Año XIV

NUMERO 154

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CAÑAS"

Director:
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
Dr. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

Dr. SOLON NUÑEZ
Secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social.

Dr. FERNANDO PINTO
Presidente de la Facultad de Medicina

Dr. A. PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital San Juan de Dios.

Sumario:

Pág.

I.—Tratamiento Quirúrgico del Prognatismo de la mandíbula, por el **Dr. Alejandro Velasco Zimbrón** 25

II.—Estado carencial y cuadro neuro-psiquiátrico, por los **Dres. F. Coto Chacón y M. Zamora Rojas** 30

III.—Crónica Antropométrica, por el **Dr. E. García Carrillo** 36

IV.—**Actualidades de Venereología** 40
A cargo del Dr. J. Amador G.

SAN JOSE, COSTA RICA

FEBRERO DE 1947

DIRECCION Y ADMINISTRACION
Calle 2ª entre avenidas 2ª y 4ª
Apartado 978 - Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VII	San José, Costa Rica, Febrero de 1947 No. 154	Año XIV

Tratamiento Quirúrgico del Prognatismo de la Mandíbula

Por el Dr. Alejandro Velasco Zimbrón

Dentro de los problemas que se nos presentan en la clínica de la cirugía máxilo-facial, está el tratamiento del prognatismo, también llamado prognasia mandibular o progenia.

En las causas de producción de esta malformación mandibular, debemos señalar la posibilidad de que sea congénita o hereditaria. A veces se encuentra asociada a macroglosia. No rara vez es manifestación consecutiva a un trastorno de secreción interna y en algunas ocasiones es consecuencia de un traumatismo fractura, luxación uni o bilateral.

La sintomatología bien conocida por mentón más o menos prominente, de dientes anormalmente largos, formando protución hasta de 3 centímetros por delante de los dientes demaxilar superior, el labio inferior abultado y colgante, etc., etc., junto con las manifestaciones de mala oclusión interdentaria, dan el cuadro fácil de establecer el diagnóstico de la progenia mandibular.

La clasificación anatomo-clínica que establecemos puede condensarse en dos grandes grupos: una que interesa solamente la región alveolar y la otra que afecta el conjunto—del hueso y sobre todo la región basilar. Estas dos variedades son las que nos van a guiar en la indicación terapéutica. En la forma alveolar, se obtendrán resultados satisfactorios con el tratamiento ortodóncico y la variedad basilar, que constituye el verdadero prognatismo, no puede ser tratada sino por procedimientos quirúrgicos.

El tratamiento que tenemos oportunidad de presentar a la consideración de ustedes es el que realizamos en la cátedra de la Clínica de Cirugía Máxilo - Facial en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es el producto de la experiencia adquirida con otras técnicas de las que hemos tomado la parte que consideramos como útil; buscando como finalidad en el tratamiento dos indicaciones: restablecer la estética facial y constituir una articulación interdento-maxilar lo más próxima posible a la normal. Esta segunda consideración la tenemos muy en cuenta al hacer nuestro estudio pre-quirúrgico, para complementarla con el pre y post operatorio de las técnicas ortodóncicas, indispensables para una buena articulación interdentaria.

Dentro de las técnicas propuestas a través del tiempo por los diversos autores, pensamos que las únicas factibles para cumplir con la finalidad de un tratamiento, con las que comprenden las osteotomía arriba de la espina Spix, que tiene por finalidad el hacer retroceder la mandíbula—y disminuir su diámerto antero-posterior, pues las demás técnicas practicadas entre la espino de Spix y el mentón, comprometen seriamente el paquete dentario y la articulación interdento-maxilar.

Actualmente en nuestra clínica, el tratamiento correcto del prognatismo lo instituimos de la manera siguiente: 1º—Examen detallado del enfermo y diagnóstico ortodóncico completo; 2º Toma de impresiones y reconstrucción de la relación interdentaria mediante el articulador anatómico; y 3º—Por último, construcción de férulas interdento maxilares ,troqueladas o vaciadas, que tienen como carcterística el presentar la articulación intedento maxilar en oclusión central normal; con ganchos para anclaje intermaxilar y con tallos verticales y cilindros enchufados que permiten la movilización precoz de la mandíbula en sentido vertical, para prevenir la incapacidad funcional de la articulación temporo-maxilar y la atrofia muscular, favoreciendo la osteotilosis y permitiendo también la mejor alimentación y la higiene de la cavidad bucal

Las férulas son cementadas por los procedimientos habituales 24 horas antes de la intervención.

La anestesia que usamos de rutina es la loco-regional.

Nos servimos de la anestesia intraoral alta para el lingual, bucal dentario inferior y masseterino. Por vía cutánea anestesiamos el plexo cervical superficial, infiltrando desde la punta de la apófisis mastoides hasta el borde anterior de la rama ascendente, abarcando en este procedimiento a la vez filetes masterinos, al nivel más o menos de donde vamos a practicar la osteotomía, entre la espina de Spix y la escotadura sigmoidea. Esta infiltración la hacemos amplia y nos aseguramos de que exista un perfecto bloqueo.

La incisión, de un centímetro y medio de extensión, es practicada del vértice de la apófisis mastoides al borde posterior de la rama ascendente de la madíbula, oblicuamente de arriba a abajo y formando un ángulo como de 30 grados y comprendiendo en profundidad la piel y el tejido celular subcutáneo. Con disección roma y rechazando la glándula parótida y el facial hacia arriba, las partes blandas son separadas y se libera el borde posterior de la rama ascendente del maxilar donde se practica la separación de periostio tanto en su tabla interna como en la externa, mediante una legra larga y curva que permite asegurar el desprendimiento de los planos blandos aún hasta el borde anterior de la rama ascendente.

Practicados estos tiempos quirúrgicos, hacemos la osteotomía de la rama ascendente mediante el osteótomo especial que comprende la férula posterior protectora del paquete dentario inferior y la férula externa provista del espacio adecuado para poder hacer la osteotomía con la sierra adaptada. La férula externa e interna son articuladas entre sí para prensar en su articulación la rama ascendente en donde se ha de practicar la diérisis huesosa. Un pequeño retén anterior facilita la prensión del borde anterior de la rama ascendente.

El aparato es colocado a través de la incisión practicada, procurando que no exista ninguna interposición de tejido blando y es controlado en la parte intraoral por un ayudante que mediante tacto constante nos indica la posición adecuada submucosa del osteotomo. Puesto el aparato en la forma ya descrita, mediante la sierra practicamos el corte huesoso.

La operación es hecha bilateralmente con el mismo proce-

dimiento y la osteotomía es contralada para efectuarla mediante el plano oclusal del articulador anatómico para que sea exactamente practicada en la dirección del plano oclusal, detalle de mucha importancia para la buena articulación interdento-maxilar.

Terminada la osteotomía, la mandíbula es puesta en retrusión y anclada en oclusión central por medio de las férulas y previamente cementadas. La sutura es practicada por puntos separados y puesto el apósito habitual.

La movilización mandibular es iniciada a las 3 semanas y controlada por las férulas de 3 a 6 meses. La condición clínica y radiográfica nos permitirán decidir cuándo pueden ser retiradas

CASUISTICA.—11 casos han sido tratados en personas de sexo femenino y masculino. de los cuales corresponden 8 al femenino y 3 al masculino entre los 12 y 30 años, siendo 2 entre los 12 y los 13 y 9 entre los 22 y los 30 años. Las mejores evoluciones han sido en los casos más jóvenes, pues hemos encontrado que basta con reducir el diámetro anteroposterior para obtener mejor articulación interdento-maxilar ;en estos dos casos, no ha habido necesidad de establecer tratamiento ortodóncico posterior. En los casos de 22 a 30 años hemos encontrado que a mayor edad, mayor tiempo de inmovilización y en uno de ellos, el de más años, se formó callo blando y hubo un pequeño vasculamiento que provocó una maloclusión de mordida abierta, haciendo necesario el practicar extracciones de las molares posteriores y osteotomía alveolar adecuada, para corregir la maloclusión y al año de la intervención realizar injertos de grasa compensadores para establecer estética correcta a nivel del ángulo de la madíbula. Hecha la prótesis de las extracciones practicadas ,se obtuvo buena evolución de la articulación interdento-maxilar y buena condición estética, pero existe aún dos años después de operada ligera parestesia en el labio inferior.

En dos de los enfermos hubo necesidad de ampliar con procedimientos ortodóncicos la bóveda palatina, pues aun corregido el prognatismo y con estética aceptable, existía mayor diámetro transversal en la arcada mandibular que en la maxilar. En tres casos se practicó un pequeño rebaje de las caras o-

clusales molares para permitir la oclusión central.. La cicatrización fué perfecta y en ningún caso tuvimos que lamentar ninguna complicación post-quirúrgica.

Conclusiones:

I.—El tratamiento de prognatismo que afecta el conjunto del hueso debe ser tratado quirúrgicamente.

II.—El prognatismo que interesa solamente la región alveolar debe ser tratado con procedimientos ortodóncicos.

III.—La única parte donde debe practicarse la osteotomía es en la rama ascendente, entre la espina Spix y la escotadura sigmoidea.

IV.—El único procedimiento que garantiza la seguridad de no tomar el paquete dentario inferior, es el que practicamos en la Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

V.—La anestesia loco-regional es de recomendarse.

VI.—La incisión mejor es la que proponemos, pues es retro-auricular.

VII.—El control por tacto en la cavidad bucal, es indispensable.

VIII.—El anclaje interdento-maxilar previamente estudiado en el articulador anatómico ,es una condición indispensable para una buena evolución.

IX.—Las férulas deben conservarse de 3 a 6 meses después de la intervención.

México, D. F., a 31 de Julio de 1946.

Estado carencial y cuadro neuro-psiquiátrico

Por los Drs. F. Coto Chacón
M. Zamora Rojas.

Generalidades:

J. L. L., enfermo de 50 años, casado tiene siete hijos vivos y sanos, trabaja en el Juzgado Penal de Hacienda; gana 100 colones para nueve personas. Ha vivido siempre en San Jose y se ha dedicado a la Agricultura.

Antecedentes Personales:
Enfermedades anteriores:

Sufre de resfríos muy a menudo sobre todo en el último tiempo. Fractura de la columna vertebral varios años atrás en un accidente, no recuerda detalles.

Antecedentes venéreos

Habla de un chancro varios años atrás, no sabe qué tipo. No recuerda datos precisos ni vió médico en esa oportunidad. Niega otros antecedentes.

Hábitos:

Fuma poco, bebió mucho licor hasta hace unos meses en que abandonó por completo esta costumbre.

Familiares:

Padres fallecidos no recuerda las causas de muerte, ni antecendentes entre otros familiares.

Neurológicos:

No hay antecedentes personales psicopáticos, ha sido

un hombre relativamente sano. Tiene un hermano que ha estado varias veces en el manicomio.

Enfermedad actual:

Se inicia en enero del presente año por un cuadro caracterizado por cefalea intensa, generalizada, constante, que duró alrededor de 15 días. Esta sintomatología pasa y durante un mes el enfermo se encuentra en buenas condiciones aparentes. Posteriormente y en forma más o menos brusca, los familiares empiezan a notarlo "raro", con marcada dificultad para la deambulación, casi no habla con nadie y en ocasiones presenta un cierto estado de exitación con delirio de persecución; todos sus males los atribuye a un maleficio. Permanece en estas condiciones, sin tratamiento médico, hasta el momento de su ingreso al Hospital.

Estado del enfermo a su ingreso:

Enfermo tranquilo, en estado soporoso, indiferente; a las preguntas de por qué está en el Hospital contesta que no sabe y al querer interrogarlo sobre sus posibles molestias, la respuesta es de que no siente nada, no está enfermo, pero que todo lo que tiene es debido seguramente a un maleficio. Como se ve, hay un marcado déficit de la auto-crítica. No hay manera posible de establecer relación con él.

Examen Físico:

Enfermo afebril; hay bradicardia (60 pulsaciones por minuto), muy mal estado general, muy desnutrido, tranquilo, posición activa; piel seca, apergaminada, con marcada pigmentación, tipo pelagroide, especialmente en las extremidades y de ellas con mayor intensidad en ambas manos.

Examen por segmentos:

Cabeza:

Cráneo:

Cara: Facies inexpresivas. **Ojos:** abertura palpebral derecha

mayor que la izquierda. **Boca:** Lengua sucia, seca, de bordes rejizos, ligeramente desviada a la derecha. Dentadura en pésimo estado, incompleta. Faringe n/e.

Cuello: n/e.
Abdomen: de paredes depresibles, indoloro.
Extremidades:

Hipertonus brazo derecho, motilidad activa reducida en el brazo y pierna derechos. Reflejos patelares vivos derecho menor que izquierdo. Hay Babinski, Oppenhein y Gordon muy positivos, más intensos a la izquierda.

Exámenes a que fué sometido el paciente:

1) **Orina:** (—)
Wassermann: (—).
3) **Líquido céfalo raquídeo:**

Primera punción practicada el día 12 de marzo del presente da un líquido transparente, ligeramente hipertenso con un examen microscópico y un Wassermann negativos. Un segundo examen practicado tres días después da un líquido claro, hipertenso aparentemente y nuevamente con un examen microscópico y un Wassermann negativos.

4) **Urea:**

Primer examen el 17 de marzo da una úrea total de 0.65 grs. por mil y un nitrógeno de 0.30 grs. por mil; un segundo examen practicado el 11 de abril da una úrea total de 0.60 grs. por mil y un nitrógeno de 0,28 grs. Un tercer y último examen practicado el 14 de abril nos da una urea total de 0,10 grs. por mil y un nitrógeno de 0.94 grs. En un mes la úrea total bajó de 0.65 grs. por mil a 0,10 grs.

5) **Heces:** (—).
6) **Recuento globular, fórmula y hemoglobina.**

Hb. 66%—Glóbulos rojos: 3.850.000.— Glóbulos blan-

cos: 7.400.—Polinucleares: 80% Linfocitos: 16% Mononucleares: 4% Eosinófilos: 1%.

7) **Radiografía cráneo:**

Primera el día 15 de marzo nos da una ligera disyunción de las suturas craneanas. Un control practicado 5 días después da un aspecto normal.

8) **Fluoroscopía pulmones:**

Imagen de ligera estasia. Hay un aumento de los diámetros cardíacos.

9) **Examen oftalmológico:**

Primer examen practicado el 12 de marzo nos da **OD: Fondo Ojo:** *normal*; OI: **Fondo de Ojo:** ligera inflamación del nervio óptico (neuritis), probablemente de origen local. Segundo examen practicado el 16 de abril da un fondo de ojo OD: y OI normal.—Dr. Mena.

Un tercer y último examen, practicado como control de salida nos da: Fondo de Ojo OD: normal.—Fondo de Ojo: OI: papila pálida de bordes irregulares. Probable atrofia post.neurítica.—Dr. Mena.

10) **Examen Odontológico:**

Dentadura en pésimo estado, caries de cuarto grado.—Extracción varias piezas dentarias.

11) **Examen Neurológico:**

Enfermo en estado soporoso, indiferente, desatento, no se logra conexo con él. Bradipsiquia. Abertura palpebral derecha mayor que izquierda. Hipertonus brazo derecho. Motilidad activa reducida en brazo y pierna derechos. Reflejos patelares muy vivos ,a derecha menor que a izquierda. Lengua ligeramente desviada a derecha.—Dr. F. Quirós.

Buena orientación del tiempo y en el espacio. Hay cierta perplejidad.

Discusión diagnóstica y tratamiento:

Ante este cuadro y después de practicados los exámenes expuestos se llegó a la conclusión de que en este paciente se trataba seguramente de un cuadro carencial, con predominio encefálico es decir, se trata de una encefalopatía de origen carencial y en especial, por carencia de la Vitamina B.—La ligera hipertrofia del corazón se explica fácilmente por la carencia vitamínica como nos lo dicen los distitntos autores. Se descartó un cuadro luético por la falta de antecentes precisos y la negatividad de los exámenes practicados; tampoco se pudo encuadrar este paciente dentro de los cuadros psiquiátricos conocidos por falta de antecendentes y por lo complejo de la sintomatología Igualmente y por los mismos motivos hubo de descartarse un Sindrome de Korssakow a pesar del antecendente alcohólico marcado.

De modo pues, que basados en nuestra tesis, decidimos someter este paciente a un tratamiento a base de Vitamina B y dentro de las posibilidades del Hospital en ese momento, sólo logramos conseguir Tiamina en tabletas, que fué lo que el enfermo recibió, además se le administró estricnina como estimulante y suero salino para hidratarlo. El enfermo recibió durante los cuarenta y cinco días a que estuvo sometido a tratamiento, cerca de 125 comprimidos de Tiamina (3 mlgrs. por comprimido) y alrededor de 20 inyecciones de estricnina de un mlgrs. c/u.—Además se dió una fórmula a base de hierro. El enfermo no presentó nunca temperatura mayor de 37 grados.

Estado del enfermo en el momento de su alta:

Psiquis lúcido, piel húmeda, muy buen estado general, la pigmentación de la piel ha desaparecido, afebril.

Examen Neurológico:

Ligera atrofia nervio óptico izquierdo; reflejos patelares li-

geramente vivos, marcha normal, ligera disminución de las fuerzas en el brazo derecho y ligera desviación de la lengua hacia la derecha.

Conclusiones:

Como nos lo demuestra la evolución de este paciente, en este cuadro se trató seguramente de un cuadro neuro psiquiátrico debido a un estado carencial, avitaminósico y en especial a la falta de la Vitamina B1, pues practicamente, en el lapso de 45 días, toda la compleja sintomatología que el enfermo presentaba, desapareció, encontrándose actualmente el paciente aparentemente sano.

Hemos creído de interés el presentar este caso, por tratarse de un cuadro neurológico, que bien pudo haberse interpretado como de otro origen y porque una vez más se nos demuestra que el tratamieno por la vitamina es satisfactorio sobre todo cuando este tratamiento se establece a tiempo y en forma bien controlada. Este caso tiene doble interés, si recordamos que nuestro pueblo sufre de una serie de enfermedades, de sintomatología compleja, como el que nos ocupa, que no tienen otro origen que el de una mala alimentación, la que naturalmente determina un estado carencial que se va a manifestar luego por una sintomatología muy diversa.

No creemos que en el caso que nos ocupa se tratara de un estado pelagroide pues el tratamiento fué hecho única y exclusivamente a base de vitamina B1 y no del todo el complejo B; es pues una sitomatología bien definida la que presentaba nuestro enfermo.

Crónica Antropométrica

Por el Dr. E. García Carrillo.

Se denomina peso del hombre a la resultante de la acción de la gravedad sobre toda la masa orgánica constituyente del ser humano. La importancia del peso del cuerpo para la antropología puramente especulativa resulta aminorada por su gran variabilidad, pero posée una extraordinaria importancia para la antropología práctica ,tanto en su aplicación a la higiene individual y social, como a la demografía.

El peso corporal no tiene la misma importancia que la talla para diferenciar o clasificar las razas humanas, porque es un elemento que obedece a muchas condiciones exógenas como la alimentación, el género de vida, etc. No obstante, en los grupos humanos se conserva la armonía ponderal y estatural, la que en determinadas razas, es modificada por la mayor o menor riqueza del panículo adiposo. Una sencilla y práctica clasificación del del peso corporal, se resume en el siguiente esquema:

Normales	
Sub-normales	Por déficit
Anormales	Por exceso

El grupo mediano comprende los normales, o sea aquellos sujetos que tienen un peso en armonía con el conjunto de su arquitectura corporal, llamándose también fisiológicos. Al lado se coloca el de los sub-normales, que se sub-divide en individuos satisfactorios por déficit o por exceso, sin que esta denominación implique necesariamente una idea de mejor estado orgánico. A continuación se colocan los anormales, cuyo peso elevado corresponde a un estado patológico más o menos aparente, o a una insuficiencia ponderal muy acentuada.

En los países latinos, especialmente entre los clínicos, está extendido el concepto de que el peso ideal del hombre, fijado en kilogramos, debe ser igual a los decimales que el sujeto tenga por encima del metro de talla. Esta fórmula se expresa así:—Peso (en kilogramos) = Talla (en centímetros) = 100

Por otro lado se asegura también que el peso ideal varía en 10 kilogramos por debajo del peso calculado por dicha fórmula. De tal modo que pueden clasificarse las constituciones por las variaciones entre el peso y los decimales de la talla, en la forma que sigue:

De 0 a 4 kilog. de diferencia, muy buenas constituciones.
De 4 a 8 kilog. de diferencia, buenas constituciones.
De 8 a 12 kilog. de diferencia, bastante buenas constituciones

Entre todas las fórmulas propuestas ,tiene general aceptación el índice de constirución de Pignet, basado en las cifras proporcionales de talla, peso y perímetro torácico. Las mensuraciones se verifican como sigue: 1º, se determina la estatura en posición erecta, que es la talla propiamente dicha, en la toesa o antopómetro; 2, se obtiene el peso, desnudo el sujeto, o substrayendo de las cifras ponderales el peso de los vestidos; 3, el perímetro torácico medio, o sea la cifra intermediaria entre la inspiración y la expiración en el plano xifi-esternal. Después de obtenidos estos datos, de la talla (en centímetros), se resta la suma del peso (en kilogramos), y del perímetro torácico mediano (en centímetros). La fórmula del índice es así:

$$\text{Talla} - \text{Peso} + \frac{\text{Inspiración} + \text{Expiración}}{2} = \text{Indice de constitución}$$

Ejemplo:

Talla en centímetros		165—
Peso en kilogramos	62+	
Perímetro torácico (en cm)	87	149
		16

La escala del índice de constitución se reparte por grados de 5 unidades, así:

De 0 a 10, constituciones muy fuertes.
De 11 a 15, " fuertes.
De 16 a 20, " buenas.

De 21 a 25,	"	medianas.
De 26 a 30,	"	débiles.
De 31 a 35,	"	muy débiles.

Se ha demostrado que en Africa y en países latinos como en Cuba, la raza negra tiene más estatura media que la mestiza o la blanca, y lo mismo sucede con el peso corporal, como en el siguiente ejemplo cubano:

	Hombres	Mujeres
Peso corporal mediano del blanco	61.2 Kg.	55.6 Kg.
Peso corporal mediano del mestizo	62.6 "	57.1 "
Peso corporal mediano del negro	65.0 "	60.6 ".

Para las tres razas, alrededor del 70 por ciento de los sujetos tienen un peso inferior al peso ideal calculado según la relación citada anteriormente.

En Costa Rica, el Dr. E. García Carrillo ha tenido la amabilidad de suministrarnos los siguientes datos sobre un total de mil sujetos examinados (Deportistas varones), de raza blanca:

Edad por grupos de cinco años	Promedio de peso en kilogramos
De 11 a 15 años	54.40
De 16 a 20 "	57.65
De 21 a 25 "	60.27
De 26 a 30 "	61.23
De 31 a 35 "	61.59
De 36 a 40 "	63.44
De 41 a 45 "	70.00

El porcentaje de discrepancia entre la relación peso ideal igual a los decimales que sobrepasan el metro de la talla, quedó establecido así en las diferentes edades:

De 11 a 15 años	Menos 17 por ciento
De 16 a 20 "	" 13 "

De 21 a 25	"	"	10
De 26 a 30	"	"	7.7 "
De 31 a 35	"	"	7.7 "
De 36 a 40	"	"	8.6 "
De 41 a 45	"	más	1.5 "

Resulta pues evidente de los números obtenidos examinando a mil varones, que a medida que aumenta el peso corporal hay aproximación al peso ideal, *obteniéndose* un leve exceso en el grupo de 41 a 45 años, que puede no tener importancia estadística por pequeño. Es posible afirmar que entre nosotros desde los 11 a los 40 años, y teniéndose en consideración cifras promediales, *nunca se llega* a la equivalencia del peso ideal. El hecho es tanto más significativo, cuando que la talla media fué muy parecida en todos los grupos, como lo indica el cuadro siguiente:

Edad por grupos de cinco años	Promedio de talla en milímetros
De 11 a 15 años	1655
De 16 a 20 "	1663
De 21 a 25 "	1667
De 26 a 30 "	1663
De 31 a 35 "	1667
De 36 a 40 "	1694
De 41 a 45 "	1690

La influencia del biotipo somático en la afición a los diversos deportes, conduce a los individuos más corpulentos a la práctica del basket-ball, como lo demuestra la comparación en el base-ball y con el foot-ball, en el cuadro final:

Porcentaje de examinados		Talla promedial	Peso promedial
Basket - Ball	11.8	1704 M. M.	6347 Kg.
Base - Ball	11.1	1692 M. M.	58.82 Kg.
Foot - Ball	64.6	1655 M. M.	5983 Kg.

Actualidades de Venereología

A cargo del Dr. J. Amador G.

Diagnóstico:

Granuloma Venéreo.—E. Tello y J. A. Herrero:—Rev. Agric. Dermatosif., 28:73-88, 1944

Durante los años 1941 y 42 treinta y dos casos de Granuloma Venéreo fueron reportados en la provincia de Córdoba. Los A. A., presentan un caso adicional interesante: un joven argentino de 23 años, con antecedentes de blenorragia a los 22 años, en febrero de 1940 notó una tumoración pequeña e indolora en la ingle izquierda, creciendo en 15 días hasta alcanzar el tamaño de un huevo de paloma y volviéndose entonces dolorosa e inflamada. Fué hospitalizado y la tumoración extirpada quirúrgicamente. Aunque la cicatrización fué completa, una ulceración apareció dos semanas después en el pliegue genito crural izquierdo seguida en pocos días más de otra lesión análoga en el dorso del pene y a. pareciendo finalmente otras lesiones de igual tipo en el prepucio y glande. Las ulceraciones manifestaron tendencia a la progresión e hipertrofia; su cetro liso y plano contrastaba con bordes elevados vegetantes. Se encontró adenopatía bilateral inguinal asociada. El exudado purulento que cubría la superficie de las úlceras resultó bacteriológicamente negativo; ni b. Ducrey, ni b de Koch fueron hallados. Las reacciones serológicas para sífilis negativas. La biopsia de uno de los bordes reveló: papilomatosis epidérmica, con pequeños abscesos conteniendo neutrófilos, eosinófilos y algunos monocitos; en la dermis focos de infiltración de plasmazellen, neutrófilos, algunos eosinófilos y cuerpos de Donovan. El tratamiento fué hecho primero con sulfas y después con tártaro emético, obteniéndose mejoría.

Estudio Epidemiológico sobre Linfogranuloma Venéreo empleando la fijación del complemento.—P. B. Beesen y E. S. Miler_Am Jorur., of Pub. Health, oct. 1944.

En 879 pacientes hospitalizados se hizo la prueba de fija-

ción del complemento para diagnóstico de linfogranuloma venéreo Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta, raza, edad y sexo; aproximadamente 40% de adultos negros y 12% de adultos blancos dieron reacciones positivas; hubo seis reacciones positivas en 116 niños negros menores de 14 años, y solamente una reacción positiva entre 58 niños blancos del mismo grupo de edad; un brusco aumento de la incidencia ocurre después de los catorce años, sin duda a causa de infección venérea adquirida; la frecuencia de reacción positivas es casi la misma en todos los grupos después de los cuarenta años. Esta persistencia de la reacción en grupos de edades para los cuales los contactos sexuales son menos frecuentes, sugiere la posibilidad de que el virus persista en el cuerpo, suministrando un contínuo estímulo antigénico.

También se hicieron comparaciones de la reacción de fijación del complemento en niños recién nacidos negros y en sus madres. Se encontró que inmediatamente después del nacimiento la reacción en el suero de los niños es igual a la de la madre; nueve niños que dieron reacción positiva fueron nuevamente examinados de dos a cuatro meses más tarde y se encontró en todos ellos negativa ya la reacción, visto lo cual puede pensarse que una reacción positiva en el momento del nacimiento es debida meramente a la transferencia pasiva de anticuerpos de la sangre materna.

El error ocasionado por el hecho de que la infección con otros miembros del grupo linfogranuloma - psitacosis pueda dar una reacción positiva de fijación del complemento, no es posible descartarlo por completo. Pero no parece, sin embargo, que la prevalencia de infecciones por otros agentes de este grupo sea suficientemente grande para falsear los datos relativos a prevalencia del linfogranuloma venéreo.

Se hizo así mismo, la comparación entre la reacción de Kahn y la prueba de fijación del complemento para linfogranuloma venéreo. La reacción de Kahn se encontró positiva en 32% de todo el grupo de negros adultos y en 9% en el grupo de blancos adultos. La distribución de resultados positivos según la edad es paralela a la de los casos con linfogranuloma venéreo, no siendo de extrañar estos hallazgos similares puesto que ambas

enfermedades se adquieren por contacto sexual. Se expone, además, razones para fundar la opinión de que esta similitud de hallazgos no es causada por los resultados falsos positivos que pueden encontrarse al hacer la prueba de fijación del complemento para linfogranuloma venéreo en individuos sifilíticos.

Laboratorio:

Efectos del Paludismo sobre las reacciones serológicas para Sífilis: — A. A. Remberg, Bull. U. S. Army Med. Dept., Carlisle Barracks, 84:74-80, Enero 1945.

La finalidad de esta investigación fué determinar qué pruebas serológicas para sífilis dieron el mínimo de falsas positivas en Paludismo y cómo distinguir éste de aquella fundándose en el tipo de positividad comparativa entre las diferentes pruebas. Las pruebas empleadas fueron: Kahn, Mazzini, Eagle, Hinton, Kline, entre las técnicas de floculación y la reacción standard de fijación del complemento de Kolmer. Los antígenos en todos los casos fueron supervisados y aprobados por los respectivos autores de las técnicas.

Los casos fueron clasificads en 4 grupos según la especie de plasmodio encontrada en la frotis de sangre: falciparum, vivax, falciparum y vivax (ambos) y no clasificados (cuando la densidad parasitaria era muy baja).

Más de ocho mil pruebas serológicas fueron realizadas en sujetos indemnes de Sífilis. Se hicieron observaciones de varias manifestaciones clínicas y se estableció la relación entre éstas y los resultados de las pruebas serológicas.

En la mayoría de los sueros de palúdicos se encontró un característico tipo de positividad, siendo las siguientes las conclusiones de los A. A.:

1º—La reacción de floculación de Hinton dá el mínimo de falsas positivas en sueros palúdicos.

2º—El tipo de positividad en Paludismo es:

Kahn + Mazzini + Kline dudosa
KOLMER dudosa Eagle negativa,
Hinton negativa

3º—Este tipo de positividad puede servir para diferenciar Malaria de Sífilis.

4º—En ausencia de antecedentes o manifestaciones palúdicas, una positividad serológica que persiste más de seis semanas, con cualquiera de las reacciones empleadas, debe sugerir la sospecha de Sífilis.

Anatomopatología:

Aneurisma de la Arteria Hepática.—Rembert Maloy and Robert S. Jason. *Am. J. Surg., New York, 57:359-363, Aug. 1942.*

El aneurisma de la arteria hepática es uno de los tipos raros de lesiones vasculares. El autor ha encontrado 84 casos de éstos en literatura médica. Las causas de esta enfermedad son variadas, pero los procesos infecciosos se encontraron en 60% de los 68 casos que se presentaron.

La Sífilis, es la causa más común de los aneurismas de las grandes arterias, tiene mayor preponderancia que la arteriosclerosis, la que parece haber causado únicamente seis casos, habiendo otro dudoso.

Este aneurisma es generalmente único y su tamaño es variable. Los pequeños aneurismas de la arteria hepática son generalmente verdaderos aneurismas, los grandes son por regla general falsos aneurismas o hematomas. Tanto los falsos como los verdaderos pueden hacerse adherentes a los tejidos que los rodean, mediante adherencias fibrosas y causan compresión especialmente en los conductos biliares. Muchos de estos aneurismas se rompen, sea en la cavidad abdominal o en tejidos adyacentes. Los tres síntomas más comunes del aneurisma de la arteria hepática son: dolor, hemorragia e ictericia. El dolor se presentó en 58 de los casos reportados y la hemorragia en 40.

Indudablemente, debido a la rareza del aneurisma de la arteria hepática, el diagnóstico se hace muy de vez en cuando. Se le ha hecho antes de la muerte o de intervención de esta enfermedad, el diagnóstico quirúrgico, únicamente en dos casos.

De cualquier manera el autor cree que si se le tiene presente y se piensa puede no ser difícil en un paciente que tenga

dolor en el epigastrio o en el hepicondrio, hemorragia e ictericia. Si el paciente presenta también un tumor abdominal con murmullo sistólico y aumento de volúmen del hígado, el diagnóstico será relativamente fácil.

El tratamiento del aneurisma es poco satisfactorio; la ligadura es dañosa, debido a que parece ocasionar la muerte por necrosis o insuficiencia hepática; no obstante se han reportado dos casos de curación después de la intervención quirúrgica; algún caso se ha curado espontáneamente. En este estudio el autor presenta un caso y anexo al artículo que hemos resumido, figuran veinte citas bibliográficas.

Tratamiento:

Prevención de Náuseas y vómitos inmediatos consecutivos a la administración intravenosa de arsenicales.—H. W. Seff, U. D. Information, marzo, 1945.

Durante una experiencia de con varios cientos de pacientes tratado por Sífiles, se notó que muchos sujetos se quejaban de naúseas y vómitos inmediatamente después de recibir sus inyecciones intravenosas de arsenicales y a veces estos síntomas llegaron a ser tan severos, que motivaron la suspensión del tramiento.

Todos estos pacientes fueron interrogados con respecto a sus síntomas y en todos estuvieron de acuerdo en que tanto la náusea como el vómito eran causados por el olor y el sabor del medicamento, los cuales eran notados inmediatamente que el líquido empezaba a entrar en la vena y aún antes de que la inyección terminara. En vista de ello, fueron probados algunos recursos tales como masticar chicle, fumar un cigarrillo, oler un perfume durante la inyección y abstenerse de alimentos dos horas antes. Ninguno de estos procedimientos probó ser efectivo. Se pensó entonces que una anestecia temporal de las papilas linguales, inhibiendo las sensaciones gustativas, podría prevenir el reflejo de la náusea y del vómito. Para resolver esto, se dió a cada paciente inmediatamente antes de la inyección intravenosa, dos tabletas de etilaminobenzoato (anestesina) de 0.25 cada una con instrucciones de colocarlas encima de la lengua y conser-

varlas ahí hasta su disolución completa. Tan pronto como esto ocurría, el paciente era inyectado.

En ningún paciente tratado en esta manera, hubo náuseas o vómitos. Todos los que primeramente habían experimentado estos síntomas, rehusaron recibir sus inyecciones si no se les daban antes las tabletas. Varios cientos de pacientes, han sido tratados por este procedimiento, y en ningún caso se presentaron náuseas o vómitos.

Blenorragia Sulfamido-resistente en mujeres tratadas con Penicilina. — E. T. Duncan, R. L. Zobel y R. H. Hul.

Se han publicado en la literatura médica recientemente trabajos sobre la eficacia de la Penicilina en el tratamiento de las infecciones gonocóccicas sulfo-resistentes, publicaciones que han sido recibidas con gran entusiasmo.

La mayor parte de estos trabajos se han relacionado con el tratamiento en hombres anotando éxito notable; algunos también se han referido al tratamiento en mujeres, reportando igualmente muy buenos resultados.

Los A. A. tuvieron oportunidad de tratar con Penicilina 40 mujeres, cuya infección gonocóccica era sulfo-resistente. Usaron la Penicilina sódica diluída en agua estéril a razón de 1 c. c. por 10.000 Unidades. Aplicaron la solución intramuscularmente cada tres horas en dosis de 20.000 Unidades para las primeras siete inyecciones y una inyección de 10.000, lo que hace un total de 150.000 unidades.

Como criterio de curación, se cumplieron los siguientes requisitos: todas las pacientes fueron sometidas al terminar el tratamiento, por lo menos a tres exámenes clínicos de Laboratorio a 48 horas de intervalo; los exámenes de Laboratorio consistieron el frotis y cultivos, interpretándose estos conforme a la técnica de la prueba de la Oxidasa. De los cuarenta casos tratados, treita y dos, respondieron bien al tratamiento de Penicilina, pero 8 continuaron revelando Diplococos Gram negativos. Los hallazgos positivos fueron encontrados a los tres días de terminado el tratamiento y el resto 4, 5, 6, 10 y 12 días después. En dos de estos casos el hallazgo bacteriológico fué obtenido de la

uretra, en 5 del cérvix y en uno tanto del cérvix como de la uretra.

Todas las pacientes en quienes fracasó el primer tratamiento de 150.000 unidades de Penicilina, fueron nuevamente tratadas y todas llegaron a convertirse en no infectantes, como lo probaron los exámenes bacteriológicos. 7 de los casos respondieron a un segundo tratamiento de Penicilina de 200.000 Unidades. 8º caso recibió un segundo tratamiento de 150.000 Unidades y hasta un tercer tratamiento de 300.000 Unidades respondió de modo favorable.

En resumen 40 mujeres blenorrágicas sulforresistentes fueron tratadas con 150.000 Unidades de Penicilina c/u. 8 (20%) de estos casos continuaron siendo infectantes después del primer tratamiento. 7 dejaron de serlo ya después de un 2º tratamiento de 200.000 Unidades; y sólo uno necesitó un tercer tratamiento de 300.000 Unidades. En la mujer debe serse especialmente cuidadoso para controlar los resultados post-tratamiento por medio de exámenes repetidos tanto clínicos como bacteriológicos. En la experiencia de los A. A. la blenorragia femenina no responde a la penicilinoterapia tan favorablemente como otros autores han señalado para la masculina.

Administración Sanitaria:

La ayuda pública para resolver los problemas de Salubridad en Puerto Rico.—R. A. Vandelehr.—Bol. Asoc. Med. de Puerto Rico, San Juan 35:469-473, Decemberg 1943.

El autor da un vivido relato de las condiciones de la salubridad de Puerto Rico y señala la ingente necesidad de mejorarlas. Las enfermedades venéreas constituyen uno de los cuatro principales problemas de salubridad. Durante varios años el Insular Health Departament con la ayuda del los fondos del Public Health Service, ha emprendido una campaña intensa contra estas enfermedades. La compaña incluye proporcionar el diagnóstico a la mayor brevedad posible, tratamiento con las drogas más eficaces y modernas, la reconquista y sostenimiento de casos en tratamiento y la educación del público en general. La cooperación del público es indispensable. En Puerto Rico se

habían descuidado totalmente uno de los principios epidemiológicos fundamentales de las enfermedades venéreas; hasta hace unos meses se tenían zonas de tolerancia de la prostitución.

Es urgente la necesidad de leyes para corregir esta situación .El autor recomienda que los Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico adopten las resoluciones contra la prostitución adoptadas en la ASOCIACION MEDICA AMERICANA ,en 1942, la que dice que ningún médico que estime su reputación médica personal, degrade a la profesión médica y se degrade así mismo, extendiendo a prostitutas certificados en los que se asiente que no padece de enfermedades venéreas.

El propósito perseguido en el Plan de Seis Años en Puerto Rico, por "El Puerto Rico Planning Board", parece un comprensivo toque de alarma para alcanzar un programa de salubridad mejor, que merece que todos los médicos lo estudien y que le presten su cooperación activa en relación con todos sus aspectos científicos.

El Problema de la Sífilis en Venezuela.

El Problema de la Sífilis en Venezuela.—Juan Iturbe, Departamen of Agricultura and Anin al Husbandry, Caracas, Venezuela, 1942.

De 143, 959 reacciones serológicas para investigar Sífilis hechas en Laboratorios Nacionales de Salubridad en sangres de hombres, mujeres y niños, durante el período de 1931 a 1937 y de 25.675 reacciones hechas en Hospital Vargas con especímenes remitidos de varias regiones de la República durante el período de 1934 a 1937, resultaron 45% positivas.

En 10.125 reacciones de Wassermann que se han hecho en el laboratorio del autor hasta la fecha de esta comunicación, se encontró que el 26% eran positivas. De 475 autopsias que se hicieron en el Hospital Vargas entre abril de 1937 y abril de 1938, se descubrieron lesiones anatómicas de Sífilis en 88 casos (21.8%). La Sífilis había sido la causa de 65 de estos casos.

Basándose en los datos anteriores, el autor concluye que 30% de todos los habitantes están infectados de Sífilis y que la prevalencia de casos nuevos es de 15/1.000 y por año.

La prevalencia de gonorrea es tres veces mayor que la de Sífilis. El autor recalca la importancia del reporte, descubrimiento y retención de casos en el control de las enfermedades venéreas.

La gran prevalencia de la Sífilis congénita está demostrada por las investigaciones de Mir, Mora y Castillo. De 80 niños examinados por ellos, 69 (86.2%) tenían Sífilis congénita comprobada clínica y serológicamente.

De 58 niños entre ocho y diez años de edad quienes se hicieron reacciones serológicas para investigar Sífilis en el Laboratorio del autor, 29% resultaron positivas.

El Doctor Pons revisó 10.000 historias clínicas en archivos del Hospital Varpas y encontró que el 32% de los enfermos habían sido hospitalizados por Sífilis y que el 54% tenían reacciones positivas.

El censo de la Población de Venezuela era de 3.467,839 habitantes de los cuales 1.109,709, eran menores de quince años de edad, 1.976,668 tenían de quince a cincuenta años, y 381,462 tenía amás de cincuenta años.

El autor estima que entre los menores de quince años, el 15% padece de Sífilis; y entre los comprendidos entre quince y treinta años de edad la padece el 30%.