

La Clínica y sus Contrastes

Por el DR. JOSÉ GÓMEZ-MÁRQUEZ,
Médico Militar (retirado) del Ejército Español.
Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de
Honduras y antes de la de Barcelona (España).

«•LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY
EN- LA CLÍNICA CENTROAMERICANA"»

(Continuación)

Por exigirlo así la índole de este trabajo, damos a continuación un resumen de las ideas expuestas en los anteriores (1), que más se relacionan con las materias de que vamos a tratar hoy; carecería de sentido lo que hemos de decir, sin esta información o recordatorio previos.

La sintomatología de los padecimientos orgánicos en general está fundamentalmente compuesta de dos órdenes de fenómenos:

a) Alteraciones macroscópicas de los órganos afectados cuando son accesibles a la exploración por nuestros sentidos.

b) Desórdenes funcionales propios o de otros órganos más o menos distantes, pero funcionalmente solitarios con ellos.

Los signos clínicos, pues, de las afecciones de todo orden emanan directamente de la *situación topográfica y el fisiologismo* del, o de los órganos enfermos; y serán siempre los mismos para cada uno de éstos, y *cualquiera/ que sea la naturaleza del agente* que los origina.

La sintomatología de las endocarditis, meningitis e iritis por ejemplo, dependerá en consecuencia, de la *topografía y funciones*

(1) Véase: Dr. Gómez-Márquez: «La Clínica y sus Contrastes».—REVISTA MEDICA HONDURENA, números 103 y siguientes.

de pistas. El cual, ¡jamás debiera haber sido condenado a la prisión de una poltrona inhibidora!

NOTA:—Dos materiales para componer este trabajo de divulgación científica, los he tomado: del excelente manual de Biotipología del Dr. Gonzalo Ga. Rodríguez, Profesor de Patología general en la Facultad de Medicina de Salamanca; del excelente ensayo, «Biotipología y Orientación Profesional» del Dr. Ivolino de Vasconcelos, Profesor asistente de Clínica Médica de la Escuela de Medicina y Cirugía de la Universidad del Brasil; y de mis notas personales tomadas directamente de las lecciones de Biotipología del Profesor Nicolás Pende, las *que* tuve el honor y el placer de seguir en su curso del Hospital Poli clínic de Roma.

Carlos M. GALVEZ.

respectivas del endocardio, las meninges y el iris, *pero no de la in- a ole de la causa* que las produjo.

El diagnóstico *clínico* de tales procesos podrá hacerse por te generad con bastante acierto a base de la sintomatología propia de cada uno de ellos; pero el *etiológico* será siempre mucho más dudoso y no podrá establecerse de ordinario, más que de manera indirecta y fundándose en el examen general, los antecedentes y otras circunstancias relacionadas con el enfermo y el medio que lo rodea.

La investigación de la etiología y la naturaleza de los 'padecimientos *internos* (en el aparato visual pertenecen a esta categoría todos los que se «localizan desde el parénquima de la córnea hasta . las cisuras calcarinas en los lóbulos occipitales) exige, pues, una constante atención del clínico (llámese Médico general, Cardiólogo a Oculista) hacia el estado general del enfermo, ya que como hemos visto, un mismo cuadro local puede ser originado por agentes etnológicos diversos.

Atendiendo conjuntamente a la sintomatología regional y general de cada enfermo en la medida de nuestras posibilidades, hemos podido notar durante los cinco años, que venimos residiendo en C. A. y en muy cerca de ocho mil observaciones que no se aprecian en esta Clínica o son muy raras o alcanzan poco relieve, las numerosas localizaciones y manifestaciones en el aparato visual de afecciones tan notoriamente frecuentes en clínica "universal" como la *hipertensión arterial, la arterioesclerosis, las llamadas retinitis elbuminúrica, y diabética tabes, parálisis general* y otras; y por otra parte, que muchos padecimientos generales extraordinariamente extendidos y considerados como agentes etiológicos de numerosos padecimientos visuales muy comunes en clínica oftalmológica "cosmopolita," tales como por ejemplo el reumatismo y la *tuberculosis en diseminación hematógena EXTRAPULMONAR*, son tan poco frecuentes en la Clínica centroamericana que puede decirse, que *prácticamente* no existen.

El manifiesto contraste entre la fisonomía de la clínica general y oftalmológica de C. A. tal y como viene apareciendo a nuestros ojos, vista "en y desde" Honduras en estos últimos cinco años, y la de la "cosmopolita" que hemos contemplado durante otros treinta, la mayor parte de ellos en Europa, justifica a nuestro modo de ver que a pesar de la insuficiencia de los datos y argumentos en que muchas de nuestras apreciaciones se basan, consideremos lícito y conveniente dardos a la publicidad a título de "ensayo"; el silencio de los Tratadistas universales acerca de la singularidades clínicas que estamos exponiendo en estos trabajos y la inexistencia (a. lo menos según nuestras informaciones) de textos centroamericanos de Medicina en donde se mencionen y describan, refuercen nuestra creencia de que nos acercamos más al deseo de contribuir al conocimiento de la Patología centroamericana diciendo honradamente, y por rudimentario que sea y extraño que parezca, lo que estamos

viendo, que si para no salirnos de lo que nos *mandan* ver las Obras generales de Medicina o las de Patología exótica, dijéramos que los padecimientos visuales y generales en C. A. están "calcados" en los "universales" o tienen todas las características que *deben tener como observados* en países netamente tropicales.

El título "La clínica y sus contrastes" que venimos dando en común a estos trabajos resume según nuestra intención, esta doble característica de la centroamericana: escasísima variedad de especies morbosas "universales" y *nanismo* de las que se observan: *inexistencia* de las llamadas "enfermedades tropicales."

El subtítulo "LO QUE HAY Y LO QUE NO HAY EN LA CLÍNICA CENTROAMERICANA," tiende a servir al análisis detallado de cada una de las especies morbosas ausentes o raquíticamente desarrolladas, y a describir después aquellas otras que constituyen de ordinario los padecimientos más frecuentes y predominantes en ella.

La preferencia por tratar en primer término de "LO QUE NO HAY," se explica y justifica por el hecho de que lo verdaderamente asombroso y característico en estos países es la Patología que falta"; sería imposible adquirir una idea ni aproximada de cómo es la Clínica en C. A., si nos limitásemos a describir directamente las pocas y habitualmente benignas enfermedades que sufren por lo común *los centroamericanos* de genealogía indo-hispánica primitiva (los europeos y sus descendientes *inmediatos* o más próximos los americanos del Norte y Sur— padecen en C. A. a "la europea"; los centroamericanos con nuevos entronques europeos, tienden, a padecer a "la europea" también, y a perder su envidiable privilegio de resistencia para las enfermedades *orgánicas* de todo orden); sin mencionar expresamente por ejemplo la extremada rareza de la hipertensión arterial, la arterioesclerosis y sus inseparables acompañantes las cirrosis viscerales, siempre quedaría sobreentendido que el no citarlos significaría que no tenían relieve especial en C. A., pero *no* que eran inexistentes o muy raras; y lo mismo que con estos padecimientos inicialmente vasculares sucedería con otros no menos importantes que se encuentran en igual caso.

Entre las afecciones generales que más se destacan aquí, tanto por la notable escasez de sus formas más frecuentes y típicas como por la extraordinaria difusión que alcanzan otras que fueran de estos lugares están menos extendidas, figuran las de "naturaleza reumática."

En nuestros últimos trabajos hemos elegido a éstas para iniciar la labor de análisis y comentarios que nos proponemos hacer acerca de los padecimientos generales y visuales raros o predominantes en O. A.; esta elección no significa que consideremos a ta.es afecciones como las de mayor importancia y trascendencia entre las que contribuyen a modelar las características de la Patología. la Región; pero si no las más importantes son en cambio, la.-

mayor interés para facilitar la comprensión de los cuadros clínicos-que aquí son comunes y para ayudar a investigar su naturaleza y etiología.

Con el fin de llevar a cabo metódicamente este estudio, nos hemos propuesto examinar en primer término el papel que desempeñan en la Clínica centroamericana los reumatismos poliarticulares agudos y sus secuelas tanto por sí mismos y en calidad de afecciones generales concomitantes con las visuales, como en concepto de posibles agentes etiológicos de éstas últimas; y sucesivamente, pensamos analizar los mismos aspectos en relación con las formas extra-articulares y con las restantes de carácter crónico y más o menos fácilmente clasificables.

Por lo que a los reumatismos poliarticulares agudos se refiere, ya hemos examinado en los dos aspectos indicados más arriba el caso del "Reumatismo poliarticular agudo" al que hemos llamado "R" para abreviar; también hemos tratado en parte del reumatismo poliarticular infeccioso agudo de etiología disintérica.

Para continuar ocupándonos de este último debemos al igual que hemos hecho con las "Generalidades" resumir brevemente lo que sobre él y el "R" dijimos en nuestro artículo anterior; pero como tanto o más que este extracto nos interesa aclarar algunos puntos no bien dilucidados entonces, trataremos de precisar y resumir a la vez, en el texto que a continuación sigue.

* - * *

EL "REUMATISMO" COMO ENTIDAD GENERAL "VIVIENTE" EN C. A., Y COMO AGENTE ETIOLOGICO DE OFTALMOPATIAS Y DE AFECCIONES EN OTROS ÓRGANOS Y APARATOS

Hemos dicho en otra ocasiones y acabamos de repetir que ciertas formas de "reumatismo" son raras en C. A., y que en cambio son extraordinariamente frecuentes otras; hemos afirmado también que entre las modalidades de más rara, observación se encuentra el "R," y por lo tanto que ni las afecciones oculares que comúnmente se achacan al "reumatismo" ni muy probablemente otras extravisuales que se suponen de igual etiología son apreciables aquí o si existen (y este es el caso de las oculares), obedecen a otras causas; lo que equivale a admitir que la naturaleza del "R" es diferente de la de las formas "reumáticas" restantes, y que la única afección de esta índole capaz de originar las complicaciones oculares y generales aludidas, es el "R," y no las demás variedades de la "familia reumática."

Todo esto que tratándose de otro padecimiento mejor definido resultaría contradictorio o por lo menos oscuro, lo es aún mucho más si se considera que nos estamos refiriendo a una entidad morbosa ya bastante confusa en sí misma a causa de su propia estruc

"turación: un sólo nombre: "reumatismo," y a su sombra un verdadero *amasijo* de enfermedades dolorosas.

Tales circunstancias imponen la necesidad de definir este conglomero y tratar de clasificar las especies morbosas que lo integran antes de pasar a ocuparse en detalles de cada una de ellas; la diversidad de conceptos etiológico-patogénicos acerca de aquél es tal, y la nomenclatura de los numerosos procesos que lo constituyen tan variada, que puede decirse que en el momento actual, no ya cada País, Escuela o generación, sino cada Médico individualmente tiene sus propias ideas sobre el "reumatismo" y llama, a cada una de sus formas más que de acuerdo con la ideología universal, que en los presentes instantes está en plena anarquía, con arreglo a las opiniones, muchas veces inconciliables, expresadas en las Obras que puso en sus manos la casualidad; el intento de abreviar en este caso, -es completamente ilusorio; carece de eficacia y puede dañar, porque sin un previo acuerdo acerca del alcance de las ideas que hayan de exponerse, y del valor y significación de denominaciones y vocablos, en lugar de contribuir a precisar y delimitar como es nuestro propósito, las características del "reumatismo" en C. A., no haremos otra cosa que complicar y dificultar su comprensión general.

Volviendo, pues, al punto en donde debimos comenzar, vamos a exponer la aptitud que hemos adoptado frente a tan caótica situación, y nos ceñiremos exactamente a aquélla a lo largo de este trabajo.

Para justificar nuestros puntos de vista, que no pretendemos sean los más acertados, pero sí pueden aceptarse en concepto de hipótesis de trabajo, recurriremos a la historia *como el medio más rápido y práctico*.

Según ésta, la ideología universal acerca del "reumatismo" se ha caracterizado durante larguísimo períodos por una fijeza tal que en cada uno de ellos parecía ser ya la definitiva.

Las "interpretaciones" han cambiado con el tiempo: *la clínica sobrevive*.

En tres ocasiones sufrieron aquellas grandes conmociones que determinaron otros tantos avances en el conocimiento de esta entidad nosológica; primera, en el siglo XVII, la segunda a principios de! XIX, y la tercera, en los comienzos del XX; los períodos de tiempo comprendidos entre estas tres grandes sacudidas, podrían denominarse las "cuatro Edades" del "reumatismo":

La primera, la de mayor duración, estaría comprendida entre Hipócrates, V siglos antes de J. C. y Schneider en el XVII de nuestra Era.

La segunda, entre este último y Schonlein, XVIII-XIX.

La tercera, entre éste y Aschoff a principios del XX.

La cuarta, desde Aschoff hasta nuestros días.

Examinaremos las características de la concepción del reumatismo en cada una de ellas:

1°—EL REUMATISMO SEGÚN HIPÓCRATES

Para éste el "reumatismo" era una afección "catarral" que encajaba exactamente en su Patología de los "siete catarros" basada en la teoría humoral.

Con arreglo a ésta todos los padecimientos, y el "reumatismo" entre ellos, eran debidos a la diseminación por las diferentes partes del cuerpo, de los "malos humores" que naciendo en el cerebro pasaban a la nariz por filtración o *destilación* a través de los pequeños orificios de la lámina cribosa del etmoides.

Clínicamente el "reumatismo," *era una enfermedad general particularmente frecuente en los jóvenes, muy a menudo febril, y caracterizada por artritis múltiples, dolorosas, migratorias, no supuradas, susceptibles de originar después de varias recidivas, deformaciones articulares permanentes, y curable alguna vez (relató dos casos) POR EXTRACCIÓN DENTARIA* (¡una de las "ultramodernas" panaceas .antireumáticas!)-

La denominó *rheus*, es decir, dolor articular que cambia de unas á otras articulaciones; esta palabra fué usada también como sinónima de "catarro" en armonía con las ideas patógenas reinantes.

A juzgar por la maravillosa exactitud de esta descripción subrayada por un nombre tan adecuado como *rheus*, lo que Hipócrates llamó "reumatismo" y se siguió denominando de igual modo hasta Schneeider en el siglo XVII, es decir nada menos que ¡XXII siglos! fué exactamente lo que hasta Aschoff en 1904, y después él mismo y muchos otros Autores llamaban y llaman hoy, REUMATISMO POLI ARTICULAR AGUDO.

Que ésto es así, se deduce también de las enseñanzas del propio Hipócrates quien después de precisar tan magistralmente como hemos visto el cuadro clírico expresado manifiesta que INDEPENDIENTEMENTE DEL "REUMATISMO," es decir del "reumatismo" por *antonomasia*, el POLI-<ARTICULAR AGUDO, existen otras artritis dolorosas capaces de localizarse en varias articulaciones, que "no tienen nada que ver" con el "R" y que se diferencian de éste porque se presentan en el período de declinación de ciertas enfermedades febriles, afectan a un escaso número de articulaciones, tienen escasa tendencia a saltar de unas a otras y supuran a menudo, lo que jamás ocurre en el "R" o esencial.

Hemos dicho que la concepción hipocrática vivió XXII siglos; nos hemos expresado mal: son XXV, porque vive todavía y vivirá mientras la biología del hombre no cambie; la Verdad es eterna, y como Hipócrates describió exactamente lo que *veía* y los hechos se siguen repitiendo en Clínica, ahí está el "R" tal y como él lo estudió.

Dos grandes deficiencias tuvo sin embargo su Obra, pero ambas fueron hijas de las circunstancias ambientales y no de fallas propias: no estar autorizadas las disecciones, ignoró la Anatomía y fundó la concepción del "reumatismo" y toda la Pa-

tología de los "siete catarros," sobre bases falsas; por participar de la ideología de la época, en la que no se podía "concebir" que órgano tan importante como el corazón "enfermara sin determinar la muerte inmediata," desatendió la sintomatología cardíaca y no pudo percibir las relaciones entre el "R" y el corazón; cuando pudo ejercitar *libremente* la simple observación clínica, reconoció y describió magistralmente la mayoría de las enfermedades y entre ellas el cuadro agudo de los "reumatismos articulares"; cuando se la esclavizaron los *prejuicios* de la época ordenándole *no ver* lo que pasaba en el corazón de los reumáticos, él, que lo veía todo, dejó de *percibir* la sintomatología cardíaca tan ostensible por lo menos como la articular; la independencia de juicio lo llevó a la perfección; la subordinación del mismo a ideas preconcebidas, le hizo caer en el error. Procuremos recoger estas enseñanzas con aplicación al estudio de la Patología centroamericana; la observación clínica *pura y sin trabas es fecunda* y compensa bien el esfuerzo; la embargada por *prejuicios* impide ver lo que está delante* e induce a falsas interpretaciones.

2°—FIN DE LA PATOGENIA HIPOCRÁTICA DEL
"REUMATISMO": SCHNEIDER

Con el descubrimiento de la pituitaria por Schneider en el siglo XVII, la Patología hipocrática de los "siete catarros" y con ella la patogenia del "reumatismo" se vinieron abajo; Schneider describió aquella como una espesa membrana mucosa que tapizaba las fosas nasales en toda su extensión y hasta en sus menores anfractuosidades; LA CARA INFERIOR DE LA LAMINA CRIBOSA DEL ETMOIDES estaba por consiguiente cubierta por ella, y sus numerosos agujerillos resultaban cegados u obstruidos del lado de las fosas nasales: la destilación o goteo hipocrático no eran posibles, y toda ideología fundada en el supuesto de la permeabilidad etmoidal a los "humores" cerebrales debía ser abandonada, y así ocurrió; pero LA ENTIDAD CLÍNICA "REUMATISMO" continuó subsistiendo tal y como era, y tal y como nosotros la vemos hoy.

3°—LA INTERDEPENDENCIA CLÍNICA ENTRE "R" Y
CARDIOPATIAS

En los comienzos del siglo XIX, otro *clínico*, Schonlein, estudiando el "reumatismo" esencial, es decir el "R," se apercibió de que en ciertos casos las poliartritis coincidían con manifestaciones de purpura en la piel y en otros órganos; describió esta asociación con el nombre de "peliosis reumática," y ya desde sus primeras publicaciones señaló la frecuencia con que el "R," AFECTABA AL CORAZÓN, tanto en el curso de la misma como independientemente de ellas. A partir de Schonlein numerosos clínicos fijaron la atención en el corazón de sus reumáticos, y, hacia mediados del siglo, Bouillaud,

refiriéndose a la entidad "reumatismo esencial" de Hipócrates y no a los "reumatismos, febriles" mucho menos frecuentes y con las especiales características diferenciales que tantos siglos atrás había descrito éste, llegó a determinar que en efecto: el "R" afectaba al corazón pudiendo localizarse indistintamente en las serosas, el miocardio o en la totalidad del órgano; que tenía marcada predilección por las primeras y especialmente por el endocardio de las cavidades izquierdas y muy particularmente por el que reviste la válvula mi-tral; y finalmente que la participación del corazón en el "R" era tan común que aún en aquellos casos en que parecía *clínicamente* no haber sido afectado o fué muy dudoso el diagnóstico, si se tenía ocasión de practicar la autopsia se encontraban generalmente lesiones cardíacas de igual tipo y características que las que se hallaban en los enfermos diagnosticados en vida.

Estos hechos reiteradamente comprobados en infinidad de observaciones e innumerables autopsias le llevaron a proclamar su famosa frase: "en el "R," las complicaciones cardíacas *son la regla* Y su ausencia la *excepción*."

La justeza de las observaciones de Bouillaud, y la precisión con que en aquella frase se expresaba la constancia de la asociación entre el "R" y las cardiopatías, dio motivo a que gran número de clínicos después de comprobar por si mismos la exactitud de aquélla, elevaran la célebre expresión a la categoría de "ley," y con el nombre de "ley de Bouillaud" fué difundida y así se conserva, y .-Justamente en los mismos términos en que su Autor la enunció; la también famosa frase de Laséque, "el "R" lame las articulaciones y muerde el corazón" subraya pintorescamente la constante existencia de tal asociación, y aún marca la importancia y gravedad de cada orden de localizaciones; los nombres de "reumatismo cardio-articular" y "enfermedad de Bouillaud" bajo las cuales se describe por algunos Autores modernos la asociación "R"-*carditis*, resumen y consagran una vez más da indestructible realidad del "R" Hipócrates-Bouillaud.

4°—*EL "REUMATISMOS EN LA ÉPOCA MODERNA:
ACHOFF-PAESSLER-ROSENOW*

Fijar el comienzo de la ideología moderna acerca del "reumatismo" en la época en que se inician los trabajos de Aschoiff-Paessler-Rosenow, es tan arbitrario como puede calificarse de justo el que hayamos señalado a Hipócrates, Schonlein y Bauillaud como loa inspiradores de los tres períodos anteriores; porque en realidad quienes comenzaron a analizar y desmenuzar el "reumatismo" introduciendo en él inestimables aportaciones QUE EVIDENTEMENTE NOS LLEVARAN UN DÍA A CONOCER A LA PERFECCIÓN PERO QUE POR EL MOMENTO NOS HAN SUMIDO

EN EL CAOS EN QUE ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS, fueron los investigadores y clínicos desde Pasteur en adelante pasando (y perdónesenos la irreverencia) por Charcot, Garrod y otros no menos ilustres Médicos, que en su loable afán de descubrir etiologías y aislar y matizar diferentes formas clínicas, no llegaron a dar con él o agentes causales, pero en cambio desdibujaron y dejaron tan turbadas las muy rudimentarias pero claras ideas que *clínicamente* teníamos del "reumatismo" que hoy ya no sabemos *qué es y en qué consiste* éste; tenemos, eso sí, la ESPERANZA DE QUE ALGUNA VEZ LO CONOCEREMOS MUY BIEN EN TODOS SUS ASPECTOS, "pero mientras tanto cuando nos hallamos frente a un enfermo con poli-artralgia, no sabemos qué pensar ni qué conducta debemos seguir"; las contribuciones de Aschoff, Paessler, Rosenow, Graffe y tantos otros fueron tan meritorias como las de sus antecesores, y a la vez tanto o más perturbadoras que las de aquéllos y por iguales razones; al iniciar con estos nombres el comienzo de la

época moderna no hemos sido exactos, pero en cambio hemos marcado los factores que *prácticamente* han producido *hasta ahora* mayor confusión: la asignación al "reumatismo" de una base anatómica (nódulos cardíacos de Aschoff y tendinosos de Graeffe), y la introducción del concepto de la etiología-patogenia focal (Paessler-Rosenow); añadamos a éstas la acomodación al "reumatismo" debida a varios, del concepto de "alergia" utilizado primitivamente por V. Firquet para la tuberculosis, y sus variantes "hiperergia, paralergia, etc.", y recordemos que entre los gérmenes considerados como causales de las diferentes formas figuran desde el estreptococo (con más de una docena de variedades) hasta el bacilo de Koch (causa para algunos del ochenta por ciento de casos de "reumatismo"), y tendremos una idea de la paradójica desorientación que a causa de tales avances sufrimos hoy.

La aparición sucesiva de estas concepciones en el campo de la clínica y a partir de los comienzos de este siglo, explica nuestra afirmación, de que en la actualidad cada País y generación médica, y aún cada Médico individualmente tenga una idea distinta del reumatismo" según la época y el País en donde efectuara su formación Profesional, y aún según el tono y conceptos de los Textos que mayor influencia ejercieran en su ánimo; y justifica también que para hacernos comprender sobre los temas que estamos tratando, hayamos recurrido, siendo nuestros fines esencialmente prácticos, a una digresión histórica aparentemente muy apartada. de tales propósitos.

Para fijar nuestra posición y el valor de nuestras palabras, comenzaremos por decir que verificamos nuestros estudios en España y durante los diez primeros años del actual siglo.

En aquel lugar y en aquella época, se nos enseñaba que el "reumatismo" era probablemente una enfermedad infecciosa, pero que todavía se desconocía el germen; y en esto quedaban nuestros conocimientos etiológico-patogénicos; tuvimos la *suerte* de que nos dejaran en la ignorancia a este respecto.

En compensación aprendimos bien el cuadro clínico Hipócrates-Bouillaud; sabíamos pues a nuestra salida de las Universidades,, diagnosticar fácilmente aquel proceso y tratarlo debidamente.

•A partir de entonces, seguimos con toda atención y a medida que "iba saliendo a la superficie" todo cuanto tendía a esclarecer la etiología y patogenia, pero no hallando prácticamente nada que pudiese aventajar a la educación simplista que habíamos recibido, tomábamos nota de cuanto llegaba a nuestro conocimiento y lo almacenábamos y seguimos almacenándolo en la memoria, alertas siempre a adoptar puntos de vista razonablemente mejores en *clínica*-que los nuestros, pero dispuestos también a no abandonarlos mientras no podamos sustituirlos por otros evidentemente más acertados (digamos de paso por su interés práctico, que entre otros *efectos* y después de haber pasado unos cuantos años de fiebre etiológico-patogénica "focal" en Europa, guardamos como la gran mayoría de los clínicos europeos "*los focos*" en nuestro *almacén* y creemos que están bien guardados: sólo muy de tarde en tarde hemos tenido ocasión de sacarlos: y ésto "ALLÁ Y AQUÍ").

(Continuará).