

## La Clínica y sus Contrastes

Por el DR. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ,

*Médico Militar (retirado) del Ejército Español.  
Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Honduras  
(C. A.), y antes en la de Barcelona, (España).*

(Continuación)

### LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY EN LA CLÍNICA CENTROAMERICANA

De lo expuesto en ocasiones anteriores (1) se deduce concretamente, que a nuestro modo de ver la Clínica de C. A., ofrece las características siguientes:

1°—NO TIENE enfermedades propias (2).

2°—Está LIBRE de las llamadas "afecciones tropicales."

3°—Los padecimientos infecciosos vulgares (estrepto y estafilococcias, pneumo y gonococcias, etc.) que cuando se manifiestan en los países cálidos o en los Trópicos son, al decir de los Tratadistas muy virulentos, frecuentemente asociados entre sí, extraordinariamente contagiosos y dan lugar a menudo a epidemias con mortalidad elevada, NO TIENEN en C. A., a pesar de su posición *geográfica* netamente tropical, tales caracteres de malignidad.; afectan por el contrario una benignidad asombrosa, que puede asegurarse no solamente que NO surgen y evolucionan del temible "modo tropical" que los autores señalan, sino que en NINGUNO de aquellos aspectos alcanzan la moderada intensidad que habitualmente tienen en Europa.

4°—Los procesos que la integran predominantemente y de ordinario son asimilables a los que describe la Patología Universal pero notablemente DISMINUIDOS en intensidad y número.

5°—En compensación a la escasa diversidad de entidades morbosas observables en ella, las por lo general BENIGNAS que constituyen la enfermería habitual, están difundidísimas; de tal manera, que siendo pocas las *enfermedades*, el número de *enfermos*,

(1) Véase: «Los contrastes de la Clínica». —Dr. José Gómez-Márquez — REVISTA MEDICA HONDUREÑA — números 103 a 106, 1942-43.

(2) El caso excepcional de la Oncocercosis para Guatemala y México, será examinado oportunamente, ahora hemos creído deber omitirlo para no enturbiar los conceptos generales que tratamos de exponer, y esperamos examinar en detalle más adelante.

es sensiblemente el mismo que correspondería a igualdad de Población a cualquier lugar de Europa sometido al módulo de morbosidad expresado en Patología.

El carácter fundamental, pues, de la Clínica 'centroamericana, es del orden NEGATIVO; su personalidad NO deriva de que en ella se aprecien enfermedades "nuevas" o poco conocidas, NI de que las "tropicales" tengan un desarrollo particularmente intenso, NI de que las infecciones vulgares llamadas *metropolitanas* por los autores europeos evolucionen a la gravísima *manera* "tropical," sino precisamente en TODO LO CONTRARIO; lo que sorprende y atrae NO, es lo que se VE, SINO LO QUE NO SE VE, o por que falta del todo o porque no es frecuente; y lo que más robustece y afianza su personalidad *es* la perfecta CONGRUENCIA entre todas sus anomalías.

Como sería muy largo y difícil explicar mediante simples razonamientos qué sentido y significación tiene para nosotros en este caso el término CONGRUENCIA, y por otra parte es indispensable que no queden vaguedades acerca del mismo en el momento de leer al detalle cada uno de los capítulos sucesivos, procuraremos visualizarlo mediante reflexiones y ejemplos.

A los "expresados fines, tomaremos como puntos, de partida la Patología de las afecciones cardiovasculares, examinándola en sus líneas generales y en ciertos aspectos de las mismas.

En su calidad de fenómenos morbosos, los padecimientos del aparato cardiovascular, como los de los demás aparatos, solo se constituyen y manifiestan cuando nuestro organismo cae bajo la acción de las causas que habitualmente los originan; la existencia, rareza o frecuencia de las afecciones del corazón y de los vasos en un lugar cualquiera del Globo, ha de estar necesariamente supeitada, pues, a la presencia, escasez o abundancia en el mismo, de los agentes etiológicos que Según opinión unánime de los autores manifiestan un tropismo especial por este aparato; y como aparte de otros muchos más o menos discutibles e importantes es evidente que en todos los Tratados de Patología se admiten como causas preponderantes de las enfermedades del corazón y de los vasos EL REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO (en lo sucesivo lo denominaremos "&") y la SÍFILIS (en adelante la llamaremos "S") tendremos que admitir con arreglo a la lógica que los procesos cardiovasculares serán abundantes o raros en un lugar determinado de la Tierra, al mismo compás, que lo sean el "R" y la "S"; o lo que es igual: QUE EN" AUSENCIA DE CAUSAS LOCALES ESPECIALES Y PROPIAS capaces de afectar al corazón y los vasos en un país determinado, podrá juzgarse indirectamente de la importancia y extensión que en él tengan 'las afecciones cardio-vasculares midiéndola ¡por las que en el mismo alcancen, el "R" y la "S."

El paralelismo entre la cifra de enfermos cardio-vasculares y las de reumáticos y sifilíticos en los diferentes países, no es simplemente una deducción teórica más o menos razonable; está admitido y reconocido con carácter de universalidad por todos los autores, y basta hojear un Tratado medianamente completo de Patología en busca de los datos correspondientes para comprobar que así es.

Este carácter de proporcionalidad entre los mencionados padecimientos causales y los cardio-vasculares respectivos se puede poner en evidencia con notable claridad gracias a la aptencia en cierto modo específica y divergente que muestran el "R" y la "S" en relación con los diferentes tramos del sistema circulatorio.

Como interesa muy singularmente a nuestros fines -hacer que se destaquen netamente estas particularidades, recordaremos siguiendo siempre a los autores, en aquellos aspectos en los que como en éste el acuerdo sea unánime entre ellos, que *de un modo general*'.

1°—El "R," tiene especial predilección por el pericardio y el endocardio y en relación con este último prefiere él que tapiza las cavidades izquierdas, y de manera casi electiva, el que corresponde a las válvulas de la mitral; los enfermos del aparato circulatorio a consecuencia del "R," lo serán *casi siempre del corazón*, y fuera de un porcentaje no muy grande de pancardíticos y otro algo mayor de pericardíticos, *la gran mayoría de los restantes serán murales y se manifestarán en clínica con el cuadro clásico, inconfundible e "inocultable" del síndrome mitral, esté compensado o no.*

2°—La "S" en su forma adquirida y tanto más cuanto más vieja se hace, tiene un marcado tropismo por la totalidad del sistema, pero raras veces lo invade de manera uniforme; generalmente se presenta en clínica, bajo cualquiera de las siguientes formas;

a) Localización cardio-aórtica con alteraciones en las sigmoideas izquierdas y las correspondientes estrechez o insuficiencia aórticas, o la yuxtaposición de ambas; *el síndrome orifical aórtico tan típico como el mitral y tanto o más rico, que él en signos re-veladores lo pondrá en evidencia.*

b) Localización preferentemente aórtica y en las coronarias y muy pequeña o nula participación cardíaca y en el resto del sistema vascular; como en el caso a), *el padecimiento se traducirá por el síndrome aórtico menos los signos correspondientes a la auscultación precordial; y la ausencia de estos últimos estará de sobras compensada ;por la presencia ;de los también auscultanos y propios de la dilatación ,o el aneurisma .aórticos, y según la topografía de estos últimos y partiendo ;del centro a la periferia, por los correspondientes a las crisis \de angor .pectoris, al síndrome del cayado aórtico, al mediastinal, vertebral, abdómimo-pelviano, etc.*

c) Localización predominantemente vascular afectando preferentemente a los vasos medianos y pequeños desde los coronarios a los de las extremidades; y entre éstas y en la cefálica a los pertenecientes a su APÉNDICE OCULAR, dignos éstos de ser men-

cionados especialmente, por contribuir en parte a formar un grupo el de las arterias retinianas) [que nos brinda el privilegio, *único para todo el organismo*, de permitirnos verles INCRUENTA, DIRECTAMENTE Y EN VIDA mediante el examen oftalmoscópico; y también porque gracias a éste, además de sernos posible ver con toda claridad y precisión vasos tan profundos como los retinianos situados a pocos milímetros del encéfalo y 'participando, por provenir de ella, en todos los trastornos de la circulación sanguínea intra-craneal, podemos observar con gran amplificación y notable nitidez, LAS MAS FINAS ALTERACIONES DE LAS PAREDES VASCULARES, LOS MOVIMIENTOS DE EXPANSIÓN Y RETRACCIÓN RÍTMICA DE LAS ARTERIAS RETINIANAS LATIENDO AL COMPÁS DEL SÍSTOLE CARDIACO, EL PULSO DE CORRIGAN, LA PROPIA CORRIENTE SANGUÍNEA E INCLUSO LOS HEMATÍES EN LOS SEGMENTOS VASCULARES *NO AFECTADOS* (sabido es que los vasos retinianos normales son transparentes y Que lo que llamamos arterias y venas de la retina cuando examinamos el fondo del ojo al oftalmoscopio, no son vasos sino las propias columnas sanguíneas vistas a través de las paredes de aquéllos, de igual modo que vemos roja a una pipeta incolora y transparente cuando ja llenamos de sangre; una mancha sobre la pipeta o una lesión de la pared del vaso, se verán muy bien por contraste sobre el fondo rojo de la sangre, tanto si ésta se halla contenida en la pipeta, como en el interior del vaso) LAS OBSTRUCCIONES DE LOS VASOS POR EMBOLIA Y TROMBOSIS Y EN MUCHOS CASOS EL PROPIO EMBOLO CON SUS PEQUEÑOS MOVIMIENTOS RÍTMICOS DE AVANCE Y RETROCESO, SINCRÓNICOS CON LAS REVOLUCIONES CARDIACAS; PODEMOS FINALMENTE MEDIR LA PRESIÓN EN LAS ARTERIAS CENTRALES DE LA RETINA, CON TANTA O MAYOR EXACTITUD QUE LO HACEMOS USANDO CUALQUIER MODELO DE ESPIOMOMANOMETRO; PRACTICAR LA OSCILOMETRIA Y OBTENER MEDIANTE ELLA LAS PRESIONES ARTERIALES MÁXIMA MEDIA, Y MÍNIMA; *MEDIR LA RIGIDEZ DE LAS PAREDES ARTERIALES* (ÍNDICE DE FRITZ) Y POR ULTIMO. COMPARAR LAS CIFRAS DE PRESIÓN EN LAS ARTERIAS CENTRALES DE LA RETINA CON LA QUE SE OBTENGA MEDIANTE LA ESFIGMOMANOMETRIA U OSCILOMETRIA GENERAL (ÚNICO PROCEDIMIENTO HASTA HOY DE DIAGNOSTICAR LA ¡HIPERTENSIÓN ARTERIAL "SOLITARIA" DE LAS REDES CAROTIDEAS INTERNAS, Y QUE AUNQUE SOLO FUESE ESTO DEBÍA SER CONOCIDO Y PRACTICAR POR TODOS LOS MÉDICOS GENERALES. (1)

- (1) A quienes se interesen por conocer la técnica de esta exploración según el método de Bailliart (el más perfecto) y las ventajas prácticas de la misma sin hacer grandes esfuerzos, les recomendamos por su sencillez y grafismo, la lectura de nuestro discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona titulado «LOS CARACTERES DEL

La exteriorización sintomatológica de las lesiones localizadas en la casi totalidad de los medianos y pequeños vasos del sistema aórtico será como se comprende aún más escandalosa que la correspondiente a los Síndromes aórtico y mitral de los casos b) y a), anteriormente citados y unas veces se pondrá de manifiesto a nuestros ojos por la arterioesclerosis (CON O SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL) y sus variadísimas manifestaciones y otras se hará ostensible por las inevitables lesiones cirróticas viscerales con sus respectivos síndromes (renal, hepático, cardíaco, etc.)

3°—"La "S" en su forma congénita o hereditaria, desempeña en patología cardio-vascular un papel infinitamente menor que en 3a adquirida y muchísimo menor también que el "R"; en su calidad de "S" ya más o menos envejecida desde su iniciación, parece no tener por lo general el vigor suficiente para afectar hondamente y con carácter de difusión, a los vasos medianos y pequeños (ausencia o levedad de lesiones viscerales cirróticas, de arterioesclerosis con o sin hipertensión); sus apetencias vasculares quedan saturadas en el arranque y más o menos a lo largo del propio tronco aórtico en donde determinan moderadas dilataciones y aneurismas raras veces grandes; por lo que al corazón se refiere (aparte de las mal formaciones congénitas que a pesar de su innegable frecuencia no haremos más que mencionar en esta, ocasión por impedir la mayoría de las veces la viavilidad del feto o determinar la muerte poco después del nacimiento) diremos, que también puede *ser* invadido; pero siempre con la débil intensidad que para los gruesos vasos hemos descrito, y sin perder el tropismo "de familia" por el orificio aórtico.

Como resumen de esta digresión, evidentemente demasiado extensa pero necesaria, y siguiendo siempre la opinión unánime de los Tratadistas (1), puede afirmarse:

- 
- (1) Por aversión irreprimible contra las exhibiciones bibliográficas (cuando no son 'absolutamente necesarias o muy convenientes) y por estar refiriéndonos a un orden elemental de conocimientos médicos generales contenidos en todos los Tratados de Patología, no citamos a ningún autor especialmente; lo que no significa, que no estemos dispuestos si así se nos pide, a decir en dónde podrá encontrarse documentación adecuada para fundamentar cualquiera de los puntos a que venimos haciendo referencia.

---

SO RETENÍALO EN PATOLOGÍA INTRACRANEAL». Véase: «Los Profesores de la .Clínica» No. 218 — Madrid, 1930. Como en las circunstancias actuales sólo en las grandes bibliotecas de EE. XJU. sería posible obtener copias de este trabajo, diremos que sabemos con certeza que en las .proximidades de la misma fecha fue reproducido por lo menos, por «Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos» de Barcelona, por «La

1°—La abundancia de los procesos cardio-vasculares en cualquier lugar de la Tierra, es proporcional al número y extensión que alcancen en aquél, los agentes etiológicos que habitualmente las engendran.

2°—El "R" y la "S" en su forma adquirida, son los dos padecimientos generales que con más frecuencia y en mayor número de casos lesionan el aparato cardio-vascular.

3°—El "R," tiene en general un tropismo muy marcado por las serosas cardíacas y de preferencia por la endocárdica y en el orificio aurículo ventricular izquierdo o mitral; la "S," manifiesta igual apetencia por el corazón izquierdo pero en el orificio aórtico, y también gusta del sistema arterial aórtico en su totalidad.

4°—La constancia de las complicaciones cardio-vascular es en el "R" y la "S," la diversidad de sus localizaciones y el carácter de reciprocidad en sus enlaces son tales, que no es posible concebir una Clínica en la que siendo *habituales* el reumatismo *poliarticular agudo* y la sífilis *adquirida* en su calidad de infecciones generales, no se aprecian a la vez y en las proporciones ya establecidas los numerosos padecimientos que les corresponden.

5°—La apreciación de la frecuencia de la "R" y la "S" y por consiguiente de sus complicaciones, cardio-vasculares respectivas, no corresponde ni puede ser transferida al Médico general, al Sifiliógrafo o al Cardiólogo ni a ningún otro Especialista-; porque si bien es cierto que en los períodos de brote o agudización de ambas infecciones serán los dos primeros los llamados a entender en ellas,, y cuando predominen los trastornos circulatorios corresponderá intervenir al Cardiólogo, es también evidente que fu-era de aquellos períodos, quienes las verán más a menudo serán otros Especialistas y muy particularmente los Oftalmólogos; la duración extraordinaria de estos padecimientos y la variedad de sus localizaciones explica suficientemente estos hechos, y justifica y exige que sean del dominio y jurisdicción de TODOS LOS MÉDICOS.

Las consideraciones y reflexiones precedentes cuya vulgaridad somos los primeros en reconocer no deben estimarse en este caso como un conjunto de divagaciones innecesarias que deberíamos haber ahorrado a nuestros lectores; sabemos bien que todo lo que hemos dicho no es ni representa otra cosa que el resultado de la aplicación a la clínica de los rudimentarios principios de Patología general que constituye la base del razonamiento Médico ordi-

---

Practique Médicale Française» de París, y en América, por la Revista Cubana de Oftalmología.

Por nuestro frecuente contacto hasta 1938 con el profesor Bailliart de París y por las más recientes informaciones bibliográficas, podemos asegurar que a pesar de los 13 años transcurridos nuestro trabajo de referencia, puede ser consultado hoy, con igual utilidad que en la época de su publicación.

nario; si a pesar de ser conscientes del carácter elemental de las ideas que hemos puesto en juego para elaborar la extensísima digresión anterior nos hemos permitido traerla aquí, ha sido precisamente porque considerábamos indispensable al logro de nuestros propósitos, que antes de entrar de lleno en él estudio de las materias que nos han de ocupar se despertase en el ánimo de nuestros lectores y les quedase bien grabada la sensación de que lo que estamos haciendo no es otra cosa que movilizar y barajar conceptos del orden primario en Medicina y que al servirnos de ellos conocemos perfectamente su modesta categoría; emprender, pues, la inmensa tarea que nos hemos impuesto, no significa que hayamos caído en la insigne insensatez de considerarnos sin más ni más, aptos para todo; sabemos qué es "no saber," y no hemos olvidado el respeto que nos merecen los demás, y el que nos debemos a nosotros mismos; dirigir nuestros esfuerzos en el sentido que lo estamos haciendo, no expresa otra, cosa que el deseo de contribuir al conocimiento de la Patología propia de la región, y la firme creencia de que sin sobrepasar los reducidos límites del campo de la medicina general común a todos, podemos hacerlo, bastando para ello con dar a conocer las diferencias que venimos apreciando entre las Clínicas cosmopolitas que nos eran familiares, y la centroamericana mirando a esta última desde HONDURAS y a través, NO de la Patología "Ocular" sino de la de la totalidad del "Aparato de la visión," conjugando, como es de rigor y en cada caso, los resultados de las observaciones practicadas en éste, con los de las exploraciones generales adecuadas y al alcance de nuestras posibilidades.

Si reemprendemos ahora (ya una vez definida claramente nuestra posición) el estudio del "R" y la "S" con sus respectivas complicaciones cardio-vasculares, comenzaremos a percibir la conveniencia de realizarlo en el sentido que lo hacemos, y pronto nos daremos cuenta de la utilidad que puede reportarnos en el campo de la práctica.

Como no obstante su común apetencia por el aparato cardiovascular, el "R" y la "S" manifiestan en cuanto a su localización sobre aquél predilecciones divergentes; y **por** esta y otras causas los procesos que originan difieren mucho entre sí y en múltiples aspectos, examinaremos los problemas que nos interesan, refiriéndonos a cada uno de ellos separadamente; a tales fines comenzaremos por el

### *REUMATISMO*

Ya dijimos en un principio que todo lo que representásemos por "R" significaría REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO simplemente; queríamos con tal prevención aislar *la forma de reumatismo-*

a la cual parece que se habían referido los Autores para determinar las íntimas relaciones existentes entre el reumatismo y las enfermedades del corazón; nuestra intención era "tener entre las manos" una entidad morbosa en cierto modo fija, para hacer recaer sobre ella cuanto hubiésemos de decir sobre el particular y que se nos comprendiese mas fácilmente y mejor; pero esto que como esquema auxiliar de la exposición era disculpable, no puede ser sostenido como eje de toda una argumentación; a menos que de esquema lo elevemos a tesis, previos los razonamientos que lo justifiquen.

La expresión REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO (por abreviación "R") es demasiado vaga en relación con el estado actual de nuestros conocimientos; el cuadro del reumatismo en general se ha ensanchado tanto, y en el caso concreto de la forma poliarticular comprende a tantas, variedades y tipos, que si no precisamos .antes de continuar a cuál o cuáles de loa poliartículares nos hemos estado refiriendo bajo la inicial "R," todo el andamiaje de nuestros razonamientos vendrá a tierra, y con él lo que nos resta por decir sobre el presente tema y la mayoría de los que le. han de seguir; porque todos ellos están enlazados entre sí de tal modo que tratar de uno es tanto en relación con los demás, como "tirar del hilo y sacar el ovillo."

Esta aclaración previa, como se ve ineludible, nos obligará a examinar el problema del reumatismo en general; pero ésto, aunque de momento nos retrase en relación con el tema concreto reumatismo-cardiopatías, facilitará enormemente nuestra labor de conjunto, y permitirá que tratemos con soltura de otros aspectos de aquel que han de ocupar nuestra atención largo tiempo: *todo* cuanto afecte a la concepción y a la clínica del reumatismo, ES DE IMPORTANCIA BASICA PARA LA COMPRESIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DE LA PATOLOGÍA CENTROAMERICANA; APARTE DE OTRAS RAZONES, PORQUE LOS SÍNDROMES REUMA TOIDEOS ESTÁN TAN DIFUNDIDOS EN C. A., QUE PUEDE ASEGURARSE QUE A LO MENOS EN GRANDES SECTORES DE ESTA, SERA DIFÍCIL ENCONTRAR NÚCLEOS INPORTANTES DE "NATIVOS" QUE ESTÉN EXENTOS DE ELLOS Y DE OTROS QUE CON LOS MISMOS SE RELACIONAN.

AVANCEMOS PARA INTENTAR MANTENER DESPIERTA LA ATENCIÓN Y CURIOSIDAD DE NUESTROS LECTORES, "QUE A PESAR DE ESTA MORBILIDAD REUMATOIDEA TAN EXTRAORDINARIA LAS AFECCIONES CARDIO-VASCULARES Y NOTABLEMENTE LAS DE LOCALIZAOION MITRAL, SON EXCEPCIONALES -O POR LO MENOS RARAS."

Como para muchos es gratuita y caprichosa toda afirmación - que no vaya acompañada de "pruebas documentales," damos a continuación los datos estadísticos oficiales de mortalidad por reumatismo y afecciones cardiovasculares durante el año 1942, en

Honduras y en Costa Rica; los dos países que a lo que nos imaginamos, constituyen los extremos opuestos de la Patología centro-americana.

En Honduras en el año expresado y para una población que se aproxima al millón y medio de habitantes, la Dirección general de Estadística señala para ambos grupos de enfermedades las cifras siguientes:

Defunciones por <i>reumatismo</i> .....	152
„ todas las afecciones cardíacas . . . .	82

En Costa Rica para igual período y enfermedades y con una población cercana a los setecientos mil habitantes, las cifras de la Dirección general de estadística son. éstas:

Defunciones por <i>reumatismo</i> , enfermedades de la nutrición y de las glándulas endocrinas, otras enfermedades generales y avitaminosis.....	294
Defunciones por enfermedades del <i>aparato circulatorio</i>	738

Aunque los anteriores datos más bien parecen reforzar nuestra tesis que contradecirla, nos apresuramos a declarar que para nosotros valen poco; bien conocidos son los defectos de todas las estadísticas y las reservas con que debemos manejar sus cifras; entre los errores a que nos pueden inducir éstas y aquellos otros que podamos cometer basándonos en observaciones clínicas, preferimos estos últimos como menos probables e importantes. En todo caso, declararemos, que nuestras ideas no surgieron de la contemplación de guarismos sino de la observación en clínica; al presentarlos no hemos querido aducir "pruebas," sino poner a disposición de quienes nos, lean los pocos datos extraños a nosotros mismos que podemos facilitar y que si no afirman tampoco se oponen en principio a la verosimilitud de nuestros puntos de vista.

La interrelación entre el reumatismo y las afecciones cardíacas sobre todo las de localización mitral es innegable y está universalmente admitida por los Autores.

Esta interrelación subsiste en Honduras en sentido NEGATIVO, y tiene todo el valor de una *contraprueba*; valiéndonos a falta de Textos de las informaciones verbales obtenidas de los Compañeros de diversos Departamentos de esta República y de las que nos vienen siendo facilitadas por los alumnos de Oftalmología (ésta se estudia en año séptimo, final de la carrera) pertenecientes a los tres últimos años académicos, tanto el reumatismo poliarticular agudo como las afecciones cardíacas de localización mitral, son excepcionales para unos, raras para otros, y poco frecuentes para los que creen haber observado más casos.

Según, nuestra propia experiencia, no podemos juzgar de si existe reumatismo poliarticular agudo o no porque no ejercemos

la Medicina general; pero sí estamos en capacidad de asegurar terminantemente que así como por el interrogatorio directo de los pacientes hemos sabido que entre sus antecedentes próximos o lejanos figuraban *ataques* de amebiasis, parasitosis intestinales, cálculos biliares, apendicitis, uretritis gonocócicas, paludismo, catarros nasales, sinusitis, *conjuntivitis*, amigdalitis, epilepsia, y *síndromes reumatoideos de localización diversa* (en esta enumeración va comprendida la casi totalidad de la Clínica local), nunca nos ha sido posible reconstituir ni aproximadamente el *cuadro clínico* del reumatismo articular agudo, ni hemos visto un solo caso en el que por el examen de las articulaciones pudiesen encontrarse rastros de inflamaciones reumáticas anteriores.

Por lo que al corazón se refiere, nuestras observaciones personales concuerdan con las del grupo de nuestros informantes que consideran excepcionales a las afecciones cardio-vasculares de naturaleza reumática; y decimos que concuerdan por afiliarnos al grupo que está más cercano a nuestras creencias; pero en realidad no hemos visto durante los cuatro años largos que venimos ejerciendo en Honduras, ni un solo caso en el que por el hábito exterior el interrogatorio, las cifras de presión arterial (que tomamos sistemáticamente), el género de afección visual objeto de la consulta, el examen oftalmoscópico, o el resto de la exploración visual y general pertinentes en cada ocasión, nos sintiéramos inclinados a sospechar la existencia de un proceso cardíaco; tampoco podemos citar ni un sólo ejemplo de *hallazgo* durante el curso de nuestras exploraciones, de padecimientos cardio-vasculares imputables al reumatismo, o de rastros o señales de su posible existencia latente.

En líneas generales las informaciones verbales anquiridas respecto a la morbilidad por reumatismo poliarticular y por cardiopatías mitrales, concuerdan bastante aproximadamente con lo que nosotros hemos visto, OBSERVANDO LA CLÍNICA A TRAVÉS DEL APARATO VISUAL.

Las cifras estadísticas anteriormente expuestas, reflejo *oficial* de la mortalidad por reumatismo y cardiopatías durante en año<sup>1</sup> en Honduras y Costa Rica, son aún dentro de su vaguedad notablemente congruentes con las impresiones ajenas y propias que hemos consignado más arriba.

La coincidencia de las informaciones verbales antes mencionadas y de las de orden estadístico con nuestras propias observaciones en el sentido de *afirmar* la PARALELA rareza del reumatismo<sup>1</sup> poliarticular agudo y las cardiopatías mitrales en C. A., unida a la falta de Textos de Patología centroamericanos en qué inspirarnos, nos autorizan a establecer provisionalmente y hasta tanto no se\* demuestre lo contrario, los postulados siguientes:

1°—EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO Y LAS CARDIOPATÍAS DE LOCALIZACIÓN MITRAL, "NO EXISTEN PRÁCTICAMENTE EN C. A."; esto es cierto para Honduras, y muy probablemente y en proporciones diversas para los restantes países.

2°—El silencio de los Tratadistas en Patología acerca de estas singularidades, no debe ser tenido como prueba de que sean falsas o erróneas nuestras afirmaciones; circunstancias análogas han permitido ya que en otros lugares de la Tierra, se hagan iguales o parecidas observaciones y deducciones, y precisamente en relación con el REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO Y LAS CARDIOPATIAS;

Así tenemos:

Profesor Vaubel de la Universidad de Francfort: el R. P. A., NO existe en los polos y es RARÍSIMO EN LOS "TRÓPICOS."

Distintos Médicos ingleses con referencia a varios lugares del Asia: en China el R. P. A., es RARO, LEVE Y CON "ESCASA TENDENCIA A INVADIR EL CORAZÓN"; lo mismo sucede en la Malaya Inglesa; como dato elocuente mencionamos lo que con referencia a Hong-Kong dice el Profesor Clark: en 33 años y en una estadística total de ciento cincuenta mil enfermos, NO TIENE UNA SOLA OBSERVACIÓN DE R. P. A.

Prof. Hirsch: en Veracruz (México) no existe ni un solo caso de R. P. A.

Por ser muy instructiva y por coincidir con algo que en esta misma REVISTA hemos publicado hará dos años en relación con el tracoma, citaremos; las observaciones de Coburn de Nueva York: En el Sur de los EE. TJJ., NO existe el R. P. A., y sus CARDIOPATIAS; en Miami, se ven algunos casos pero en individuos de la raza blanca.

En Puerto Rico dice el propio Coburn, NO existe el R. P. A. en absoluto; y aquí viene lo interesante en relación con Honduras, y quién sabe con qué trascendencia:

TOMANDO REUMÁTICOS DE SU CLIENTELA EN NUEVA YORK AFECTOS DE R. P. A., Y TRASLADÁNDOLOS A PUERTO RICO, COMPROBÓ COMO YA SUPONÍA, QUE CURABAN DE SU AFECCIÓN ARTICULAR SIN NINGÚN OTEO TRATAMIENTO; vueltos a Nueva York, ENFERMARON DE NUEVO; y repetida la contra-prueba, volvieron a SANAR, a su llegada por segunda vez a Puerto Rico.

En nuestra publicación antes citada, (1) basándonos en la observación de que ningún tracomatoso español, sirio, italiano o polaco, que traspasando las fronteras sanitarias haya llegado a establecerse en Honduras sufre desde que pisa esta tierra de los reverdecimientos que durante toda la vida martirizan al tracomatoso, ni CONTAGIA A LOS HONDURENOS, por íntimamente que vivan con él, ni a sus propios hijos, deslizamos! la idea de que quizás esta República sería un día el lugar de curación ideal para los tracomatosos y que si ésto se retenía y estudiaba, podía ocurrir que la Nación llegase a

1) Véase Dr. José Gómez-Márquez «Profilaxis del Tracoma», REVISTA MEDICA HONDURENA, 1940, Nos. 90 y 91.

mitos, que fue seguido tres horas después de una gran elevación, térmica que duró tres horas y finalizó con una sudación abundante. Los días que subsiguieron tuvo un cuadro análogo. Al quinto día tuvo un ascenso de temperatura más elevado acompañado de un estado de semiinconciencia (esto lo comprobamos personalmente por haberse presentado el día de su ingreso a nuestro servicio).

*Funciones orgánicas generales.*—Anorexia, sed intensa, somnolencia, evacuaciones albinas normales, orina subida de color y en escasa cantidad. Por el estado casi comatoso de la enferma fue imposible hacer un interrogatorio en debida forma.

*Estado presente.*—Nos llama la atención el estado de postración profunda en que se encuentra la paciente: está casi inmóvil, en la cama, con una mirada vaga, responde difícilmente a las preguntas que le formulamos, pues casi no puede articular palabras: y se nota claramente que no comprende lo que le decimos ni lo que ella quiere decir.

La temperatura de 41 grados centígrados.

*A la exploración de aparatos encontramos:*

En el circulatorio: taquicardia de **130** pulsaciones por minuto. No hay soplos.

Respiratorio: normal.

Digestivo: faltan piezas dentarias, piezas cariadas. El bazo es percutible.

Urogenital: normal

Nervioso: Hipotonía muscular generalizada. Reflejos normales..

Ganglionar: normal.

Organos de los sentidos: Estasis papilar.

*Exámenes complementarios:*

Recuento globular rojos: **2.050.000**. Glóbulos blancos: 11.550.  
Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 62 %; linfocitos, 38 %; eosinófilos, 0 %.

Hematozooario: positivo.

Heces: presencia de uncinaria.

Orina: normal.

*Evolución del caso:*

Se diagnostica clínicamente un caso de Fiebre Perniciosa de origen palúdica y se prescribe Biclorhidrato de quinina en inyecciones intramusculares a la dosis de un gramo en la mañana y un gramo en la tarde: las temperaturas tuvieron ascensos durante cuatro días hasta 40 grados centígrados hasta el quinto día que subió a 38 grados. El estado general mejoró paulatinamente. Una nueva ascensión se presentó el **10º** día hasta 40 grados y vuelve a des-