2.—Pseudohermafroditismo femenino sin virilismo progresivo debido a agentes progestacionales recibidos por la madre al principio del embarazo o a tumores ováricos masculinizantes presentes en la madre durante el embarazo. Estos pacientes, con excepción de sus genitales externos que son de morfología ambigua son por lo demás completamente normales.

3.—Pseudohermafroditismo masculino debido a un defecto en el desarrollo de los testículos que trae como consecuencia una persistencia en las estructuras de los conductos de Müller, fusión incompleta de los pliegues labio-escrotales e hipoplasia fálica.

4.—Hermafroditismo verdadero, tiene gonadas de ambos sexos. El grado de anormalidad resultante depende de la capacidad funcional del tejido gonadal presente: pueden ser machos o hembras genéticos. La crianza de estos niños depende en gran medida de la apariencia de los genitales externos.

Los autores describen luego los procedimientos diagnósticos que se deben hacer cuando se observe un recién nacido cuyos genitales externos no estén claramente definidos, y que deben completarse en un máximo de cinco días. Primero debe hacerse un extendido de mucosa bucal para estudiar la cromatina sexual; debe recogerse orina de 24 horas para dosificación de 17 cetoesteroides urinarios y pregnandiol.