

# ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 12 — MEDELLIN, FEBRERO 1962 — N° 1

Órgano 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. Miguel Guzmán A.  
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez

Dr. César Bravo R.

Dr. Iván Jiménez

Dr. David Botero R.

Dr. Alfredo Correa Henao

Srta. Margarita Hernández B.

Sra. Dora Echeverri de S.

Administradora

## CONTENIDO:

### EDITORIAL

El Plan Decenal de Higiene.—A. R. C. .... 1

### TRABAJOS ORIGINALES

La Fiebre Reumática. I Parte. Introducción y plan de trabajo.—Dra. Leni Oberndorfer, Dr. Benjamín Mejía Cálad ..... 3

La Fiebre Reumática. II Parte. Informe preliminar de 50 casos.—Dra. Leni Oberndorfer, Dr. Benjamín Mejía Cálad, Dr. Fernando Toro Mejía ..... 21

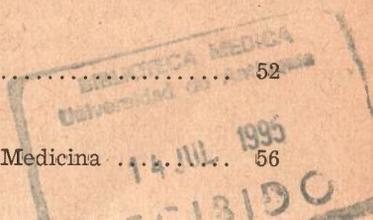
Tratamiento de la Amibiasis Intestinal con Furoato de Entamide. Informe Preliminar.—Dr. David Botero Ramos ..... 43

### ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín Informativo N° 1. Febrero de 1962 ..... 52

### NOTICIAS

III Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina ..... 56



## EL PLAN DECENAL DE HIGIENE

Aprovechando las facilidades del Programa Norteamericano llamado por el Presidente Kennedy "La Alianza por el Progreso", que fue preconizado en la primera conferencia de Punta del Este, El Gobierno Colombiano por intermedio de su ministro de Salud Pública ha programado un gigantesco plan decenal, con el fin de procurar el mejoramiento de las condiciones higiénicas, la necesaria educación sanitaria, la asistencia hospitalaria indispensable, la vacunación contra las enfermedades epidémicas, el control efectivo de las enfermedades transmisibles y los servicios de extensión sanitaria; con el fin de levantar el nivel de la población colombiana.

...Muy acertadamente nuestro Gobierno ha querido iniciar en firme el cumplimiento de los postulados aprobados en la conferencia ya mencionada, donde se puso como premisa indispensable para el progreso económico y el aumento de la capacidad adquisitiva de los pueblos latinoamericanos: "La mejora de las condiciones sociales, expresadas en una mejor disposición de servicios de educación, extensión sanitaria y vivienda".

Oprobiosamente nuestro país ocupa uno de los primeros puestos en las estadísticas de mortalidad infantil y el porcentaje de enfermedades transmisibles es alarmante, puesto que uno de los vehículos más importantes para su propagación, el agua, es impotable en casi todos los municipios de la patria. Y no debemos olvidar que existen regiones Colombianas donde las condiciones de vida son verdaderamente infrahumanas, lo que hace a sus habitantes eternos descontentos y fácil presa de los agitadores extremistas.

Las campañas que se ha planeado realizar en los próximos diez años tienden a llevar a todos los rincones del país los beneficios de los servicios sanitarios y para ello se buscará la cooperación de todas las entidades interesadas tanto nacionales como internacionales.

Quiera Dios que planes tan prometedores de ventura, tengan cumplimiento para beneficio de nuestro olvidado pueblo.

A. R. C.

## LA FIEBRE REUMÁTICA +

### I PARTE

#### INTRODUCCION Y PLAN DE TRABAJO

Benjamín Mejía C., M. D. \*\*  
Leni Oberndorfer, M. D. \*\*\*

#### INTRODUCCION

##### **Sinonimia de la Fiebre Reumática**

Rheumatic Fever; Rheumatisches Fieber; Febris Reumatica; Maladie de Bouillaud;; Polyarthrititis Rheumatica Acuta; Rheumatisme Articulaire Aigu.

Bajo la denominación de "Fiebre Reumática" se incluyen: La Poliartritis, La Carditis y la Corea.

A pesar de múltiples trabajos en centros muy especializados, la Fiebre Reumática (F. R.) permanece enigmática en cuanto a su etiología (1, 2, 3), difícil en su diagnóstico (4), muy discutida respecto al tratamiento, y en controversia en cuanto a la incidencia en las distintas zonas de nuestro globo.

Aunque no intentamos desarrollar completamente el aspecto geográfico de la F. R., citamos el resultado de unos trabajos de distintas zonas que hemos tenido la oportunidad de estudiar.

Según Wallgren (1), la mayor incidencia ocurre en los países anglosajones y escandinavos, con más frecuencia durante la época invernal. Aunque en estas zonas, durante las últimas décadas se notó

\* Estudio realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

\*\* Profesor titular de la Cátedra de Pediatría.

\*\*\* Profesora asociada de la Cátedra de Pediatría.

un declive apreciable en la mortalidad (3, 4, 5), la F. R. todavía figura como primera causa de muerte por enfermedades en niños adolescentes, entre los 5 y 9 años de edad; además figura como la enfermedad cardíaca dominante antes de los 40 años de edad y después de esta edad como la mayor causa de muerte cardíaca (2).

De la América Latina estudiamos un informe de Montevideo, Uruguay, ciudad que se encuentra en el paralelo 35, S, al nivel del mar, en la cual se presentan las cuatro estaciones. Consideran en un simposio sobre F. R. que esta enfermedad continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas pediátricos y que la frecuencia de la enfermedad no parece haber disminuído a pesar de la antibioterapia, especialmente en la clase económicamente débil (6).

Años atrás se atribuyó al factor climático un papel decisivo sobre la incidencia de la F. R. y su complicación más grave, la carditis. Paul D. White, en la edición de su libro de 1952 (7) tiene la impresión de que el clima es un factor importante; que las estadísticas muestran que la infección reumática y el daño permanente cardíaco son cinco veces más frecuentes en el Norte de los Estados Unidos que en las zonas subtropicales del Sur. El trabajo de Saslaw (8) de Miami confirma esta proporción, pero explica que estos datos solo son aplicables a la población blanca, mientras que los negros nacidos en Florida mostraban la misma incidencia de la enfermedad que en otras regiones de la Unión.

Estadísticas efectuadas en las Filipinas (9), país tropical, entre los paralelos 5 y 18 N, nos muestran en un estudio de 4.304 historias de enfermos cardíacos que el 47,1% del total corresponde a la etiología reumática. En este mismo trabajo se cita otra vez a Paul D. White, quien manifiesta sus conceptos con estas palabras: "Contrariando viejas ideas, la carditis reumática, la hipertensión y la enfermedad coronaria son comunes en estos países (tropicales), aunque su prevalencia verdadera ha sido camuflada por la incidencia alta de enfermedades infecciosas y la desnutrición, en el pasado".

Ignacio Chavez (10) publica una estadística muy parecida de la ciudad de México, zona tropical, situada a una altura de 2.400 metros sobre el nivel del mar. El encontró que entre todas las enfermedades cardíacas el 41% era de origen reumático. Entre los casos estudiados pudo notar que la participación de la clientela hospitalaria pobre, de raza india, era el doble de la clientela particular. La cumbre de incidencia cayó a la tercera década de la vida.

Méndez (11), en Venezuela, publica un estudio de 25 casos de F. R. en el servicio pediátrico durante el lapso comprendido entre los años

de 1953-57, justificando el trabajo debido "a la escasez de publicaciones y al aumento real de la incidencia de esta enfermedad en Venezuela".

Terminando la revista geográfica regresamos a Colombia. Desde los comienzos del año de 1958 nos llamó la atención la presencia relativamente frecuente de la F. R. en las salas comunes para los niños y las niñas "pre-escolares", donde se admiten enfermos desde la edad de un año hasta los doce años. Nos hemos interesado entonces por el problema, y para su mejor estudio hemos buscado informaciones al respecto en nuestro país.

En los Departamentos de Patología y Medicina Preventiva de Cali (12) se hizo un estudio sobre defunciones de niños en Colombia de 1953 hasta 1956. Ellos hacen resaltar el hecho de que los certificados de muerte en muchos casos eran posiblemente erróneos, ya que en no pocas ocasiones eran expedidos por personas inexpertas. Sin embargo consideran dicho estudio de gran valor orientador. En el grupo comprendido en las edades de 5 hasta 9 años, figura la F. R. con solo un 2,5% y ocupa el 10º lugar entre las enfermedades registradas, en contraposición con las publicaciones estadounidenses (2) en las cuales la F. R. figura en primer lugar como causa de muerte por enfermedades entre los 5 y 19 años.

El grupo de Medicina Interna de Cali (13) presentó un trabajo en el Congreso de Cardiología de Noviembre de 1958, en el cual concluye: "Sin pretender que este corto número de casos tenga una significación estadística, sí insinúa que la incidencia de la F. R. en esta zona tropical (paralelo 4 N, 1.000 metros sobre el nivel del mar) es tan alta al menos como en la zona sur de los Estados Unidos".

Desgraciadamente carecemos de informes estadísticos sobre la F. R. en Bogotá. Sin embargo nos impresionó el hecho de encontrar durante una corta visita al Hospital de la Misericordia, cinco niños menores de 12 años hospitalizados por Carditis Reumática.

Nuestro trabajo se refiere a los casos estudiados en la sección pediátrica de un Hospital General Universitario de caridad en Medellín (Paralelo 8 N; 1.500 metros sobre el nivel del mar).

En nuestro Departamento de Pediatría el límite de edad para la admisión es de los 11-12 años. Muchos casos de corea se reciben en el Departamento de Neurología. Entre el 24 de Enero de 1955 y el 14 de Febrero de 1958 solo nos fue posible encontrar once casos que llenaron los requisitos para el diagnóstico de la F. R. Desde el 1º de marzo de 1958 hasta la fecha (Enero de 1960), es decir en 22 meses, tenemos más de cuarenta casos con el diagnóstico establecido.

Este hecho nos da la autorización suficiente para considerar la F. R. en nuestro ambiente como un verdadero problema de salud, motivo por el cual se justifica este estudio. Contempla nuestro trabajo un doble aspecto:

- 1.—Queremos comunicar nuestras experiencias sobre las particularidades de la nosología y sintomatología de la F. R. en nuestro material.
- 2.—Procuramos dar, de acuerdo con estudios de literatura y experiencia propia, un plan de tratamiento y prevención para evitar ciudadanos inválidos cardíacos.

Es el pediatra quien tiene esta tarea. En años posteriores mostrarán las estadísticas de morbilidad y mortalidad por Carditis Reumática durante la 3ª y 4ª década de la vida, el resultado del trabajo.

No nos extraña el bajo porcentaje de la muerte por F. R. en la estadística de nuestro país, siendo el límite los 9 años de edad. Aunque ocurren muertes en este grupo, son mucho menos frecuentes que en los años que siguen al primer ataque.

La revisión de las autopsias del Instituto de Patología de la Universidad de Antioquia en Medellín, nos da, de los últimos años las siguientes cifras: De un total de 2.052 autopsias se hizo estudio completo de 1.287. Hemos encontrado entre éstos, siete casos con el diagnóstico de Carditis Reumática en individuos de la edad de 6, 25, 26, 27, 35, 40 y 47 años respectivamente. Todos, con excepción del último citado, mostraron signos de actividad.

Según el trabajo de Ash (14) de 290 niños con signos de daños valvulares, murieron el 9,1% durante el primer año siguiente al ataque inicial; y a los 10 años habían muerto el 25,4% del grupo.

Actualmente no tenemos la impresión de un aumento real de la incidencia de la F. R. en nuestro ambiente, sino que atribuimos el aumento de casos hospitalizados a la cooperación e interés de los colegas en los servicios de admisión.

## Estudio para el plan de trabajo

### I. DIAGNOSTICO

Para que tengan nuestras comunicaciones posteriores algún valor, es esencial el establecer el diagnóstico más exacto posible de la Fiebre Reumática (F. R.). Fundamentalmente nos hemos dirigido según el criterio de la "Asociación Americana del Corazón" (American Heart Association) (5) que establece el diagnóstico en presencia de

dos fenómenos mayores o de un fenómeno mayor, combinado con dos menores.

### Fenómenos mayores

- 1.—Carditis
- 2.—Poliartritis
- 3.—Corea
- 4.—Nódulos subcutáneos
- 5.—Eritema marginado o anular

### Fenómenos menores

- 1.—Fiebre
- 2.—Artralgia
- 3.—P-R prolongado del ECG.
- 4.—Aumento de eritrosedimentación, presencia de la Proteína C Reactiva, o Leucocitosis.
- 5.—Evidencia de infección precedente con el Estreptococo beta-hemolítico del grupo A.
- 6.—Historia previa de F. R. o la presencia de enfermedad cardíaca inactiva.

A pesar de esta nomenclatura clara y precisa, el diagnóstico de la F. R. presenta frecuentemente serias dificultades, según confirmación de muchos autores (4, 15, 16, 17, 18). Como no existen pruebas específicas de laboratorio, es finalmente el criterio clínico el que debe aceptar o descartar la enfermedad (2 18).

El facultativo podría diagnosticar erróneamente, al caer en uno de estos dos extremos.

1. — No establecer el diagnóstico precoz, porque la enfermedad se presenta con una sintomatología poco impresionante, como lo han observado en los países del Norte en las últimas décadas y que, sin embargo, puede tener un curso maligno (19). Este error es fatal, porque solo el establecimiento temprano del tratamiento puede evitar daños cardíacos graves e irreparables.
2. — Reconocer a un paciente como reumático, sin serlo, con las siguientes consecuencias: Imponerle restricciones físicas y grandes gastos para drogas innecesarias; crear un trauma síquico en el enfermo y los familiares; comunicar valores estadísticos inservibles.

En el estudio del grupo de Cali (13) anotan que entre 78 historias con el diagnóstico de F. R. solo en 37 se comprobó la evidencia de esta enfermedad y sus secuelas.

Vamos a detallar ahora las dificultades diagnósticas según los criterios arriba descritos.

1. — **CARDITIS:** Se puede confundir con: Soplo funcional; Enfermedad cardíaca congénita; Endocarditis Bacteriana Aguda o Subaguda; Fibrosis Endocárdica o Fibro-Elastosis en los primeros años de vida (20).
2. — **POLIARTRITIS:** Llega a ser tan difícil el concepto de esta sintomatología, que Wallgren (4) propone quitarla de entre los criterios mayores y ponerla entre los menores. Pero nos preguntamos, cómo se puede entonces establecer el diagnóstico de una F. R. en ausencia de Carditis, Corea o Nódulos subcutáneos? Aparte de otros diagnósticos diferenciales que detallaremos más adelante, queremos mencionar la artritis reumatoide ("primaer chronische Arthritis" de la literatura alemana), la Enfermedad de Still y la Subsepsis Hiperérgica descrita por Wissler - Zue-rich (21) (22).
3. — **COREA:** figuran para el diagnóstico diferencial: Espasmos habituales; Encefalitis, Meningitis Tuberculosa; Tumor Cerebral; Nerviosidad e inestabilidad; Hipertiroidismo; Imitación (3). Comparándolo con los dos criterios anteriores, el diagnóstico de la corea es por lo regular menos difícil.
4. — **NODULOS SUBCUTANEOS:** Son muy raros en ausencia de carditis (5); además ocurren también en la artritis reumatoide.
5. — **ERITEMA MARGINADO O ANULAR:** Wallgren (4) quiere eliminarlo de los criterios mayores y colocarlo bajo "Otras manifestaciones". El dice que "la Erupción no es específica, su diagnóstico es difícil y se confunde fácilmente con otras erupciones alérgicas". Además puede ser muy fugaz y el médico de la sala ya no ve ni huellas de un eritema descrito dos días antes por el servicio de admisión.

#### Criterios menores

1. — **FIEBRE:** Es completamente inespecífica.
2. — **ARTRALGIA:** Eso quiere decir dolor articular sin signos objetivos de inflamación. Este cuadro puede presentarse en muchas entidades febriles.
3. — **PROLONGACION DE P-R EN EL ELECTROCARDIOGRAMA:** Sugiere un defecto de la conducción atrio-ventricular, que puede ser consecuencia de una inflamación del miocardio en esta región. Aunque no patognómico, sugiere actividad reumática, especialmente cuando es un fenómeno pasajero y los controles posteriores dan valores normales. (5).

4. — AUMENTO DE LA ERITROSEDIMENTACION, PRESENCIA DE LA PROTEINA C. REACTIVA O LEUCOCITOSIS: Ninguna de estas pruebas es específica para la F. R. Se sabe que en muchas enfermedades existe gran aumento de la eritrosedimentación y presencia de leucocitosis. La presencia de la Proteína C Reactiva en el suero fue considerada en los últimos años por varios autores como comprobante de la actividad de la F. R. (18, 23, 24). Aunque se trata de una glucoproteína extraña al organismo humano en condiciones normales, ella aparece en diversos estados inflamatorios, de los cuales la F. R. es apenas uno (18,25). Comparándola con la eritrosedimentación tiene la ventaja de no estar influenciada por anemia, fibrinógeno, ciertas globulinas y albúminas altas (26). Castillo (26) muestra su falta de especificidad en un estudio de 264 niños que entraron en un Hospital general con enfermedades agudas febriles. En 146 casos la Proteína C. Reactiva estaba presente: un 84, 85% de éstos sufría enfermedades gastro-intestinales o respiratorias. Los 132 casos negativos tenían una distribución nosológica muy parecida.

Más discutido todavía es el valor de la desaparición de la Proteína C Reactiva durante el curso de la hormonoterapia. Desaparece hacia el fin de la segunda semana del tratamiento; probablemente significa eso, que la actividad de la F. R. está frenada, lo que no quiere decir, que esté completamente suprimida (25). No solo se encuentra esta negativización antes de normalizarse la eritrosedimentación, sino también antes de la mejoría clínica (16). Talvez la eritrosedimentación informa mejor sobre la persistencia de la inflamación, que la Proteína C Reactiva (25).

5. — Evidencia de INFECCION FRECUENTE con el ESTREPTOCOCCO beta -HEMOLITICO. Si este dato se pregunta al enfermo o familiar, el informe está sometido a muchos errores. La investigación de la presencia de estreptococos hemolíticos en la faringe puede dar resultados negativos falsos, entre otras causas por antibioterapia anterior.

La elevación del título de la antiestreptolisina O sugiere infección estreptocócica recién pasada o presente. Massell (16) exige un título de las 400 Unidades Todd en adelante para considerarlo significativo. Stollerman (2) encuentra más de 200 Unidades en la gran mayoría de enfermos con F. R. aguda.

Según Hollinger (27, 28) es poco probable el diagnóstico de una

F. R., si el título de la Anti-estreptolisina es de 50 unidades o menos.

Portillo (29) encuentra respuestas insuficientes de anticuerpos en niños pequeños, sobre todo en lactantes. El grupo uruguayo (18), considerando anormales los valores del título de la Anti-estreptolisina O por encima de 250 unidades, encuentra, en un estudio de 30 niños con F. R. el 16,7% con valores normales y el 83,3% con valores anormales. Curvas del título de Anti-estreptolisina O durante la evolución de la enfermedad se caracterizaron por un ascenso mantenido hasta la tercera o cuarta semana y luego por un descenso lento hasta la normalización.

Existen otros anticuerpos específicos a los productos del Estreptococo que son la Anti-estreptokinasa, la Anti-hialuronidasa y la Anti-estreptodornasa, los cuales tienen el mismo significado clínico que la Anti-estreptolisina O. Es raro el no encontrar una elevación del título de por lo menos uno de estos anticuerpos en los pacientes con F. R. aguda (2,38).

6. — HISTORIA PREVIA DE F. R. O PRESENCIA DE ENFERMEDAD CARDIACA REUMATICA INACTIVA: Para investigar sobre ataques reumáticos anteriores al primer ingreso hospitalario, el médico tiene que basarse en la información de un interlocutor más o menos inteligente. Una respuseta negativa no excluye un ataque anterior que puede haber sido incidioso y por eso desapercibido.

Para reconocer una enfermedad cardíaca reumática inactiva, se necesita todo el arsenal de laboratorio arriba mencionado y además un criterio clínico de mucha experiencia. Pese a todo lo anterior, el tomar una decisión en muchas ocasiones llega a ser bastante difícil, decisión de la cual dependen los métodos terapéuticos.

La dificultad en el diagnóstico de la F. R. es un hecho reconocido por expertos que trabajan en centros especializados en enfermedades reumáticas juveniles. Mc. Cúe (24) encuentra en un estudio de 2.678 admisiones de personas menores de 20 años en un centro reumático, 236 casos sospechosos de F. R. pero con el diagnóstico "aplazado". Ella pudo hacer controles en 209 enfermos de este grupo hasta los diez años posteriores, con un promedio de 28 meses. Durante este tiempo de observación resultaron 29 casos verdaderamente reumáticos; 5 casos con enfermedad cardíaca residual, pero sin descompensación; 5 casos con carditis pasajera. Ella atribuye este buen resultado al tratamiento precoz. La tabla N° 1 muestra en -A- la sintomatología que

sugirió la F. R. El grupo -B- muestra la sintomatología de los reumáticos definitivos.

Los siguientes diagnósticos se establecieron entre el grupo "falsamente" reumático.

1. — Infecciones: Tonsilitis, bronquitis, adenitis cervical; piuria, gonorrea, absceso dental, nefritis; mononucleosis infecciosa, osteomielitis, tuberculosis.

(En 11 casos el paciente se alivió aparentemente con adenotonsilectomía).

2. — Defectos congénitos.

3. — Alergias

4. — Parásitos

5. — Siconeurosis y Astenia neuro-circulatoria

6. — Desnutrición

7. — Tumores.



TABLA N° 1

CAUSAS DE LA ADMISION INICIAL

Casos de Diagnóstico aplazado

SINTOMAS Y SIGNOS	— A —	— B —
	Grupo Total admitido	Fiebre Reumática confirmada
	236	29
	Pacientes	Pacientes
Dolores en extremidades	134	15
Dolores con inflamación en articulaciones	30	7
Fiebre	97	14
Fatiga	51	7
Dolor abdominal	34	1
Nerviosidad	33	3
Frecuentes infecc. resp. altas	30	6
Epistaxis	21	4
Pérdida de peso	17	2
Hist. familiar de Fiebre Reumática	12	1
Movimientos sospechosos de Corea	11	4
Dolor de Cabeza	8	1
Dolor precordial	8	0
Sarpullido (Rash)	4	0
Nódulos	3	0
Eritrosedimentación	37	7
Electrocardiograma sospechoso de anormal	29	9
Soplos sospechosos	83	12
Radiogr. Cardi. sospechosa de tamaño o configuración anormales	40	4
Taquicardia	23	5
Tonos anormales, incl. arritmia	9	0

Según Carolyn M. Mc. Cue J. Of Pediatr. 44: 290 (1954).

## II ETIO - PATOGENIA

No pretendemos en este trabajo dar soluciones al enigma de la F. R., ni siquiera intentamos el hacerlo con nuevos métodos clínicos o experimentales. Es nuestro deseo más bien, el dar datos exactos de un número de enfermos observados personalmente. Sabemos que se trata por ahora de un número reducido, como el que se presenta en un Servicio General de Pediatría y que debido a esto no puede tener valor estadístico. Sin embargo esperamos poder mostrar las peculiaridades del "genio" de la enfermedad en nuestro ambiente, datos que pueden servir para trabajos posteriores.

Para orientarnos en cuales detalles tenemos que fijar nuestras observaciones, nos hemos preocupado del estudio de la literatura.

Cheadle reconoció en 1888 que la Poliartritis, la Carditis y la Co-re-a pertenecen a la misma entidad clínica.

Hoy figura la F. R. en varios textos como un capítulo en el grupo de las enfermedades del Colágeno (1, 2). Bajo este título se discuten trastornos de etiología oscura caracterizados por los daños hechos a las fibras del colágeno y a la sustancia básica del tejido conectivo (2).

Aunque no se ha podido comprobar ningún germen o virus en relación directa con la aparición de la F. R., hablan muchos autores de la epidemiología y de las epidemias de dicha enfermedad. En realidad se refieren a epidemias de las vías respiratorias altas producidas por cierto estreptococo hemolítico o por la fiebre escarlatina, que preceden a un ataque reumático inicial o a una recurrencia.

Barnes (17) se refiere a sus experiencias en campos de las fuerzas armadas durante la segunda guerra mundial; Markowitz (31) describe una epidemia en una casa de convalecientes, la mayor parte de los cuales eran niños en estado reumático.

Llama la atención el hecho de que solo un 3% de los enfermos con infección estreptocócica durante una epidemia alcanza más tarde la enfermedad reumática (32). Epstein (33) relata, de un estudio de infecciones respiratorias entre niños de 0 a 12 años de edad, que los niños que posteriormente desarrollaron una F. R., tenían el mismo promedio de infecciones respiratorias, tanto de las leves como de las graves, como el resto del grupo.

Aunque casi todos los autores reconocen en el estreptococo beta-hemolítico del grupo A, un cómplice para desencadenar la F. R. se supone que otros factores deben estar presentes para que se inicie la enfermedad.

**EDAD:** Están de acuerdo las distintas escuelas en que la mayor parte de los primeros ataques ocurre entre los 5 y 15 años de edad.

**SEXO:** En las últimas publicaciones los autores no atribuyen valores significativos a la distribución de los sexos (2).

**RAZA:** No hay datos definitivos sobre este detalle. Saslaw (8) notó en sus estudios que los negros nacidos en Florida mostraron la misma incidencia de la F. R. como las otras partes del país, mientras que la población blanca de Florida se enfermó con menos frecuencia que en otras partes de la Unión. A este fenómeno da dos posibles explicaciones: la mayor susceptibilidad de los negros, o los factores socio-económicos.

**FACTORES HEREDITARIOS:** May Wilson (34) llegó a la conclusión de que la enfermedad es heredada según el tipo recesivo de Mendel; Wallgren (1) la considera una enfermedad familiar. Diamond (35) hace un estudio de dos grupos de niños, reumáticos y no-reumáticos; además repartió este material en cuatro grupos según el estado socio-económico. El encontró en los cuatro grupos la incidencia reumática más grande, en los casos con historia familiar positiva para F. R., que en los niños de control. Solo en el grupo económico IV, con las peores condiciones económicas, tanto en nutrición como en alojamiento, notó cierto aumento de la incidencia de la F. R. independiente de la historia familiar.

**FACTORES SOCIO-ECONOMICOS:** Están de acuerdo los autores europeos como los de las dos Américas, en que la F. R. es predominantemente una enfermedad de los pobres.

Diamond (35) distingue en su grupo II las familias en malas condiciones de habitación y vestido; en su grupo III las familias con mala alimentación; y en su grupo IV deficiencias tanto en habitación como en nutrición. Solo en este último grupo, como mencionamos arriba, encontró en su estadística la condición del ambiente favorable para el desarrollo de la F. R. También otros autores atribuyen como factor predisponente para la F. R. el hacinamiento, sea en instituciones o en familias particulares, pero eso en relación con la mayor frecuencia de la propagación de las infecciones estreptocóccicas.

Esto, talvez, explica también la mayor incidencia de la F. R. en zonas urbanas que en las rurales (2,6).

Falta hasta ahora, a pesar de todos los estudios, la explicación del mecanismo de la F. R., que, según Waksman (36) "puede ser un

síndrome de adaptación de Selye, una respuesta inespecífica alérgica, un incremento de títulos de auto-anticuerpos contra algún factor del tejido conectivo o hasta la reactivación de una infección latente a virus”.

## ELABORACION DEL PLAN DE TRABAJO

### DIAGNOSTICO

Aceptamos esencialmente el concepto arriba detallado de la “American Heart Association”. De los cinco criterios mayores eliminamos según el concepto de Wallgren y otros, (4,37) el eritema marginado o anular, y lo colocamos bajo la rúbrica de “otras manifestaciones”. Aceptamos los seis criterios menores sin cambios.

Aplicamos la regla de incluir en el trabajo los casos que cumplen, sea con dos criterios mayores o con uno mayor y dos menores. Los casos que no presentan estas exigencias y que, sin embargo, sugieren clínicamente suficiente evidencia de una F. R., van a ser controlados bajo la denominación de “Diagnóstico aplazado” hasta poderlos incluir en el trabajo, o descartarlos.

El material así escogido vamos a estudiarlo bajo los siguientes puntos de vista:

### I ANTECEDENTES E INFORMACION GENERAL

1. — Tratamos de separar los ataques iniciales de las recurrencias. Se va a registrar la fecha de los ataques anteriores.
2. — Separamos los casos cardíacos activos de los inactivos, una empresa a menudo bastante difícil y sometida a errores, sin embargo muy importante para la indicación de la hormonoterapia.
3. — Datos personales: Edad, Sexo, Raza; - Talla, peso Nutrición.
4. — Datos del ambiente: Procedencia de distrito urbano o rural. Zona fría, templada o cálida.  
Vivienda: Piezas, número y calidad; servicios de agua, luz e inodoro, o letrina; número de camas.
5. — Historia familiar: número total de los vivientes, padres y hermanos.  
Número de los muertos y causa de muerte.  
Investigación detenida de casos con historia reumática o cardíaca de entre los parientes cercanos.  
Investigación de historias alérgicas.

6. — Mes de Hospitalización.  
Sintomatología que impuso la necesidad de la hospitalización: Fiebre, dolores articulares, epistaxis, dolor abdominal, movimientos incoordinados. - Cansancio, pérdida de peso, anorexia. Dolores precordiales, asfixia, palpitaciones, edemas. Eritemas.
7. — Tiempo transcurrido entre el principio de los síntomas y la hospitalización. Tratamiento en esta época.

## II PLAN DE EXAMEN FISICO

(Desde el punto de vista de la F. R.)

1. — Presencia de poliartritis o artralgias, con la respectiva localización. Eritema. Nódulos subcutáneos.
2. — Detenido examen cardiológico con los siguientes detalles:  
Pulso: Frecuencia y relación con la temperatura. se recomienda tomarlo durante el sueño, para evitar influencias emocionales (21).  
Presión arterial.  
Corazón: Deformación torácica. Punto del máximo impulso. Presencia de thrill. Tipo del ritmo. Estudio de los soplos y descripción detallada.
3. — Hígado: Si rebasa el borde costal, se mide la distancia en ctms. en la línea media claviclar.
4. — Se buscan edemas. En caso de descompensación se controla la eliminación de orina.
5. — Movimientos de Corea.

## III PLAN DE EXAMENES DE LABORATORIO

Antes de iniciar el tratamiento se piden los siguientes exámenes:

1. — Hemoglobinas y Hematocritos; Eritrosedimentación, siempre según el mismo método, sea Wintrobe o Westergreen; número de leucocitos y fórmula.
2. — Frotis de garganta para cultivo en busca del estreptococo hemolítico y de su sensibilidad a los antibióticos.
3. — La Proteína C Reactiva.
4. — El título de la Anti-estreptoliscina O.

Se pide una Tele-radiografía del tórax. Tomada bajo condiciones adecuadas se puede calcular el índice cardiorácico. A pesar de las variaciones dentro de lo normal, ayudan estas películas a considerar el grado de cardiomegalia y su evolución.

## IV EXAMEN POR PARTE DEL CARDIOLOGO

Este examen debe incluir un Electrocardiograma.

### RESUMEN

Se trata de la primera publicación de un estudio sobre la Fiebre Reumática, tal como se presenta en la sección pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

1.—En la introducción, el trabajo se refiere al estudio de literatura sobre la incidencia geográfica, especialmente en zonas tropicales. Se citan los datos actualmente obtenibles sobre la Fiebre Reumática en Colombia y Medellín.

2.—Se establecen las normas para el diagnóstico en este trabajo, basadas principalmente en los criterios aceptados por la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association). Se mencionan las grandes dificultades que se pueden presentar, reconocidas por autores especializados en el ramo.

3.—Se refiere al estudio de los trabajos de distintas escuelas sobre la etio-patogenia todavía desconocida en esta enfermedad.

4.—Se elabora el plan de trabajo para el estudio de más de 50 casos observados personalmente a partir del año de 1958.

### SUMMARY

This is the first publication on a project of the study of Rheumatic Fever as we observe it in the Pediatric Department of the "Hospital Universitario San Vicente de Paúl", Medellín, Colombia, South America.

1.—The first part deals with a review of the literature with reference to the geographical incidence, specially in tropical countries.

The figures actually obtainable in Colombia and Medellín are quoted.

2.—Essentially the criteria of Jones (Modified) as accepted by the American Heart Association, are used as a diagnostic guidance. The possibilities of serious difficulties, even recognized by experienced authors, are mentioned.

3.—The literature concerning the until now unknown etiology of the disease, is reviewed.

4.—A plan is submitted to study more than 50 cases, personally observed since 1958.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um den ersten Teil einer Arbeit ueber das Rheumatische Fieber (Polyarthritits rheumática acuta), wie es in der Kinderabteilung des Universitaetskrankenhauses, San Vicente de Paúl, in Medellín, Kolumbien, Suedamerika, beobachtet wird.

1.—In der Einleitung wird ueber das Literaturstudium, das sich auf das Vorkommen in verschiedenen Breitengraden, besonders in tropischen Zonen bezieht, berichtet.

2.—Als Grundlage fuer die Diagnose wurden im wesentlichen die von der amerikanischen Herzgesellschaft (American Heart Association) aufgestellten Regeln angewandt. Die grossen diagnostischen Schwierigkeiten, die von Forschern auf dem Gebiet anerkannt werden, wuerden erwaehnt.

3.—Es wird ueber das Literaturstudium und die Theorien verschiedener Forscher ueber die heute noch unbepannte Aetiologie berichtet.

4.—Es wird ein Arbeitsplan aufgestellt zum Studium von ueber 50 eigenen Faellen, die seit Beginn des Jahres 1958 beobachtet werden konnten.

## REFERENCIAS

1. **Wallgren, A.** Morbus rheumaticus en: Fanconi, C. und Wallgren, A. Lehrbuch der paediatric. 3. aufl. Basel, Benno Schwabe, 1954. p. 474-485.
2. **Stollerman, G. H.**—Rheumatic fever. en Holt. L. E. Jr. and. Mc Intosh, R. Holt pediatrics. 12. ed. New York, Appleton, 1953. p. 823-840.
3. **Kuttner, A. G.**—Rheumatic fever. en Nelson, Waldo E. Textbook of pediatrics. 6<sup>o</sup> ed. Philadelphia, Saunders, 1954. p. 936-948.
4. **Wallgren, Arvid.**—The diagnosis of Rheumatic Fever. Ann. paediat. Fenni, 3: 548-554, 1957.
5. **Nadas, A. S.**—Pediatric cardiology. Philadelphia, Saunders, 1957. p. 129-166.
6. **Portillo, J. M. et al.**—Fiebre reumática en el niño. Sístole 8 N<sup>o</sup> 23, 1957. (Montevideo, Fundación Procardias).
7. **White, P. D.**—Heart Disease, 4th ed. New York, McMillan, 1952. p. 357. (cit. de Saslaw, ver. N<sup>o</sup> 8).
8. **Saslaw, M. S. et al.**—Rheumatic heart disease in native — born Floridians and von — Floridians. A. Heart J. 47: 580-586, 1954.

9. **Alimurung, M. M. et al.**—Heart disease in the Philippines. *Am. Heart J.* 50: 293-302, 1955.
10. **Chavez, I.**—The incidence of Heart disease in México. *Am. Heart J.* 24: 88-98, 1942.
11. **Méndez Castellano, H., Andrade, Zaira de.**—Estudio de 25 casos de fiebre reumática del servicio de pediatría del Instituto Médico José Gregorio Hernández. *Arch. Venez. de puer. y ped.* 21: 337-341, 1958.
12. **Aguilera, B., Castro, S. y Correa, P.**—Defunciones de niños en Colombia. *El médico de Colombia y Ecuador.* 3: 5-7, sept. 1959.
13. **Congreso de Cardiología. Cali, 1958.**—Incidencia de fiebre reumática en el Hospital Departamental Universitario, Cali.
14. **Ash, R.**—The first ten years of rheumatic infection in childhood. *Am. Heart J.* 36: 89-97, 1948.
15. **Blattner, R. J.**—Rheumatic fever. *J. Pediatr.* 42: 129-131, 1953.
16. **Massell, B. F. et al.**—The clinical picture of Rheumatic fever: Diagnosis, immediate prognosis, course and, therapeutic implications. *Am. J. Card.* 1: 436-449, 1958.
17. **Barnes, A. R.**—Rheumatic fever; summary of present-day concepts. *M. Clin North America.* 29: 923-928, July 1945.
18. **Portillo.**—Sístole (ver N° 6).
19. **Debré, R. et al.**—Eléments du diagnostic de la maladie de Bailly. *Arch. Mal. coeur.* 48: 76-93, 1955. (cit. de Stoeber. ver N° 21).
20. **Logue, R. B. and Hurst, J. W.**—Rheumatic fever during the first few years of life and its differentiation from endocardial fibrosis. *Am. J. Med. Sc.* 223: 648-656, 1952.
21. **Stoeber, S.**—Rheumatische Erkrankungen. *M Schr. Kinderheilk.* 107: 239-248, 1959.
22. **Wissler, H.**—*M Schr. Kinderheilk.* 94: 1, 1944 (cit. de Stoeber, ver N° 21).
23. **Anderson, H. C. et Mc. Carty, M.**—Determination of C-reactive protein in the blood as a measure of the activity of the disease process in acute rheumatic fever. *Am. J. Med.* 8: 445, 1950. (cit. de Rahman. ver N° 25).
24. **Shackman, N. H. et al.**—The C-reactive protein determination as a measure of rheumatic activity. *Am. Heart J.* 48: 599-611, 1954. (cit. de Stoeber. ver N° 21).
25. **Rahman, S. et Mozziconacci, P.**—La C-reactive proteine dans le rhumatisme articulaire aigu. *Sem. Hop. Paris.* 33: 2197-2186, 1957.

26. **Castillo, C. E. y Domínguez, J. M.**—Proteína C-reactiva en la patología infantil. Arch. Venez. Puer. Ped. 21: 343-361, 1958.
27. **Stoerber, E.**—Übersichtsreferat; rheumatische erkrankungen. Mschr. Kinderheilk. 104: 251-257, 1956.
28. **Hollinger, N. F.**—Antistreptolysin-O Serum Levels. Amer. J. Publ. Health. 43: 561-571, 1953.
29. **Portillo, J. M.**—Estudios sobre reactividad en el lactante con especial referencia a la disergia del distrófico. Pediatría; curso de perfeccionamiento, 1954/55, p. 239-265, (cit. ver N° 6).
30. **Mc Cue, C. M.**—A follow-up study of suspected rheumatic fever patients. J. Pediatr. 44: 290-293, 1954.
31. **Markowitz, M.**—Observations on an epidemic of streptococcal infections and recurrences of rheumatic fever among children treated with penicillin. Pediatrics. 20: 257-267, 1957.
32. **Wood, H. F.**—La enfermedad reumática. Gaceta sanitaria. 14: 3-11, 1959.
33. **Epstein, N.**—Incidence and frequency of infections at specific ages in infancy and childhood. Am. J. Dis. Chil. 87: 600-606, 1954.
34. **Wilson, May.**—Rheumatic fever; studies of the epidemiology. London, The Commonwealth fund, 1940. (cit. de nadas, ver N° 5).
35. **Diamond, E. F.**—Hereditary and environmental factors in the pathogenesis of rheumatic fever. Pediatrics. 19: 908-915, 1957.
36. **Waksman, B. H.**—The etiology of rheumatic fever. Medicine. 28: 143-200, 1949. (cit. de Blattner, ver N: 15).
37. **Olmer, J. et Perdrix, L.**—Diagnostic du rhumatisme articulaire aigu. dans sa forme classique. Rev. prat. (París) 9: 245-248, 1959.
38. **Ryckewaert, A.**—Etiopatogénie du rhumatisme articulaire aigu. Rev. Pract. (París) 9: 229-238, 1959.
39. **Caffey, John.**—Pediatric X Ray Diagnosis. 2nd ed. Chicago, The year book publisher. 1950. p. 344-353.

## LA FIEBRE REUMATICA +

### II PARTE.

Informe preliminar de los 50 casos estudiados hasta abril de 1960 x).

BENJAMIN MEJIA C. - M. D. \*\*      LENI OBERNDORFER - M. D. \*\*\*

FERNANDO TORO M. - M. D. \*\*\*\*

A pesar de muchas investigaciones, la etiología y el mecanismo que conducen a la F. R., son todavía desconocidos. La terapéutica, tanto para salvar la vida en casos agudos, y todavía mucho más en los casos aparentemente leves, donde se trata de evitar daños cardíacos irreversibles, se encuentra, a pesar de valiosísimos estudios, todavía en discusión. Es indispensable la observación de los casos ya estudiados y tratados durante los 20 años que siguen a la hospitalización inicial, para evaluar, si en realidad los nuevos métodos llegan a evitar la invalidez cardíaca y la muerte temprana en la 3ª y 4ª década de la vida.

Considerando estos factores, nuestro proyecto ideado prospecta los siguientes puntos:

---

x) - El resumen de esta comunicación fue presentado en el III Congreso Colombiano de Cardiología, en Noviembre de 1960 - Medellín.

\* Estudio realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl - Medellín - Colombia.

\*\* Profesor titular de la Cátedra de Pediatría.

\*\*\* Profesora Asociada de la Cátedra de Pediatría.

\*\*\*\* Profesor Agregado de la Cátedra de Medicina Interna - Cardiología.

1 - Informe preliminar de los 50 casos estudiados hasta abril de 1960.

2 - Posterior presentación de la evolución hospitalaria y post-hospitalarias con evaluación de la terapéutica en estos casos.

3 - Seguir el mismo programa para todos los casos nuevos por tiempo indefinido.

Esta comunicación se limita al primer punto; presentará los hallazgos de los casos que vinieron al servicio de Pediatría entre el mes de marzo de 1958 y el mes de abril de 1960. La edad de 12 años entre nosotros es el límite para la hospitalización en Pediatría. En realidad la incidencia de F. R. es mucho más alta, cuando se consideran los casos de mayor edad recibidos en la Clínica Interna y algunos casos de edad pediátrica no recibidos por nosotros, sino en el servicio de neurología, dada la sintomatología de la corea.

TABLA I.  
EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menores de 5 años	3	2	5
Entre 5 y 10 años	13	21	34
Más de 10 años	6	5	11
Totales	22	28	50

EDAD Y SEXO.

En cuanto a sexo, hubo en el grupo un leve predominio de mujeres, que al parecer no llega a tener proporciones que indique factor pre-disponente: esas proporciones fueron de 28 mujeres por 22 hombres.

En lo relativo a la edad, solo 5 pacientes eran menores de cinco años y la mayor incidencia se encontró entre los cinco y los diez años. (Tabla I).

TABLA II.  
ESTADO FISICO.

1 - DESARROLLO ESTATURAL.

Normal .....	26
Deficiente .....	20
Sin informe .....	4
	—
Total .....	50

2 - NUTRICION.

Normal .....	34
Deficiente .....	16
	—
Total .....	50

DESARROLLO ESTATURAL Y NUTRICION.

Para evaluar el desarrollo estatural de nuestro grupo, hemos tomado por norma los casos que coinciden o superan los valores de la tabla biométrica de G. de Toni (1), por deficientes, cuando no alcanzan esas cifras.

El estado de nutrición fue estimado también en comparación con las normas de la tabla arriba mencionada. El peso normal se buscó en la casilla de la estatura, y no en la de la edad, porque nos parecen los datos así obtenidos más acertados. Se consideró normal, cuando el peso alcanza del 85 al 100% de la tabla, y deficiente, cuando es menor del 85% de esta cifra.

Según esta nomenclatura solamente 16 niños o sea el 32% aparentan desnutridos. Este dato está conforme con la impresión subjetiva, de ver menos niños desnutridos graves en el pabellón de medicina interna infantil entre el grupo reumático que en los demás grupos. Sin embargo nos indica la deficiencia de crecimiento en un 40% de los niños presentados, la desnutrición crónica, subclínica que conserva unas proporciones corporales aparentemente normales, a costo del crecimiento longitudinal (2). Atribuimos definitivamente este hecho más bien a la inadecuada alimentación y no tanto a la más o menos larga duración de la enfermedad. (Tabla II).

TABLA III.

AMBIENTE.

1 - PROCEDENCIA.

Urbana	Clima templado .....	36
	Clima frío .....	6
Rural	Clima templado .....	7
	Clima cálido .....	1
	Total .....	50

2 - VIVIENDA.

Aceptable .....	13
Mala .....	20
Pésima .....	6
Sin informe .....	11
Total .....	50

AMBIENTE.

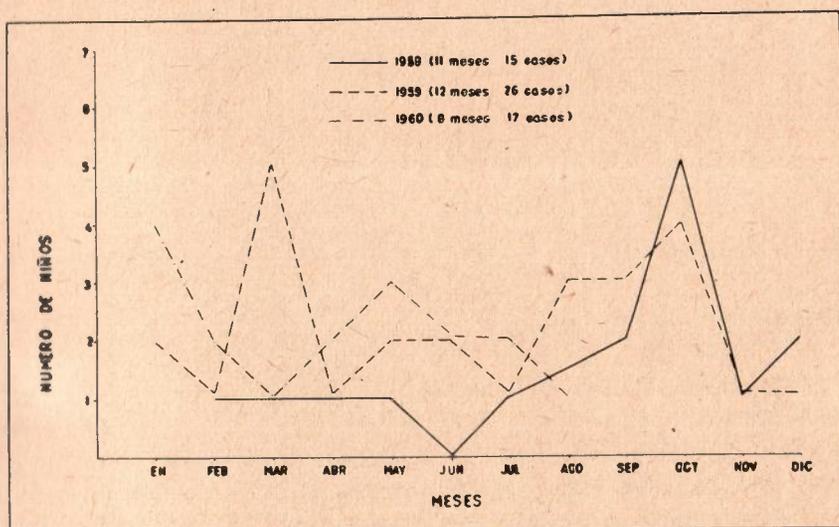
Según la tabla III, la mayor parte de los enfermos (el 72%), procede de la zona urbana, incluyendo los suburbios. Naturalmente el número de casos tan pequeño nunca permite hacer conclusiones decisivas de un valor estadístico. Sin embargo puede ser significativo y puede atribuírse este mayor número de enfermos urbanos, sea al hacinamiento combinado con desnutrición y a la mayor exposición a infección estreptocócica en la misma zona urbana (3). O también puede explicarse el menor número de casos rurales debido a la combinación de las dificultades del transporte con la ignorancia e indolencia de los padres, quienes no ponen atención a los casos leves, que teóricamente pueden llevar a los niños a ser lisiados cardíacos en la edad adolescente, ya fuera del control pediátrico.

Entre los niños de las distintas zonas rurales hay solo un caso de clima cálido, mientras que los otros 13 pertenecen a las zonas frías y templadas.

La catalogación bajo el título de vivienda es el producto de los datos obtenidos por uno de nosotros en conversación personal con uno de los familiares del enfermo, sin comprobación de ninguna clase, por

falta de la ayuda técnica de un servicio social adecuado. Nuestra conclusión se hizo según el cómputo de los siguientes factores: número de personas, número de camas, número de alcobas, piso, servicios de agua y luz, inodoro, letrina o nada; jornal o sueldo.

Subrayando los límites de este avalúo subjetivo encontramos entre los 39 informes 13 casos en condiciones aceptables, 20 en malas y solamente 6 en pésimas condiciones. Este dato está de acuerdo con otros autores que encuentran los casos de F. R. provenientes de un nivel socio-económico malo, frente al nivel pésimo socio-económico en otras enfermedades (4).



INCIDENCIA MENSUAL DE LA FIEBRE REUMATICA

### INCIDENCIA MENSUAL DE LA F. REUMATICA.

Como en los países del norte hay una curva característica de la incidencia de la F. R. según las estaciones (5, 6 y 7), hemos elaborado una gráfica de nuestros casos (Fig. N° 1). No encontramos incidencia especialmente marcada para una época o mes determinado del año, como lo demuestran las tres curvas discordantes de la gráfica en donde cada línea corresponde a uno de los 3 años escasos que se cubren en este estudio. Admitimos los grandes defectos de tal elaboración, que por un lado se limita a un número de casos demasiado pequeño y por el otro lado abarca indiscriminadamente los casos agudos de F. R. y los que

entran por desfallecimiento cardíaco con historia de ataques reumáticos anteriores y sin evidencia de un ataque infeccioso actual. Bajo estas circunstancias no pueden tenerse en cuenta las fechas de ingreso hospitalario.

TABLA IV.  
INCIDENCIA FAMILIAR.

Enfermedad reumática o cardíaca	Número de casos
Positivo	2
Negativo	39
Sin datos	9
Total 50	

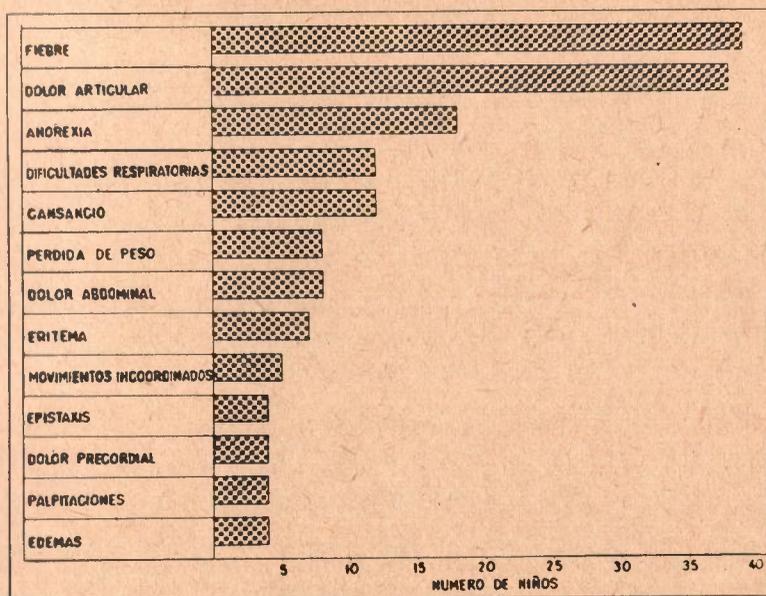
#### INCIDENCIA FAMILIAR.

Aunque en la mayor parte de los casos hemos hecho un interrogatorio personal con un familiar del enfermo en busca de casos de reumáticos o cardíacos en la familia, se pudieron confirmar solamente dos casos positivos en este grupo, lo que corresponde al 4%. En un caso, la enfermedad reumática con afección cardíaca había ocurrido en el padre, de la cual no queda ninguna sintomatología clínica en un examen verificado personalmente por uno de nosotros. En el otro caso se trata de una hermana mayor, de 7 años de edad, la que está siendo tratada con Prednisona para su enfermedad. (Posteriormente a este estudio ella fue hospitalizada en nuestro departamento de carditis reumática). Además había algunos informes sobre abuelos y tíos que sufrían enfermedad cardíaca, datos que hemos colocado entre los negativos, tanto por la vaguedad de los informes como también por lo lejano del parentesco. (Tabla IV).

En resumen podemos decir, que en nuestro pequeño grupo no fue posible comprobar una mayor incidencia de tipo familiar, como lo describen algunos autores de los países del norte (6, 8); más bien este hecho está de acuerdo con los investigadores uruguayos (4).

## ANTECEDENTES Y SINTOMATOLOGIA AL INGRESO HOSPITALARIO.

Los datos siguientes son el resultado del informe dado por la persona que trajo el niño al servicio hospitalario; éstos se limitan en una parte de los casos a la primera conversación con el médico de turno en el servicio de la Policlínica, según un interrogatorio general sin esquema de preguntas específicas. Más tarde, cuando ya habíamos resuelto dedicarnos sistemáticamente al estudio de la F. R., uno de nosotros en tabló una conversación detenida con el familiar del niño al tiempo de la salida del hospital. Se hicieron preguntas específicas en cuanto a la evolución de la enfermedad y a los motivos que condujeron a consultar en el hospital. Sin embargo hay también datos insuficientes en este grupo, debido al bajo nivel cultural y a la ignorancia del interrogado.



SINTOMAS AL INGRESO EN 50 NIÑOS CON FIEBRE REUMATICA

### SINTOMAS AL INGRESO EN 50 NIÑOS CON FIEBRE REUMATICA

En la gráfica (Fig. N° 2) vemos la frecuencia de los síntomas por los cuales los niños fueron traídos al hospital. Se entiende que muchos niños figuran en más de un renglón.

Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y dolor articular en los casos agudos, con 39 y 38 incidencias respectivamente. En 8 casos se presentó dolor abdominal alarmante y repentino. En 5 casos agudos, predominaron los movimientos incoordinados. En 4 fue necesaria la intervención médica de urgencia por hemorragia nasal intensa.

Los trastornos respiratorios incluyen asfixia, disnea y ortopnea. Se trataba en todos los 12 casos de un desfallecimiento cardíaco de los cuales cuatro también presentaron consulta por edemas. Había 4 casos con dolor precordial y el mismo número con palpitaciones.

12 casos pidieron consulta también por cansancio y pérdida de apetito, 8 casos por pérdida de peso.

Eritemas de variada descripción y duración fueron insinuados en la consulta de 7 casos.

TABLA V.  
REPARTICION DE LOS CASOS.

Primer ataque .....	34
Recurrencia .....	12
Dudoso .....	2
Total .....	
50	

REPARTICION DE LOS CASOS.

Entre los 50 casos hemos catalogado 34 enfermos que entraron con el primer ataque y 12 con una recurrencia. se descartan 4 casos por falta de información y por duda en el diagnóstico anterior. (Tabla V).

TABLA VI  
DURACION DE LA ENFERMEDAD AGUDA ANTES  
DE LA HOSPITALIZACION.

Número de días	Número de niños	
	1er. ataque	Recurrencia
1 — 7	11	1
8 — 15	10	3
Más de 15	13	2
Sin dato		6
Total .....		
34		12

NOTA: - Se suprimieron los 4 casos dudosos y sin informe.

## DURACION DE LA ENFERMEDAD AGUDA ANTES DE LA HOSPITALIZACION.

Por la importancia que muchos autores dan al tratamiento precoz para obtener óptimos resultados, hemos analizado la duración de la enfermedad antes de la hospitalización. De los 34 niños con el primer ataque, solamente la tercera parte (11 niños) entraron en el curso de la primera semana, 10 casos durante la segunda semana y los restantes 13 después de los 15 días. (Tabla VI).

TABLA VII.

### DURACION Y CLASE DE TRATAMIENTO ANTES DE LA HOSPITALIZACION. PRIMER ATAQUE.

Número de casos	T R A T A M I E N T O	
	Duración	Clase
1	1 mes	Sobador
1	2 meses	médico (colutorio, cucharadas)
1		médico y yerbatero
2		médico
1	8 días	antibióticos, digitalis
1		penicilina
1		penicilina, estreptomycinina
1		novalgina

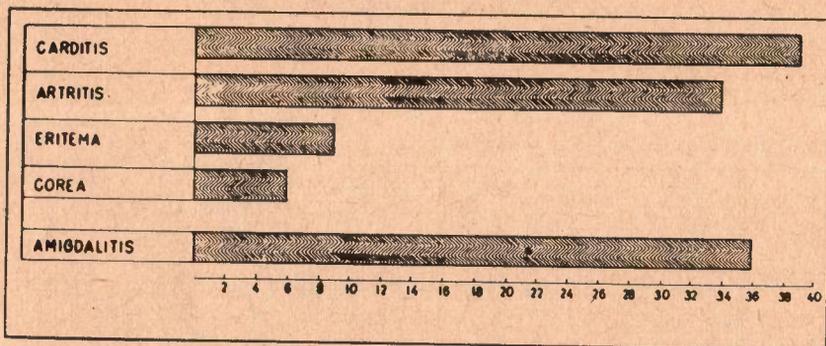
TABLA VIII.

### DURACION Y CLASE DE TRATAMIENTO ANTES DE LA HOSPITALIZACION. RECURRENCIA.

Número de casos	T R A T A M I E N T O	
	Duración	Clase
2		médico
1	3½ meses	médico
1	1½ año	policlin. después de corta hospitalización, con Penicilina
1	2 semanas	médico: Penicil. y Kenacort
2	2 años	médico de pueblo
1	24 días	médico: Acylanid, Mercloran
1	1 mes	médico: sulfas, Dracinol

## DURACION Y CLASE DE TRATAMIENTO ANTES DE LA HOSPITALIZACION.

En las tablas VII y VIII figura la duración detallada ante-hospitalaria y la medicación respectiva. Por la imposibilidad de obtener más informes útiles, enumeramos solamente 9 casos de los primeros ataques, y 9 casos de las recurrencias. Aunque sin valor estadístico, comprueban estos casos la falta o la insuficiencia de un tratamiento adecuado a base de penicilina por tiempo indefinido en una enfermedad reconocida. Muestra además la ignorancia del pueblo, que deja tratarse sus dolores artríticos por sobadores y yerbateros.



EXAMEN INICIAL DE 50 NIÑOS CON FIEBRE REUMATICA

### EXAMEN FISICO INICIAL.

La figura N° 3 muestra la incidencia de los fenómenos patológicos encontrados en el primer examen clínico. Hallamos en ella cuatro de los cinco criterios de Jones (9).

La columna más grande pertenece a la carditis con 39 casos (78%) de un total de 50 niños con el diagnóstico de F. R. Este porcentaje es mucho más alto que el valor encontrado por otros autores (9), que figura entre el 50 y el 65%. Probablemente se explica este hecho por la organización hospitalaria nuestra: todos los enfermos, antes de entrar a las salas, son llevados a la Consulta Externa o al servicio de Urgencias. Los casos sin carditis y los que mejoran rápidamente de su sintomatología, vuelven a sus domicilios, a pesar de un posible diagnóstico de F. R. y se nos envían solamente los casos graves.

Nuestros casos con carditis incluyen siete casos dudosos en el primer examen. De cuatro casos sin carditis inicial se comprobó la carditis posteriormente.

La artritis figura en segundo lugar con un número de 34 casos. En todos se presentaron dolores al moverse, que llegaron en algunos enfermos hasta la impotencia funcional. (Se tienen datos de varios niños que fueron llevados en brazos a la Policlínica, porque ya no podían caminar).

En 20 casos se pudo confirmar una artritis objetiva en una o varias articulaciones; ella presentaba la sintomatología clásica de la inflamación, que exige además del dolor también "rubor, tumefacción y calor".

Dos enfermos presentaron solamente monoartritis. En la mayoría de los casos quedaron comprometidas las articulaciones grandes de uno o varios de los miembros. Sin embargo recordamos unos pocos casos con afección en las articulaciones de la parte cervical de la columna vertebral, que presentaron la sintomatología de la rigidez de nuca. Un caso (ya con valvulitis crónica e irreparable) manifestó solamente dolores en las articulaciones metacarpo falángicas.

En 26 casos apareció la artritis en forma migratoria.

De los 6 casos de Corea, cinco ingresaron con el cuadro clásico de mayor o menor intensidad; el sexto ingresó por severos dolores articulares, fiebre alta y cefalea, mientras que los movimientos coréicos se manifestaron posteriormente durante el curso de la hospitalización.

Con intención suprimimos la especificación de "anulare o marginado" en la columna del eritema, que según alguna opinión no debiera figurar entre los criterios mayores por su carácter fugaz y su diagnóstico difícil (10). Rara vez hemos visto personalmente la lesión cutánea eritematosa, mientras que, en la mayor parte de los casos, los datos que hemos usado, se refieren a la descripción hecha durante la admisión en la policlínica, fenómenos que ya habían desaparecido, cuando recibimos los niños en nuestro servicio. En ninguno de los nueve casos pudimos comprobar la apariencia típica del eritema anular o marginado.

No figura ningún caso en nuestros enfermos con nódulos subcutáneos. Los hemos buscado detenidamente sin encontrarles, ni en el primer examen, ni en el curso de las largas hospitalizaciones. Este hecho contrasta con las publicaciones de Wallgren (5), quien los halla alrededor del 10%.

En la gráfica (fig. N° 3) hemos apartado de los criterios mayores de Jones la ocurrencia de la amigdalitis antecedente, un factor al

cual muchos autores dan gran importancia como precursora de la F. R. Cinco enfermos de los 36 casos presentaron una amigdalitis aguda, cuando la consulta fue por artritis aguda; en los otros casos se trataba de amígdalas grandes, crípticas, sin reacción inflamatoria aguda.

TABLA IX.  
AMIGDALITIS ANTECEDENTE.

Numero de días antes	NUMERO DE NIÑOS	
	1er. Ataque	Recurrencia
1 — 7		
8 — 15	4	
Más de 15	1	1
Sin dato	12	3
Ataques repetidos	4	2
Total .....	21	6

AMIGDALITIS ANTECEDENTE.

En la tabla IX se muestra nuestro intento de hallar una relación temporal entre la F. R. aguda y una infección amigdaliana anterior. Solamente en 21 casos de los primeros ataques y en seis de las recurrencias había historia positiva. En cuatro casos se presentó la amigdalitis dentro de los 15 días inmediatamente anteriores a la artritis; los casos restantes no mostraron relación temporal directa entre la amigdalitis aguda y la artritis aguda. Este hecho está en contraste con otros autores que encuentran aproximadamente en un 50% de los niños con F. R. la historia de un resfriado o dolor de garganta durante los 10 hasta 15 días anteriores al principio de la enfermedad reumática (9).

## LABORATORIO.

### TABLA X.

#### ANEMIA - LEUCOCITOSIS - ERITROSEDIMENTACION.

##### ANEMIA

---

Moderada .....	25 casos
Intensa .....	3 casos
Sin anemia .....	22 casos

##### LEUCOCITOSIS

Moderada .....	16 casos
Intensa .....	7 casos
Normal .....	26 casos
Leucopenia .....	1 caso

##### ERITROSEDIMENTACION

Moderadamente alta .....	7 casos
Alta .....	36 casos
Normal .....	7 casos

---

#### ANEMIA - LEUCOCITOSIS - ERITROSEDIMENTACION.

Analizamos ahora unos datos de laboratorio, que ocupan el puesto de criterios menores según Jones (9). Estos datos se refieren a las pruebas tomadas durante los primeros días del ingreso hospitalario.

Respecto a la anemia consideramos normales los valores de la hemoglobina entre 13-11 gramos %; con anemia moderada, fueron designados los casos que tenían la hemoglobina entre 11 y 8 gramos %; y con anemia intensa los casos que tenían hemoglobina menor de 8 gramos %.

Según esta nomenclatura mostraron 25 niños anemia moderada, 3 niños anemia intensa y los restantes tenían valores normales.

Respecto a la leucocitosis hemos considerado normales los valores entre los 8.000 y 12.000 leucocitos por mm<sup>3</sup>; se consideró leucocitosis moderada, cuando los valores eran entre los 12.000 y 15.000 leucocitos por mm<sup>3</sup>; leucocitosis intensa, cuando los valores eran mayores de 15.000 leucocitos por mm<sup>3</sup>.

En nuestros enfermos, de acuerdo con esta clasificación, se encontraron 16 niños con leucocitosis moderada y 7 niños con leucocitosis intensa.

Respecto a la eritrosedimentación hemos considerado como valor normal, para la 1ª hora, hasta 20 mm (Westergren) o 15 mm (Wintrobe); de moderadamente alta de 20 - 40 mm (Westergren) o de 15 - 40 mm (Wintrobe); de alta los casos que estaban encima de los últimos valores. Desafortunadamente no fue posible unificar el método para todos los casos. Además admitimos que nuestra escala es algo arbitraria, porque se crece un poco nuestro dato normal sobre lo clásicamente admitido. Hemos decidido actuar así, para evitar de todos modos la posibilidad de interpretaciones falsas positivas.

Con estas limitaciones hallamos una eritrosedimentación acelerada en 43 casos, de los cuales en 36 era francamente alta.

TABLA XI.

PROTEINA C - REACTIVA      TITULO ANTIESTREPTOLISINA O.

---

PROTEINA C - REACTIVA	
Negativa .....	21 casos
Positiva .....	15 casos
No se hizo .....	14 casos

TITULO ANTIESTREPTOLISINA O	
Menos de 50 unidades Todd .....	1 caso
Entre 50 y 330 U. Todd .....	12 casos
Más de 330 U. Todd .....	14 casos
Negativa .....	1 caso
No se hizo .....	22 casos

---

PROTEINA C - REACTIVA Y TITULO ANTIESTREPTOLISINA.

Las pruebas de Proteína C - Reactiva (PCR) y del título de la Antiestreptolisina O (AELO) no fue posible hacerlas en todos los casos, debido a falta frecuente de reactivos.

La PCR se hizo únicamente en 36 casos, 21 de los cuales eran negativos y 15 casos, positivos.

En los 28 casos en que logró efectuarse la búsqueda del título AELO solo en uno se encontró negativo, en uno se encontró menos de 50 U. Todd, en 12 casos entre 50 y 330 U. Todd y en 14 casos más de 330 U. Todd.

TABLA XII  
FROTIS FARINGEO.

(Cultivos hechos entre el 3º y 14º día de ingreso).

Estreptococo viridans solo .....	13 casos
Estreptococo viridans y otras bacterias .....	12 casos
Otras bacterias .....	11 casos
No se hizo .....	14 casos
Total .....	50 casos

FROTIS FARINGEO.

En lo referente a bacteriología (Tabla XII) de secreciones faríngeas hay que confesar que nos encontramos ante resultados desconcertantes, a pesar de admitir que la muestra se tomó tardíamente, entre el 3º y 14º día de ingreso hospitalario: entre 36 cultivos efectuados se aisló en 25 el estreptococo viridans, unas veces solo, otras veces acompañado de otro germen (estafilococo, neumococo, klebsiella, proteus, aerobacter aerog., coli). En 11 cultivos se aislaron bacterias distintas al estreptococo.

No deja de ser extraño el hecho de no haberse aislado el Estreptococo beta-hemolítico del grupo A en ningún caso y no sabríamos, si atribuirlo a una potencialidad epidémica especial o a posibles fallas de orden técnico. Con la debida reserva, pensamos preferentemente esto último.

## ESTUDIO CARDIOLOGICO

Los datos que presentaremos se refieren al examen inicial y al período de estudio que comprende las primeras dos semanas de hospitalización. Por las razones expuestas inicialmente, no vamos a hacer alusión a la evolución de las manifestaciones cardiovasculares. Sin embargo, debemos anotar que en la interpretación de algunos datos, sí tuvimos en cuenta la evolución posterior del paciente. Tal es el caso de algunos soplos sistólicos apexianos, cuya interpretación en un principio no fue exactamente definida, pero en exámenes posteriores se comprobó su naturaleza orgánica en algunos pacientes, funcional en otros.

Una situación similar se presentó con la lectura de los electrocardiogramas. Algunos fueron leídos en un primer examen como trazos dentro de límites normales. Pero al compararlos con otros sucesivos, se apreciaron cambios que demostraron la anormalidad del primer examen. Especialmente en lo que se refiere a trastornos de la repolarización y prolongación del intervalo QT.

### CLASIFICACION FUNCIONAL

De los 50 casos estudiados, 40 presentaron alguna manifestación inequívoca de carditis, bien fuera clínica, radiológica o electrocardiográfica. En 4 se hizo el diagnóstico de reactivación de antiguas lesiones reumáticas; los demás fueron casos iniciales. En 9 pacientes se presentó desfallecimiento cardíaco. El cuadro siguiente detalla la clasificación funcional.

Se dijo que en el examen inicial 39 de los 50 pacientes presentaron carditis. Como ya advertimos, en los datos que vamos a presentar se tiene en cuenta el examen inicial y la evolución de las primeras dos semanas. Por esto hacemos figurar ahora 40 casos de carditis.

Al analizar los datos globales se hizo referencia a la alta incidencia de carditis en nuestros casos, incidencia mayor que la informada por otros autores y se explicó este aumento por tratarse de casos graves.

### PACIENTES CON CARDITIS

SIN CARDIOMEGALIA NI DESFALLECIMIENTO ...	15	(30%)
CON CARDIOMEGALIA GRADO I .....	11	(22%)
CON CARDIOMEGALIA GRADO II .....	8	(16%)
CON CARDIOMEGALIA GRADO III .....	4	( 8%)
CON DESFALLECIMIENTO CARDIACO .....	9	(18%)

Los datos del examen clínico de corazón los agrupamos en tres bloques: Signos de pericarditis, miocarditis y endocarditis.

PERICARDITIS	ENDOCARDITIS
Dolor precordial ..... 1 Caso (2%)	Soplo sistólico mitral .... 42 (84%)
Frote pericárdico ..... 2 " (4%)	Soplo diastólico mitral ... 23 (46%)
	Chasquido de apertura ... 8 (16%)
	Soplo sistólico aórtico .... 6 (12%)
	Soplo diastólico aórtico .. 4 ( 8%)
	Soplo sistólico tricúspide.. 1 ( 2%)
	Reforzamiento de P2 ..... 22 (44%)
<b>MIOCARDITIS</b>	
Taquicardia ..... 17 Casos (34%)	
Galope ..... 9 " (18%)	
Desfallecimientos .. 9 " (18%)	

Como puede apreciarse, los signos de pericarditis fueron poco frecuentes. La taquicardia fue el hallazgo más constante como signo de miocarditis; el mismo número de casos presentó ritmo de galope y desfallecimiento cardíaco. En cuanto a los signos de endocarditis, predominó la insuficiencia mitral; en segundo lugar, los fenómenos de estenosis mitral, comprobados además por aumento de la presión pulmonar, evidenciada por acentuación del segundo ruido pulmonar. Los fenómenos aórticos fueron muy raros; apenas si un caso presentó soplo sistólico tricúspideo, posiblemente de origen funcional, pues había desfallecimiento cardíaco y cardiomegalia global asociada. La relativa rareza de las manifestaciones endocárdicas extramitrales se debe, probablemente, al hecho de que en la gran mayoría de los casos se trataba del primer ataque de fiebre reumática.

### HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Examen normal ..... 27 (54%)	Dilatación aur. izqda. ... 19 (38%)
Cardiomegalia grado I .. 11 (22%)	Hipertrofia vent. der. ... 13 (26%)
Cardiomegalia grado II .. 8 (16%)	Hipertrofia vent. izqda. ... 20 (40%)
Cardiomegalia grado III . 4 ( 8%)	Derrame pericárdico .... 1 ( 2%)
Dilatación aur. derecha.. 1 ( 2%)	.....

De los 27 casos cuyo examen radiológico fue considerado normal, 10 no tenían ninguna evidencia de carditis. Los restantes presentaban uno o varios signos de lesión reumática, pero con dos excepciones, éstas eran discretas. En resumen, los hallazgos del examen radiológico estuvieron muy acordes con los del examen clínico.

## ELECTROCARDIOGRAMA

El examen fue considerado normal en 21 pacientes, anormal en los 29 restantes. Si se tiene en cuenta la clasificación funcional que hicimos, 10 de estos casos con ECG. normal corresponden a pacientes sin ninguna manifestación de cardiopatía. Los 11 restantes pertenecen a pacientes con alguna manifestación inequívoca de cardiopatía, clínica y ó, radiológica. Si analizamos pues los resultados del electrocardiograma desde el punto de vista porcentual, encontramos que en un 27% de nuestros pacientes con carditis comprobada, el electrocardiograma inicial fue normal. Repetimos que por examen inicial entendemos tanto el primer examen practicado como la evolución de las primeras dos semanas.

ECG. Normal .....	21 (42%)	Hipertrofia vent. der. ....	6 (12%)
Ritmo sinusal .....	48 (96%)	Hipertrofia vent. izq. ....	11 (22%)
Disociación A. V. ....	2 ( 4%)	Trast. repolarización ....	12 (24%)
Bloqueo A. V. - I Gdo. ...	3 ( 6%)	Prolongación QT .....	10 (20%)
Crecimiento aur. der. ....	2 ( 4%)	Lesión subendocárdica ...	1 ( 2%)
Crecimiento aur. izqdo. ..	20 (40%)	Lesión subepicárdica .....	8 (16%)

Queremos destacar varios hechos. Los trastornos de la conducción aurico-ventricular fueron poco frecuentes (10% de los casos) si se tiene en cuenta que se trataba de fiebre reumática florida. No se presentaron trastornos de la conducción intraventricular. Los más frecuentes fueron: Crecimiento auricular izquierdo, trastornos difusos de la repolarización ventricular, prolongación del intervalo QT y signos de lesión subepicárdica. Hemos agrupado bajo esta denominación los cambios que usualmente se atribuyen o encuentran en la pericarditis.

Recordemos que en solo 4 pacientes se hizo diagnóstico clínico y radiológico de pericarditis. En estos se encontraron también cambios electrocardiográficos que corroboraron el diagnóstico. En los otros 4 pacientes con signos eléctricos de pericarditis, pero sin evidencias clínicas o radiológicas de la misma, se trató seguramente de casos que no progresaron más allá de la llamada fase hiperhémica. De hecho, en ellos se comprobó la rápida desaparición de los cambios anormales con la mejoría general.

## RESUMEN

1.—Se presentan 50 casos con fiebre reumática, diagnosticados según los criterios de Jones (modificado), hospitalizados entre marzo de 1958 y abril de 1960.

2.—Se publican los datos sobre edad y sexo, estado de nutrición y desarrollo estatural, procedencia y vivienda e incidencia estacional. La mayor parte de estos datos coinciden con las observaciones hechas por autores de otros países. No se pudo comprobar una incidencia mayor en una época determinada del año.

3.—Solamente en 2 de los 41 casos interrogados se logró comprobar la existencia de carditis reumática en un familiar cercano.

4.—Se describe la sintomatología que condujo a la hospitalización en su orden de frecuencia.

5.—Se presentan los casos, ordenados según los criterios mayores de Jones, confirmados por los hallazgos en el examen físico inicial. Con el primer ataque entraron 34 casos, 12 casos con recurrencia y 4 casos no fue posible especificar.

6.—Durante los primeros 15 días de enfermedad entraron al hospital solamente 21 casos con el primer ataque de F. R.

7.—En ninguno de los casos se pudo comprobar la existencia de nódulos subcutáneos.

8.—Aunque figuran en el primer examen 36 casos con amigdalitis, solo 5 de ellos tenían amigdalitis aguda, los otros tenían amígdalas del tipo de "irritación crónica". Fuera de estos 5 casos no se pudo determinar una relación concreta entre infección anterior de vías respiratorias y la iniciación de la F. R.

9.—Los datos de laboratorio son poco significativos y les atribuimos escaso valor por las innumerables dificultades técnicas. La única constancia aceptable fue la eritrosedimentación que se encontró acelerada en 43 casos de los cuales en 36 era francamente alta.

10.—De los 50 casos estudiados, 40 presentaron manifestaciones de carditis; de éstos, 9 con desfallecimiento cardíaco. Entre las manifestaciones de endocarditis las más frecuentes, en su orden, fueron: insuficiencia y estenosis mitral.

11.—En 27 casos la fluoroscopia fue normal; 17 de éstos presentaban otros signos de cardiopatía.

12.—El electrocardiograma fue normal en 11 de los casos sin carditis. En los demás se presentaron diversas anomalías.

## SUMMARY

1.—Fifty cases of rheumatic fever (R.F.) are presented. These cases were diagnosed following Jones criteria and were seen in the University Hospital from March 1958 to April 1960.

2.—The data concerning age, sex, growth, nutrition, socio-economic status and climatic environment were found to be similar to those reported from other countries. There was no relation between incidence of R. F. and seasons.

3.—Only in two cases out of 41, R. F. was demonstrated in a close relative.

4.—The complaints which lead to hospitalization are presented according to its frequency.

5.—Cases are classified following Jones "major criteria" as found during the initial physical examination. 34 Cases had their first attack of R. F.; 12 were recurrences and 4 could not be classified.

6.—Only 21 cases out of the 34 which had their first attack of R. F. were seen within the first two weeks since the beginning of symptoms.

7.—Subcutaneous rheumatic nodules were not found in the cases here presented.

8.—Acute amygdalitis was seen only in 5 cases out of the 36 which were diagnosed as having "amygdalitis" at the time of admission. In the other cases the history did not show any absolute relationship between preceding upper respiratory infection and the initiation of R. F.

9.—Sedimentation rate was accelerated in 43 cases; 36 of these had extremely high readings. Other laboratory examinations were not evaluated because of countless technical difficulties.

10.—Of the fifty studied cases, 40 presented carditis, 9 of them with congestive heart failure. The most common manifestations of endocarditis were mitral insufficiency and stenosis, in that order.

11.—In 27 patients fluoroscopic examination was normal; 17 of these had other signs of cardiopathy.

12.—The electrocardiogram was normal in all cases without carditis and in 11 cases with carditis. In all these cases other different lesions were found.

## ZUSAMMENFASSUNG

1.—Es wird ueber 50 Faelle von Kindern, die wegen rheumatischen Fiebers (R. F.) in der Zeit zwischen Maerz 1958 und April 1960 in Krankenhaus aufgenommen waren, berichtet; die Diagnose stuetzte sich auf die Kriterien von Jones.

2.—Die Zahlenwerte, Alter und Geschlecht, Wachstums- und Ernährungszustand, sozial-oekonomische Lage, klimatische Bedingungen, ebenso wie die Haeufigkeit der Erkrankung zubestimmten Jahreszeiten betreffend, werden dargelegt. Waehrend ein Teil der Ergebnisse mit den Berichten von Forschern anderer Laender uebereinstimmt, konnte andererseits keine konstante Haeufung der Erkrankung waehrend bestimmter Jahresepochen festgestellt werden.

3.—Nur in zwei von 41 befragten Faellen, konnte das Bestehen einer rheumatischen karditis in der naechsten Verwandtschaft nachgewiesen werden.

4.—Es wird die Symptomatologie, die zum Krankenhausaufenthalt Anlass gab, der Haeufigkeit nach geordnet, beschrieben.

5.—Es wird die Haeufigkeit der klinischen Krankheitsbefunde, in Anlehnung an Jones "Mayor Criteria", so wiesie sich bei der ersten klinischen Untersuchung zeigten, dargestellt. Von der Gesamtzahl wurden 34 Faelle als erstmalige Erkrankung, 12 als Rueckfaelle und 4 ohne klare Angaben klassifiziert.

6.—Unter den erstmalig Erkrankten kamen nur 21 Faello innerhalb der ersten zwei Krankheitswochen sur Behandlung.

7.—Noduli rheumatic konnten in keinen der Faelle nachgewiesen werden.

8.—Unter den 36 Faellen, die unter der Rubrik "Amygdalitis" zur Zeit der ersten klinischen Untersuchung angefuehrt sind, zeigten nur fuenf eine akute Entzuendung, waehrend die uebrigen Faelle dar Bild der chronischen Mandelentzuendung aufwiesen. Unter Ausschluss dieser fuenf Faelle, konnte in keinem anderen Fall eine exakte zeitliche Beziehung wischen dem Ausbruchdes R. F. und einer vorhergehender Infektion der oberen Infwege nachgewiesen werden.

9.—Die Zahlen die die Laboratoriumsuntersuchungen orgaben sind wegen der dauernd bestehenden technischen Echwierigkeiten schwer bewertbar, hoechstens mit Ausnahme der Blutsenlaungsges-

chwindigkeit, die in 43 Faellen beschleunigt, darunter in 36 Faellen sehr hoch war.

10.—40 Kinder der gesanten 50 Faelle hatten Karditis, 9 davon mit Herzinsuffizienz, Unter den Endocarditis Faellen fand sich, der Haeufigkeit nach geordnet, Mitral-Insuffizienz und Stenose.

11.—Bei 27 Patienten war der Fluoroskopiebe fund normal; 17 Kinder aus dieser Gruppe hatten andere positive Karditisbefunde.

12.—Das Elektrokardiogramm war normal bei allen Kindern ohne Karditis und in 11 Faellen mit nachgewiesener Karditis; in diesen Faellen konnte das Herzleiden auf Grund anderer Defunde diagnostiziert werden.

Septiembre, 1961.

### BIBLIOGRAFIA

1. — **Calle, J.:** Crecimiento y desarrollo del Niño - Antioquia Médica, Medellín - Colombia. 6: 607 Nov. 1956.
2. — **Porot, M.:** La familia y el niño. **Paideia** pág. 73 Luis Miracle Barcelona, 1955. p. 73.
3. — **Diamond, E. R.:** Hereditary and environmental factors in the pathogenesis or Rheumatic Fever. *Pediatrics*: 19: 908, 1957.
4. — **Portillo, J. M. et al.:** Fiebre Reumática en el niño. **Sistole** 8 N° 23 Fundación Procardias, Montevideo 1957. p. 15.
5. — **Wallgren, a.:** Morbus Reumaticus, Fanconi, G. Wallgren, A.: **Lehrbuch der Paediatric**. 3 Aufl. pág. 474. Benno Schwabe & Co, Basel 1954. págs. 474-485.
6. — **Stollerman, G. H.:** Rheumatic Fever. Holt Jr. L. E. & Mc. Intosh, R. Holt *Pediatrics*. 12th edition, pág. 823. Appleton Century Crafts. New York 1953. p. 823-839.
7. — **Kuttner, A. G.:** Rheumatic Fever. Nelson, & E.: **Textbook of Pediatrics** 6th edition, pág. 936. W. B. Saunders, Philadelphia & London, 1954. p. 936-948.
8. — **Wilsan May:** Rheumatic Fever: study of the epidemiology. London. The Commonwealth fund, 1940. (cit. de Nadas ver N° 9).
9. — **Nadas, A. S.:** Pediatric Cardiology, pág. 129. W. B. Sauders Co. Philadelphia & London, 1957. p. 134.
10. — Wallgren, a.: The diagnosis of Rheumatic Fever. *Ann Paed. Fenniae* 3: 548, 1957.

## TRATAMIENTOS DE LA AMIBIASIS INTESTINAL CON FUROATO DE ENTAMIDE+

(Informe preliminar)

Dr. David Botero Ramos \*\*

La amibiasis intestinal es en la actualidad el mayor problema de orden parasitario existente en Colombia. Encuestas bien realizadas en zonas rurales han demostrado una incidencia de 42 a 67% y la tendencia a ser una infección de carácter familiar. (1-2). Estudios en pacientes hospitalizados revelan frecuencias de 35 y 40% (3-4). Los casos fatales debidos a disentería amibiana o a sus complicaciones y a las formas extraintestinales, principalmente al absceso hepático, son muchos (3,5).

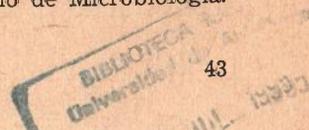
El crecido número de productos químicos diferentes usados para el tratamiento de amibiasis intestinal, son un índice de la ausencia de uno que llene todos los requisitos para considerarse como ideal. En un ambiente mal saneado y de bajo nivel socioeconómico, como el que existe en Colombia, el uso de drogas anti-amibianas no solucionará de ninguna manera el grave problema que esta parasitosis representa para el país. Desde el punto de vista médico asistencial si es de suma importancia poseer drogas anti-amibianas con alta efectividad y baja toxicidad, que sean además de precio moderado, para que su uso pueda extenderse no solo a los enfermos sino también a los portadores, cuya curación será una etapa en el complicado mecanismo de la prevención de la amibiasis.

Recientemente fue sintetizado en Inglaterra un compuesto clorado del grupo de las acetanilidas, que se llamó Estamide o Diloxanida,

\* La droga usada para este trabajo fue "Furamide", suministrada por Boots Pure Drug Company, Inglaterra.

\*\* Departamento de Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

\* Trabajo presentado al II Congreso Latinoamericano de Microbiología. San José, Costa Rica, 1961.



el cual tiene una gran actividad amibicida tanto "in vitro" como "in vivo". El mencionado compuesto es absorbido por el tracto intestinal y eliminado rápidamente por la orina, sin ninguna toxicidad a dosis terapéuticas. Los ensayos clínicos fueron prometedores en el tratamiento de amibiasis intestinal crónica, en la cual se obtuvieron curaciones entre 70 y 80% (6-7). Estudios posteriores mostraron que una sal del compuesto anterior, el furoato de Entamide, 4 (dicloroaceto-N-metilamido)-fenil-2-furoato, cuya solubilidad y absorción son menores que los del compuesto original, tenía una mayor actividad anti-amibiana en cultivos y en animales de experimentación. Woodruff y Bell (8), ensayaron el producto en el Hospital de Enfermedades Tropicales de Londres, donde trataron 32 pacientes con amibiasis intestinal crónica, los cuales mostraron la desaparición de los quistes en las materias fecales en un período promedio de 3.4 días. El control de esos pacientes por un período de 9 meses solo reveló una recaída. Este experimento tiene singular importancia, no solo por lo estricto y bien controlado sino por haber sido hecho en un país donde la posibilidad de reinfección amibiana es supremamente baja. Como una segunda etapa de la investigación, Marsden (9), de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, realizó un trabajo en Africa, donde encontró una efectividad de 90% para casos de amibiasis intestinal no disintérica. Los dos trabajos anteriores y otros realizados por Shaldon (10) y por Haddock y Mgaya (11), comprobaron que la droga era también muy efectiva en las formas agudas de la enfermedad, pues las curaciones clínicas y parasitológicas llegaron a 80 y 90%. Todos los investigadores mencionados están de acuerdo en que el producto a que nos venimos refiriendo no tiene ninguna acción en casos de amibiasis extraintestinal.

## MATERIALES Y METODOS

En el transcurso de 1 año se trataron 51 pacientes que presentaban **Entamoeba histolytica** en las materias fecales. A cada individuo en estudio se le hizo una corta historia clínica en relación con disturbios digestivos y un estudio coprológico para comprobar la presencia del parásito. El tratamiento se hizo en las personas adultas con 3 comprimidos diarios de 0.5 gm. de furoato de Entamide por 10 días. En los menores se usó la dosis de 25 mgm. por kilogramo de peso-día, durante 10 días. Durante el tratamiento no se tuvo ninguna precaución especial, los pacientes fueron en su totalidad ambulatorios. Los estudios post-tratamiento consistieron en un interrogatorio acer-

ca de la tolerancia al medicamento y de la evolución de los síntomas así como de estudios parasitológicos que constaron de exámenes de materias fecales por el método directo con solución salina y lugol y por el método de concentración de formol-eter de Ritchie (12). El primer control coprológico se hizo a los 51 pacientes durante las dos primeras semanas después de terminado el tratamiento, el segundo control se hizo 3 meses más tarde a un grupo de 9 personas y se realizó un tercer control al cabo de 6 meses a 24 individuos de los estudiados. Con el fin de estudiar la posibilidad de reinfecciones se comparó el resultado del primer y del segundo controles en 32 casos, los cuales se dividieron en dos grupos que llamaremos A y B. El grupo A, formado por 11 individuos en su mayoría adultos de buena posición socio-económica y educativa, principalmente médicos, estudiantes de medicina y sus familiares, recibió instrucción adecuada para prevenir reinfecciones y colaboró activamente en ello. El grupo B, fue formado en su gran mayoría por niños de un orfanato, además de algunas personas adultas pobres que viven en ambientes altamente contaminados. A este grupo que consta de 21 personas no se le instruyó en el modo como prevenir las reinfecciones.

En los estudios coprológicos se tuvo especial cuidado en la identificación de **E. histolytica** en su forma quística o trofozoítica y en la diferenciación de ella con las otras amibas no patógenas. La presencia de cuerpos cromatoidales característicos en los quistes de **E. histolytica** observados en fresco fue una guía importante.

## RESULTADOS

En el gráfico N° 1 puede apreciarse que 24 pacientes fueron controlados con 3 exámenes, 9 con dos y 18 con uno. La negativización del examen coprológico fue muy alta para los tres grupos en el primer examen, pues del total de 51 estudiados se hicieron negativos 46. En los que tuvieron dos y tres controles posteriores el número de negativos disminuyó debido a reinfecciones principalmente y quizá a algunas recaídas. La posibilidad de reinfección al cabo de tres meses cuando se hizo el segundo control fue estudiada en 32 casos que se dividieron en grupos A y B. El gráfico N° 2 nos muestra que solamente hubo un caso positivo en el grupo A que evitó la reinfección, mientras que hubo 16 positivos en el grupo B, que no la evitó. Considerando las distintas formas de **E. histolytica** presentes en el examen coprológico inicial puede verse en el gráfico N° 3 que de 31 individuos con quistes 30 se negativizaron al primer control (96.8%). De 13

que presentaron trofozoitos 10 se negativizaron (76.9%) y finalmente de 7 que tenían ambas cosas 6 fueron negativos (85.7%) En total, de los 51 casos se negativizaron 46 (90.2%).

Los resultados en cuanto a sintomatología y respuesta clínica post-tratamiento no se detallan en el presente trabajo, pero en general hubo concordancia en la mejoría de los pacientes y la negativización del examen parasitológico. La tolerancia a la droga fue en el 100% buena.

### GRAFICO N° 1

Tratamiento de 51 casos de Amibiasis Intestinal con Furoato de Entamide

Número de casos	Controles negativos		
	1º	2º	3º
24	23	9	8
9	9	7	
18	14		

## GRAFICO N° 2

Reinfecciones en 32 casos tratados

Número de casos	Controles positivos	
	1º	2º
Grupo A 11	0	1
Grupo B 21	1	16

GRUPO A — evitan reinfección.

GRUPO B — no evitan la reinfección.

### GRAFICO N° 3

Resultado del tratamiento según la forma de *E. histolytica* existente.

Formas en materias fecales	Negativos al ler. control	
	Nº	%
Quistes 31	30	96.8%
Trofozoitos 13	10	76.9%
Quistes Trofozoitos 7	6	85.7%
TOTAL 51	46	90.2%

## COMENTARIOS

Consideramos que la efectividad del furoato de Entamide es excelente aceptando el primer control parasitológico post-tratamiento como indicativo de curación. Es bien sabido que un solo examen no puede afirmar definitivamente que la infección ha desaparecido, pues la negativización de éste puede considerarse como resultado de una desaparición pasajera de las amibas o como la inhibición de la subsistencia por alteración de la flora intestinal, lo que probablemente sucede con el uso de algunos antibióticos. La mejoría clínica de los pacientes está sujeta a las mismas causas de error. Controles seriados por un tiempo largo, entre 6 meses y un año, son ideales para este tipo de valoración terapéutica, pero resultan imprácticos y casi imposibles de valorar en un ambiente como el nuestro, donde todas las circunstancias de vida propician las continuas reinfecciones. Este gran problema lo estudiamos dividiendo las personas tratadas en dos grupos en los cuales el A tuvo cuidados higiénicos personales y educación suficiente para evitar reinfecciones, además de que sus componentes viven en ambientes saneados y limpios. El grupo B por el contrario no tuvo ninguna de estas características. Los resultados según esta división son altamente demostrativos y reafirman la idea de que los tratamientos antiparasitarios en grupos que continuamente se reinfecan solo sirven para mejorar transitoriamente a los pacientes, pero nunca solucionarán o erradicarán el problema general de la población parasitada. La actividad del furoato de Entamide en los casos de amibiasis intestinal con solo quistes en las materias fecales fue mayor que en los que presentaban quistes y trofozoitos y aún mayor que en los que presentaban solamente trofozoitos. Estos resultados concuerdan con los de otros investigadores ya citados en el presente trabajo.

## RESUMEN

Se hace una revisión de la literatura existente sobre la actividad antiamebiana del furoato de Entamide y se presentan los resultados obtenidos hasta el presente con el uso de la droga en 51 pacientes con *E. histolytica* en las materias fecales. La efectividad en un primer control parasitológico fue de 90.2%. Los resultados fueron más altos que este promedio para los que presentaban quistes y más bajos para los que presentaban trofozoitos. Se demuestra la importancia

de la reinfección principalmente en individuos con deficiente estado socio-económico y educativo que viven en malas condiciones de saneamiento ambiental.

## SUMMARY

The literature on the amebicide activity of Entamide furoate is reviewed and the results of treating 51 patients harboring *E. histolytica* in their stools are presented. After the first parasitological control done during the first two weeks of finishing the treatment the cure rate was 96.8% for cyst passers and 76.9% for those passing trophozoites. Second and third controls were performed at 3 and 6 months intervals in 33 patients and the results were much lower than in the first. The possibility of reinfection between the first and the second controls was studied in 32 persons who were divided in Groups A and B. Group A (11 patients) received instructions for avoiding reinfections which was facilitated by the fact that its members were of good socio-economic and educational standards. Group B (21 patients) did not have any instruction and was formed mainly by children from an orphanage. Only one person from Group A became positive at the second control while 16 from Group B were positive at that time.

## REFERENCIAS

1. Duque, O., Arcila, G. y Zuluaga, H.—Estudio comparativo de la infección por *Entamoeba histolytica* y otros parásitos intestinales en indios y blancos del Chocó (Colombia). "Antioquia Médica" 9: 365-385, 1959.
2. Zuluaga, H. y Duque, J.—Estudio epidemiológico familiar sobre parasitosis intestinal en el municipio de Santo Domingo, Antioquia, Colombia. Tesis de grado en preparación. Fac. de Medicina, Universidad de Antioquia, 1961.
3. Botero, D., López, F., Cano, H. y Vélez G.—Amibiasis y parasitosis intestinal en el Hospital Mental de Antioquia. "Antioquia Médica" 8: 431-438, 1958.
4. Faust, E. C.—Parasitological surveys in Cali, Departamento del Valle, Colombia. 1. Incidence and morphological characteristics of strains of *Entamoeba histolytica*. Am. J. Trop. Med. & Hyg. 7: 4-15, 1958.

5. **Córdoba, R., Duque, O., Londoño, R. y Vásquez, C.**—Perforación intestinal amibiana en la infancia. *Anotaciones Pediátricas* 3: 240-256, 1959.
6. **Main, P. T.**—Entamide and Furamide in amoebiasis. *Medica Británica* 1: 85-91, 1961.
7. **Woodruff, A. W.**—Amoebicides. *The Practitioner* 183: 92-98, 1959.
8. **Woodruff, A. W. and Bell, S.**—Clinical trials with entamide Furoate and related compounds. 1. In a non-tropical environment. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 54: 389-395, 1960.
9. **Marsden, P. D.**—Clinical trials with entamide Furoate, entamide piperazine sulphate and emetine bismuth iodide. 11. In a tropical environment. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 54: 396-399, 1960.
10. **Shaldon, S.**—Entamide furoate in the treatment of acute amoebic dysentery. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg.* 54: 469-470, 1960.
11. **Haddock, D. R. W. and Mgaya, J. K. N.**—The treatment of acute amoebic dysentery with entamide furoate. *East African Med. J.* 38: 374-378, 1961.
12. **Ritchie, L. S.**—An ether sedimentation technic for routine stool examinations *Bull. U. S. Army Med. Dept.* 8: 326, 1948.

## ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

### BOLETIN N° 1

FEBRERO DE 1962

Señores Estudiantes:

Al iniciar el año lectivo de 1962, queremos las Directivas Universitarias y las de la Facultad en particular, enviar a cada uno de ustedes un cordial saludo y desearles éxito completo en las labores que ahora van a emprender.

Aspiramos a que el comportamiento de ustedes en el presente año sea tan ejemplar como lo fue en el pasado, con lo cual contribuyen una vez más a demostrar que en esta Universidad y concretamente en la Facultad de Medicina, priman el sentido de responsabilidad y la dedicación al trabajo, única forma de llegar al fin perseguido de coronar una carrera que de por sí es difícil.

Pueden estar seguros de que como en el pasado, encontrarán de parte de las Directivas Universitarias la más buena y decidida voluntad de estudiar y resolver sus problemas. De la discusión franca y amistosa como ella debe ser, saldrán soluciones adecuadas y acertadas.

Sea esta la oportunidad de encarecer a ustedes la mayor dedicación a sus estudios, única manera de adquirir una preparación sólida que los capacite para afrontar la responsabilidad que adquirirán mañana al entrar a ejercer su profesión.

Nos permitimos recomendar que cada uno de ustedes se constituya en vigilante permanente de su Facultad, que en fin de cuentas es su hogar, cuidándola tanto en el aspecto moral, como en lo material.

Encarecemos sumo respeto por las damas que comparten los estudios médicos e invitamos a los compañeros a hacerles a ellas todo lo más amena posible su estadía en nuestra Facultad.

De antemano agradecemos a ustedes la colaboración que puedan prestarnos, tendiente a mejorar el normal funcionamiento de la Fa-

cultad. Recuerden que la crítica sana, prestada con sinceridad y nobleza, es constructiva y benéfica y desde ahora esperamos contar con ella.

Gustosamente nos ponemos a la orden de ustedes en el Decanato, en donde tendremos el mayor gusto de ayudarlos en todo momento.

Atentamente,

**Oriol Arango M.**

Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad de Antioquia

### **FONDO DE SOLIDARIDAD**

El Decano de la Facultad de Medicina y el Consejo Estudiantil han estado empeñados en la creación de un "FONDO DE SOLIDARIDAD" similar a algunos existentes en otras dependencias universitarias, con el fin de ayudar económicamente a Estudiantes y Profesores, que en determinado momento lo necesiten.

La anterior idea debe ser ampliamente secundada por el estudiantado y al respecto sugerimos que en cada grupo se cree un comité "PRO-FONDO DE SOLIDARIDAD" con el fin de ver si este proyecto se vuelve rápidamente una realidad. Posteriormente se hará una reunión conjunta en el Decanato para ultimar los detalles.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, al iniciar el presente año lectivo de 1962 lo hará con la celebración de la Santa Misa en la Facultad, a las 7 a. m. y será oficiada por el señor Obispo de Jericó Monseñor Antonio José Jaramillo Tobón. De manera muy especial se invita a todos los Profesores, Estudiantes y empleados para que asistan a ella.

Se presenta un cordial saludo a los Profesores y Estudiantes y se les desea muchos éxitos en todas sus labores y que este año sea de más progreso y engrandecimiento para la Facultad.

El día 31 de enero del presente año se empezó un curso de preparación para los estudiantes del primer curso, con conferencias de distintos temas, y de orientación profesional. Fue dictado por varios profesores de la Universidad. A todos ellos la Facultad de Medicina les da los más sinceros agradecimientos por el interés que tomaron para hacerlo y que ha de redundar para el bien de los nuevos estudiantes.

Ingresaron al Primer Curso los siguientes Estudiantes, a quienes se les da un cordial saludo de bienvenida.

Acosta Franco Darío  
Alarcón B. Bernardo  
Alvarez Mestra Ramón  
Arango Vélez Sergio  
Arango R. Samuel  
Arroyave Maya Gonzalo  
Assaf E. José A.  
Badel M. Dimas  
Beleño A. Ovidio  
Bermúdez C. Walter  
Bolívar B. Jaime  
Botero S. Jorge Iván  
Cárdenas D. Edmundo  
Cardona O. Jorge  
Ceballos C. Lucy  
Ceballos V. Luis Fernando  
Colimon Jeanine  
Correa C. Jorge  
Correa C. Luis Alberto  
Echeverri F. Armando  
Echeverri Luis Fernando  
Escobar I. Luis F.  
García A. Armando  
Garcés S. Fernando  
Gil G. Javier  
Giraldo R. Alfredo  
Gómez U. Alvaro  
Gómez A. Gonzalo  
Gutiérrez H. Jorge E.  
Guzmán M. Bernardo  
Isaac N. Juan  
Jiménez Gerardo  
Lerna Carlos H.  
Luna Rivillas Juan B.  
Martínez U. Humberto  
Medina M. Daniel  
Mejía R. María Cristina  
Mejía G. Manlio  
Mendoza R. Iván  
Mojica A. Manuel  
Montoya S. Francisco

Monsalve Joel de J.  
Moreno A. Fabio  
Navas S. Alvaro  
Ohigisser F. Moisés  
Olarte A. Jorge  
Palacio D. Luis Fernando  
Peláez V. Emilio  
Penagos E. Luis C.  
Pernnet I. Alfar  
Pérez V. Adolfo  
Pérez P. Luis H.  
Pineda L. Carlos  
Posada V. Rafael  
Ramírez M. Octavio  
Rendón G. César Augusto  
Rendón G. León A.  
Restrepo L. Antonio J.  
Restrepo D. Hernando  
Restrepo D. Jaime  
Restrepo C. Ramiro  
Rodríguez C. Gustavo  
Rojas A. Darío  
Rubio P. Luis Eduardo  
Ruiz G. Luis F.  
Ruiz A. Orlando  
Salgar V. José E.  
Sánchez G. Gustavo  
Serrano G. León A.  
Torres G. Oscar  
Uechek Meluk Ely  
Uribe Spitia Gabriel  
Vasco Posada Alvaro D.  
Vasco U. Fernando  
Velásquez E. Elvia Inés  
Velásquez A. Oscar  
Vélez G. Alberto  
Verqara M. José A.  
Wills Echeverri Cristian Darío  
Yanovich T. Saúl  
Zuluaga T. Héctor L.

Después de haber cursado y terminado sus estudios de especialización en los Estados Unidos, han regresado al país y se han incor-

porado en las siguientes cátedras los doctores Alberto Restrepo Mesa, miembro del Departamento de Medicina Interna (Hematología); Dr. Hernán Vélez Atehortúa, en Medicina Interna (Nutrición); el Dr. José Hernán López T. en Medicina Preventiva (Virus), sus estudios los hizo en la Universidad del Valle. El Dr. Alberto Betancur A. en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

El Consejo Directivo nombró profesor auxiliar de Biología al Sr. Luis Angel Jaramillo.

La Facultad felicita sinceramente a los nuevos profesores y espera que su docencia será de gran provecho para la Escuela como también para los estudiantes.

El Dr. Horacio Zuluaga Z. viajó a Puerto Rico para empezar estudios de especialización en Parasitología, por beca que le fue concedida por la Universidad de Puerto Rico auspiciada por el Servicio de Salud Pública de los EE. UU.

Durante el mes de diciembre último asistieron al segundo Congreso Latinoamericano de Microbiología que se celebró en San José, Costa Rica, los profesores, David Botero Ramos, Horacio Zuluaga y Angela Restrepo, en representación de la Universidad de Antioquia. Ellos presentaron respectivamente interesantes trabajos sobre: "MICROLOGIA, AMIBIASIS Y PARASITISMO INTESTINAL".

### DONACION :

El grupo de estudiantes que terminaron sus estudios en el año de 1941, celebraron sus 20 años de vida profesional, con una reunión en esta ciudad a la cual asistieron casi todos ellos. Realizaron algunos actos sociales en los cuales tuvieron la oportunidad de verse nuevamente con sus antiguos profesores y departieron amigablemente.

La Facultad los felicita sinceramente y les desea muchos años de vida profesional.

Con toda generosidad hicieron una donación especial por la cantidad de: **Nueve mil quinientos cuarenta y tres pesos con cincuenta centavos (\$ 9.543.50)** para dedicarla al "**Fondo del libro de la Facultad**". Este bello ejemplo es digno de ser imitado y esperamos que en los años venideros se irá engrandeciendo **El Fondo** con la bondad de todos los demás egresados. Se les hace extensivo los agradecimientos por tan noble acción.

Facultad de Medicina  
Medellín, Febrero 19 de 1962

BIBLIOTECA MEDICA  
Universidad de Antioquia  
14 JUL 1962

### III CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

(Organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con la cooperación de las Facultades de Medicina de las Universidades de Concepción y Católica de Chile).

A celebrarse en Viña del Mar (Chile) entre el 25 y el 30 de Nbre. 1962.

Santiago (Chile), Octubre de 1961.

En la última semana de Noviembre de 1962, se realizará en Viña del Mar (Chile) la III Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. Se ha fijado para esta Conferencia el siguiente temario:

- 1.—**Enseñanza para graduados. Carrera hospitalaria (Internado y Residencia). Formación de Especialistas.** . . . . .
- 2.—**Procedimientos de selección de alumnos, para ingresar a la Carrera Médica.**
- 3.—**Integración de la enseñanza en:**
  - a.—SICLO BASICO.
  - b.—CICLO CLINICO.
  - c.—ESPECIALIDADES.
- 4.—**Formación del profesorado. Reglamento y retribución del Full-time.**

Se ha constituido la Comisión Organizadora de dicha Conferencia, la que está presidida por el Prof. **Dr. Hernán Alessandri Rodríguez**, Decano de la Facultad de Medicina de nuestro país e integrada por los señores Decanos de las Facultades de Medicina de las Universidades de Concepción y Católica de Chile, **Dres. Ivar Hermansen y Rodolfo Rencoret** y un grupo de profesores. El cargo de Secretario Ge-

neral de la Comisión es desempeñado por el Prof. **Dr. Amador Neghme R.** Para cualquier información relacionada con la III Conferencia, hay que dirigirse al Dr. A. Neghme, Casilla 9183, Santiago (Chile).

Al dar a conocer a Ud. los antecedentes precitados, me permito solicitar la inestimable colaboración de la revista a su digno cargo, para que se publiquen en ella noticias relacionadas con la Conferencia y, desde luego, la información inicial entregada en esta nota.

Con sus más expresivos agradecimientos por tan señalado favor, se coloca a sus órdenes y lo saluda muy atentamente,

**Dr. Amador Neghme R.**  
Secretario Gral.  
Casilla 9183 - Santiago (Chile).