

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 11 — MEDELLIN, AGOSTO 1961 — NUMERO 7

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. N° 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

Dr. Oriol Arango Mejía  
Decano de la Facultad

Dr. Benjamín Mejía Cálade  
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez  
Dr. Iván Jiménez  
Dr. Alfredo Correa Henao  
Sra. Dora Echeverri de S.

Dr. César Bravo R.  
Dr. David Botero R.  
Srta. Margarita Hernández B.  
Administradora

## CONTENIDO:

### EDITORIAL

La anamnesis.—Dr. Rafael Carrizosa Argáez ..... 417

### ARTICULOS ORIGINALES:

Síndrome de Marfan.—Dr. Jorge Restrepo Molina ..... 425

La Esporotricosis.—Dr. Gonzalo Calle V. y Srta. Angela Restrepo M. ... 444

Parálisis laríngeas consecutivas a cirugía del tiroides.—Dr. Marco A. Barrientos ..... 446

Trabajos de Parasitología.—Dr. David Botero Ramos ..... 472

### ACTIVIDADES DE LA FACULTAD:

Boletín N° 5 de Junio de 1961 ..... 482

### LA ANAMNESIS +

Dr. Rafael Carrizosa Argáez \*\*

Anamnesis significa etimológicamente recordar el pasado; en lenguaje médico quiere decir recordar las enfermedades sufridas anteriormente; pero su significado se ha ampliado, y hoy entendemos por anamnesis la relación de las enfermedades anteriores y de los síntomas y signos de la actual.

En realidad, anamnesis significa el primer contacto entre el médico y el paciente.

Entre más íntimo sea este primer contacto, más exacta y más útil será la anamnesis.

Pero podrá un médico llegar a comprender íntimamente a su paciente?

La percepción del prójimo ha sido y continúa siendo un intrincado problema filosófico. A quienes no somos filósofos poco nos preocupa este problema tan original, y andamos muy tranquilos convencidos de que comprendemos a cabalidad las cosas y las gentes. A todos nos ha sucedido más de una vez el haber creído que lo que más profundamente nos permitió conocer a una persona fue "la primera impresión" que tuvimos de ella. Es el flechazo, el "coup de foudre" de los franceses, en que suele nacer el amor. Pero, no estaremos equivocados en nuestra apreciación? Será realmente posible comprender a nuestros semejantes y por lo tanto, hacer una anamnesis?

Este problema de la percepción del prójimo ha estado sometido a vaivenes: unas veces se afirma la posibilidad de lograrlo, otras, se niega.

El problema se reduce a estas dos preguntas: Cómo es que llegamos a saber que frente a nosotros existe otra persona? Y cómo es que podemos darnos cuenta de que esa otra persona tiene un yo totalmente diferente del nuestro?

---

\*\* Discurso pronunciado en la sesión inaugural del II Congreso Colombiano de Medicina Interna.

\*\* Presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Se ha dicho que nosotros conocemos al prójimo en virtud de un razonamiento por analogía. Es decir, que nosotros comprendemos a las demás personas porque nosotros nos conocemos a nosotros mismos y colegimos que en ese cuerpo, que es en realidad lo que percibimos del prójimo, se oculta un yo semejante al nuestro, y que, por lo tanto, cuando le vemos hacer un gesto, un ademán o decir unas palabras, comprendemos lo que quiere decir porque nosotros hubiéramos exteriorizado nuestro pensamiento de la misma manera.

Si esto fuese así, nuestro prójimo sería necesariamente un "alter ego", pero jamás una persona distinta de nosotros, con sus ideas y sus sentimientos propios de ella y de nadie más.

"El hombre no puede saltar fuera de su sombra", dice el proverbio árabe. En realidad, el hombre está encarcelado y tiene apenas unas pocas ventanas, que son sus sentidos, a través de las cuales cree percibir el mundo exterior y las demás personas.

Pero en verdad, las sensaciones que percibimos no son otra cosa que modificaciones de nuestro propio cuerpo, de nuestro propio yo.

Si nuestros sentidos fuesen diferentes, el mismo mundo exterior que nos rodea sería distinto, como es distinto nuestro mundo para los sentidos de un infusorio o de una mariposa.

Esto nos lleva a concluir que el hombre es incapaz de conocer las personas y cosas que lo rodean, pues nuestra percepción es algo absolutamente subjetivo que no nos dice sino que nuestros sentidos han sido estimulados.

En términos absolutos lo dicho parece ser verdad, pero para la vida práctica del hombre hay que convenir en que la lámpara que vemos existe y en que es una lámpara.

La percepción del prójimo es algo diferente, pues de él, percibimos su cuerpo de la misma manera como podemos ver un árbol, pero con ninguno de nuestros sentidos podemos percibir su espíritu, sus pensamientos, sus dolores, sus sufrimientos, que es lo que el médico desea conocer cuando hace la anamnesis.

Max Scheller afirma que la percepción y comprensión del prójimo es posible, y no por un simple fenómeno de analogía, sino porque conocemos a las demás personas de la misma manera como nos conocemos a nosotros mismos.

El error o falta de comprensión del problema, proviene de creer que para percibir las cosas externas necesitamos de nuestros sentidos, mientras que para percibir nuestro yo no habría necesidad de intermediarios sino que lo percibiríamos inmediata e íntegramente. Aquí está el error: el cuerpo posee una sensibilidad interna muy rica y variada, cons-

tituida por las sensaciones musculares, las presiones sanguíneas, la sensación de confort, de placer o de dolor con todos sus matices y modalidades, regida por los sistemas vegetativo y hormonal. "Así - dice Ortega y Gasset refiriéndose a las ideas de Scheller - así como los sentidos exteriores son el aparato selector, el tamiz que en cada caso detiene o deja pasar los objetos del mundo exterior, así la sensibilidad intracorpórea subraya o apaga nuestros estados íntimos y hace que percibamos ahora éstos y no los otros, luego los otros y no éstos".

Pero para que nos demos cuenta de lo que pensamos, es preciso que se produzca la expresión verbal. Parece que un afásico piensa con dificultad porque carece del microlenguaje que nos ayuda a pensar.

Si nos es dado comprender nuestra propia expresión verbal, no tiene por qué haber dificultad para comprender el pensamiento de otras personas cuando ellas lo expresan en palabras que son el vehículo adecuado para conducirlos a nuestra mente.

De acuerdo con esta explicación, los hombres podemos conocernos mutuamente, y es posible, por lo mismo, que los datos de la anamnesis de un individuo se nos presenten como algo desligado de nuestro yo.

Pero existen varios problemas que nos limitan este conocimiento del prójimo y que nos impiden comprender a cabalidad su historia clínica.

La Medicina no consiste únicamente en el estudio de las enfermedades, sino también en el estudio de las personas enfermas, que forman parte de una sociedad que tenemos que conocer para comprender la personalidad del paciente.

Aquella discutida frase de Ortega y Gasset, tomada al parecer de la filosofía alemana, que dice: "Yo soy yo y mi circunstancia", ha adquirido toda su trascendencia en los estudios biológicos del Barón von Uexküll sobre el mundo circundante de los seres, y nos da la explicación de una de las dificultades existentes para comprender al prójimo.

Circunstancia o mundo circundante es todo aquello que nos rodea: la tradición, la familia, los amigos, la patria, la concepción que tengamos del mundo, el estado de cultura que poseamos, el grado de civilización en que vivamos, nuestros deportes, las penas y placeres que tengamos y todos los detalles psicológicos y materiales que cada una de aquellas condiciones implica.

Esta "circunstancia", que no puede ser jamás la misma para dos personas, forma un solo ser con nuestro yo. De manera que siempre existirá entre tú y yo una falta de piso común, un "hiatus" que nos separa y que no nos permitirá jamás entendernos totalmente.

Estamos obligados a ver al prójimo a través de nosotros mismos, a través de nuestro yo y nuestra "circunstancia", que actuarán a la ma-

nera de un cristal ondulado, permitiéndonos, a veces, vislumbrar lo que hay detrás de él, deformando los objetos, otras, al punto de no poderlos reconocer.

Estas son las razones por las cuales nos es fácil tomar la anemnesis a una persona igual a nosotros, es decir, a una persona con quien tengamos muchos intereses comunes, muchas "circunstancias" semejantes; y por eso es difícil hacer la historia clínica de una persona que vive "en otro mundo".

El médico de familia de antaño se hallaba en las mejores condiciones para hacer la anamnesis de sus enfermos, pues prácticamente formaba parte de la familia y nada de lo que sucedía en aquella casa le era extraño.

La dificultad para comprender a un paciente lo vivimos a diario en los hospitales de caridad, en donde con frecuencia no es posible hacer una anamnesis que facilite el diagnóstico, porque el paciente tiene una educación - cuando la tiene - diferente a la nuestra, carece de toda instrucción y el mundo en que vive es - desde nuestro punto de vista - una ficción llena de ideas absurdas y de fetichismos.

Pero no por estar, a nuestro parecer, equivocado aquel hombre en sus apreciaciones, deja de ser aquel "su mundo", el único que vale para él, el que integra su yo, el que le crea sus problemas, sus sufrimientos, sus enfermedades.

Es deber del médico compenetrarse del ambiente y mentalidad de quienes pueden ser sus pacientes, para comprenderlos mejor.

Existe una segunda limitación en el conocimiento del prójimo que proviene del lenguaje, pues los vocablos que emplea no son ni sombra de la escala de matices que cabe en el alma humana. Todos los problemas de la semántica tienen aquí cabida. El significado de las palabras, el alma de las palabras, está continuamente sujeto a variaciones porque las cosas, los conceptos y los sentimientos que ellas representan se modifican y cambian continuamente. El desconocimiento de las costumbres y objetos usuales de clases sociales diferentes nos dificultan su comprensión, pues emplean palabras diferentes para designar objetos y sentimientos. En un mismo país el vulgo guarda fielmente un caudal común de palabras, pero a otra cantidad de cosas secundarias le da nombres a su gusto. Cada región emplea, por lo tanto, un número grande de palabras que son ininteligibles en otras regiones.

Y no olvidemos que gran parte de la conversación está en el silencio y que ese espacio, al parecer muerto de las frases, tiene modalidades diferentes en las diversas personas.

Como testimonio de que el silencio es más elocuente que la palabra, trae el P. Félix Restrepo en su Semántica, este cuarteto:

Sólo el silencio testigo  
ha de ser de mi tormento  
y aún no cabe lo que siento  
en todo lo que no digo.

El lenguaje sirve además para mentir. "Ici on ment" dice un gran letrero en el Hospital San Luis de París. Mentira por exageración, mentira por disimulación, que ponen a prueba la sagacidad y experiencia del médico, que ha de hallar detrás de toda esta vaguedad mentirosa, la verdadera personalidad de su cliente.

La primera entrevista, entre médico y paciente, tiene una importancia trascendental.

Todos concemos y hemos vivido situaciones en las que hubo error de diagnóstico o de tratamiento por falta de exactitud o de profundidad en la anamnesis. "De la manera como se conduce el interrogatorio, dice el Dr. Edmond Rist, depende todo el resto". Cambiando el aforismo clásico, bien podemos decir: "Mala anamnesis, falso diagnóstico". El interrogatorio del enfermo es de todas las técnicas de nuestro arte la que se adquiere más tarde y con mayor esfuerzo, pues ella implica el conocimiento del hombre", dice Noël Fissinger, y agrega: "Jamás se aprecia mejor la experiencia clínica, la ciencia, la penetración psicológica, la autoridad moral de un médico, que cuando le escuchamos interrogar a un enfermo".

El beneficio que se obtiene a veces de una junta médica, proviene habitualmente de que uno de los médicos asistentes a ella descubre, al hablar con el enfermo, detalles nuevos, circunstancias que rodearon la aparición de la enfermedad, que no se habían tenido en cuenta o a las que no se les había atribuido la importancia que merecían y que, vistas entonces con nuevos ojos, dan la clave del diagnóstico.

En las juntas médicas sucede con frecuencia que es el médico de cabecera que relata la historia de la enfermedad, por lo tanto, los médicos asistentes no reciben los síntomas y signos de la enfermedad con todo el colorido de la personalidad del paciente, sino que reciben la interpretación de aquellos síntomas ideada por una tercera persona tan ajena como ellos a la enfermedad. De ahí, que si los médicos consultados hacen suya aquella interpretación, mal podrán dejar de incurrir en los mismos errores en que incurrió el médico tratante.

Por absurdo que parezca hay médicos quienes han sostenido que en el futuro la anamnesis podrá ser elaborada por un cerebro electrónico.

La percepción del hombre es un fenómeno estrictamente humano y todavía no se vislumbra la máquina que pudiera sustituirlo.

La anamnesis no es simplemente la relación o correlación de fechas y signos. Si tal cosa fuere bien pudiera tomarla un abogado, un ingeniero o una máquina. Solamente un médico conocedor de la patología clínica y de la psicología está en condiciones de discernir cuáles son los síntomas que tienen valor para el diagnóstico y de poder profundizar el interrogatorio donde nimios detalles pueden aclarar un intrincado problema nosológico.

Se dice que la anamnesis hace el 60% del diagnóstico. Esto implica una anamnesis hecha sin omitir detalle. Los grandes clínicos del siglo pasado, que no contaban con todo el arsenal de máquinas y laboratorios que tiene hoy a su disposición el médico, iban muy lejos en sus diagnósticos con el simple interrogatorio y llegaban a conocer a sus pacientes más profundamente de lo que lo logramos hacer hoy, lo que redundaba en una mejor terapéutica y mayor exactitud en el pronóstico de la enfermedad.

Una historia de Trousseau dice así: "Fuí inmediatamente a ver a la enferma. Hallé una mujer de 26 años de edad, vestida con su traje de fiesta: era el Domingo de Pascua. Ella había ido a la misa por la mañana a una iglesia que queda a media legua de distancia. Después de haber regresado a pie a su casa, comió como de costumbre y se preparaba para ir a vísperas, cuando repentinamente le vino un acceso de asfixia tan violento que su marido creyó que se había muerto". Esta historia nos muestra en forma perfecta la enferma, su ambiente y la iniciación exacta de lo que fue un croup.

Lo que antecede corresponde a los problemas generales de la anamnesis; percepción del prójimo, limitaciones de esta percepción, importancia de la anamnesis.

A estos problemas se agregan los que provienen de la estructura socio-cultural del mundo actual.

La Medicina de las masas y el trabajo en equipo lo llevan a uno a preguntarse si la anamnesis continúa teniendo la importancia que tuvo en épocas anteriores o si se habrá convertido en una técnica anticuada de diagnóstico, que puede ser sustituida por los laboratorios y demás aparatos? Pues hay quienes sostienen que el contacto del paciente con su médico es superfluo y que está fuera de la intención de la Medicina moderna; que la aparición del trabajo en equipo, hace imposible aquel contacto íntimo, a manera de confesión, entre el médico y su paciente; que es suficiente con que el médico sea un empleado leal, pues las máquinas bien pueden hacerse cargo del diagnóstico.

Reconozco que el problema es complejo, que la Medicina de las masas, que el trabajo en equipo, son advenimientos que tenemos que aceptar, porque junto con otros muchos cambios, forman parte de la nueva estructura social que avanza con la fuerza de la marea borrando todo lo que fue y reemplazándolo por algo que no siempre es mejor. Cuál será la máquina, dice el Profesor Dolmotoff, capaz de comprender a un individuo, a una persona, a una sociedad? No será vano el esfuerzo que hagamos por salvar un procedimiento que no tiene por ahora reemplazo, como es la anamnesis.

En el mundo circundante del hombre moderno han habido cambios que entorpecen la percepción del prójimo, como es la pérdida del sentimiento religioso, que implica toda una filosofía de la concepción del mundo y que formaban una plataforma común como de entendimiento entre el paciente y su médico.

Llegar a conocer la personalidad de un paciente a través de la anamnesis es tarea que implica tiempo.

Por falta de tiempo se ha perdido la estrecha unión de la familia que fue siempre un gran apoyo moral para el enfermo, quien sintiéndose hoy solo, complica su enfermedad con graves problemas psicológicos.

La complejidad de la vida moderna, el costo que implica la adquisición de todo lo que ofrece la civilización para aumentar el confort, hacen que el hombre no tenga más meta ni propósito que el dinero. Se trabaja sin medida, se disimulan los síntomas de enfermedades - como lo hiciera el avestruz, pues ellas significarían una detención en su afán de hacer fortuna, en tal forma, que cuando caen enfermos y se dan cuenta de que no son máquinas inagotables, sufren además de la enfermedad, un choque psíquico, que requiere los servicios de un médico capaz de hacer una profunda anamnesis para darse cuenta de esta situación especial y muy propia de nuestros tiempos.

Una vez que el hombre moderno ha logrado hacer un capital, si es que no se le ha atravesado el infarto, entonces comienza a vivir no ya en intensidad sino en extensión, lo que conduce inexorablemente a la destrucción de la personalidad con todas las manifestaciones psiconeuróticas del mundo actual. El médico que ha de verlo no necesita para hacer el diagnóstico y tratarlo, más que tomar una larga anamnesis

El hombre moderno desprecia los grandes valores humanos: el honor, la honradez, el valor; no tiene resistencia para el sufrimiento, ni para hacerle frente a la vida. Para eludir responsabilidades, se aturde pasivamente con la radio, la televisión, el cine y, si esto no es suficiente para embrutecerse, se entrega a los atarácicos. Estos individuos que se pasean



por los consultorios, quejándose de astenia, angustia o depresión, no necesitan sino una anamnesis.

El médico vive en este mismo mundo, pero afortunadamente ha tenido con frecuencia una formación moral e intelectual algo superior a la de la generalidad de la gente, pero esto mismo lo aleja un tanto de sus congéneres, lo coloca en un plano diferente, que puede dificultar la anamnesis.

Por otra parte el médico tropieza con dificultades que le quitan el tiempo que debiera tener disponible para escuchar a sus pacientes. Por una parte no nos podemos sustraer sino parcialmente a ese ambiente en que vive el común de las gentes; por otra parte tenemos que hacer frente a la abrumadora literatura médica para escoger de ella lo que nos pueda ser de utilidad para nuestra formación y nuestra práctica. No es tarea fácil: en 1950 aparecieron 40.000 libros o artículos sobre Penicilina y 300.000 trabajos sobre tuberculosis.

Lo mismo puede decirse del cúmulo de nuevas técnicas para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Pensarán muchos de ustedes que estoy exagerando, que hay muchas lesiones que pueden diagnosticarse, tratarse y curarse sin necesidad de conocer el pasado y la "circunstancia" del paciente. Esto es verdad, pero quien desee hacer el diagnóstico etiológico de la enfermedad, tiene necesidad de penetrar profundamente en la personalidad del enfermo. Lean ustedes "El Hombre Enfermo" de Weiszecker y se convencerán que muchas veces sólo la anamnesis explica porqué tal individuo contrajo tal enfermedad.

Siempre han existido estas dos maneras de tratar a los enfermos: la forma superficial y la forma profunda.

"Hay médicos esclavos para esclavos y médicos libres para hombres libres. Los médicos esclavos andan por la ciudad y esperan en los hospitales a los enfermos. Ellos no aclaran jamás la causa de la enfermedad y no permiten que los esclavos les expliquen sus molestias. Despóticamente les formula el médico lo que según su experiencia pueda serle útil, y corre luego a tratar otro esclavo". No tiene esto desgraciadamente un gran parecido con lo que sucede en muchos de nuestros hospitales? Y Platón prosigue, porque es Platón quien así habla, "El médico libre se interesa por el tratamiento de los hombres libres a quienes trata de conocer a fondo conversando con ellos y con sus amigos".

Yo les propongo que estudiemos a nuestros pacientes como si fueran todos hombres libres.

Medellín, Julio de 1961.

### SINDROME DE MARFAN

Dr. Jorge Restrepo Molina \*\*

#### Presentación de 2 casos y Revisión de la Literatura.

El Síndrome de Marfán es una enfermedad familiar, de etiología desconocida y caracterizada por extensas y profundas anomalías de los sistemas cardiovascular, ocular y esquelético.

La mayoría de los autores la consideran enfermedad rara, pero es lo cierto que el número de casos descritos hasta la fecha pasa de cuatrocientos, (1) cuando en el año de 1942 lo era apenas de doscientos (2). Así mismo, el número de necropsias efectuadas, que en febrero de 1953 fué de 58, aumenta a 73 en marzo de 1958 (3.4). Sucede pues, con esta enfermedad lo que con tantas otras, a medida que se conocen, dejan de ser rarezas. Entre nosotros los oftalmólogos conocen de varios pacientes y los doctores Velásquez y Arbeláez (5) presentaron un caso en 1955.

Marfán describió la enfermedad en 1896 y poco después Achard la llamó Aracnodactilia. Bowers (6) hace la anotación de que Williams en Cincinnati fue el primero en describir esta entidad en el año de 1876. Lo cierto del caso es que el paciente descrito por Marfán no tenía componentes oculares y los descritos por Williams, aparte de las anomalías esqueléticas presentaban luxación del cristalino y tendencia familiar. Salle (7) en 1912 escribió sobre el primer caso asociado a enfermedad cardíaca (Persistencia del foramen oval, vegetaciones valvulares) comprobado por autopsia.

Hasta el año de 1926 cuando Piper e Irwin-Jones (8) describieron el primer caso en América, toda la literatura a este respecto era europea. Fueron Baer, Taussig y Oppenheimer (9) los primeros en poner de manifiesto la lesión cardiovascular característica: "una degeneración de la capa media de la aorta con dilatación aneurismática de la aorta ascendente, engrosamiento del endocardio valvular e hipertrofia cardíaca".

---

(\*) Trabajo presentado en el II Congreso Colombiano de Medicina Interna.

(\*\*) Del Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina U. de A.

Se comporta como enfermedad familiar hereditaria. Es muy común encontrar varios enfermos en una familia. Wilson (10) encontró 9 pacientes afectados en una familia; Mckusick (11) quince en una y diez en otra; Bowers (12) 33 miembros en seis generaciones de una familia, y de los casos estudiados por Rados (2) 58 mostraban tendencia hereditaria o familiar. Lutman y Neel (13) reportaron 17 casos en tres generaciones de una familia.

Se hereda con carácter dominante, autosómico, pero aproximadamente el 15% de los casos son debidos a mutaciones genéticas, y una vez verificada la mutación en una familia se continúa heredando como dominante.

Es muy importante tener presente las llamadas "Formas Frustradas" en las cuales la sintomatología puede ser poca, no presentando el paciente, por ejemplo, alteraciones oculares o esqueléticas. Golden y Lakin (14) describen cuatro pacientes con esta forma, todos de una misma familia y que presentaban como anomalía particular, dos de ellos, CUELLO PALMEADO.

Explican estas formas como debidas a factores de penetración genética. Un gene puede poseer penetración completa o reducida. En el primer caso, la enfermedad se manifiesta con toda su sintomatología, en el segundo, originará una forma frustrada, incompleta o atípica. Otros investigadores la atribuyen a un gene pleitrópico que podría ser modificado por otros factores, genéticos o ambientales (15).

La etiología es oscura. Para algunos se trata de una distrofia mesodérmica congénita determinada precozmente durante la vida embrionaria, para otros, sería un disturbio básico de la substancia intercelular condicionado por enfermedad endocrina primaria (16). Pero la mayoría de los autores están acordes en radicar la lesión histológica a nivel de las fibras elásticas y de la substancia intercelular.

A pesar del número relativamente alto de necropsias, hay pocos estudios histológicos de otros sistemas aparte del cardiovascular. A nivel de éste, las fibras elásticas y musculares son deficientes y se hallan reemplazadas por tejido fibroso, colágeno (17). (4). Pero, si la teoría que atribuye la patogenia del síndrome de Marfan a una elastinólisis es cierta, debe demostrar la misma lesión en los sistemas esquelético y ocular. Este no es el caso. Roark (4), verificó estudios especiales a nivel de discos intervertebrales. Concluye con Mckusick (18) que el defecto puede no residir dentro del tejido elástico mismo, sino en algún elemento tisular común al tejido elástico y otros tejidos de sostén por fuera del sistema cardiovascular.

La presencia en ratas de un síndrome análogo pero adquirido, caracterizado por cifoescoliosis, neoformación perióstica, hernias y aneurismas abdominales, producido al suministrarles dieta rica en guisantes de olor ((*Lathyrus Odoratus* (19, 20, 21) y que se atribuye a una formación defectuosa o a destrucción excesiva del sulfato de condroitina a nivel de la substancia intercelular, y los hallazgos bioquímicos que demuestran una disminución de las mucosas séricas (22), una elevación de los mucopolisacáridos del suero, substancias que se comportan como el sulfato de condroitina y que son probablemente idénticos con algunos componentes de la substancia intracelular (23), la excreción aumentada en la orina del aminoácido Hidroxiprolina, (24) que forma parte importante del colágeno, sitúan la patogenia de este síndrome como antes se anotó, a nivel de las fibras elásticas y de la substancia intracelular.

Para Mckusick (11, 18, 25) quien acepta la histopatología del tejido elástico, lo principal es una abiotrofia del tejido conectivo, es decir, los tejidos son normales al nacer, pero con una debilidad innata, quizás no demostrable pero que a la postre resulta en degeneración prematura, funcional y estructuralmente.

**Aspectos clínicos.** - Ya se anotó que la traída característica de este síndrome la consttuyen las anomalías cardiovasculares, oculares y esqueléticas. Revisaré las primeras.

Las malformaciones cardiovasculares son particularmente frecuentes, estando presentes en un 30 al 60% de los casos según Goyete y Palmer (17) y en un 46% de los casos en el estudio de Pappas y cols. (26) A pesar del estudio intensivo de los últimos años es difícil precisar la incidencia exacta, ya que muchos pacientes son vistos únicamente por el oftalmólogo o el ortopedista. Para los primeros investigadores la lesión característica lo era la comunicación interventricular, pero a medida que el número de necropsias aumentaba, se hizo evidente lo poco importante de esta lesión comparada con las otras anormalidades, particularmente las aórticas.

McKusick resume estas anomalías de la manera siguiente:

## 1. DEFECTOS AORTICOS:

- A. Dilatación del Anillo Aórtico.
- B. Dilatación de la Aorta Ascendente.
- C. Aneurisma Disecante.
- D. Combinación de A. B. y C.
- E. Coartación.
- F. Persistencia del Canal Arterial.



Fig. 1 - Muestra de la longitud excesiva del esqueleto de las manos especialmente metacarpios y falanges.

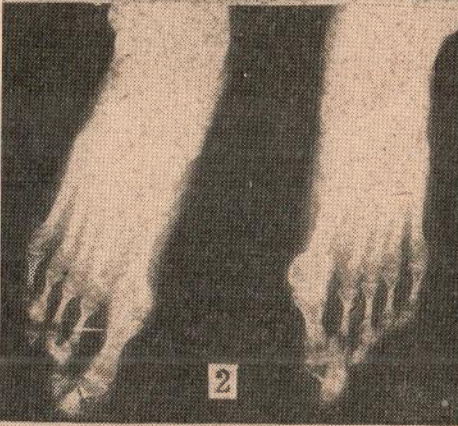


Fig. 2 - Muestra de la longitud del dedo gordo, el allus valgus izquierdo; la longitud del esqueleto óseo.

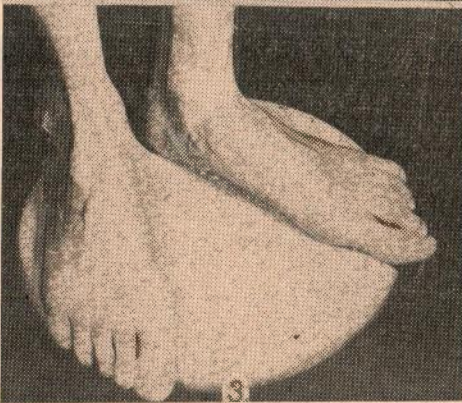


Fig. 3 - Para notar la longitud de los pies -lo largo del dedo gordo- la presencia del pie plano y lo saliente de las articulaciones.

2. DEFECTOS PULMONARES:

- A. Dilatación.
- B. Aneurisma Disecante.
- C. Alteraciones microscópicas de la media.

3. DEFECTOS SEPTALES:

- A. Auriculares.
- B. Tetralogía de Fallot.

4. DEFECTOS VALVULARES:

- A. Alargamiento y saculación de las Valvas Aórticas.
- B. Otros cambios macro y microscópicos.
- C. Endocarditis Bacteriana Subaguda.

5. ARRITMIAS Y DEFECTOS DE CONDUCCION:

6. PECTUS EXCAVATUM:

**Lesiones Aórticas** - Son las más importantes y en la gran mayoría de los casos se localizan en la aorta ascendente. La razón de esta predilección la explica McKusick (11) por atrofia, explicando que el principal componente del Síndrome de Marfán no es en sentido verdadero una enfermedad cardíaca congénita o una malformación congénita sino una DEBILIDAD presente al nacer, aunque quizás no demostrable por técnicas histológicas ordinarias. Este tejido aórtico, débil congénito se desgasta prematuramente bajo la acción de fuerzas normales y como la aorta ascendente está sometida a las mayores presiones, se dilata.

La primera lesión puede ser la dilatación del anillo aórtico, lo que tiene gran importancia diagnóstica, ya que estos pacientes pueden presentar el cuadro clínico de una insuficiencia aórtica. Y si a los rayos X no se demuestra dilatación aneurismática, se trata de paciente joven y además presenta un soplo de Austin Flint, el diagnóstico de una cardiopatía reumática se impone.

Steinberg (1) (3) que en 1955 había informado tres casos de dilatación de los senos aórticos, en 1960 reporta cinco casos nuevos, tres de ellos con insuficiencia valvular. El diagnóstico en la mayoría de estos pacientes se verificó por angiocardiografía, en otros, por necropsia.

Los aneurismas son de tipo difuso con predilección por la base de

la aorta ascendente ,deteniéndose bruscamente en la más de las veces a nivel del tronco braquicefálico, excepcionalmente pueden avanzar hasta la arteria subclavia izquierda y se han informado varios casos de aneurismas abdominales (27) (28) Austin y Schaefer (29) describen el que parece ser el primer caso de dilatación aneurismática primaria, disección y oclusión de la arteria carótida. Defter y colaboradores (30) informan de un caso de Aracnodactilia complicado por trombosis de la arteria abdominal.

Un aspecto interesante sobre esta patología aórtica, es el hecho de que las intervenciones tendientes a corregir la insuficiencia valvular por el método de la válvula de Hufnagel o por aplicación han fracasado (31, 32). Pero recientemente Muller y otros (33) escribieron sobre éxitos obtenidos al operar tres pacientes con aneurismas utilizando fuera de los procedimientos tácticos usuales, la perfusión de la arteria coronaria izquierda.

De los 73 casos de necropsias estudiados por Roark (4), 25 presentaron aneurismas disecantes o ruptura de la aorta. Es una de las causas de muerte y como factores predisponentes operan los traumas al tórax y el embarazo. Levin y colaboradores (34) describen dos pacientes con aneurisma disecante crónico que simulaban enfermedad reumática. De estos, uno presentaba aracnodactilia.

La ruptura de los aneurismas se presenta usualmente por encima de las valvas semilunares.

Que estas lesiones aórticas conducen a insuficiencia cardíaca congestiva y sintomatología anginosa no es difícil de comprender. Los ataques anginosos pueden explicarse por el mismo mecanismo de la insuficiencia aórtica ,pero hay más, es muy común encontrar que la boca coronaria está situada anormalmente alta (35, 36, 37) lo que produce una angulación en el curso de la arteria. McKeon (38) describe un caso de aracnodactilia asociado a aneurisma disecante de la arteria coronaria derecha con infarto miocárdico en el territorio del vaso afectado. El infarto sufrió ruptura parcial con disección de la sangre a través de la parte del corazón para encontrar su salida a nivel de la aurícula derecha.

La alteración histológica encontrada en todos los casos de aneurisma aórtico ,sea torácico o abdominal, en los raros casos de afección de las carótidas o coronarias ha sido la misma: una deficiencia de las fibras elásticas y musculares de la capa media de las arterias, una lesión indistinguible de la necrosis media de Erdheim. Como teoría un poco diferente a las anteriores para explicar esta lesión, está la de Uyeyama y colaboradores (35) quienes suponen una anomalía en el desarrollo de los vasos nutricios de la aorta, los cuales, llegan a ser incapaces de nutrir adecuadamente la capa media de la arteria.



Fig. 4 - La anormal longitud de los dedos, el inconveniente de los mismos, lo pequeño que parece la palma, la atrofia hipotenar.



Fig. 5 - La longitud de los dedos, las fascias cuadrada.

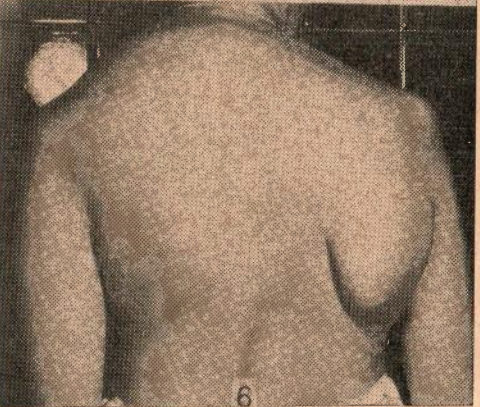


Fig. 6 - Nótese la escoliosis y la escápula alata.



Cuando se haga el diagnóstico de Aneurisma Aórtico en paciente joven, debe investigarse por el Síndrome de Marfán en él o sus familiares. Parece que la historia familiar es más a menudo positiva cuando la enfermedad es de intensidad moderada.

En cuanto a las otras lesiones aórticas se describen Estenosis Aórtica con dilatación post-estenótica de la aorta ascendente (1) Estenosis supraaórtica, inmediatamente por encima de la válvula con formación de dos pliegues valvulares (39) Estenosis del Arco Aórtico (35). Fichl (40) relata un caso de coartación de la aorta con aneurisma de la base. Bingle publicó la asociación de un Ductus Arterial con aneurisma de la aorta ascendente cuya ruptura produjo la muerte (41).

El escaso número de las anomalías antes anotadas las hace aparecer como concomitantes y no esenciales al síndrome de Marfán.

**Defectos Pulmonares.** - McKusick (11) describe casos de Dilatación Idiopática Congénita de la Arteria Pulmonar y resume el caso de Pratt-Thomas en el cual la arteria pulmonar se rompió a la cavidad pericardiaca. Dilatación de la Pulmonar se encuentra con mucha frecuencia en los casos de necropsia (36, 37, 41).

Bowers (45) describe alteraciones electrocardiográficas asociadas a valvulopatía en el Síndrome de Marfán. Estas alteraciones, observadas en cinco pacientes, consisten en depresión del segmento ST e inversión de onda T en derivaciones II, III, y AVF.

**Defectos del Septo Interauricular y Ventricular.** - El paciente descrito por Piper e Irwine-Jones tenía persistencia tanto del ostium primum como del secundum, los otros casos que se han relatado con defectos interauriculares lo han sido del foramen oval.

Keith (42) escribió sobre el segundo caso confirmado de defecto del septo interventricular: un aneurisma de la parte membranosa del septo interventricular con dos orificios en su base. Defecto congénito, ya que cuando la paciente tenía seis semanas se notó la presencia del soplo.

**Defectos valvulares.** - Las valvas pueden presentarse engrosadas enrolladas, con vegetaciones e inclusive fenestradas. (36, 37, 41, 7). El aspecto macroscópico es muy similar al de la Fiebre Reumática, pero no se encuentran los datos histológicos de Fiebre Reumática. Van Buchen (43) encontró un caso cuyas principales manifestaciones fueron: hipertrofia marcada y dilatación de las mitades derechas e izquierdas del corazón, con insuficiencia relativa de las válvulas mitral y tricúspide y moderada fibrosis del miocardio sin defectos valvulares. Miller y Pearson, en una negra con aracnodactilia y hallazgos físicos de estenosis aórtica encontraron a la necropsia, notable insuficiencia mitral y ninguna evidencia de estenosis aórtica, pero en la pared auricular, opuesta al orificio mitral

y cerca a la raíz de la aorta una placa de endocardio engrosado y elevado (44).

**Malformaciones Oculares.** - Son las más frecuentes y las más típicas en el Síndrome de Marfán. Presentes en el 80% de los casos según McKusick (11) y en más del 50% para todos los autores. La lesión característica es la subluxación o luxación del cristalino. La dislocación es casi siempre simétrica, hacia arriba y afuera (45). Usualmente incompleta aunque puede presentarse en forma completa, usualmente a cara anterior. El lente luxado puede ser de tamaño normal o pequeño (2).

Noorden y Schulz (48) en magnífico trabajo por medio del estudio gonioscópico del ángulo de la cámara anterior, en 12 pacientes encontraron alteraciones mesodérmicas, anormalidades principalmente a nivel del ligamento pectíneo, del iris y de los vasos. Relatan el que parece ser el primer caso de Síndrome de Marfán asociado a Retinitis Pigmentosa.

Son enfermos miopes, con pupilas mióticas y que casi nunca responden a los midriáticos y en los que puede verse iridodonesis, facodonesis.

La ectopia lenticular puede conducir a glaucoma e iridociclitis. El enfermo más joven descrito con luxación cristalina lo fue uno de 5 meses (45).

Otras anomalías oculares de frecuente observación son: Desprendimiento de la retina, Megalocórnea, Microcórnea, Keratocounus, Queratitis Intersticial, Esferofaquia, Fondo de ojo normal, excepto lo correspondiente a la miopía, aunque hay un caso de reduplicación del disco óptico (45). No obstante, May (46) anota que con oftalmoscopia indirecta el disco óptico puede verse doble.

La patogenia de la luxación cristaliniiana no se conoce con exactitud. Quizás porque el estroma del iris es atrófico? y por ende no reacciona a la atropina?

Kachele (46) relata un caso de aracnodactilia, luxación del cristalino, sin anomalías cardiovasculares, pero con unas raras lesiones dermatológicas, que simulaban la línea albicans de la preñez, bilaterales, simétricas, sobre el tórax, abdomen inferior y caderas, que los dermatólogos calificaron como típicas "Striae distensiae elasticae" y el estudio de mostró cambios degenerativos de las fibras elásticas.

**Anomalías Esqueléticas.** - En el caso típico el paciente es de talla elevada, delgado, con muy pobre desarrollo muscular y escaso o nulo en su panículo adiposo. La distancia pubis-pie es mayor que la pubis-cabeza y con brazada superior también a la estatura.

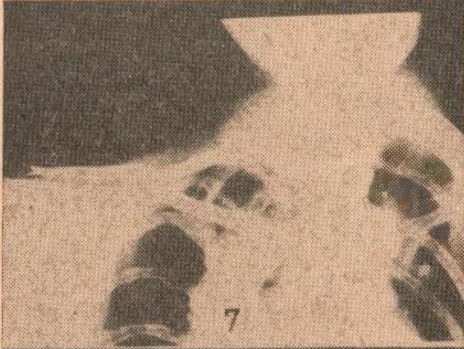


Fig. 7 - Muestra la escoliosis dorsal.

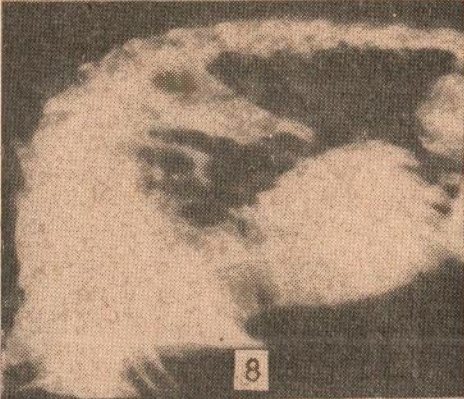


Fig. 8 - La Cifosis externa



Fig. 9 - Muestra el aspecto quístico de la cabeza humeral y la luxación de la misma.

La cabeza es larga, dolicocefala, facies alargada y estrecha con maxilar inferior saliente. Los rebordes supra-orbitarios prominentes y las orejas grandes, separadas, a menudo terminan en punta en su lóbulo, con la concha profunda y ensanchada. El paladar es excavado.

A nivel del tórax puede observarse: cifosis con o sin escoliosis, escápula alada, pectus excavatum o tórax de paloma.

Característicamente hay un crecimiento en longitud de los huesos largos, especialmente en manos y pies; los metatarsianos y metacarpianos así como la tercera falange crecen exageradamente, no así la primera ni la segunda, y al no estar en relación a este crecimiento el desarrollo tendinoso, los dedos se incurban, tomando el aspecto de patas de araña.

La parte posterior del calcáneo es anormalmente visible y las articulaciones aparecen muy salientes.

La debilidad e hipotonía de músculos, cápsulas articulares, ligamentos, tendones y facias, predisponen al genu recurvatum, a la hiperextensibilidad de las articulaciones, al pie plano, a las hernias, divertículos sinoviales y luxaciones frecuentes y recidivantes de cadera, maxilar, clavícula y rótula. Hollender (50) y Fairbank (51) hacen notar la anormal longitud del dedo gordo.

En la forma frustra, el paciente puede ser de talla normal y aún pícnico, pero puede ser importante a este respecto la desviación de las proporciones esqueléticas normales o que el paciente es de talla mayor que el resto de sus familiares.

**Otras anomalías.** - Urogenitales (52). Relatan: hipoplasia genital y testículos sin descender, ectopias renales, riñón poliúístico y estrechez uretral.

La presencia de várices y las anomalías pulmonares consistentes en lóbulos accesorios, pneumotórax espontáneo y quistes es bastante frecuente en este síndrome (4, 11, 53).

### **Presentación de casos.**

Caso N° 1. - C. R. R., de 30 años. Carnet 38.303 del ICSS. Su familia es normal, pero de talla menor a la suya. Ha consultado por visión defectuosa desde muy niña y fue operada en Diciembre del 51 para extracción del cristalino derecho.

Tuvo crecimiento acelerado de los 7 a los 12 años, cuando alcanzó la talla actual; ha presentado luxaciones frecuentes del hombro derecho y desde hace varios años notó la aparición de una deformidad en la espalda. En Septiembre del 58 fue estudiada en el Departamento de Cardiología del ICSS por taquicardia y extrasístoles. En esa fecha se anotó:

frecuencia cardíaca de 84, ruidos normales. T.A. 120/80. Q en D1 QS en AVL. Al examen (Noviembre del 58) se aprecia: paciente pálida, sin panículo adiposo, longilínea, de facies alargada y mentón cuadrado, con las siguientes anomalías esqueléticas (figuras 1 a 11). Miembros largos y delgados, especialmente los dedos de las manos, flexión de las últimas falanges especialmente de los dedos medio y anular. Deformidad de la articulación cúbito-carpiana. Longitud del dedo medio:  $9\frac{1}{2}$  centímetros. Moderada atrofia hipotenar.

En los pies, las mismas alteraciones de las manos, además pie plano bilateral, hallus valgus izquierdo y deformidad de las articulaciones tibiotarsianas con maleolos externos e internos muy salientes, dedo medio en resorte y várices bilateral. La talla fue de 163 cms. Distancia pubis-pie 39 cms. y brazada de 173 cms.

Escápula alada bilateral, más notaria a la derecha. Tórax de paloma. Notable cifoescoliosis dorsal y escoliosis lumbar. Genu recurvatum moderado y articulaciones hiperextensibles.

Estudio Oftalmológico (Dr. Carlos Vásquez C.) O. D. Iridectomía. En fondo: lesiones de coroiditis yuxta-papilar cicatricial, lesiones de coroiditis miopígena. Afaquia. En vítreo se observan bandas flotantes de organización del vítreo anterior. Ojo hipotenso: 15 milímetros (Schootz) Nigstamus de fijación para cerca.

Visión. Esf. 3.50. Cil. 3 a 75, igual: 20/60.

O. I. Hay micria intensa. Cambios de coroidorretinitis miópica. Visión sin lentes 20/400 para lejos. De cerca puede leer el Jaeger N° 3 a 5 cms. No corrige con - 15 sino a 20/200. Hay iridodonesis por subluxación del cristalino, pupila miótica, irregular, que no dilata con atropina, escopolamina, neosinefrina ni adrenalina. No hay catarata.

Examen Cardiovascular. P. A. 100/70. Pulso 70, irregular. P. M. I. 5°. E. I. I. L. M. C. Impulso activo en el apex, ocasionales extrasístoles y bigeminismo. En apex, primer ruido fuerte con retumbo diastólico? No hay soplos. P2 acentuado. No hay antecedentes amigdalianos ni reumáticos.

No hay disnea.

Laboratorio: Medula esternal: normal. Ketosteroides de 24 horas: 12, 6 mgrs., Fosfatasas ácidas 0.2; alcalinas 0.4 U. (Bodansky). Coprológico: quistes histolítica. Calcio, fósforo, leucograma, sedimentación: normales. Metabolismo basal: más 18.

En Octubre del 60 se efectúa nuevo estudio cardiológico por uno de los médicos Cardiólogos del ICSS quien anota: ECG: ritmo sinusal regular, 70. PR. 0.18". Deformidad de P. Las radiografías y fluoroscopia



Fig. 10 - Muestra la escápula alata; la cifosis dorsal y el abombamiento a nivel de los hombros.

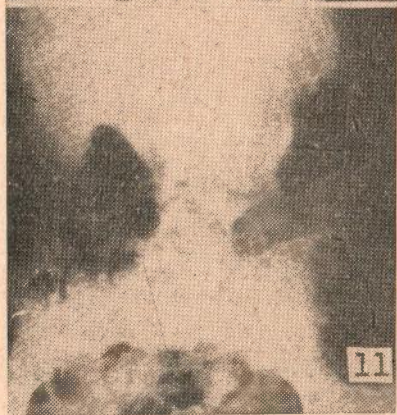


Fig. 11 - Muestra la escoliosis de la columna lumbar.

imposibles de interpretar por la marcada deformidad de la columna y del tórax.

Diagnóstico: estenosis mitral.

Caso N° 2 - C. L., 4 años. Hist. 138.911. Es la octava hija de un matrimonio de padres sanos pero con una hermana mayor que fue operada en el servicio de Organos de los Sentidos del Hospital San Vicente para luxación bilateral del cristalino.

Niña delgada, longilínea, con escaso panículo adiposo, con ligero hundimiento en la región del apéndice xifoides, pes cavus discreto y bilateral, dedos de manos y pies moderadamente alargados, rodillas protuberantes, lo mismo los talones. Hipotonía muscular y hernia umbilical. Paladar ojival.

Examen ocular. Departamento Organos de los Sentidos del Hospital San Vicente de Paúl.

Queratoconus bilateral. La cámara anterior ocupada por el cristalino, luxado. Iridodonesis, midriasis. No se aprecia fondo de ojo. Tonometría. O. D. 40. O. I. 46.

Estudio radiográfico: columna vertebral :normal. Ausencia de la duodécima costilla dorsal. Se obtiene la impresión de que haya alargamiento de las extremidades. Silueta cardiovascular: normal.

Estudio Cardiológico. Departamento de Cardiología del Hospital San Vicente de Paúl. Completamente normal desde este punto de vista.

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica para luxación. Post-operatorios normales.

Los cristalinos fueron informados como normales por el Departamento de Anatomía Patológica.

Comentarios: El primer caso presenta la mayoría de las alteraciones descritas en el Síndrome de Marfán. Es importante anotar sobre esta paciente el diagnóstico de estenosis mitral de origen reumático. Este diagnóstico se basó en una acentuación del primer ruido, quizás un retumbo diastólico y anomalía electrocardiográfica de onda P. No hay ningún antecedente de fiebre reumática y no se pudo demostrar crecimiento de aurícula izquierda, ni por la fluoroscopia ni por radiografía. La deformidad torácica de esta paciente hace imposible valorar correctamente las radiografías y los hallazgos auscultatorios.

A este respecto es cuando es más interesante conocer el síndrome de Marfán y las posibilidades de diagnóstico que pueden hacerse. El de estenosis mitral como en este caso, el de cardiopatía reumática sea de tipo estenosis, insuficiencia o de doble lesión mitral, con la consecuente incapacidad física que se le impone al paciente, la prescripción de drogas, etc.

Otro diagnóstico posible es el de Lues, cuando sólo se mira la dilatación aórtica.

En esta época de la cirugía cardiovascular es importante conocer esta entidad para evitar errores funestos.

El caso N° 2 apenas si esboza las lesiones esqueléticas, pero el hecho de tener una hermanita mayor con lesiones óseas y luxación del cristalino hace el diagnóstico seguro.

Hasta donde revisé la literatura, es el primer caso de Síndrome de Marfán con ausencia congénita de la duodécima costilla. La familia de esta paciente es objeto de estudio.

## RESUMEN

Se hace una revisión de la literatura sobre el Síndrome de Marfán y especialmente sobre las alteraciones cardiovasculares y el aspecto bioquímico de las alteraciones de las sustancias que forman el tejido elástico.

Se presentan las historias de dos pacientes, una de ellas, en la cual se hizo el diagnóstico de cardiopatía reumática, tipo estenosis mitral y con toda la sintomatología esquelética y ocular del Síndrome de Marfán. A este respecto se hace énfasis en la utilidad de conocer esta entidad para evitar diagnósticos equívocos y terapias erróneas. El segundo caso, de una niña, sin manifestaciones esqueléticas obvias, pero con luxación del cristalino y tendencia familiar y ausencia de la duodécima costilla.

## SUMMARY

A revision of the literature on the Marfan's syndrome is made, especially concerning cardiovascular alterations and the biochemical aspects of the alterations of substances forming the elastic tissue. Two case histories are presented: one in which a rheumatic cardiopathy, mitral stenosis type diagnosis was made, with symptomatology of the Marfan's syndrome in the bones and eyes. It points out the need to know this diseases to avoid wrong diagnosis and therapy. The second case, a little girl without obvious squeueleton manifestations, but with luxation of the crystallin and absence of the twelfth rib.

## AGRADECIMIENTOS

Al Departamento Médico del ICSS por permitir la transcripción de la historia y por la colaboración prestada en todo momento.

Al Dr. Carlos Vásquez Cantillo y a los Departamentos de Cardiología, Organos de los Sentidos y Fotografía del Hospital San Vicente de Paúl.



## BIBLIOGRAFIA

- 1—Steimberg, I.: Dilatation of the Aortic Sinuses in the Marfan Syndrome: Roengen Findings in Five New Cases. *Amer. J. Roeng.* 83: 302-319, 1960.
- 2—Rados, A.: Marfan's Syndrome. (Arachnodactyly Coupled with Dislocation of the Lens) *Arch. of Ophth.* 27: 477-538, 1942.
- 3—Steimberg, I. and Geller, W.: Aneurismal Dilatation of Aortic Sinuses in Arachnodactyly: Diagnosis During Life in three cases. *Ann. Int. Med.* 43: 120-32, 1955.
- 4—Roark, J. W.: The Marfan Syndrome. Report of one Case with Autopsy, Special Histological Study, and Review of Literature. *A.M. A. Arch. Int. Med.* 103: 123-32, 1959.
- 5—Velásquez, B. y Arbeláez, L. G.: Síndrome de Marfán. Comentarios y presentación de un caso clínico. Trabajo presentado a la V Convención Nacional de Oftalmología y Otorrinología en la ciudad de Cali, 1955.
- 6—Bowers, D.: Williams Prior Description of Marfan's Syndrome. *Amer. J. Ophth.* 50: 154-56, 1960.
- 7—Salle, V. Citado por Goyete, E. M. and Palmer, P. W.: Cardiovascular Lesions in Arachnodactyly. *Circulation*, 7: 373, 1953.
- 8—Piper, R. K. and Irvine-Jones, E.: Arachnodactylia and its Association with Congenital Heart Disease. *Am. J. Dis. Child.* 31: 832-39, 1926.
- 9—Baer, R. W., Taussig, H. B. and Oppenheimer, E. H. Congenital aneurismal dilatation of the aorta with arachnodactyly. *Bull. Jones Hopkins Hosp.* 72: 309-317, 1943.
- 10—Wilson, R.: Marfan's Syndrome: Description of a Family. *Am. J. Med.* 23: 434-44, 1957.
- 11—McKusick, V. A.: Cardiovascular Aspects of Marfan's Syndrome: Hereditary Disorder of Connective Tissue. *Circulation*. 11: 321-42, 1955.
- 12—Bowers, D.: Marfan's Syndrome and the Weil-Marchesani Syndrome in the S-Family. *Ann. Int. Med.* 51: 1049, 1959.

- 13—Lutman, F. C. and Neel, J. V.: Incidence of Arachnodactyly, Ectopia Lentis and othe Congenital Anomalies (Marfan's Syndrome) in the S-Family. *Arch. Opth.* 41: 276, 1949.
- 14—Golden, R. L. and Lakin, H.: The Forme Fruste in Marfan's Syndrome New. *Eng. J. Med.* 260: 797-801, 1959.
- 15—Sánchez, Dávalos, C.: Síndrome de Marfán; Presentación de cuatro casos. *-l Médico* 1: 15-25, 1957.
- 16—Sloper, J. C. and Story, G.: Aneurysms of the Ascending Aorta due to Medial Degeneration Associated with Arachnodactyly. *J. Clin. Path.* 6: 299, 1953.
- 17—Goyete, E. M. and Palmer, P. W.: Cardiovascular Lesions in Arachnodactyly. *Circulation.* 7: 373, 1953.
- 18—McKusick, V. A.: Mechanisms in Genetic Disease of the Man. *Am. J. Med.* 22: 671, 1957.
- 19—Walker, D. G. and Wirtschafter, Z. T.: Histopathogenesis of Aortic Aneurysms in the Lathyrus - Fed Rat. *A. M. A. Arch Path.* 61: 125-35, 1956.
- 20—Yeager, V. L. and Hamre, C. J.: Histology of Lathyrus-Induced Exostoses of Rats: The Initial Changes ct. Tendon-Bone Junction. *A. M. A. Arch. Path.* 64: 171-85, 1957.
- 21—Ponseti, I. V. and Baird, W. A.: Scoliosis and Dissecting Aneurysms of the Aorta in Rats Fed with Lathyrus Odoratus Seeds *Am. J. Path.* 28: 1059-77, 1952.
- 22—Bacchus, H.: Serum Seromucoid and Acid Mucopolysaccharide in the Marfan Syndrome. *J. Lab. Clin. Med.* 55: 221-28, 1960.
- 23—Kerby, G.: The Effect of Inflammation on the Hexurionate - Containing Palysaccharades of Human Plasama. *J. Clin. Invest.* 37: 962, 1958.
- 24—Excretion of Hydroxyproline in Marfan's Syndrome. *Nutrition Reviews.* 17: 79-80, 1959.
- 25—McKusck, V. A.: Hereditary Disorders of Connective Tissue. III. The Marfan Syndrome. *J. Chronic Dis.* 2: 609, 1955.
- 26—Pappas, E. G.: Mason, D., and Denton, C.: Marfan's Syndrome. A Report of three Patients with Aneurysm of the Aorta. *Am. J. Med.* 23: 426-33, 1957.

- 27—Thomas, J.: Brothers, G. B., Anderson, R. S. and Cuff, J. R.: Marfan's Syndrome. A Report of 3 Cases with Aneurysm of the Aorta. *Am. J. Med.* 12: 613, 1952.
- 28—Hardin, C. A.: Ruptured Abdominal Aneurysm Occuring in Marfan's Syndrome. Attempted Repair with the Use of a Nylon Prosthesis. *New. Eng. J. Med.* 260: 821-22, 1959.
- 29—Austin, M. G. and Schaefer, R. F.: Marfan's Syndrome, with Unusual Blood Vessel Manifestations. Primary Medionecrosis Dissection of Right Innominate, Right Carotid and Left Carotid Arteries. *A. M. A. Arch. Path.* 64: 205-9, 1957.
- 30—Dexter, M. W. Lawton, A. H. and Warren, L. O.: Marfan's Syndrome with Aortic Thrombosis. *A. M. A. Arch. Int. Med.* 99: 485-86, 1957.
- 31—Case Records of the Massachusetts General Hospital. Case N<sup>o</sup> 43011. *New Eng. J. Med.* 256: 30, 1957.
- 32—Dimond, E. G., Larsen, W. E., Jonhson, W. B. and Kittle, C. F.: Post-Traumatic Aortic Insufficiency occuring in Marfan's Syndrome, with attempted repair with Plastic Valve. *New. Eng. J. Med.* 256: 8-11, 1957.
- 33—Muller, W. H. Jr., Dammann, J. F. Jr., and Warren, W. D.: Surgical Correction of Cardiovascular Deformities in Marfan's Syndrome. *Ann. of Surg.* 152: 506-517, 1960.
- 34—Levine, E., Stein, M., Gordon, G. and Mitchell, N.: Chronic Dissecting Aneurysm of the Aorta Resembling Chronic Rheumatic Heart Disease. *New Eng. J. Med.* 244: 902-6, 1951.
- 35—Uyeyama, H., Kondo, B. and Kamins, M.: Arachnodactylia and Cardiovascular Disease. Report of an Autopsied Case with a Summary of Previously Autopsied Cases. *Am. Heart. J.* 34: 580-91, 1947.
- 36—Weaver, W. F., Edwards, J. E. and Branderburg, R. O.: Idiopathic Dilatation of the Aorta with aortic Valvular Insufficiency: A Possible Forme Fruste of Marfan's Syndrome. *Proc. Mayo Clin.* 34: 518-22, 1959.
- 37—Macleod, M. and Williams, A. W.: The Cardiovascular Lesions in Marfan's Syndrome. *A. M. A. Arch. Path.* 61: 143-48, 1956.

- 38—McKeown, F.: Dissecting Aneurysm of the Coronary Artery in Aracnodactyly. *Brit. Heart. J.* 22: 434-36, 1960.
- 39—Burry, A. F.: Supra-Aortic Stenosis Associated with Marfan's Syndrome. *Brit. Heart. J.* 20: 143-46, 1958.
- 40—Fischl, A. A. and Ruthberg, J.: Clinical Implications of Marfan's Syndrome. *J. A. M. A.* 146: 704-7, 1951.
- 41—Bingle, J.: Marfan's Syndrome. *Brit. Med. J.* 1:629-30, 1957.
- 42—Ross, J. K. and Gerbode, F.: The Marfan Syndrome Associated with an Unusal Interventricular Septal Defec. *J. Thor. and Cardiov. Surg.* 39: 746-50, 1960.
- 43—Van Buchem, F. S. P. Arachnodactyly Heart. *Circulation.* 20: 88-95, 1959.
- 44—Miller, L. R., and Pearson, R. J. Jr.: Mitral Insufficiency Simulating Aortic Stenosis. Report of an Unusal Manifestation of Marfan's Syndrome. *New Eng. J. Med.* 260: 1210-13, 1959.
- 45—Bowers, D.: An Electrocardiographic pattern asociated with mitral valve deformity in Marfan's Syndrome. *Circulation.* 23: 30-33, 1961.
- 46—Perrit, R. A.: Marfan's Syndrome. Ectopia Lentis with General Deformities. *J. of Intern. Coll, of Surg.* 17: 217-19, 1952.
- 47—May's Manuel of the Diseases of the Eye 19th ed. Baltimore, William & Wilkins, 1947, pág. 289.
- 48—Noorden, G. K., and Schultz, R. O.: A Gonioscopic study of the Chamber Angle in Marfan's Syndrome. *Arch Ophth.* 64: 929-34, 1960.
- 49—Kachele, G. E.: The Embryogenesis of Ectopia Lentis. *Arch. of Ophth.* 64: 135-39, 1960.
- 50—Hollander, J. L., and cols.: *Arthritis* 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1960. P. 1067.
- 51—Fairbank, T.: *An Atlas of General Affections of the Skeleton*, 1951, P. 174.
- 52—Zaidi, Z. H.: Bilateral Ectopia Lentis in Marfan's Syndrome: Review of Features with Report of Two Cases. *Can. Med. Ass. J.* 82: 265-68, 1960.
- 53—Gupta, S. K. and Sharma, V. N.: Chronic Pneumothorax in Marfan's Syndrome. *The Brit. J. Tub. Dis chest* 51: 346-48, 1957.

## ESPOROTRICOSIS +

Gonzalo Calle V. \*\*

Angela Restrepo M. \*\*

**INTRODUCCION** - El siguiente resumen no pretende ser un tratado completo sobre esporotricosis. Queremos simplemente presentar algunas anotaciones personales sobre este t6pico, al amparo del conocimiento cl6nico y micol6gico de los 22 casos que en este trabajo se enumeran.

Hay discrepancias de fondo (y esto es lo importante) con la mayor3a de las descripciones for3neas que sobre esta entidad se tienen. Discrepancias especialmente, sobre la frecuencia de las distintas cl6nicas, lo que hace interesante que tengamos ya un concepto propio y definido sobre nuestra patolog3a.

Antes de entrar de lleno a la valoraci3n de los datos obtenidos, es necesario hacer una revisi3n somera de la entidad.

**HISTORIA** - Schenck (1) describe en 1839 el caso de un paciente del John Hopkins Hospital con abscesos subcut3neos refractarios producidos por un hongo posiblemente relacionado a *Sporotrichia*".

Hektoen y Perkins (2) en 1900 informaban un caso cuyos hallazgos patol6gicos, cl6nicos y micol6gicos eran id3nticos al descrito por Schenk.

En 1903 De Beurmann y Ramond (3) publican un caso con "m3ltiples abscesos subcut3neos de origen mic3tico", relacionando esta entidad con la descrita por los autores anteriores.

Gougerot (4-5) en los a3os comprendidos entre 1909 y 1934 reasumi3 los estudios iniciados anteriormente y dio fisonom3a patol6gica y cl6nica a la entidad. Entretanto la denominaci3n de *Sporotrichum beurmannii* fue dada al hongo por Matruchot (6) en 1910.

En a3os posteriores han aparecido estudios numeros3simos sobre el tema. Merecen mencionarse las monograf3as hechas a ra3z de epide-

---

\* Trabajo presentado al Primer Congreso Nacional de Dermatolog3a, Bogot3, 1960.

\*\* De los Departamentos de Dermatolog3a y Microbiolog3a, respectivamente. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medell3n.

mias ocurridas en las Minas de Transvaal, Africa del Sur, por Pijper (7) en 1927 y Helm (8) en 1947.

Entre nosotros se conocen varios importantes trabajos: En 1910 Posada Berrío (9) describe un primer caso. En 1913 Toro Villa (10) elabora una cuidadosa monografía sobre la misma entidad. Restrepo Moreno y colaboradores (11) en 1935 hacen relación de 16 casos. Posada Trujillo (12) en 1938 presenta un documentado trabajo basado en 18 casos y en el cual se describen, detalladamente, las técnicas usadas para el diagnóstico serológico y micológico.

Huyke (13) en 1948 anota la frecuencia de la enfermedad en obreros que tienen contacto con paja de empaques. Silva (14-15) en 1948 y 1952 describe el tratamiento de esta entidad y anota algunas observaciones sobre la existencia de una forma acneiforme. Sánchez Arbeláez (16) publica en su monografía de 1957, varios casos de esporotricosis epidérmica. Londoño González (17) informa en 1960 sobre los resultados terapéuticos obtenidos en un paciente con esporotricosis.

**ETIOLOGIA Y MICOLOGIA** - Se acepta actualmente que existe un solo agente productor de la esporotricosis: el *Sporotrichum schenckii*, Matruchot 1910. Otras sinonimias son: *Sporotrichum beurmanii*, Matruchot y Ramond, 1905; *Sporotrichum asteroides*, Splandore 1909; *Sporotrichum jeanselmanii*, Brumpt y Langeron 1910; *Sporotrichum councilmani*, Wolbach 1917.

Anteriormente, las separaciones hechas en diferentes especies se basaban en las características macroscópicas de las colonias, tales como diferente pigmentación, alteraciones en la forma y superficie, así como en observaciones microscópicas en la distribución de los esporos. Todas estas características están sometidas a la acción de factores ambientales y no dan margen para la diferenciación en especies.

El *Sporotrichum schenckii* es un hongo imperfecto, clasificado en el grupo de los hifomicetales.

Este hongo se observa muy raramente en el examen directo de los productos patológicos; de ahí que este tipo de estudio tenga poco valor diagnóstico. En algunos casos suramericanos se han descrito formaciones denominadas "cuerpos asteroides" (18), pero nosotros no hemos tenido ocasión de observarlos. En ninguno de nuestros exámenes micológicos hemos logrado observar el hongo al examen directo.

Sólo se acepta como criterio diagnóstico al aislamiento en cultivo del *Sporotrichum schenckii*. Para llevarlo a cabo es suficiente obtener pus de los abscesos o raspado de las ulceraciones y sembrar en medios de cultivo del tipo del Sabouraud. Se aconseja adicionar éste de penicilina (20

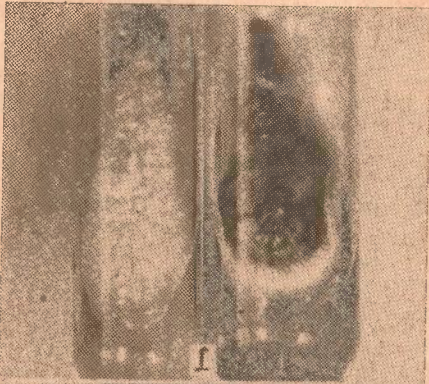


Fig. 1 - Cultivos de **S. Schenckii** a temperatura ambiente. Obsérvese la diferencia en pigmentación.



Fig. 2 - Microcultivo de **S. Schenckii** 45 X.



Fig. 3 - Microcultivo de **S. Schenckii** 10 X.

U/ml), estreptomycin (40 U/ml) y actione (\*) (0.5 mg/ml), o bien emplear medios de cultivo con estas sustancias (**Mycobiotic**, de Difco Laboratories, Detroit, Michigan y **Mycosel**, de Baltimore Biological Laboratories, Baltimore, Maryland). De esta manera se evitan las contaminaciones accidentales durante la toma de la muestra y la siembra.

Los cultivos se mantienen a temperatura ambiente (20-25°C) por períodos no mayores de 20 días. Las colonias se hacen aparentes alrededor del quinto día. Tienen un aspecto húmedo y una superficie lisa, la cual se transforma en rugosa con el crecimiento. La pigmentación de las colonias de este hongo varía muchísimo desde el blanco hasta el negro, pasando por el crema y el marrón. La apariencia macroscópica de los micelios aéreos varía igualmente, según las diversas capas. (Foto Nc 1). Preparaciones microscópicas hechas a partir de estas colonias, revelan hifas delgadas con conidióforos cortos y laterales, los cuales llevan racimos de micronidias ovales; pueden verse también microconidias sesiles. (Foto grafías Nros. 2 y 3).

El **Sporotrichum schenckii** presenta una fase levaduriforme, diferente a la anteriormente descrita. Se obtiene por cultivos incubados a 37°C. en medios especiales a base de sangre. Las colonias son aquí de aspecto bacteriano, cremosas y constituidas por células fusiformes u ovales que se reproducen por gemación.

El ratón blanco es muy susceptible a la inoculación con material patológico o cultivos del hongo. Se producen en él microabscesos en los cuales se observan formaciones fusiformes o en cigarro, Gram positivas.

Pueden consultarse las referencias 19 y 20 para una información más detallada.

**EPIDEMIOLOGIA** - El agente etiológico de la enfermedad ha sido encontrado en varias condiciones y lugares. En la naturaleza existe en plantas, aguas y suelos. La fuente de infección en las minas africanas está en la madera de soporte de los túneles. Por lo general existe un traumatismo previo al comienzo de la infección, pero también se han descrito casos de infecciones espontáneas. No hay contagio de hombre a hombre, pero sí de animal a hombre.

El hongo coloniza a temperaturas comprendidas entre 12 y 40°C., pero la temperatura óptima oscila entre 20 y 30°C. Los esporos pueden sobrevivir entre los 1 y 55°C.

La Esporotricosis no tiene ninguna predilección especial en cuanto a la edad, la raza, el sexo; sin embargo es más frecuente en el hombre

---

(\*) Fungistático de la casa Upjohn Co., Kalamazoo, Michigan.





Fig. 4 - Caso N° 2. Esporotricosis epidérmica en pierna izquierda.

Fig. 5 - Caso N° 7. Esporotricosis epidérmica en dorso pie izquierdo.

Fig. 6 - Caso N° 10. Esporotricosis epidérmica en antebrazo derecho.

Fig. 8 - Caso N° 16. Esporotricosis epidérmica de nariz.

que en la mujer, por motivos de ocupación. Así en nuestros casos, priman los agricultores o los trabajadores del campo y, en muchas ocasiones, los pacientes relatan un traumatismo previo a la infección.

**PATOLOGIA** - Los cambios patológicos observados en la enfermedad, son los de un granuloma crónico. Tomando la lesión desde la periferia hasta el centro, se distinguen tres zonas, bien definidas, a saber: 1 - La capa periférica es de tipo sifiloide, con gran reacción del tejido conectivo e infiltrado perivascular de linfocitos y células plasmocitarias. Sin embargo se observa una menor hipertrofia de los vasos sanguíneos que en la sífilis. 2 - La capa media es del tipo tuberculoide y está compuesta por células epitelioides y células gigantes del tipo Langhans. 3 - La zona central, es la llamada zona supurativa crónica y está compuesta por microabscesos, necrosis y supuración.

En los casos estudiados, no se llegó a visualizar el hongo en los estudios anatomatológicos.

**CLINICA** - Se han descrito multitud de formas clínicas, acomodadas más bien a la localización que a la forma misma de la entidad. De acuerdo con una concepción simple del problema, se deben considerar tres formas principales de la enfermedad, de las cuales dependen las otras sub-formas descritas.

Son ellas: a) epidérmica fija; b) linfática y c) diseminada. Dentro de la última división se encuentran las llamadas esporotricosis visceral y esquelética. La forma mucosa descrita en algunas informaciones se ha encontrado asociada a una esporotricosis diseminada.

La **forma epidérmica fija** o **tegumentaria** se localiza de preferencia en los miembros y en segundo lugar, en la cara. En la mayoría de los casos es una lesión úlcero-vegetante y costrosa, de tamaño variable. En ocasiones la lesión es mínima y se manifiesta por foliculitis, intertrigo o pequeñas verrugas y papilomas. En raras ocasiones estas lesiones son destructivas y, cuando ocurre, hay siempre infección sobrecargada. Puede haber infarto linfático regional, pero sin la aparición de lesiones nodulares secundarias. Contra todo lo descrito en otros países, Brasil entre ellos (22-23), esta forma fue la más comúnmente observada entre nosotros. Consúltese el cuadro N° 2.

La **forma linfangítica**, la forma clásica de la enfermedad de Beumann y Gougerot, se caracteriza por la presencia de un chancro esporotricósico, seguido de la aparición de lesiones nodulares gomosas, secretantes, a lo largo de las vías linfáticas.

La esporotricosis **diseminada** puede hacer su aparición a partir de una de las formas anteriores o sin que se aprecien lesiones cutáneas pre-



Fig. 7. - Caso N<sup>o</sup> 14. Esporotricosis linfangítica, antebrazo y mano izquierda.

Fig. 9 - Caso N<sup>o</sup> 20. Esporotricosis epidérmica en rodilla.

Fig. 10. - Caso N<sup>o</sup> 22. Esporotricosis linfangítica en miembro superior derecho.

NOTA.—Las figs. Nros. 4, 7 y 8 fueron tomadas por el Dr. Bernardo Jiménez Cano.

vias. Se observan múltiples nódulos subcutáneos, asociados con lesiones pulmonares, renales, musculares y glandulares. Puede existir una orquiepididimitis concomitante. Esta forma puede progresar a una muerte rápida o adquirir un carácter eminentemente crónico.

**PRONOSTICO** - Salvo los casos diseminados que suelen ser fulminantes, es la esporotricosis una dolencia crónica, que, con un tratamiento bien orientado, permite al paciente obtener una curación radical.

**INMUNIDAD** - El estudio inmunológico de esta entidad ha sido objeto de múltiples comunicaciones, dentro de las cuales se destacan las de Widal y Abrani (23), Lurie (24) y Norden (25).

Está perfectamente aceptado que los individuos con la enfermedad, desarrollan cierto grado de inmunidad, la cual es variable de acuerdo con las distintas personas y regiones. Los casos de reinfección que se describen son pocos. En aquellas regiones donde la enfermedad es frecuente, existe una inmunidad natural bien demostrada.

Las reacciones de aglutinación de Widal y Abrani (23) pusieron de manifiesto títulos al 1:800 en personas con la infección activa y, luego del tratamiento, dichas aglutininas rebajaban al 1:60 o al 1:80. Según Norden (25) la prueba de precipitación es bastante fiel. En esta reacción, así como en las 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 del medio de cultivo en el cual se ha desarrollado el *Sporotrichum schenkii* en su fase levaduriforme, (esporotriquina), evoca una reacción de hipersensibilidad retardada (48-72 horas) en los individuos sensibilizados. Esta intradermo-reacción parece ser altamente específica (27).

No hemos empleado pruebas serológicas de ningún tipo en nuestros pacientes.

**DIAGNOSTICO CLINICO** - El diagnóstico clínico, en las formas linfáticas, puede ser hecho con mucha seguridad y no da base para un diagnóstico diferencial muy amplio. La forma epidérmica o tegumentaria, se confunde, en muchas ocasiones, con otros granulomas tales como la sífilis, la tuberculosis, etc. Varios de nuestros pacientes habían sido admitidos con un diagnóstico de impresión inicial de cromoblastomicosis; otros con el de blastomicosis y aún de actinomicosis. Dentro del diagnóstico diferencial también se consideraron la leismaniasis y la piodermitis vegetante. Es a veces imposible hacer un diagnóstico diferencial absoluto.

**TRATAMIENTO** - Ha sido aceptado que los yoduros constituyen el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de esporotricosis, ya sea en forma de solución saturada de yoduro de potasio o en forma de cucharadas a base del mismo producto. También se ha empleado el yoduro de potasio en inyección venosa. En el caso del yoduro de potasio, la dosis diaria varía entre 2 y 6 gramos.

En nuestros casos hemos usado gotas de solución saturada de yoduro de potasio, empezando con 10 gotas tres veces al día, hasta llegar a dar al paciente 40 gotas tres veces en el día. Administramos la medicación anterior con un poco de leche tibia o con un antiácido de cualquier tipo. En algunas oportunidades se ha empleado el yoduro de potasio en cucharadas cada una de las cuales tiene un gramo de la sal. Para los fines de cálculo de dosis, se considera que una gota de yoduro de potasio en solución saturada, corresponde a 0,065 grms. de la sal.

Hemos usado en nuestros pacientes, medicación local a base de sustancias yodadas, de las cuales la más efectiva parece ser la compuesta por:

Tintura de Yodo . . . . .	15	grms.
Alcohol . . . . .	60	ml.

Madeiras Pava (12) recomienda como tratamiento local:

Yodo Metaloide . . . . .	2.5	grms.
Yoduro de Potasio . . . . .	0.5	"
Agua destilada . . . . .	100.0	ml.

Fuera de los tratamientos arriba enumerados, es de conocimiento que hay casos que requieren un tratamiento conjunto de Rayos X, cirugía y vacunoterapia (específica o no). La Stilbamidina, el Griseofulvin y el Amphotericin han sido usados de manera irregular y sin mucho éxito.

## HISTORIAS CLINICAS.

### Nº 1

#### Resumen de la Historia Nº 56.892.

J. A. T.: hombre de 35 años de edad, casado, agricultor.

Motivo de la consulta: lesión úlcero-costrosa en el 2º artejo izquierdo.

Tiempo de evolución: 2½ meses.

Enfermedad actual: en el 2º artejo izquierdo apareció una pápula

indolora que se convirtió en pústula y dio salida espontánea a un pus gomoso, luego se recubrió de una costra muy adherente. Lesiones muy similares han aparecido a lo largo de todo el miembro inferior siguiendo el curso de los linfáticos. En el momento de la consulta se encuentran múltiples lesiones en diferentes periodos de evolución principalmente lesiones nodulares duras y lesiones ulcerosas y abscedadas que dejan escapar un pus bien ligado. La enfermedad se ha acompañado de dolor espontáneo.

Datos de laboratorio: A. P. reporta "Granuloma crónico compatible con esporotricosis". Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 2

### Resumen de la Historia Nº 60.187.

F. L. S. P.: hombre de 55 años de edad, casado, de profesión agricultor.

Motivo de la consulta: ulceraciones de pierna izquierda.

Tiempo de evolución: 8 años.

Enfermedad actual: la enfermedad actual se inició hace unos 8 años con una nodulación indolora localizada en el 4º artejo del pie izquierdo, luego se ulceró y dio lugar a la salida de un pus espeso e inodoro. Luego aparecieron elementos similares pero mayores en el dorso del pie y en la pierna hasta el tercio medio, estos elementos confluyeron y originaron las ulceraciones que ostenta en el momento de la consulta. Son ulceraciones constituidas por mamelones carnosos, algunas de ellas recubiertas de costras gruesas, y muy adheridas (Foto gráfica Nº 4). Como síntomas de orden general el enfermo presenta ardor, prurito y displasia.

Datos de laboratorio: A. P. "Ulceración crónica activa compatible con micosis. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 3

O. L. G.: niño de 6 años de edad, estudiante, fue visto en el servicio de Pediatría del Hospital. (Sin historia Hospitalaria).

Motivo de la consulta: lesiones periungueales en dedo medio, mano derecha.

Tiempo de evolución: seis días.

Enfermedad actual: se encuentra una inflamación aguda con abscedación pero sin drenaje espontáneo, alrededor del lecho de la uña del dedo medio de la mano derecha.

Datos de laboratorio: Falta A. P. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### Nº 4

C. Z. R. (sin historia hospitalaria). Hombre de 35 años de edad, de profesión zapatero. Es visto en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesión ulcerosa del antebrazo izquierdo.

Tiempo de evolución: tres años.

Enfermedad actual: en el momento de la consulta presenta en la cara posterior del tercio superior del antebrazo izquierdo una ulceración de unos 4 cms. en diámetro más ancho. La lesión tiene un fondo mame-lonado, bordes circinados y es supurante. Es indolora y no hay cambios en la piel vecina. No se encuentran adenopatías satélites.

Datos de laboratorio: A. P. reporta: "Granuloma inflamatorio crónico". Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### N 5

##### Resumen de la Historia Nº 100.698.

M. R. P.: mujer de 77 años de edad, soltera, de profesión O. D. Procedente de Medellín, es vista en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesión vegetante en antebrazo derecho.

Tiempo de evolución: 16 meses.

Enfermedad actual: después de un pequeño traumatismo con una astilla de madera en el dedo medio de la mano derecha aparecieron unas pequeñas vesículas, que desaparecieron espontáneamente. Aproximadamente unos tres meses después de estas lesiones apareció una lesión en el tercio medio del antebrazo derecho de aspecto vegetante, poco después aparecieron lesiones semejantes en el codo. El anterior cuadro clínico desapareció por completo bajo tratamiento médico; pero después de unos 11 meses de la lesión inicial aparecieron lesiones semejantes en el tercio inferior del antebrazo derecho.

Datos de laboratorio: Falta A. P. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### Nº 6

##### Resumen de la Historia Nº 56.756.

J. U. C.: hombre de 55 años de edad, casado, carnicero, procedente de Urrao, fue tratado en el Servicio de Dermatología del Hospital.

Motivo de la consulta: limitación postraumática de movimientos de miembro inferior derecho.

Evolución de la enfermedad: se desconoce el tiempo de evolución de la lesión cutánea.

Enfermedad actual: como se ve el paciente consulta por un cuadro clínico diferente del que nos ocupa. Pero al examen clínico general se encontró: en el dedo anular izquierdo sobre la región dorsal una lesión escamosa y vegetante aparecida después de una herida con arma cortante.

Datos de laboratorio: falta Anat. Pat. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 7

### Resumen de la Historia Nº 76.770.

J. C. T. Q.: Hombre de 70 años de edad, casado, agricultor, procedente de Amagá, fue hospitalizado en el servicio de Dermatología.

Motivo de la consulta: lesión vegetante en pie derecho.

Evolución: 8 meses.

Enfermedad actual: comenzó como una pequeña ulceración del dorso del pie derecho, que fue creciendo paulatinamente y haciéndose vegetante. Presenta además supuración muy fétida y dolor intenso. (Fotografía Nº 5).

Datos de laboratorio: epitelio malpighiano con hiperqueratosis. El corion muestra numerosos vasos endoteliales y reacción inflamatoria con formación de pequeños abscesos. No hay malignidad.

Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 8

### Resumen de la Historia Nº 117.777.

M. T. S.: mujer de 15 años de edad, soltera, of. domésticos. Procedente de Amagá. Vista en la Consulta Externa.

Motivo de la consulta: ulceración de la rodilla derecha.

Tiempo de evolución: 6 años.

Enfermedad actual: apareció en forma de una vesícula, que aumentó progresivamente de tamaño dando lugar a una ulceración, que alcanzó unos 8 cms. de largo por tres de ancho. Antes de su consulta al hospital fue intervenida para dicha ulceración, la que fue desbridada y saturada. En el momento de la consulta presenta una ulceración de 1 cm. de diámetro purulenta y dolorosa.

Datos de laboratorio: A. P. falta. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.



## Nº 9

### Resumen de la Historia Nº 137.298.

E. V. A.: mujer de 16 años de edad, soltera, de profesión O. D. Procedente de Medellín, es vista en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesiones cutáneas en antebrazo izquierdo.

Tiempo de evolución: 2 meses.

Enfermedad actual: presenta una lesión nodular, violácea, blanca. El centro de la lesión se ha ulcerado y presenta una costra. En el borde superior de la lesión han aparecido otros nódulos, que se han hecho confluentes y en el momento la lesión presenta una placa. A través de los linfáticos regionales hay tres nódulos. No se encuentran adenopatías regionales. (Fotografía Nº 6).

## Nº 10

### Resumen de la Historia Nº 100.253.

O. C. H.: paciente de sexo masculino, de ocho años de edad, escolar, natural y procedente de Medellín. Visto en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesiones cutáneas y nasales.

Enfermedad actual: se inició la enfermedad con una mácula pruriginosa y dolorosa en el ala derecha de la nariz. Dicha lesión ha tenido la siguiente evolución: mácula, pápulas, vesícula, pústula y luego una ulceración vegetante, que ha aumentado de tamaño constantemente. En el momento de la consulta han desaparecido el prurito y el dolor. No se ha presentado supuración. (A consecuencia de un traumatismo el paciente perdió gran parte de la lesión vegetante).

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: Ulceración del epitelio. En el corion hay inflamación granulomatosa con células gigantes e infiltración leucocitaria mono y polimorfonuclear. No se encuentran esporos de hongos.

Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 11

### Resumen de la Historia Nº 76.180.

P. M. S. paciente de sexo masculino, de raza mestiza, de 75 años de edad, casado, sin oficio o profesión habitual, residente y procedente de Medellín, es visto en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: ulceración en el dorso de la mano izquierda.

Enfermedad actual: se inició unos dos meses antes de la consulta y después de una pequeña herida con un alambre de púas. Al parecer se inició por medio de una ulceración purulenta, rodeada de un halo eritematoso. Esta lesión ha evolucionado progresivamente destruyendo los tejidos vecinos, el cuadro clínico anterior se ha acompañado de dolor en todo el antebrazo izquierdo.

## Nº 12

### Resumen de la Historia Nº 161.262.

A. M. R.: paciente de sexo masculino, de 50 años de edad, casado, de profesión obrero. Procedente de Alejandría, ingresa por primera vez al Hospital al servicio de Dermatología.

Motivo de la consulta: lesión en el dorso del pie izquierdo.

Enfermedad actual: se inició unos 10 meses antes de la consulta. Al comienzo fue una lesión vesicular y dolorosa, luego apareció una lesión vegetante que se fue extendiendo en forma de arco de convexidad hacia los artejos. Finalmente la lesión se hizo supurante.

Datos de laboratorio: sin estudio anatomopatológico. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: Hiperqueratosis, moderada paraqueratosis, acantosis irregular. En el corion hay abundante exudado inflamatorio de tipo crónico, se observa además reacción granulomatosa con células gigantes, posiblemente por hongos, aunque no se identifican en los cortes. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 13

### Resumen de la Historia Nº 63.026.

J. R. A.: paciente de 11 años de edad, escolar, procedente de Granada (Ant.), ingresa al servicio de Pediatría del Hospital.

Motivo de la consulta: nódulo en el borde externo del dedo índice.

Enfermedad actual: se inició unos cuatro meses antes de la consulta al Hospital por un nódulo duro, eritematoso, localizado en el borde externo del dedo índice de la mano izquierda. Este nódulo se reblandeció, se ulceró y dio lugar a una supuración abundante y fétida. Luego la lesión se recubrió de una costra amarilla y muy gruesa. Después aparecieron lesiones con una iniciación y evolución semejantes en el dorso de la

mano, en el antebrazo y en el brazo, que seguían el curso de los linfáticos. (Fotografía N° 7).

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: en el dermis se observa intensa reacción inflamatoria con micro-abscesos, hay células gigantes y fibrosis. El cuadro es compatible con Sporotricosis. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### N° 14

##### Resumen de la Historia N° 58.980.

F. C. C.: hombre de 68 años de edad, obrero, casado, procedente de Medellín, fue hospitalizado en el servicio de Dermatología del Hospital.

Motivo de la consulta: ulceración de la pierna derecha.

Enfermedad actual: el paciente fue hospitalizado por un adenoma de próstata y por una úlcera crónica de pierna derecha. De esta última dolencia no hay descripción alguna en la historia clínica. Se le ordenó biopsia y examen micológico cuyos resultados se dan a continuación.

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: Epitelio interrumpido por ulceraciones. El corion es edematoso con gran actividad neo-vascular y fibroblástica, con abundante infiltrado leucocitario especialmente mono-nuclear. Hay escasas células, gigantes de cuerpo extraño. No hay malignidad. Inflamación crónica activa, compatible con micosis.

Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### N° 15

##### Resumen de la Historia N° 61.842.

A. C. M.: hombre de 38 años de edad, casado, de profesión agricultor, procedente de San Rafael (Ant.), ingresa al servicio de Dermatología del Hospital.

Motivo de la consulta: lesión vegetante en el ala de nariz.

Enfermedad actual: se inició unos dos meses antes de la consulta con una pápula localizada en la parte derecha de la nariz, luego se ulceró y se hizo vegetante. La lesión se ha acompañado de dolor y ardor. (Fotografía N° 8).

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: Epitelio Malpighiano con capa córnea en algunas áreas, hay hiperqueratosis y papilomatosis. En el corion hay abundantes pelos e infiltrado mononuclear muy denso.

Hay además diminutos fragmentos de tejido epitelial un poco atípicos pero insuficientes para un diagnóstico. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### Nº 16

##### Resumen de la Historia Nº 152.205.

P. H. R.: hombre de 50 años de edad, casado, de profesión albañil, procedente de Granada (Ant.), es visto en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesión en la piel del pie derecho.

Enfermedad actual: la enfermedad actual se inició unos 18 meses antes de la consulta al parecer con una pápula, que aumentó de tamaño y luego se convirtió en una pústula, luego apareció en lugar de ésta una ulceración vegetante, que se fue extendiendo hacia la periferia y cicatrizó en el centro. (Localización dorso del pie derecho parte interna).

Dato de laboratorio: Anatomía Patológica: Acantosis, hiperqueratosis y moderada hiperplasia pseudo epiteliomatosa del epitelio, marcada fibrosis del corion, infiltrado de mono y polimorfonucleares, pequeños focos franulomatosos con escasas células gigantes. No se observan parásitos ni hongos. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

#### Nº 17

##### Resumen de la Historia Nº 161.579.

G. V. A.: hombre mestizo, de 20 años de edad, comerciante, soltero.

Motivo de la consulta: lesión eritemato-costrosa en antebrazo izquierdo.

Enfermedad actual: se inició tres meses antes de la consulta con una mácula eritematosa pequeña, localizada en la cara anterior del tercio medio del antebrazo izquierdo. Esta mácula fue creciendo hasta alcanzar el tamaño de unos 6 cms. de diámetro. En el momento de la consulta se encuentra una mácula eritemato-costrosa, de un color violáceo, de bordes bien definidos y algo levantados, en el centro hay tendencia a la cicatrización.

Datos de laboratorio: Anatomía Patológica: atrofia e hiperqueratosis de la epidermis. En el corion hay un pequeño quiste epidermoide y un proceso inflamatorio de tipo granulomatoso difuso, sin formación de tubérculos ni de necrosis caseosa. El cuadro histológico es sugestivo de esporotricosis. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 18

### Resumen de la Historia Nº 164.596.

H. L. P.: hombre blanco, de 23 años de edad, cuya anterior ocupación era manejar ganado en una finca. Fue visto en la Consulta Externa.

Motivo de la consulta: lesión eritemato-costrosa en rodilla derecha.

Enfermedad actual: se inició unos 6 años antes de la consulta. Al parecer la lesión inicial estuvo constiuída por dos pápulas o nódulos, que fueron creciendo lentamente y se hicieron confluentes. Luego sufrió un traumatismo en dicha región (coz de una res) y se le formó la actual úlcera, que compromete toda la cara anterior de la rodilla derecha y que ha sido rebelde a todo tratamiento médico. En el momento de la consulta se encuentra una lesión con las siguientes características: eritematosa y costrosa, ulcerada en algunas partes, los bordes son bien definidos, de color violáceo y algo prominentes. Tiene unos 10 cms. de longitud por 6 de ancho.

Datos de laboratorio: No hay biopsia. Micología: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Nº 19

L. A.: hombre mestizo de 16 años de edad, soltero, agricultor, procedente de Santo Domingo. (Sin historia hospitalaria).

Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Enfermedad actual: el paciente estaba bien hasta 3 meses antes de consultar cuando comenzó a tener una papulita eritematosa en la piel dorsal de la falangina del dedo pequeño de la mano derecha. Luego se formó una flictenulita que comenzó a drenar un líquido filante. Con el tiempo la lesión fue creciendo, proliferó irregularmente, a veces sangraba y dificultaba los movimientos regionales. Pesteriormente apareció otra lesión similar a la primera en la piel dorsal de la mano derecha (lado cubital) y más tarde otras cuantas en la piel del antebrazo y porción distal del brazo. Fuera del prurito local no ha habido otra sintomatología.

Examen físico: el paciente es un hombre de 16 años de edad, en regulares condiciones nutricionales. No hay más hallazgos patológicos que los descritos en el párrafo anterior y adenopatías supratrocleares y axilares del lado derecho.

Laboratorio: cultivo del exudado de la lesión: positivo para *Sporotrichum schenkii*. Biopsia de la lesión del dedo: compatible con esporotricosis.

## Nº 20

### Resumen de la Historia Nº 137.298.

E. de J. V. A.: mujer de 16 años, soltera, de profesión O. D. Fue vista en la Consulta Externa del Hospital.

Motivo de la consulta: lesión cutánea situada en mano derecha.

Enfermedad actual: hace unos dos meses empezó a notar una lesión de piel nodular, de color violáceo, renitente en su punto inicial y en cuya parte central ha aparecido costra. Es una lesión vegetante y que exuda un pus gomoso. Hacia la parte superior de la lesión se han formado otras nodulaciones, que se han hecho confluyentes y en el momento de la consulta forman una placa. Siguiendo el trayecto de los linfáticos regionales se aprecian tres nódulos. No se encuentran adenopatías regionales. (Fotografía Nº 10).

Datos de laboratorio: A. P. falta.

Micología: cultivo: se aisló *S. schenkii*.

## Nº 21

### Resumen de la Historia Nº 170.212.

L. B. D.: mujer de 25 años de edad, soltera, de profesión oficios domésticos, procedente de Uramita, ingresa por primera vez al Hospital.

Motivo de la consulta: úlceras de miembro inferior derecho.

Tiempo de evolución: 3 meses.

Enfermedad actual: se inició con edema de miembros inferiores, eritema, dolor y sensación de ardor. Actualmente se encuentra en el miembro inferior derecho: a) eritema que comprende desde el tercio medio de pierna hasta pie, b) edema blando, poco doloroso a la palpación, que abarca la misma zona del eritema, c) numerosas ulceraciones de fondo purulento, muchas de ellas confluyentes y algunas de ellas recubiertas de una costra gruesa, d) numerosas lesiones nodulares en pie y pierna más numerosas en el talón.

Datos de laboratorio: cultivo positivo para *S. schenkii*.

## Resumen de la Historia Nº 76.770.

J. C. T. Q.: hombre de 70 años de edad, agricultor. Procedente de Abejorral, es visto en el servicio de Dermatología.

Motivo de la consulta: lesiones de piel en pie y pierna derechos.

Tiempo de evolución: 2 años.

Enfermedad actual: se inició después de chuzarse con una espina. Se inició con una ulceración que se extendió rápidamente desde el dorso del pie hasta el tercio superior de la pierna, al parecer estas lesiones eran de naturaleza infecciosa (piodermatitis) pues desaparecieron con tratamiento médico. Pero hace unos 8 meses presenta en el dorso del pie derecho una lesión vegetante muy dolorosa y con secreción purulenta muy fétida.

Datos de laboratorio: A. P.: Epitelio Malpighiano con hiperqueratosis y papilomatosis, microabscesos intraepiteliales. No hay malignidad. Compatible con esporotricosis. Micología: cultivo: se aisló *S. schenckii*.

## ESPOROTRICOSIS

Cuadro Nº 1

Caso	Número	Edad	Sexo	Ocupación	Cultivo	
Nº	1	J. A. T.	35 años	Masculino	Agricultor	+
Nº	2	F. L. S. P.	55 años	Masculino	Agricultor	+
Nº	3	O. L. G.	6 años	Masculino	Estudiante	+
Nº	4	C. Z. R.	35 años	Masculino	Zapatero	+
Nº	5	M. P. R.	77 años	Femenino	Of. domésticos	+
Nº	6	J. U. C.	55 años	Masculino	Carnicero	+
Nº	7	J. C. T. Q.	70 años	Masculino	Agricultor	+
Nº	8	M. T. S.	15 años	Femenino	Of. domésticos	+
Nº	9	E. V. A.	16 años	Femenino	Of. domésticos	+
Nº	10	O. C. H.	8 años	Masculino	Estudiante	+
Nº	11	P. M. S.	75 años	Masculino	Sin oficio	+
Nº	12	A. M. R.	50 años	Masculino	Obrero	+
Nº	13	J. R. A.	11 años	Masculino	Estudiante	+
Nº	14	F. C. C.	68 años	Masculino	Obrero	+
Nº	15	A. C. M.	38 años	Masculino	Agricultor	+
Nº	16	R. H. R.	50 años	Masculino	Albañil	+
Nº	17	G. V. A.	20 años	Masculino	Comerciante	+
Nº	18	H. L. P.	23 años	Masculino	Vaquero	+
Nº	19	L. A.	16 años	Masculino	Of. domésticos	+
Nº	20	E. de J.V.A.	16 años	Femenino	Of. domésticos	+
Nº	21	L. B. D.	25 años	Femenino	Agricultor	+
Nº	22	J. C. T. O.	70 años	Masculino	Agricultor	+

# ESPOROTRICOSIS

Cuadro Nº 2

Tipo Clínico		Localizaciones	
Forma Linfática	= 36%	Nariz	= 8%
Forma Epidérmica o Tegumentaria	= 64%	Mano Derecha	= 12%
		Mano Izquierda	= 8%
Cultivo		Antebrazo Derecho	= 8%
		Antebrazo izquierdo	= 24%
Positivo		Rodilla Derecha	= 12%
		Pie y Pierna Izquierda	= 8%
Negativo		Pierna Derecha	= 8%
		Pie izquierdo	= 4%
		Pie Derecho	= 8%

## RESUMEN

Se presentaron 25 casos de Esporotricosis de distintos tipos clínicos, con su estudio micológico correspondiente.

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

Al valorar el estudio de los 25 casos, se encuentra una preponderancia de la forma Epidérmica, Tegumentaria o Fija sobre las otras formas clínicas.

En los casos presentados, se pone de relieve que la enfermedad no se presenta sólo entre agricultores sino prácticamente, en cualquier oficio conocido.

Es notable que se encuentre un veinte por ciento de pacientes con edades de 30 a 40 años.



## SUMMARY

Presentation of twenty-five cases of sporothricosis of different clinical types, with their mucological study. A summary of the disease is made from the histological, mycological, pathological, clinical and immunological viewpoint, as well as its treatment. An evaluation of the cases show a preponderance of the epidermic, turgentary or fixed forms above the other clinical form. It also points out that this disease is presented not only in farmers, but in all kinds of occupation, and that 20% of the patients run between the ages of 30 and 40 years old.

## REFERENCIAS

- 1—Schenck, B. R. On refractory subcutaneous abscesses caused by a fungus possibly related to *Sporotrich*. Bull. John Hopkins Hospital, 9: 286, 1898.
- 2—Hektoen, L. Perkins, C. F., Refractory subcutaneous abscesses caused by *Sporothrix chenckii*; New Pathogenic Fungus. J. Exp. Med. 5: 77-89, 1900.
- 3—De Beurmann, A., Ramon, J. Abscess sous-cutané multiples d'origine mycosique. Ann. Dermat. et Syph, p. 678, 1903.
- 4—Gougerot, H. Sporotrichoses. En Nouvelle Pratique Dermatologique. Paris, Masson, 1936. p. 485-526.
- 5—Gougerot, H. De la utilité de reconnaître les parasites pathogènes. C. R. Soc. Biol. 67: 578, 1909.
- 6—Matruchot, L. Les Champignons pathogènes, agents des Sporotrichoses. C. R. Acad. Sc. 150: 543-545, 1910.
- 7—Pijper, A., Pullinger, B. D., an Outbreak of Sporotrichosis among South African Native Miners, Lancet, 2: 914-5, 1927.
- 8—Helm, M. A., Berman, C. En Sporotrichosis Infection on Mines of the Witwatersrand, Proc. Transvaal Mine Med. Officers Assoc. Transvaal Chamber of Mines, Johannesburg. 1947.
- 9—Posada Berrio, L. Esporotricosis o enfermedad de Beurmann y Gougerot. An. Acad. Med. Medellín, 15: 35-50, 1910.
- 10—Toro Villa, G. Un caso de esporotricosis linfangítica gomosa. 1913, Rep. Med. y Cir. 4: 6-10.
- 11—Restrepo Moreno, A., Correa Henao, A., Jaramillo Arango, A. Esporotricosis. Bol. Clin. 1: 344-56, 1935.
- 12—Posada Trujillo, J. Micosis, Micología y Esporotricosis. Bol. Clin. 4: 292-363, 1938.

- 13—Huyke P., G. Algunos casos de *Sporotrichum schenkii*. Rev. de Med. y Cir., Baranquilla. 12: 28-34, Nov. 1946.
- 14—Silva, M. J. Algo más sobre el tratamiento de las micosis. Heraldo Méd. 6: 89-90, 1948.
- 15—Silva, M. Sporotrichosis in Colombia. A. M. A. Arch. Dermat. and Syph. 65: 355-6, 1952.
- 16—Sánchez Arbeláez, J. E. Micosis. Medellín, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1957, Tesis de Grado.
- 17—Londoño González, F. Apuntes sobre esporotricosis, Rev. Fac. Med. Univ. Nacional, 28: 23-27, 1960.
- 18—Pinkus, H. Grekin, J. N. Sporotrichosis with asteroid tissueforms. Arch. Dermat. et Syph. 61: 813-819, 1950.
- 19—Conant, N. F., y otros. Manual of Clinical Mycology. 2ª ed. Philadelphia, Saunders, 1954. p. 222-39.
- 20—Lewis, G. M. y otros. An Introduction to Medical Mycology. Fourth Edit. Chicago. The year Book Pub. 1958. p. 271-287.
- 21—Madeiros Paiva De F., Esporotricose. Arquiv. Bras. Med. Nav. 72: 147-188, 1959.
- 22—Sampaio, A. P., Da Silva Lacaz, C. Klinische und Statische Untersuchungen über Sporothichose in Sao Paulo, Brasil. Der Hautarzt, 10: 490-93, 1959.
- 23—Widal ,et Abrami, P. Séro-diagnostic de la Sporotrichose. Par la Sporoagglutinativa. Bull, et Mém. Soc. Méd. des Hopitaux. Paris. 22:947-952, 1908.
- 24—Lurie, H. I. A Common antigenic factor in diferent species of Sporotrichum. Mycologia. 40: 106, 113, 1948.
- 25—Norden, A. Sporotrichosis; clinical and laboratory features and Serologic study in experimental animals and Humans. Acta Path. et Microbial. Scandinavi. Suppl. 89: 3-119, 1951.

## PARALISIS LARINGEAS CONSECUTIVAS A CIRUGIA DEL TIROIDES

Dr. Marco A. Barrientos M. \*

La frecuencia de las lesiones de los nervios laringeos inferiores con las respectivas parálisis, ha hecho que se dedique especial atención a la distribución de los nervios, a la fisiopatología de los diversos síndromes paralíticos, a las medidas que deben adoptarse para evitarlas y a los procedimientos para corregirlos.

F. H. Lahey (1) en presencia de una paciente que tuvo graves trastornos respiratorios inmediatamente después de la tiroidectomía, lanzó la hipótesis de que pudieron herirle las fibras nerviosas que van a los músculos abductores dejándole intactos los aductores. Hoy podemos aceptar que en gran número de casos el recurrente se divide, antes de entrar en la laringe, en una rama para los músculos que abren la glotis para permitir la entrada del aire durante la respiración y otra para los antagonistas que la cierran en la fonación.

La sección de la rama abductora, cuando es bilateral puede provocar la muerte, lo que no fue ilógico suponer sucedió en una joven operada de adenoma tiroideo, que murió poco después de la operación, según se creyó por colapso traqueal debido a traqueomalacia (Hist. N° 003350). Algo semejante sucedió con una paciente (97207) que en Mayo de 1959 fue operada para un adenoma mediano; se le salvó la vida por traqueotomía y sólo pudo retirársele la cánula dos años más tarde, después de practicarle operación de King. Por traqueotomía se salvó también otra paciente (N° 140633) operada en Noviembre de 1959 para coto tóxico; pudo retirarse su cánula pero presentó serios trastornos respiratorios hasta Mayo de 1961 cuando se le practicó operación de King.

En enfermas como las dos anteriores que tienen sus cuerdas vocales paralizadas en la línea media, o como otras dos, vistas en consulta particular que tienen una de las cuerdas en aducción, puede caerse en el error de creer que no hay parálisis si se piensa que la bitonalidad de la voz es la única manifestación. Estas pacientes tienen todas, disnea que se hace más intensa con el esfuerzo y aunque en un principio no se nota disfonía, si hacen uso de la voz por un rato, presentan fatiga.

La clásica "voz bitonal", la que con la primera frase denuncia la mala suerte del cirujano y del paciente, lo observamos en una enferma

---

\* Del servicio de Organos de los sentidos. Facultad de Medicina. U. de A.

(Nº 97841) operada para adenoma que según estudio histopatológico resultó adenocarcinoma papilar. La voz de esta paciente no mejora en lo más mínimo; la cuerda derecha está en extrema abduccion y la izquierda no puede llegar a hacer contacto para provocar una voz, no normal pero sí menos disonante (Plancha fig. IV). Puede pensarse en estos enfermos de cuerdas paralizadas en posición de extrema abducción que se les ha lesionado, no todo el nervio, porque en ese caso estaría en posición intermedia o "cadavérica", sino la rama que va a los músculos aductores.

En cinco pacientes hemos encontrado parálisis bilateral en posición cadavérica. Tienen estas enfermas voz apagada, débil. La falta de cierre de la glotis produce un gasto mayor de aire en la fonación, lo que les hace imposible emitir un sonido prolongado o con fuerza y los obliga a interrumpir la frase frecuentemente para tomar más aire.

La variedad más frecuentemente encontrada es la de parálisis unilateral en posición cadavérica, de la que hemos observado quince casos en los que nos ha llamado la atención la diversidad de los síntomas, pues mientras unas enfermas sólo presentan disfonía, disnea o disfagia, en otras se encuentran varios o hasta la totalidad de los síntomas anotados.

Tuvimos oportunidad de observar un caso con modificaciones del timbre y de la potencia de la voz por posible lesión de los nervios laríngeos superiores, es decir por parálisis de los músculos crico-tiroideos, únicos innervados por nervio diferente del recurrente y llamados tensores de la glotis.

Recordemos ahora como funciona la laringe en la respiración, fonación y deglución, para darnos mejor cuenta de los procesos de disnea, disfonía y disfagia.

La posición de fonación en la laringe normal es la de aducción, para aplicar una cuerda contra la otra y provocar el sonido fundamental de la voz mediante la vibración que les imprime la columna de aire expulsada por los pulmones (Pl. Fig. 1). Si una de las cuerdas está paralizada en aducción, es decir en la línea media, está permanentemente en la posición en que se necesita para la fonación y por lo tanto no habrá disfonía notoria (Fig. 2). Podrá sí haber fatiga cuando se hace mucho uso de la voz o se emite fuertemente.

Cuando una cuerda está paralizada en posición intermedia, que es la que corresponde a la interpretación de la totalidad de las fibras del nervio, la disfonía puede mejorarse por la acción compensadora de la cuerda opuesta que sobrepasa la línea media para estrechar la hendidura glótica, lográndose en ocasiones una voz muy semejante a la normal (Fig. 3). Esto desde el punto de vista práctico tiene mucha importancia y destaca lo imprudente que resulta recalcar al enfermo que tiene una parálisis, por-

que bien sabido es por todos que aun con cuerdas vocales intactas puede desarrollar una disfonía siquica. Es así que no sólo por amparar al cirujano sino también por el futuro de la voz, debe darse la impresión de que no es nada demasiado importante y que puede esperarse mucho de la recuperación.

Si la parálisis es bilateral, en posición intermedia (Fig. 5), el contacto de las cuerdas para vibrar será imposible, la voz será apagada, entrecortada y poco podrá esperarse de la rehabilitación fonética. En la posición de extrema abducción (Fig. 6), la voz será peor aún.

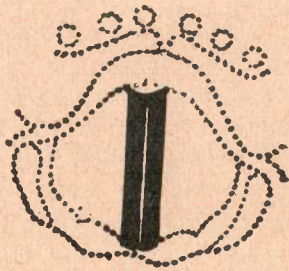
Durante la respiración la glotis debe abrirse para el paso del aire. Si hay parálisis bilateral en aducción (Fig. 1), puede provocarse la muerte por asfixia, si no se hace traqueotomía de urgencia; si hay parálisis de una cuerda (Fig. 2), estará disminuída la luz de la glotis y en ocasiones sólo se presenta disnea con el esfuerzo.

Otra de las funciones de la laringe, cuya perturbación por lesión del recurrente puede provocar trastornos considerables, es la de "válvula", o defensa de las vías respiratorias durante la deglución. Las partes móviles de la laringe deben volcarse sobre la línea para cerrarla, y si esto no sucede viene la disfagia, más intensa en la parálisis bilateral.

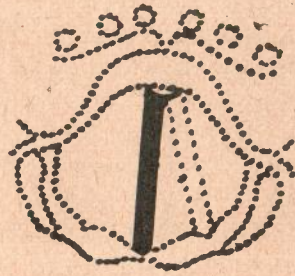
Para evitar las heridas de los recurrentes y los trastornos anotados, antes se han ideado procedimientos que creemos vale la pena de tener en cuenta, muy especialmente por los cirujanos que se inician.

Alguno de nuestros cirujanos cree que es guía segura la cápsula de la glándula; que cuando se opera por dentro de ella no hay peligro porque el nervio va por fuera. Este procedimiento no nos parece eficaz porque en muchos casos no es fácil saber si se va por dentro o por fuera, sobre todo cuando hay hemorragia por lesión de las ramas de la tiroidea inferior. Conocemos un caso de lesión de recurrente cuya descripción del acto quirúrgico habla de cirugía por dentro de la cápsula y el espécimen muestra todo lo contrario.

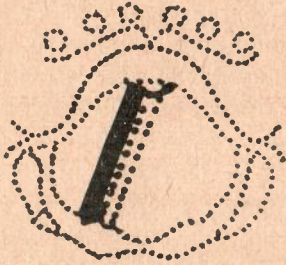
Es recomendable la visualización de los nervios para evitar su herida. Visualización que de ninguna manera debe ser su disección completa, ni su traumatismo. La identificación de los nervios recomendada por Lahey es facilitada si se tiene en cuenta la relación de éstos con la arteria tiroidea inferior, rama de la sub-clavia. El nervio está habitualmente detrás de la arteria, pero en algunos casos puede encontrarse por delante y en los menos entre las ramas de bifurcación del vaso. Son las ramas de la tiroidea inferior, cuando no se ha ligado previamente a la liberación de la cara posterior del lóbulo tiroideo, las que dan hemorragias más desconcertantes, cuya contención de emergencia hace posible el pinzamiento o anudada de los nervios. Aunque antes se admitía que la ma-



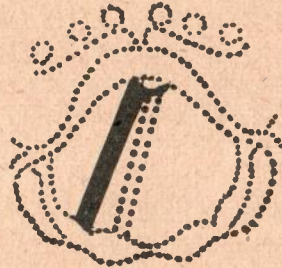
I



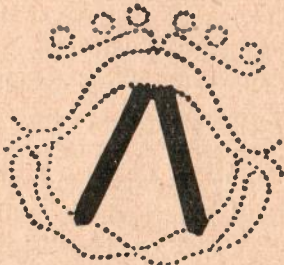
II



III



IV



V



VI

- I — Parálisis bilateral en aducción.  
 II — Parálisis Unilateral (der.) en aducción.  
 III — Acción compensadora de la cuerda normal (punteada) en la parálisis derecha en oposición intermedia.  
 IV — En la parálisis en abducción la cuerda normal no alcanza a hacer contacto.  
 V — Parálisis bilateral en posición intermedia.  
 VI — Parálisis bilateral en abducción.

yor vecindad de la arteria y el nervio estaba en el polo inferior de la glándula, Ziegelman sostiene que se encuentra en la parte media; la arteria entra en la glándula con más frecuencia en la parte media de la cara posterior que en el polo inferior.

El inconveniente que pudiera imputársele a la técnica de la visualización de los recurrentes sería su vulnerabilidad. Sin embargo, Lahey y su escuela vienen sosteniendo desde hace muchos años que tales nervios son bastante resistentes. Creemos que son testimonio de esto último los casos relatados por Gregg de nervios pinzados y ligados, cuya función no se ha perdido, siempre que las ligaduras se hayan retirado en pocas horas.

Otra de las técnicas recomendadas (Hawe y Lothian - Liverpool) (2) consiste en exponer el nervio teniendo cuidado de no traumatizarlo a él ni a la arteria que lo acompaña. Inmediatamente antes de cerrar la herida se ponen unos campos estériles para evitar la contaminación y con el laringoscopio el anestesista mira si las cuerdas se mueven con la respiración; luego las toca con un estilete para provocar la aducción brusca; si las cuerdas no responden al tocarlas, debe descartarse como causa de error la profundidad de la anestesia, dejando despertar un poco al paciente. En caso de comprobar que una o ambas cuerdas están paralizadas, se revisan las suturas liberando el recurrente, y es así como se han encontrado algunos machacados por las pinzas y ligados, que al liberarlos volvieron la movilidad a la cuerda en pocos días.

En la práctica se considera como definitiva una parálisis después de los seis meses. Aun cuando se han relatado casos de recuperación a los 12 y 15 meses, esta es la excepción. El caso en que es más difícil esperar una posible recuperación es el de la parálisis bilateral en aducción porque los pacientes de tal lesión llevan por lo general una cánula de traqueotomía. En nuestros pacientes hemos esperado, sin embargo, en uno, 18 meses y en otro 25, antes de practicar la operación King.

Del tratamiento diremos que fuera de la reeducación fonética que debe intentarse siempre que sea posible, hay dos tratamientos quirúrgicos que debemos mencionar: uno para la disnea y otro para la disfonía.

El más importante, para la disnea, se usa en casos de parálisis de las cuerdas en aducción y consiste en procedimientos que buscan ampliar el orificio de la glotis, y de los cuales el más importante es la operación de King. (1) (3).

En esencia la operación de King consiste en hacer una incisión paralela al borde posterior del cartilago tiroides; llegar hasta la inserción del músculo constrictor inferior de la faringe y seccionarlo; desprender la mucosa laríngea para llegar hasta la articulación crico-aritenoidea; seccio-

nar la cápsula articular y los músculos crico-aritenoideos; luxación y rotación hacia afuera del aritenoides para fijarlo a la cara interna del cartilago tiroides. Es pues una artrodesis de la articulación. El creador de la operación fijaba en sus primeras intervenciones el cartilago luxado al músculo homohioideo, pero posteriormente concluyó que la acción de este músculo no tenía importancia.

El efecto de la operación consiste en colocar una cuerda antes paralizada en la línea media, en posición paralítica entre la abducción y la aducción, dejando espacio para la entrada del aire a través de la glotis. Es obvio pensar que los enfermos que antes tenían buena fonación pero mala respiración, se les mejora ésta a expensas de la primera.

En las enfermas que intervenimos últimamente prescindimos de la sutura del homohioideo. En una paciente joven hicimos con fines estéticos la incisión horizontal que nos permitimos recomendar. Tal incisión no es recomendada posiblemente por lo incómodo que puede suponerse el campo operatorio, pero hay que tener en cuenta que la cicatriz de una herida hecha en el sentido de lo spliegues de la piel será estética, que no lo es la de la incisión paralela al borde posterior del cartilago tiroides. Si se disecciona ampliamente la piel podrá obtenerse un campo tan amplio, casi como el de la incisión vertical y se evitará agregar al paciente una nueva deformidad física.

Otra serie de procedimientos quirúrgicos, mucho menos usados, son los destinados a estrechar la abertura de la glotis demasiado amplia por parálisis en abducción o en posición intermedia para hacer posible una mejor fonación. Se trata de inyecciones intracordales de sustancias no absorbibles (4). La parafina usada en un principio está totalmente descartada por los "parafinomas"; se usaron con éxito suspensiones autógenas de cartilago y heterogéneas de hueso en gelatina. Últimamente se está experimentando, al parecer exitosamente, con suspensión de polvo de tántalo en glicerina.

## REFERENCIAS

- 1)—Gregg, R. L., y Wash, W. - Avoiding injury to the extralaryngeal nerves. *An. Otol. Rhinol.* 66: 656-78, 1957.
- 2)—Hawe, P. Y. Lothion; K. R. - Recurrent laryngeal nerve injury during thyroidectomy. *Surg. Gyn. & Obst.* 110: 488-94, 1960.
- 3)—Jackson, Ch. y Jackson, Ch. L. - Otorrinolaringología y broncoesofagología. México. Uteha, 1949.
- 4)—Arnold, G. E. - Vocal rehabilitation of paralytic dysphonia. *Arch. Otolar.* 73: 290-94, 1961.



## TRABAJOS DE PARASITOLOGIA +

**Dr. David Botero Ramos**

Profesor Auxiliar de Parasitología.  
Facultad de Medicina U. de A.  
Medellín - Colombia.

**INTRODUCCION** - Desde 1956 el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia introdujo el sistema de trabajos prácticos estudiantiles para investigar temas de nuestra patología y para que fueran presentados por los mismos estudiantes, ante el grupo total de la Cátedra, sirviendo tal presentación como el núcleo de un seminario conjunto entre profesores y alumnos, que haría de mayor efectividad el sistema docente. (1). Uno de los estudiantes que en 1956 había participado de este sistema con un trabajo que mereció posterior publicación (2), al llegar como instructor a la Cátedra de Parasitología en 1958, implantó el mismo método, el cual a nuestro parecer ha dado magníficos resultados, pues le proporciona al estudiante la oportunidad de iniciarse en la investigación y de conocer personalmente las circunstancias ambientales que favorecen en nuestro medio la diseminación de los parásitos, al estudiar grupos de personas parasitadas que viven en su propio ambiente natural. De otro lado estos trabajos han sido y serán base para estudios más completos sobre nuestra patología regional y han permitido a la Cátedra de Parasitología proyectarse a la sociedad, función que cada vez se hace más necesaria e importante en las Facultades de Medicina.

Presentamos a continuación un resumen de los resultados más importantes obtenidos en los trabajos.

**ASCARIS** - En este tema contribuyeron los estudiantes:

Antonio Yepes, César Villegas, Carlos Vera, Fernando Vélez, Luis Benítez, Enrique Betancur, Fernando Botero, Juan Gonzalo Botero, Rodrigo Bula, Darío Cock, Cristian Correa, Oscar Bermúdez, Jairo Lopera, Pedro L. Valencia, Luz Helena Pulido, Margarita Prada, María Ruth Muñoz, y María Irene González.

---

(\*) Resumen de los trabajos realizados por los estudiantes en la Cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia durante los años de 1958 a 1961.

El estudio comparativo de *Ascaris lumbricoides* humano con *Ascaris suum* del cerdo ha demostrado que son prácticamente idénticos en su morfología adulta, aunque los huevos tienen pequeñas diferencias en su apariencia. Se acepta en general que no hay infección cruzada entre estos dos parásitos pero aún quedan algunos puntos por comprobar en este aspecto.

Estudios in vitro con huevos de *A. lumbricoides* han confirmado su gran resistencia a los factores ambientales, principalmente a la desecación. Fue posible mantenerlos durante un mes, en completa sequedad, sin que perdieran su viabilidad. Los cultivos experimentales de huevos se obtuvieron fácilmente en medios líquidos y con tierra. Los huevos embrionados fueron usados para diversas investigaciones, tales como la sensibilidad a medicamentos in vitro, acción de varias sustancias antisépticas y capacidad de infectar animales de laboratorio.

Este último proceso tuvo éxito en ratones blancos, los que después de ingerir un alto número de huevos embrionados presentaron lesiones hemorrágicas en hígado y pulmón, en las cuales se identificaron las larvas responsables de esas alteraciones.

El estudio de las materias fecales de perros y gatos comprobó la presencia de *Ascaris* propios de ellos, llamados *Toxocara canis* y *Toxocara cati* respectivamente. Estos parásitos se obtuvieron por autopsia o por tratamiento con antihelmínticos y fueron estudiados para comprobar las diferencias con *Ascaris* humanos. Este hallazgo de *Toxocaras* tiene especial importancia por ser reconocidos en la actualidad como los principales causantes del síndrome de migración larvaria visceral en el hombre, entidad muy similar o igual al síndrome de Loeffler y a la eosinofilia tropical.

**UNCINARIAS** - En este tema contribuyeron los estudiantes: Mabel Vallejo, José Vallejo, Fernando Urrego, J. Roberto Uribe, Luis F. Duque, Constanza Díaz, Jairo Echeverri, Gustavo Espinal, Jairo Franco, Fernando Londoño, Jairo López, Hernando Ortiz, Jairo Ossabal, Gustavo Escobar, Ramiro Escobar y Tomás Estrada.

Al estudiar las estadísticas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, se encontró que el número de admisiones por Uncinariasis en 1951 fue de 302, cifra que ha venido disminuyendo progresivamente hasta oscilar entre 40 y 70 en los dos últimos años. Los porcentajes de exámenes coprológicos positivos para huevos de Uncinaria varían entre 67 y 93% en un total de más de 2.000 exámenes realizados en el Hospital San Vicente, Instituto de Seguros Sociales y Clínica Noel. La mayor incidencia se presenta en el sexo masculino y hay una proporción muy alta en los campesinos agricultores.

Los exámenes cuantitativos de recuento de huevos por el método de Stoll (3) han comprobado la eficacia del tetracloroetileno como tratamiento. Se observa una franca disminución del número de huevos en las materias fecales después de un tratamiento, pero es raro observar la curación completa, la cual no siempre se logra a pesar de repetirlo varias veces. Los parásitos eliminados con el antihelmíntico y que han sido examinados, pertenecen todos a la especie **Necator americanus**.

De un total de 86 perros examinados por examen coprológico se encontró que 41 eran positivos para uncinaria. En los que fue posible examinar los parásitos adultos obtenidos por tratamiento o por autopsia, se encontró que el parásito existente era **Ancylostoma caninum**, el cual puede ser responsable de algunos casos de migración larvaria cutánea en el hombre.

**STRONGYLOIDES** - En este tema contribuyeron los estudiantes, Sres.: Benjamín Trujillo, Fernando Tirado, Abel Serrano, Hernando Santos, Julio Franco, Aldemar Gómez, Aníbal Hernández, César A. Hernández, Roberto Latorre, Jorge Jiménez, Mario Pérez, Ignacio Cuartas, William Díaz.

De un total de 326 historias revisadas en el Hospital San Vicente, se encontró que 35 (10.7%), presentaban examen coprológico positivo para larvas de este parásito. Fue notorio la mayor frecuencia en pacientes jóvenes y niños. En 60 exámenes realizados en las casas improvisadas alrededor de la quebrada Iguaná, el porcentaje se elevó a 21.6%.

Por ser **Strongyloides** un parásito que puede reproducirse en la tierra, propiedad única dentro de los helmintos que parasitan al hombre, es de suma importancia el estudio de ella cuando se hacen investigaciones en relación con la epidemiología de este parásito. Se examinaron 76 muestras de puntos muy diversos de la ciudad y de sus alrededores y se encontró que 9 eran positivas para el parásito que nos ocupa. El procedimiento que se sigue es sencillo y consiste en reproducir en el laboratorio las condiciones que favorecen el desarrollo de las larvas. Los medios utilizados son a base de carbón molido y tierra, los que se mantienen húmedos y a temperatura ambiente. La separación de las larvas y de los adultos del resto del medio se hace por métodos especiales, uno de los cuales fue ideado por uno de los estudiantes, con resultados muy buenos. Consiste en excavar la parte central del cultivo y colocar un vidrio cóncavo con agua tibia, que rebose los bordes hasta ponerse en contacto con la tierra; por hidrotropismo y termotropismo positivos los parásitos pasan al vidrio donde son fácilmente recolectados.

**OXIUROS** - En este tema contribuyeron los estudiantes, Sres.: Gustavo Restrepo, Axel Restrepo, Ricardo Restrepo, Armando Ruiz, Al-

berto Ledezma, Eduardo Leiderman, Javier Londoño, L. Darío Martínez, Olaff Mejía, Amadeo Alarcón, Jaime Mesa, Jesús Maya, Jorge Atehortúa, Rafael Manotas, Myron Ramírez y Hernán Ramírez.

Usando el Método de Graham de la cinta engomada transparente (4) se examinaron en el lapso de 1958 a 1961 un total de 435 niños pertenecientes a dos escuelas públicas, dos orfanatos y a las Granjas Infantiles de Medellín. De ellos se encontraron 124 positivos, (28,5%), lo que demuestra que es muy alto el número de niños infectados que viven en estas instituciones.

Se observó, que haciendo un solo examen no se diagnostican todos los casos positivos, es necesario hacer un promedio de 4 en días diferentes para tener más seguridad en el diagnóstico.

Se comprobó en los mismos niños estudiados, el alto multiparasitismo por medio del examen coprológico, el cual reveló una incidencia de Oxiuros bajísima, confirmándose así el hecho de que el examen de materias fecales no es efectivo para el diagnóstico de Oxiuros.

La fácil dispersión de los huevos de este parásito al medio ambiente se comprobó al encontrar muestras positivas en las ropas y en las cunas de los niños infectados. Esta fácil diseminación y el hecho de ser infectantes casi inmediatamente que salen al exterior hacen que las infecciones por Oxiuros sean colectivas en las instituciones o en las familias. Esto fue estudiado, examinando 102 individuos de todas las edades, que componían 11 familias en las cuales se había diagnosticado la infección en un niño de cada una. Se encontró que en todas las familias la infección abarcaba varios miembros de ella. El número de positivos entre los 102 componentes fue de 40, (39%).

Se controló el efecto de la piperazina sobre estos parásitos por medio de exámenes seriados después del tratamiento y se comprobó su gran eficacia.

**TENIAS Y TREMATODOS** - En este tema contribuyeron los estudiantes Sres.:

Alfonso Rada, Benjamín Orozco, Alberto Montoya, Guillermo Misas, Jairo Mesa, Luciano Mejía, Fernando Medina, Orlando Maya, Mario Méndez, José Mesa, Gerardo Molina, Fermán Montoya, J. Manuel Montoya, Cristian Mendoza, F. José Vásquez, Luis A. Flórez, Federico Ollarte, L. Miguel Botero. R. Iván Botero y Norman Pizano.

Se han identificado todas las tenias humanas entre nosotros, con excepción de *Diphilobotrium latum*. Se ha encontrado además una gran variedad de tenias de animales, la mayoría de las cuales no parasitan al hombre. *Dipylidium caninum*, hallada en perros de esta ciudad, es una de

las que pueden desarrollarse en el hombre, aunque la frecuencia es poca, pues sólo conocemos de un caso autóctono.

Utilizando un gran número de cisticercos de carne de cerdo infectada, obtenida en el matadero municipal de Medellín, se preparó un antígeno que será utilizado para reacciones serológicas en pacientes a los cuales se les sospeche la entidad.

Las infecciones del ganado vacuno por **Fasciola hepática** son comunes en nuestro medio. En un estudio de aproximadamente 1.000 reses sacrificadas, se encontró que 18 estaban infectadas. Se estudiaron caracoles, que son los huéspedes intermediarios de **Fasciola** y de **Schistosomas**, pero no fue posible identificar en ellos las formas larvarias de estos parásitos.

**AMIBAS** - En este tema contribuyeron los estudiantes:

Gerardo Martínez, Gonzalo Marín, Roberto López, Aldemar Londoño, Alonso Noreña, Martín Noreña, J. León Ochoa, Hernando Orozco, Sixto Ospina, Diana García, Gerardo Meola, José Iglesias, Rodrigo Valencia, Gabriel Dib, Alberto Restrepo, Fabio Sánchez, José Ramírez, y Alvaro Correa.

Se han hecho encuestas epidemiológicas en distintos barrios pobres de la ciudad, las que han demostrado las pésimas condiciones higiénicas y ambientales de ellos, la extremada pobreza e ignorancia de sus habitantes y como consecuencia lógica el altísimo porcentaje de parasitismo incluyendo la amibiasis. La mayoría de los estudios muestran cifras mayores del 50% en la incidencia de amibas y del 90% en parásitos intestinales en general. Esta clase de trabajos ha permitido a los estudiantes conocer la realidad de las clases más pobres de nuestra sociedad y correlacionar sus características de vida con los hechos epidemiológicos que se asocian a la diseminación de la amibiasis y de las otras parasitosis intestinales.

En el aspecto experimental de laboratorio se han mantenido cepas de amibas en medios de cultivo, las que se han utilizado para estudios en animales, tales como inoculaciones intestinales al curí, en el que se han reproducido las lesiones amibianas típicas que la **E. histolytica** produce en el hombre.

Fue posible identificar en algunos casos **Entamoeba gingivalis** de la boca de pacientes que presentaban patología oral. En estas circunstancias la amiba es un invasor secundario no patógeno.

**OTROS PROTOZOOS INTESTINALES.** - En este tema contribuyeron los estudiantes:

Rodrigo Lema, Oscar Lema, Alberto Ledezma, Berny Krentz, Jai-

ro Medina, Alberto Sanín, Myriam Mesa, Edgar Gómez, Hernando Hidrón, Rodrigo Alarcón y Rubén Jiménez.

Ha sido notorio la mayor incidencia de **Giardia** en niños que en adultos. En estudios realizados en escuelas y en instituciones infantiles se encontraron porcentajes de infección entre el 30 y el 40%. **Balantidium coli** mostró una incidencia de menos de 1% en humanos y del 14% en cerdos. Este último dato se obtuvo del examen de 70 muestras fecales de cerdos, colectadas en la plaza de ferias de Medellín. Se acepta que la infección es cruzada entre hombre y cerdo por ser la misma especie de parásito en ambos. Se comprobó la presencia entre nosotros de **Trichomona tenax** de la boca, en muestras obtenidas de pacientes en la Facultad de Odontología. Tanto esta **Trichomona** como la intestinal fue posible cultivarlas en varios medios apropiados.

### COMPARACION DE DISTINTOS METODOS DE EXAMEN DE MATERIAS FECALES

En este tema contribuyeron los estudiantes:

Ana Elvira Prada, Leonel Sánchez, Gonzalo Mesa, Rigoberto Suárez, F. León Duque, Alvaro Montoya, Alfredo Londoño, Luis E. Echeverri, Gustavo Ruiz, Mario Ruiz, Oscar Ruiz, P. Luis Sánchez, Esperanza Tamayo.

A 168 muestras obtenidas de individuos distintos se les practicó uno o varios métodos de examen coprológico con el fin de investigar la efectividad de ellos en el diagnóstico de parásitos intestinales. Los métodos usados fueron: examen directo con solución salina y lugol, método de Faust de centrifugación flotación con sulfato de zinc (5), método de centrifugación sedimentación de formol-éter (16) y modificación del método anterior (7). Se concluyó que el examen directo es bueno para el diagnóstico corriente de parasitismo intenso como el que se encuentra frecuentemente entre nosotros y es además indispensable para observar trofozoitos de protozoos, los cuales no aparecen en ninguno de los otros métodos. Los procedimientos de concentración aumentan los porcentajes de parasitismo al detectar infecciones leves y al aumentar el número de huevos o de quistes por campo microscópico, lo que facilita el diagnóstico. De estos métodos el que mejor resultados generales dio fue el de formol-éter por su efectividad y por ser su ejecución práctica y sencilla.

**PALUDISMO** - En este tema contribuyeron los estudiantes:

Vicente Jaramillo, José Guzmán, Gabriela Gómez, Rafael Toro, J. Mario Uribe, Jaime Valencia, Rodrigo Vallecilla, Sebastián Velásquez,

Jorge Uribe, Julio R. Sanín, Norman Peláez, Guillermo Vélez, Leonel Gómez, Edgar Llinás y Alfredo Turizo.

La búsqueda de **Plasmodium** en sangre periférica a 304 personas dio resultados positivos solamente en 3. Las muestras fueron tomadas en su mayoría en municipios de Antioquia, previamente reconocidos como palúdicos, en los cuales se venía desarrollando la campaña antimalárica. Esta cifra tan baja de infecciones es el resultado favorable de esta campaña, el cual se espera sea mucho mejor en los próximos años. Resultados concordantes con los anotados se hallaron al revisar las estadísticas del Hospital San Vicente, en donde se encontraron en los años de 1957 a 1959 solamente 49 casos comprobados por identificación de **Plasmodium**. De estos casos 30 fueron de **P. Vivax**, 9 de **P. falciparum** y el resto no fueron clasificados.

**TRYPANOSOMAS** - En este tema contribuyeron los estudiantes señores: Alvaro Uribe, Luis C. Gómez, Gustavo Gómez, Gonzalo Urhan, Francisco Echeverri y Joanerges Londoño.

No ha sido posible encontrar **T. cruzi** en pacientes sospechosos de tener la enfermedad de Chagas, a los cuales se les ha hecho estudios de sangre, cultivos y xenodiagnósticos. La cepa de este **Trypanosoma** existente en el Laboratorio de Parasitología ha sido mantenida en animales y en uno de los vectores, el **Rhodnius prolixus**.

El estudio de sangre de 46 ratas ha sido negativo para **T. lewisi**, parásito propio de estos animales y que se ha usado para estudios experimentales.

**MOSCAS** - En este tema contribuyeron los estudiantes señores:

Eutimio García, Eduardo Escorcía, Joaquín Duque, Hernando Díaz, Oscar Villa, Wenceslao Villa, Luis E. Yepes, Luis A. Pérez y Carlos Arango.

Con el fin de confirmar la capacidad que tiene la mosca doméstica de transmitir bacterias al hombre, se hizo un estudio de 195 de ellas recolectadas en los más diversos lugares de la ciudad. Se efectuaron cultivos bacteriológicos de diferentes partes del insecto (alas, patas, cuerpo e intestino). El porcentaje total de moscas infectadas para uno o más organismos fue de 68%. Se identificaron **Stafilococo**, **Streptococo**, **Proteus**, **Klebsiella**, **Escherichia coli**, **Paracolon**, **Aerobacter**, **Pseudomona**, **Alcaligenes**, **Shigella** y **Salmonella**. Estas dos últimas pudieron ser confirmadas en pocas ocasiones siguiendo todas las etapas requeridas. Las regiones más infectadas de las moscas fueron el cuerpo y las patas. Las alas resultaron notablemente libres de bacterias.

El estudio parasitológico efectuado en patas e intestinos de otro lote grande de moscas resultó más complicado y con datos más inciertos

debido a la gran dificultad de diferenciar los parásitos humanos de los de animales y aun de los de la mosca misma. En moscas recolectadas de distintos lugares se encontró una gran variedad de parásitos, algunos de los cuales podrían afectar al hombre. Para estudiar la capacidad de transmitir parásitos humanos a través del tubo digestivo, se alimentó un lote de 50 moscas exclusivamente con concentrados de materias fecales ricos en huevos y quistes de parásitos humanos y se hizo un grupo control también con 50 moscas a las que se alimentó con materias fecales negativas para parásitos. Se disecó el aparato digestivo de los insectos y se observó microscópicamente. Pudo encontrarse en el primer grupo 5 moscas con quistes de amiba y una con huevos de Tricocéfalo, en cambio el grupo control fue negativo.

Se clasificaron un buen número de larvas productoras de miasis tanto humanas como de animales y se hicieron algunos estudios experimentales de reproducción del ciclo de vida de estos insectos en el laboratorio.

**CUCARACHAS** - En este tema contribuyeron los estudiantes Sres: Luciano Vélez, F. José Yepes, Diego Peláez, y Guillermo Montoya.

Se examinaron más de 300 cucarachas recolectadas en distintas partes de Medellín, a las que se les hizo exámenes microscópicos del contenido intestinal después de disecarlas. Prácticamente todas fueron positivas para parásitos propios de estos insectos, que incluyen una gran variedad de protozoos y helmintos reconocidos como no patógenos para el hombre.

Se quiso probar la capacidad de transportar huevos o quistes en las patas, para lo cual se hicieron caminar 82 animales sobre materias fecales humanas positivas o sobre concentrados de ellas. Las patas se lavaron con solución salina y el material se estudió directamente y con métodos de concentración sin poder identificar ningún parásito. Este mismo método se hizo con 20 cucarachas cogidas al azar, con resultados también negativos.

Otro grupo de estos insectos se alimentó con huevos de *Ascaris* y Tricocéfalos, los que posteriormente pudieron hallarse en el tubo intestinal sin sufrir modificaciones.

**ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS PARASITARIOS** - En este tema contribuyeron los estudiantes:

Rafael Aguilar, Alberto Agudelo, Pablo Piedrahíta, Ana E. Prada, Alvaro Robledo, Marcos Roiter, Norman Ríos, Cristian Restrepo, Sergio Henao, Lenoardo Arango, Joaquín Jiménez, Jaime Leyva, Emiro Trujillo, Luis A. Vélez, Hernán Vasco.



Se han estudiado familias de distintos niveles socio-económicos, desde el punto de vista parasitario y general, incluyendo el estudio de la vivienda, condiciones sanitarias, higiene personal, educación, etc. Ha sido muy clara la diferencia en todos los aspectos mencionados; así por ejemplo los porcentajes de parasitismo intestinal mostraron: clase alta 47%, clase media 83%, clase baja 100%. Estos datos se refieren a muestras fecales positivas para parásitos. Si se consideran los distintos parásitos por separado se nota que en general hay cifras más altas en la clase media que en la alta y más en la baja que en la media.

Datos concordantes con los anteriores se encontraron al estudiar niños de escuelas pobres y de escuelas ricas. Fue notorio tanto en este grupo como en el anterior la ausencia de Uncinarias en las clases más favorecidas y la presencia de ellas en un 20% a 25% en las clases pobres.

Se hizo un estudio epidemiológico general, usando la técnica estadística del muestreo, en el barrio la Alpujarra de Medellín, el mejor y más grande de los barrios de tugurios de la ciudad. Se encontraron todas las condiciones apropiadas para la diseminación de los parásitos intestinales y un índice muy alto de ellos en la población, lo que se revela por la cifra promedio de 3 parásitos por persona.

A un grupo de 50 estudiantes de Medicina se les hizo 3 exámenes coprológicos directos en días diferentes y uno por concentración. El porcentaje de parasitismo fue de 82%, cifra muy elevada para el grupo estudiado, probablemente debido a las técnicas más estrictas y completas que fueron seguidas. El multiparasitismo en ellos fue mucho más bajo que el encontrado en grupos socio-económicamente inferiores; alcanzó el promedio de 1.4 parásitos por estudiante.

**OTROS TRABAJOS** - Se hizo recolección, clasificación y reproducción de los ciclos de vida de varias especies de artrópodos vectores de enfermedades, como mosquitos, pulgas, piojos, chinches, garrapatas, trabajos en los cuales intervinieron los estudiantes: Flavio Eduardo Cano, Ramiro Giraldo, Bernardo Giraldo, Ricardo Garcés, Antonio Chemás, Eduardo Cano, Jaime Bedoya, Jaime Barona, Rodrigo Arias, Darío Arboleda, Luis Arango y Rubén Alvarez. Además se presentaron trabajos teóricos sobre historia de la Parasitología en el mundo, en Colombia y en Antioquia, por los señores: Reinaldo Aldana, Arturo Gómez, Guillermo Arcila, Hugo Cifuentes, Libardo Márquez, Hernando Reyes y Orlando Tamayo. También los señores: Carlos Agualimpia y Alberto Villa hicieron un trabajo bibliográfico de publicaciones sobre parasitología en revistas colombianas.

**CONCLUSION** - El sistema de docencia e investigación por parte de grupos estudiantiles, implantado por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública en 1956 y continuado por las Cátedras de Parasitología y Bacteriología de esta Facultad, ha dado resultados prácticos de importancia, de acuerdo con la revisión de los trabajos parasitológicos que se han resumido y analizado en el presente artículo.

## REFERENCIAS

- 1—Abad Gómez, Héctor. Comunicación a la Academia de Medicina de Medellín, Febrero 4 de 1959.
- 2—Restrepo, Alberto. Observaciones sobre paludismo y su diagnóstico por el método de la concentración fagocitosis. *Antioquia Médica* 8: 149-192, 1958.
- 3—Stoll, N. R. An effective method of counting hookworm eggs in feces. *Am. J. Hyg.* 3: 59-70, 1923.
- 4—Graham, A. C. A device for the diagnosis of *Enterobius* infection. *Am. J. Trop. Med.* 21: 159-161, 1941.
- 5—Faust, E. C. et al. Comparative efficiencies of various technics for the diagnosis of protozoa and helminths in feces. *J. Parasitol.* 25: 241-262, 1939.
- 6—Rithcie, L. S. Formalin-ether sedimentation for stool examination. *Bull. U. S. Army Med. Dept.* 8: 326, 1948.
- 7—Ridley, D. S. and Hawgood, B. C. The value of formol-ether concentration of faecal cysts and ova. *J. Clin. Path.* 9: 74-76, 1956.

NOTA: Los trabajos originales presentados por los estudiantes se encuentran en el Departamento de Parasitología.

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

---

### BOLETIN No. 5

#### MES DE JULIO 1.961

Lunes	3	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		10 a.m.	Seminario de conductas obstétricas.
		3 p.m.	Conferencia de Ginecopatología. Dr. Bojanini.
		5 p.m.	Seminario de Endocrinología.
		5 p.m.	Conducta normal y anormal del Niño. Dr. Jorge García.
Martes	4	8 a.m.	Ronda General de Obstetricia. Sala Santa Claudina.
		10 a.m.	Staff de Obstetricia.
		4 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
Miércoles	5	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		7 a.m.	Conferencia de Dermatopatología. Dr. Oscar Duque.
		3 p.m.	Cirugía Ginecopatológica. Demostración de cátedra.
		5 p.m.	Seminario de Terapéutica, Ginecología y Obstetricia.
Jueves	6	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		10 a.m.	Conferencia de Patología Pediátrica. Dr. Mario Robledo.
		10 a.m.	Seminario de Terapéutica.
Viernes		2 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
	7	8 a.m.	Ronda general de Obstetricia. Sala Santa Isabel.
		10 a.m.	Reunión de Clínica Obstétrica. R. C. O.
		2 p.m.	Laboratorio de Ginecología.
		2 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
		3 p.m.	Ronda General de Ginecología.
		4½ p.m.	Staff de Ginecología.
	5 p.m.	Pediatría Social. Conferencia del Dr. Gustavo González Ochoa.	

Sábado	8	5½ p.m.	Club de Revistas. Ginecología y Obstetricia.
		7 a.m.	Conferencia de Patología Clínica.
		8 a.m.	C.P.C. Conferencia Patología Clínica. Dr. Emilio Bojanini.
Lunes	10	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		10 a.m.	Seminario de conductas obstétricas.
		3 p.m.	Conferencia de Ginecopatología. - Dr. A. Correa Henao.
		5 p.m.	Seminario de Endocrinología.
		5 p.m.	Pediatría Social. Conferencia del Dr. Gustavo González Ochoa.
Martes	11	8 a.m.	Ronda General de Obstetricia.
		10 a.m.	Reunión del Staff de Ginecología y Obstetricia.
		4 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
Miércoles	12	7 a.m.	Sesión Clínica - Ginecología y Obstetricia.
		7 a.m.	Conferencia de Dermatopatología. Dr. Mario Robledo.
		3 p.m.	Cirugía Ginecológica. Demostración de cátedra.
		5 p.m.	Seminario de Terapéutica, Obstetricia y Ginecología.
Jueves	13	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		2 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
		10 a.m.	Seminario de Terapéutica.
Viernes	14	8 a.m.	Ronda General de Obstetricia. Sala Santa Isabel.
		10 a.m.	Reunión Clínica de Obstetricia. R. C. O.
		2 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
		2 p.m.	Laboratorio de Ginecología.
		3 p.m.	Ronda General de Ginecología.
		4½ p.m.	Staff de Ginecología.
		5 p.m.	Pediatría Social. Conferencia del Dr. Gustavo González Ochoa.
		5½ p.m.	Club de Revistas. Ginecología y Obstetricia.
Sábado	15	7 a.m.	Conferencia de Patología Clínica. Dr. Alfredo Correa Henao.
Lunes	17	7 a.m.	Seminario de Obstetricia.
		10 a.m.	Seminario de conductas obstétricas.
		3 p.m.	Conferencia de Ginecopatología. - Dr. Oscar Duque.
		5 p.m.	Seminario de Endocrinología.

		5 p.m.	Pediatría Social. Conferencia del Dr. Gustavo González Ochoa.
Martes	18	8 a.m.	Ronda General de Obstetricia. Sala Santa Claudina.
		10 a.m.	Staff de Obstetricia.
		4 p.m.	Conferencia Macro de Autopsias.
Miércoles	19	7 a.m.	Sesión Clínica. Ginecología y Obstetricia.
		7 a.m.	Conferencia de Dermatopatología.
		3 p.m.	Cirugía Ginecopatológica.
		5 p.m.	Seminario de Terapéutica.
		3 p.m.	2º examen parcial de Anatomía Patológica.

### PEDIATRIA

Sesiones Clínicas a las 10 a.m. los lunes, martes, miércoles y viernes.

Seminarios de TERAPEUTICA de 2 a 3 p.m.

Miércoles:	Club de Revistas de 2 a 3 p.m.
Quincenalmente:	C.P.C. (Anatomía Patológica)
Quincenalmente:	Conferencia de Radiología.

### MEDICINA INTERNA

Conferencia Clínica Médica todos los Jueves de 8 a 9 a.m., en el Auditorio de la Facultad.

### CIRUGIA GENERAL

Martes 11, Viernes 14, Martes 18, Viernes 21, Martes 25, Viernes 28: CONFERENCIAS DE CLINICA QUIRURGICA, PRESENTACION DE CASOS.

Viernes	14	Club de Revistas - Cirugía General.
Sábado	15	Conferencia de tumores.
Sábado	22	Conferencia de Patología Quirúrgica.
Sábado	29	Conferencia de tumores (Local de C. C.).
Viernes	28	Club de Revistas. Cirugía General.

Del 24 al 29 de Julio - II CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA.

### CONGRESOS A REUNIRSE

#### Agosto

- 1-4 Simposio Internacional de Anestesia en Cirugía Cardiovascular y Torácica. Bogotá, Colombia.  
Información: Dr. Oscar Tonelli, Carrera 13, 43-23. Bogotá, Colombia.
- 10 Sociedad de Gastroenterología: Simposio sobre "Enfermedades Pancreáticas". Lima, Perú.  
Información: Dr. Amador Holgado, Recuay 132, Lima, Perú.
- 10-16 V Congreso Internacional de Bioquímica. Moscú, Rusia.  
Información: Prof. N. M. Sissaklan, Moskau B. 71, Rusia, Leninsky Prospekt 33.
- 14-19 XIV Congreso de la Asociación Internacional de Psicología Aplicada. Copenhague, Dinamarca.  
Información: Pr. R. Bonnardel, París, Francia, 41 rue Gay-Lussac.
- 21-26 V Congreso Internacional de Psicoterapia, Viena Austria.  
Información: Dr. W. Spiel, Wien, Austria, Lazarettgasse 14.
- 27-8-2-9 XIII Semana Alemana de Terapéutica, Karlsruhe, Alemania.  
Información: Dr. med. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongressbüro der Deutschen Therapiewoche, Karlsruhe, Alemania, Kaiserallee 30.
- 30-8-6-9 VI Congreso Internacional de Salud Mental, París, Francia.  
Información: Ligue française d'Hygiène mentale, 11, rue Tronchet, París, Francia.
- 31-8-2-9 Congreso Internacional sobre Citodiagnóstico. Viena, Austria.  
Información: Büro des Kongress-Sekretariats, 666, Elm. St., Buffalo 3, N. Y., U.S.A.

Congreso Internacional de Farmacólogos. Estocolmo, Suecia.

Información: Prof. W. Schmid, Marburg, Alemania, Pharmakologisches Institut.

V Congreso Internacional en torno del Test de Rohrschach. Freiburg, Alemania.

Información: Dr. A. Friedemann, Bienne, Suiza, Pecheur 6.

XIII Congreso Nacional de Cirugía. Lima, Perú.

Información: Dr. Victor Baracco Gandolfo, Academia de Cirugía, Jr. Camaná 773, Lima, Perú.

### **DONACION DE \$ 20.000 A LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA.**

El doctor Emilio Robledo, antiguo Profesor de Parasitología en la Facultad de Medicina, ha cedido gentilmente a esta cátedra la suma de \$ 20.000 que le correspondía por derechos de autor, al ser reimprimida por el Banco de la República la traducción que hizo del libro "The Antioqueño colomization of Western Colombia".

El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia agradeció al distinguido profesional y escritor antioqueño por medio de un oficio que dice:

"El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia expresa al señor doctor Emilio Robledo los más sinceros agradecimientos por sus gestiones favorables al conseguir del Banco de la República una donación de \$ 20.000 destinada a la cátedra de Parasitología de la Facultad de Medicina, lo que constiuye un ejemplo digno de ser imitado por todos los que como el doctor Robledo sienten y practican la mística universitaria."

La cátedra de Parasitología está de plácemes con la noticia anterior y estudia en la actualidad la posibilidad de iniciar con la suma mencionada un fondo para investigaciones sobre problemas parasitológicos colombianos.

### **CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGIA ESTUDIA EL PROBLEMA DE PARASITOSIS INTESTINAL.**

En la primera semana de Agosto se efectuará en Neiva el Congreso anual de Gastroenterología, el que considerará como tema principal los aspectos epidemiológicos de parasitismo intestinal. El aporte principal de la Universidad de Antioquia a este tema será el trabajo realizado

por los doctores Horacio Zuluaga y Jorge Duque en el Municipio de Santo Domingo sobre epidemiología de la amibiasis y otras parasitosis intestinales en esa región.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA.

Se recibió la visita del doctor Mario Olascoaga, Profesor de la Facultad de Medicina de Córdoba (Argentina), becado por la Organización Mundial de la Salud para estudiar la organización de distintos Departamentos de Medicina Preventiva.

Se iniciaron las clases de Bioestadística, con la colaboración de los doctores Darío Restrepo Gallego y Jorge Escalante.

El grupo N° 12 de Salud Pública se inició con alumnos del grupo A. de 4° año y se está ensayando un método más flexible de actividades, sin fijación diaria de conferencias y con participación activa de los estudiantes. Todavía es demasiado temprano para juzgar los resultados de este experimento.

## II CONGRESO DE MEDICINA INTERNA.

Patrocinado por la Universidad de Antioquia y la Asociación Colombiana de Medicina Interna, se reunirá en Medellín en los días comprendidos del 24 al 29 de julio de 1961.

Domingo 23 de julio de 3 a 8 p. m. - Inscripciones oficiales. Hotel Nutibara. - Lobby.

Lunes 24 de julio de 7.30 a 9 p. m. - En la Facultad de Medicina. Inscripciones.

Julio 24 a 26 - Cursillo de Endocrinología a cargo de los Profesores J. E. Rall, A. E. Rakoff y Stefan S. Fajans, sobre Tiroides, Suprarrenal, Ovario y Páncreas. Habrá traducción simultánea.

Julio 27 a 29 - Presentación de trabajos colombianos. Temas oficiales: Anemias, Amibiasis extra-intestinal. Desnutrición y enfermedades metabólicas.

Tiempo disponible para cada trabajo, 30 minutos.

Ponencias libres, tiempo 10 minutos.

Se ruega suministrar un resumen de cada trabajo al inscribirlo, con el fin de sacar copias para distribuirlas.



## BECAS

**FUNDACION ALEJANDRO DE HUMBOLDT - Oferta de Becas a postgraduados.** - Para estudios en Alemania Occidental en el año académico 1962-63.

La Fundación Alejandro de Humboldt se honra en ofrecer becas para investigación a postgraduados colombianos para estudios en la República Federal de Alemania durante el año académico de 1962-63. Las becas se ofrecen a todos los profesionales colombianos de ambos sexos y de todas las carreras, dando el derecho de estudiar en cualesquiera de las Universidades o Escuelas Técnicas Superiores situadas en el territorio de la República Federal de Alemania, o Berlín Occidental. Las condiciones para estas becas las pueden conocer en la Secretaría de la Facultad.

**RESIDENCIAS EN PEDIATRIA** - Hospital Universitario del Valle.

El departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina del Valle tiene disponibles cuatro plazas para residencias de primer año en Pediatría.

## BODAS DE ORO PROFESIONALES DEL Dr. GUSTAVO URIBE ESCOBAR

El 28 de junio último cumplió sus 50 años de vida profesional el distinguido Médico antioqueño doctor Gustavo Uribe Escobar, quien ha sido por dos ocasiones Rector del Alma Mater y profesor de Dermatología y otras cátedras en nuestra Facultad.

Felicitamos muy sinceramente al doctor Uribe Escobar por sus Bodas de Oro y la Facultad se une muy justamente a todos los festejos que con tal motivo se le ofrecen.

## NUEVOS GRADUANDOS

El H. Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, aceptó la ceremonia conjunta para los estudiantes de la Facultad de Medicina, la cual se verificó el 30 de junio del presente año, en el Paraninfo de la Universidad, con asistencia de altas personalidades, se les otorgó el grado de Médico y Cirujano, después de haber cumplido con todos los requisitos reglamentarios, a los siguientes señores:

Arango Ácosta Jorge Luis  
Betancur Mesa Sigifredo  
Cadavid Cardona Gustavo  
Calle Garcés Ignacio

Muñoz Duque Alberto  
Muñoz Duque Julio Enrique  
Obando Cadavid Ulises  
Ocampo Carmona Bernardo

Cárdenas Jaramillo Víctor  
Cardeño Olmos Hugo  
Cardona Gómez Gonzalo  
Carvajal Medina Bernardo  
Contreras Castellón Gonzalo  
Córdoba Palacio Darío  
Cossio Pérez Alberto  
Echeverri Montoya Ulpiano  
Flórez Martínez Jaime  
Franco Arroyave Octavio  
Gálvez Naranjo Nelson  
Giraldo Orrego Augusto  
Gómez Sierra Heriberto  
Gómez Vargas Oscar  
Gutiérrez Avendaño Fernando  
Jaramillo Isaza Fabio  
Jiménez Guzmán Iván  
León Herrera Walter  
Londoño Gómez Oscar  
López Villegas Hugo  
Mesa Ríos Octavio

Ospina Ramírez William  
Osorio Restrepo Germán  
Parody Acosta Antonio  
Posada Restrepo Hugo  
Ramírez Suárez Carlos E.  
Ramírez Agudelo Manuel  
Ramírez Zuleta Marco A.  
Rendón Cuartas María Elena  
Restrepo Bolívar Darío  
Rodríguez de la Rosa Enrique  
Salazar Valencia Hernán  
Santamaría Ortiz Julio Hernani  
Sepúlveda Varela Miguel  
Toro Greiffenstein Ricardo José  
Toro Pineda Hernán  
Tuberquia Carvajal Julio César  
Uribe Rico Jaime  
Usuga Gallo Heriberto  
Vélez Vásquez Enrique  
Yepes Grisales Flavio José

A todos ellos los felicita muy sinceramente la Facultad y les desea muchos triunfos en su profesión.

La Universidad de Antioquia concedió dos distinciones para los alumnos de la Facultad de Medicina. Una de ellas para el mejor calificado durante toda la carrera y la otra para el mejor interno.

Hechos los cómputos del caso la primera distinción, o sea la del alumno mejor calificado, correspondió al Dr. ALBERTO MUÑOZ DUQUE.

Previo concepto del Médico Jefe del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl y los Jefes de los distintos servicios hospitalarios, la segunda, o sea la del mejor interno, se adjudicó al doctor Iván Jiménez G.

La Facultad de Medicina lamenta positivamente la separación del Dr. Jesús Botero Angel, de la cátedra de Bioquímica a quien en parte se le debe la nueva organización de este Departamento.

**"CARTA DE AGRADECIMIENTO A LOS DOCTORES  
GUILLERMO LATORRE E IVAN JIMENEZ R.**

"Universidad del Cauca. - Consejo Estudiantil. Facultad de Medicina. - "Popayán, mayo 22 de 1961.

Señores Consejo de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Antioquia.

Honorables señores:

Atentamente me permito comunicarles la siguiente proposición aprobada por el Consejo Estudiantil de esta Facultad en su última sesión.

"El Consejo Estudiantil de la Facultad de Medicina de la U. del Cauca, en su calidad de auténtico vocero del estudiantado de esta Facultad, presenta su más efusivo saludo al mismo tiempo que su más sincero reconocimiento a los señores doctores Guillermo Latorre e Iván Jiménez, por la manera acertada y desinteresada como se dignaron dictar el curso de Fisiología en el segundo año de esta Facultad.

Pone de manifiesto este Consejo que la actitud de los eminentes Profesores antes citados es digna de eterna gratitud de parte de sus discípulos y que actos como éstos son los que enaltecen el espíritu de unión académica que debe existir entre nuestras Facultades.

Hacemos extensivo este mensaje de gratitud a los Honorables Miembros del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Envíese a los doctores Guillermo Latorre e Iván Jiménez y al H. Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

De los Honorables Miembros,

Atentamente,

(Fdo.) **Alfredo Restrepo S. - Secretario".**

Medellín, julio de 1961.