

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña



Director

DR. HUMBERTO DIAZ



E n e r o

y

F e b r e r o

d e

1 9 4 4

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica
Hondureña

Director : DR.

HUMBERTO DÍAZ

Redactores :

DR. MANUEL LARIOS

DR. MARTIN BULNES B.

DR. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ

Secretario:

DR. GABRIEL IZAOUIRRE

Administrador:

DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Año XIV | Tegucigalpa, D. C., Hond., C. A., Enero y Febrero de 1944 i No, 110

PAGINA; DE LA DIRECCIÓN

La Campaña Nacional de Protección a la Infancia

EN el número 105 de esta revista, correspondiente a los meses de marzo y abril del año recién pasado, nuestro antecesor el Dr. Paredes P. dio a conocer, en términos generales, el proyecto de una campaña nacional de protección a la infancia, que sería realizada bajo los auspicios de la Asociación Médica Hondureña.

La gran trascendencia que tal obra encierra y la necesidad que nuestro país tiene de ella, es un asunto que ha sido expuesto además en otras publicaciones, mereciendo favorables comentarios; es algo, en fin, cuyos beneficios a nadie se le escapan. -De manera que si ahora le traemos de nuevo a cuentas, es porque anhelamos, que sea sabido de nuestros consocios que residen fuera de esta capital y en general de nuestros lectores y hondureños de buena voluntad; que el generoso proyecto citado, DO se redujo a un simple revuelo periodístico, sino que la Asociación Médica Hondureña Continua impulsándole de una manera decidida y entusiasta.

Tal afirmación la hacemos, en vista de que en las últimas sesiones celebradas por la referida agrupación, quedó formulado totalmente el plan para financiar el comienzo de tan magna obra y, además, si se examina dicho plan se verá las claras, que se trata de un asunto perfectamente viable. Y hemos hablado de "financiar el comienzo", porque nosotros creemos también, que los frutos de esta campaña

Psicocirugía

Leucotomía Prefrontal a la Freeman y Watts. (1)

Por el Dr. R. Alcerro Castro (hijo) (2)

Nuestros reconocimientos al Prof. Freeman por sus enseñanzas, la revisión de este artículo y por la autorización para la -publicación de algunas fotografías.

ENTENDEMOS por Psicocirugía la efectuada en el cerebro humano orgánicamente enfermo, con el objeto de modificar favorablemente manifestaciones mentales anormales. Ella constituye, sin lugar a duda, uno de los grandes avances de la terapia psíquica contemporánea y una apasionante rama de la cirugía.

Por dos grandes eras atravesó la idea del tratamiento quirúrgico de las enfermedades mentales antes de llegar a su estado actual. En la primera de ellas la cirugía craneal (cerebral) llegó a su mayor grado de desarrollo en territorio sur-americano, mucho antes de que América llevara este nombre. Las excavaciones llevadas a cabo en Perú han demostrado la existencia de cráneos trepanados en sitios diferentes. El objeto de esas trepanaciones, dice Hrdlicka, era en unas ocasiones el tratamiento de fracturas del cráneo y en otras el tratamiento de otras condiciones craneales y cerebrales de tipo mental. Después de ésta era pasaron muchos siglos sin que volviera a intentarse nada en el campo de la cirugía en beneficio de la psiquiatría.TM Cuidadosa revisión de la literatura médica ha fallado en encontrar esfuerzos tendientes a ese fin sino hasta en tiempos modernos. Pero en esta segunda era ya las operaciones no se dirigieron al cráneo y al cerebro sino que al resto del cuerpo humano. Los genitales externos e internos fueron posiblemente los primeros en ser atacados; al tiroi-des le tocó luego su turno y después a otras glándulas incretoras. La infección focal, fuente inagotable de síntomas, síndromes y enfermedades, no podía dejar de provocar psicosis y en el tratamiento de éstas dientes, amígdalas, etc., principiaron a ser ote o ectomizados. Se ha explicado cómo el shock quirúrgico puede influenciar diversos estados mentales sin que ello quiera decir que su causa haya sido una anteflexión uterina o una apendicitis crónica.

Fue Burckardt quien hace unos cincuenta años hizo una operación sobre un cerebro no-orgánicamente enfermo esperando cambiar los

(1) Walter Freeman, M. D. Ph. D. Profesor de Neurología, de la Escuela de Medicina de la Universidad George Washington, Washington, D. C. E. U. de A. James W. Watts, M. D. Profesor de Clínica Neuro-Quirúrgica de la Escuela de Medicina de la Universidad de George Washington; Washington, D. C. E. U. de A.

(2) De Honduras C. A.—Actual Fellow en Neurología y Neurocirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad George Washington; Washington D. C. E. U. de A.

síntomas mentales de sus enfermos. De seis casos operados, haciendo pequeñas resecciones corticales, uno murió al sexto día de operado; todos los demás mejoraron, desarrollando epilepsia dos de ellos. En 1910 algunas operaciones se llevaron a cabo en este campo, habiéndose obtenido resultados mediocres.

Mientras tanto la neurocirugía avanzaba grandemente y así también el conocimiento de las funciones de las diferentes áreas del encéfalo.

El nombre de Egas Moniz, de Lisboa, tiene que ocupar un lugar prominente en la historia de la PSICOCIRUGIA. Fue él en efecto, quien con un conocimiento avanzado sobre el funcionamiento de los lóbulos frontales y el origen de algunos desórdenes mentales de tipo psicofuncional, concibió una meritoria operación que los aliviara. Se trataba de la interrupción de los medios sub-corticales de asociación; lo cual se hizo en un principio por alcoholización de la sustancia blanca prefrontal y después por sección parcial de la misma por medio de un instrumento ideado con ese fin y llamado leucotomo. Las operaciones fueron ejecutadas por Almeida Lima bajo la dirección de Egas Moniz. La primera de ellas se hizo en noviembre de 1935. Los resultados obtenidos en una primera serie de 20 casos fueron publicados por Egas Moniz en 1938. Ellos imprimieron nuevas energías a los que trabajaban en este campo y despertaron en otros el entusiasmo por el mismo. Y así, con técnicas más o menos modificadas la operación se extendió por varios países europeos—Italia particularmente, en donde Mariotti y Sciutti, Donaggio, Rizzatti y Borgarello trataron buen número de casos con resultados variables—y cruzó rápidamente el Atlántico verificándose por primera vez en Washington, D. C. E. U. por Freeman y Watts, en septiembre de 1936. Las Leucotomías Prefrontales se han extendido cada vez más en los Estados Unidos y algunos países de América Latina (Venezuela, Cuba, Brasil, México, etc.)

Esencialmente, como queda dicho, las leucotomías prefrontal consisten en la interrupción quirúrgica de los haces de asociación de los lóbulos prefrontales y particularmente de la doble vía corteza frontal—tálamo óptico—tálamo óptico-corteza frontal. Porqué las intervenciones conducidas en este sentido? Permítaseme revisar los fundamentos del método recordando las funciones de las regiones prefrontales y mencionando la función talámica en relación con los fenómenos mentales.

Las funciones de los lóbulos frontales están en gran parte en relación con las de tipo psíquico, tomando en ellas una parte nada fácil de eliminar. Bastante se ha logrado avanzar, sin embargo, habiendo contribuido enormemente a iluminar este campo científico, la antropología, los experimentos en animales inferiores, las lesiones de los lóbulos frontales en el hombre (reblandecimientos, tumores, heridas, atrofias) y los resultados de ciertas intervenciones (lobectomías frontales uni y bilaterales, Leucotomía Prefrontal).

Constituyen los lóbulos frontales la porción más diferenciada del cerebro humano, aquella que le imprime el mayor sello de distinción en la escala de la evolución. Una parte de esos lóbulos (áreas 4 y 6 de la clasificación de Brodman) está constituida por las regiones mo-

tora y promotora, en relación con los movimientos individuales y los relacionados con las actitudes del cuerpo humano. Otra da asiento a los centros del lenguaje hablado y escrito (áreas 44 y 45). Por delante de estas regiones se encuentra el área prefrontal. Estos se encuentran en relación con las circunvoluciones vecinas y paravecinas por medio de las fibras arciformes; con el lóbulo frontal del lado opuesto por medio de las fibras callosas; con el polo del lóbulo temporal por medio del fascículo uncinado; con los demás lóbulos cerebrales por medio del fascículo cinguli y el fascículo longitudinal superior, y con el tálamo óptico por medio de la radiación talámica anterior.

Los experimentos en animales inferiores al hombre, monos particularmente, demostraron que la destrucción de los fascículos de asociación de las regiones frontales acarrearán trastornos de la conducta, defectos de percepción, de la memoria, de iniciativa y defectos en las operaciones de síntesis.

En el hombre los tumores de los lóbulos frontales presentan una sintomatología a través de la cual pueden percibirse parcialmente las funciones de las regiones afectadas. La interpretación correcta de las relaciones entre esa sintomatología y su supuesto substratum no ha estado desprovista de puntos críticos. Sin embargo, la dificultad de síntesis, la abulia y apatía, dificultad de adaptación a nuevas circunstancias pueden considerarse como síntomas de disfunción prefrontal. En los casos de atrofia de los lóbulos frontales se ha notado desorientación en el espacio, locura moral, falta de iniciativa, olvido de detalles, dificultad de pensar en términos de lo abstracto, euforia y agitación, alternando con aplanamiento emocional. En la mayor parte de esos casos la atrofia se extendía a otras regiones cerebrales.

En los reblandecimientos el hecho sobresaliente lo constituye la pérdida de la memoria de fijación, a la cual se asocian falta de atención hacia el estado de salud de sí mismo, apatía, indiferencia y alternativas de euforia y depresión.

Las heridas han suministrado un material precioso. En las heridas accidentales con transección total o parcial de las áreas prefrontales, han sido notorios el comportamiento infantil y la euforia consecutivos. La falta de iniciativa se nota en las primeras semanas que siguen a los sedales fosa temporal-fosa temporal; hay también falta de interés por la propia persona y por los acontecimientos que se desarrollan a su alrededor y gran disminución en el registro de las emociones. En ocasiones manifestaciones hipómaníacas pueden presentarse. Esta oposición entre hiperactividad en unos casos y abulia y apatía en otros parece que puede explicarse por la existencia de lesiones concomitantes en otras regiones cerebrales y por la diferente constitución psicológica de cada individuo.

En las heridas de guerra observadores cuidadosos recalcan como comportamiento posterior a ellas, la dificultad de síntesis, la falta de conceptos en abstracto, la dificultad e imposibilidad de generalizar, y falta de introspección y autocrítica.

En lo que hace referencia a las autoheridas no accidentales {intentos suicidas}, Freeman y Watts creen que actúan de dos maneras cambiando la personalidad de los pacientes: a).—Porque el acto suicida al liberar una compulsión, suprime parcialmente el estado de

tensión y b).—Porque el trauma, el dolor, la fiebre y-el-trauma quirúrgico ocasional obran como los métodos de shock usados en el tratamiento de las depresiones psíquicas.

Las lobectomías frontales unilaterales no parecen alterar grandemente el estado mental de los operados. Después de las bilaterales se observa falta de poder de síntesis, de autocrítica y de introspección. Resultados dispares también se han observado en los bi-fronto-lobectomizados. Así por ejemplo un paciente notará gran distractibilidad, dificultad de adaptación social, dificultad en verificar un trabajo determinado; mientras que, en contraste, se cita un paciente que mostró hiperactividad de tipo productivo, trabajando arduamente en el día, asistiendo frecuentemente a la iglesia, aprendiendo rápidamente un nuevo idioma y discutiendo diversos asuntos con sus amigos. Se ha puesto énfasis en la regresión hacia un tipo infantil de juicio y emotividad, con falta de represión en la expresión de juicios y emociones, y conducta antisocial. Cuando los pacientes presentaron trastornos psíquicos preoperatorios se notó una mejoría de los mismos después de las lobectomías.

A través de todos esos estudios se iba teniendo un concepto de las funciones de las regiones prefrontales. Después de los resultados observados en los operados de leucotomías prefrontales nuevos conceptos se han añadido, teniendo estos estudios mucho más seguridad que los anteriores ya que aquí los pacientes fueron cuidadosamente examinados desde el punto de vista de sentido y comportamiento social, memoria, inteligencia y emotividad, antes y después de la modificación quirúrgica.

Freeman y Watts consideran al cerebro humano dividido en dos regiones esenciales: una post y una pre-rolándica. La post-rolándica es puramente receptiva; a ella llegan estímulos provenientes de todas partes del cuerpo. Estos estímulos son allí mismo elaborados en engramas. La región pre-rolándica está dividida en dos áreas; una de ellas, la posterior, esta encargada de la ejecución de movimientos y regulación de funciones viscerales. Con el área anterior, la mayor de ellas, el individuo se forma la conciencia de sí mismo y percibe sus relaciones con los demás, proyectándolas al futuro, desarrollando la capacidad de previsión, de relación social y de adaptabilidad a nuevas y variadas circunstancias.

Esas diferentes funciones intelectuales están provistas de un tono emotivo, el cual es suministrado por el tálamo óptico en virtud de un mecanismo todavía no demostrado. El tálamo por sus relaciones con la corteza cerebral se ocupa de la apreciación consciente de las sensaciones; en el caso de la corteza prefrontal se trata de ideas a las que el tálamo tiene que apreciar y a las cuales provee de emoción.

Ese poder de proyección en el futuro tiene como es de suponerse, las más variadas manifestaciones: el así llamado sentido social, el poder de síntesis, la capacidad cognoscitiva de lo abstracto y la capacidad de establecer la relación de ser consigo mismo en un conocimiento intelecto-emocional, serían algunas de ellas. Explicando su funcionamiento normal Freeman y Watts, escriben "Proyectándose a sí mismo en el futuro con los ojos de su pensamiento, llama, a sus mecanismos corticales para que sinteticen su existencia pasada para que sirva

de guía; y a sus mecanismos emocionales como fuerza conductora en la búsqueda de lo agradable y la evasión de lo desagradable. Una vez fijada su meta, pide a sus mecanismos corticales que reúnan las diferentes partes del problema y selecciones el camino adecuado entre las diferentes alternativas que se presentan en el cumplimiento de cada diferente acto. La respuesta total se modifica con cada cambio condicional. La satisfacción o insatisfacción dependen del reconocimiento de la cercanía con que la realidad se aproxime al ideal por él previsto.

"La introspección demanda que el individuo exija en su pensamiento una idea de sí mismo en relación con el mundo exterior, y esto lo puede hacer solamente si se proyecta en el futuro y mira como aparecería. Al hacer esto también compara la imagen así obtenida con la evidencia con que le proveen sus sentidos una vez que el acto se ha cumplido".

Ahora bien, en concepto de los mismos autores el psicópata es esencialmente un individuo con un exceso de ideas concernientes consigo mismo y con un acortamiento del horizonte del mundo exterior, y quien pone una sobrecarga de emoción a esas ideas egocéntricas, marchando progresivamente hacia la rumiación y fijación de ellas. Esas ideas sufrirán después variadas elaboraciones patológicas y llevarán a los diversos síntomas mentales que se organizarán diferentemente en síndromes y enfermedades (estados obsesivos, compulsiones, estados de ansiedad, esquizofrenias, alucinaciones, delirios, etc).

La LEUCOTOMIA PREFRONTAL al seccionar la radiación anterior del tálamo desconecta las regiones prefrontales de su generador de emoción, el tálamo óptico. Los exámenes histológicos llevados a cabo en algunos casos de resultados fatales han demostrado la persistencia de una estructura normal en la corteza prefrontal, y la degeneración del núcleo medio dorsal del tálamo, el cual núcleo es el que se halla en relación con la radiación talámica anterior. El cambio primordial de la conducta de los prefrontoleucotomizados es la desviación de la atención desde el mundo interior hacia el exterior. El operado ya no se dedica a la contemplación dolorosa de sus experiencias internas, notándose durante las primeras semanas consecutivas a la operación una conducta infantil, y luego, descortesía, falta de tacto e insociabilidad, a veces persistente por varios años. La inteligencia no sufre alteración alguna y la re adaptación social en muchos casos llega a obtenerse más o menos pronto, dependiendo esto en gran parte del medio más o menos apropiado que rodee al operado.

Freeman y Watts consideran que la gran indicación de la Leucotomía Prefrontal la constituyen los casos en los cuales los síntomas son el resultado inmediato de una sobrecarga emocional en relación con las manifestaciones del yo; en aquellos en que hay una introversión dolorosa, como es el caso en las melancolías involutivas, las psicosis de angustia, las compulsiones obsesivas, los estados tensionales con rumiación obsesiva. Han obtenido resultados menos satisfactorios en aquellas ocasiones en las que los trastornos psíquicos están de tal modo avanzados que los pacientes han perdido el contacto con la realidad. En todo caso alguna mejoría puede esperarse cuando persiste la lucha entre el enfermo y su enfermedad, en que aquel no es-

tá completamente derrotado, manifestando sus esfuerzos en forma de manierismos, irrestricción, agitación, autismo, falta de atención, etc. Insisten en que es el factor cualidad y no el factor tiempo el que da la indicación operatoria y el pronóstico.

Bennett Keegan y Wilbur, por el contrario, reservan la intervención para ayudar a los esquizofrénicos a ser .de alguna utilidad; han obtenido buenos resultados en las paranoias y operaron sin ninguna respuesta una esquizofrenia de forma catatónica. No aplicarían sino como último extremo las leucotomías prefrontales a la psicosis emocionales a menos de un fracaso completo de los otros medios de tratamiento.

Para llevar a cabo las Leucotomías Prefrontales, Freeman y Watts, usan una técnica propia, modificación de la primitiva de Egas Moniz. Este autor usaba la vía de aproximación superior, llegando a las áreas prefrontales a través de un par de agujeros practicados en la pared, craneal a tres centímetros de la línea media, en una línea situada a tres centímetros por delante de una curva que- uniera ambos tragos. A esos niveles introduce Egas Moniz un leucotomo (instrumento consistente en una cámbula y un trocar hueco que esconden una hoja de cuchillo, la cual se hace salir por medio de una vuelta de tornillo, describiendo entonces una circunferencia de cinco milímetros de radio). El instrumento se dirige primero hacia adelante y la línea media y después hacia adelante y a un lado, haciendo en la primera dirección tres cortes circulares a las profundidades de 4, 3 y 2 centímetros, y en la segunda otros tres cortes a 4 y medio, tres y medio y dos y medio centímetros; haciendo en total seis cortes en cada región prefrontal.

Freeman y Watts encontraron que por una parte, los resultados eran mejores si se cortaba la substancia blanca a mayor profundidad y por otra, que a mayor cantidad cortada correspondían mejores y más duraderos resultados. Hicieron entonces secciones más profundas a través de la aproximación superior y por medio del leucotomo de Egas Moniz, y encontraron que quirúrgicamente tal técnica resultaba insatisfactoria porque una pequeña angulación posterior conducía la punta del leucotomo muy hacia adelante separando por tanto una cantidad muy pequeña de lóbulos frontales. Una angulación posterior llevaba el instrumento muy hacia atrás, hasta el espacio perforado anterior, ricamente vascularizado; resaltando grandes inconvenientes (dos muertes) de las excursiones en esa área. Comprobaron estos autores que el mejor plano de sección, aquel que da más seguridades quirúrgicas y sobre todo aquel en el cual los resultados clínicos son los mejores en la mayoría de los casos, es uno situado en el plano de la sutura fronto parietal. De allí la modificación de la técnica operatoria por Freeman y Watts. Siguiéndola se hacen cortes amplios, situados en el plano de la sutura mencionada, cuyas relaciones anatómicas y puntos de referencia para su localización operatoria han sido meticulosamente fijados. La operación se lleva a cabo en la forma siguiente: La cabeza del paciente se rasura en su mitad anterior; previa preparación antiséptica se fijan los puntos de referencia y se trazan las líneas guías. En la línea media se mide un punto distante trece centímetros del nasium. Bilateralmente se marca un punto si-

tuado a tres centímetros por detrás del borde externo del reborde orbitario y a 6 centímetros por arriba del arco zigomático una curva que rodea la bóveda craneal une estos tres puntos y una vertical a punto medio de esa línea divide la región en dos hemisferios simétricos. Una vez terminado de preparar el campo operatorio se hacen incisiones bilaterales de tres centímetros de largo, siguiendo los puntos de referencia citados. Se perfora el cráneo con un trépano, se agrandan las perforaciones al rongeur, dándoles la forma aproximada de un oblongo alargado longitudinalmente. Se abre la duramadre y se busca un área avascular o paucivascular del cerebro puesto al descubierto, y en ella se hace una pequeña incisión de unos tres milímetros de largo, a través de la cual se insinúa el leucotomo de Freeman y Watts, y la punta de un instrumento romo (separador nasal). Hecho esto en ambos lados, se procede a medir el diámetro cerebral a ese nivel, lo cual se hace pasando el leucotomo de un agujero craneal al opuesto, procedimiento en el cual el cirujano es guiado por el neurólogo o el primer ayudante. Cada hemidiámetro medirá el espesor de cada lóbulo frontal, el cual generalmente es de unos 5 y medio centímetros. Para buscar la cresta del esfenoides, límite entre las fosas craneales anterior y media y punto de referencia hacia el que luego se dirigirá el corte prefrontal, se dirige la cánula hacia la base del cerebro, haciéndola llevar una angulación de 45 grados. La cresta se encuentra a unos 4 y medio centímetros de profundidad. Cuando esta maniobra se ha terminado se tienen ya varios puntos de referencia: tres puntos de la sutura fronto parietal; diámetro craneal; profundidad de la fosa cerebral anterior en su límite posterior. Además durante la medición del diámetro cerebral es frecuente darse cuenta de la situación del asta anterior del ventrículo lateral, la cual no es infrecuente perforar. El siguiente tiempo consiste en la sección de los lóbulos siguiendo los puntos obtenidos. Las maniobras siguientes se verifican primero en un lado y luego en el opuesto. Se usa para ellas un instrumento romo (separador nasal) con la hoja marcada en centímetros, y a la parte media del cual se une una pinza hemostática recta que caiga sobre él perpendicularmente. Dispuesto de esta manera se introduce en la sustancia blanca cerebral siguiendo la vía abierta por la cánula, penetrando hasta una profundidad tal que la punta del instrumento llegue hasta el límite de la capa de corteza cerebral en la cara interna del hemisferio. El neurólogo corrige la posición de los instrumentos hasta que la escuadra "mango del desatornillador recta" este en el mismo plano de la línea que marca la sutura frontoparietal. Una vez asegurado este punto el cirujano siempre bajo el control y guía del neurólogo mueve el mango del instrumento hacia la bóveda craneal; la punta del mismo, por consiguiente, se dirige hacia la base y afuera, cortando el medio inferior del lóbulo de ese lado. A continuación por medio de un movimiento similar al primero pero orientado en sentido opuesto se corta la mitad superior de las fibras largas de asociación. En muchas ocasiones se pasa de este tiempo al similar del lado opuesto y luego se completan las secciones por cortes adicionales hechos en el mismo plano que el primero, los cuales cortes aseguran una más completa separación entre la sustancia blanca prefrontal y su homónima del resto del cerebro. Todos

estos cortes dan generalmente muy poca sangre. Sin embargo cuando se han terminado se introduce una cánula exploradora se le lavan las secciones con suero salino isotópico. A través de la misma cánula se inyecta luego unas gotas de lipiodol a lo largo de la transección prefrontal. La operación se termina con cierre de los diferentes planos.

Se prefiere hacer la operación bajo anestesia local a menos que el estado de los pacientes no lo permita, usándose entonces pentotal sódico o avertina. Con el paciente despierto el neurólogo puede sostener una conversación durante el curso de la intervención y apreciar los cambios de la personalidad del mismo a medida que se avanza en la operación.

La tensión arterial, la respiración y el pulso—por supuesto—se vigilan constantemente.

Una vez puestos los vendajes se ayuda al enfermo a pasarse a una camilla en la cual se traslada al departamento de rayos X en donde se toman varias placas que demostrarán la posición exacta de los cortes por medio de la visualización roengenológica del lipiodol.

El choque de la operación es mínimo, menor que el de cualquier intervención abdominal. La pérdida sanguínea por lo general es pequeña y controlable.

En el postoperatorio se mantiene el paciente en posición semisentada siempre que la tensión arterial sistólica se mantenga por arriba de 100 mmg. Se mantiene a dieta líquida los dos primeros días, cambiándola a suave los dos siguientes y a regular el quinto día. Los puntos de sutura se quitan al 4º día; el paciente deja la cama al sexto y camina al rededor de 7. Por lo general se dan de alta entre el décimo y decimoquinto día después de la operación.

El examen de los operados demuestra desde el punto de vista neurológico: incontinencia de orina en el 40 por ciento de los casos; inercia, somnolencia, fijación de la expresión facial y lenguaje en metáfora. Más raras veces se encuentra signo de Bábinski, reflejo de prehensión, hemiparesia, afasia, ataxia, reflejo del bull-dog y perseveración. Posteriormente se observa ataques epiléptiformes en el 10 por ciento de los casos, de los cuales en un 4 por ciento son persistentes.

Como signos viscerales pueden presentarse: vasodilatación periférica, sudores profusos y pulso lento.

Desde el punto de vista psicológico hay desorientación global, con persistencia de la de tiempo durante algunos días; confusión, confabulación, inercia, y a veces agitación. Del tercer día en adelante la confusión empieza a ceder terreno; continúa la falta de iniciativa, desinterés, falta de atención personal, de atenciones sociales. El poder de síntesis falta por algunos días. Hay amnesia del período postoperatorio. La atención es superficial; el paciente pasará fácilmente de un tema a otro. La inteligencia se conserva como antes de la operación y a veces aparece una mayor libertad en el uso de la misma. El carácter es alegre y las depresiones son raras.

La conducta social está perturbada. Los pacientes tienen un comportamiento infantil, con falta de autocritica, de tacto, bufonería, y necedad y sarcasticidad.

Pero los pensamientos obsesivos con relación al yo se han perdido o si persisten han perdido su carga emotiva. No serán ya capaces de provocar angustia, ansiedad, miedo, horror al futuro. El paciente habrá olvidado las voces o si las oye ya no le molestan; la gente habrá dejado de mirarle de manera sarcástica o sospechosa; ya no habrá razón para huir de la compañía de los otros: ya no temblará cuando tenga que hablar a alguien; ya no tendrá que pasar horas de tensión frente al trabajo que espera y el cual no se atreve a comenzar, etc.

Estos resultados no siempre se obtienen con una sola operación en ocasiones una segunda o tercera se hacen necesarias. Sucede también a veces que una mejoría no se mantiene más que por un tiempo corto, habiendo después una regresión hacia el estado preoperatorio. Estas circunstancias también indican la reoperación.

Sintetizando los resultados obtenidos con las Leucotomías Prefrontales, copio a continuación los cuadros gentilmente cedidos a mí por el Prof. Freeman y tomo el publicado por Bennett y hecho Ziegler después de una investigación verificada en 17 clínicas y hospitales de los Estados Unidos y el Canadá, de enero a marzo de 1943.

CUADRO 1						
Condición de los pacientes vivos, desde 6 meses hasta 7 años después de la Leucotomía.						
Enfermedad	Núm.	Regularmente empleados	Parcialmente empleados	Trabajos domésticos	En casa	Institucionalizados
Melancolía						
Involutivas	65	11	6	42	32	9
Esquizofrenias	43	26	5	23	32	14
Estados obsesivos ten-						

CUADRO 2						
Resultados de la Leucotomía Prefrontal Excluyendo 34 casos recientes. Porcentajes.						
Enfermedad...	Núm.	Resultados			Muertes	
		Bueno	Mediano	Malo	Operatoria	Posterior
Melancolía						
Involutiva	77	67	21	8	4	11

CUADRO 1

Condición de los pacientes vivos, desde 6 meses hasta 7 años después de la Leucotomía.

Enfermedad	Núm.	Regularmente empleados	Parcialmente empleados	Trabajos domésticos	En casa	Institucionalizados
Melancolía						
Involutivas	65	11	6	42	32	9
Esquizofrenias	43	26	5	23	32	14
Estados obsesivos ten-						

sionales	30.....	47.....	10	20.....	17.....	6
Psiconeurosis. 10	50.....	—.....	20	10.....	20	
No					diferencia	
dos					(esquizoi	
des).,	6	33.....	—.....	17	17.....	33
TOTALES	154.....	25	6	30.....	27	12

Esquizo-						
frenias.....	45.....	64.....	15.....	19.....	2.....	2
Estados						
Obsesivos						
tensionales.....	31.....	71.....	23.....	6.....	-.....	3
Psiconeurosis..	10.....	60.....	20.....	20.....	-.....	-
No diferencia-						
dos (esquizo-						
des).....	7.....	14.....	43.....	43.....	-.....	14
TOTALES	170.....	65.....	21.....	12.....	2.....	7

(Freeman y Watts)

Según la investigación de Ziegler, de 582 operados (la mayor parte de ellos en casos de Esquizofrenia), ha habido 11 muertes operatorias; 16 murieron algún tiempo después, debiéndose una de esas muertes a suicidio; se agravaron después de la operación 8; no mejoraron 60; mejoraron ligeramente 111; hubo gran mejoría en 192; recuperaron, con desaparición de los síntomas psíquicos y neuróticos 184; pacientes todavía hospitalizados, algunos de ellos trabajando 265; pacientes no hospitalizados pero sin trabajar 55; pacientes fuera de los hospitales y trabajando 235.

Como se ve por los cuadros y cifras anteriores la Leucotomía Prefrontal ha ayudado a numerosos pacientes; en la mayor parte de los cuales se había agotado ya todo otro recurso terapéutico. Muchos de esos pacientes han vuelto a una vida social activa, muchos otros pueden vivir en sus casas siendo de alguna utilidad en ocasiones y de ninguno en otros; se informa de un buen número de ellos que todavía permanecen en hospitales, no habiendo mejorado algunos y habiéndose notado agravamientos después de la operación en otros. Varios casos de muertes acaecieron poco tiempo después de las operaciones, habiéndose calificado como operatorias; otras sobrevivieron algún tiempo después.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

a).—Ha sido uno de nuestros deseos llevar a las letras C. A. un informe más sobre los procedimientos psicoquirúrgicos.

b).—La Leucotomía Prefrontal es el más avanzado procedimiento psicoquirúrgico. Fue practicada por primera vez en Europa por Egas Moniz y Almeida Lima. Los primeros en verificarla en América fueron Freeman y Watts.

c).—La Técnica Freeman y Watts es elegante, segura y de resultados alentadores.

d).—La operación consiste en la sección de la substancia blanca de las regiones prefrontales. Parece ser que obra principalmente interrumpiendo la radiación talámica anterior. Su principal efecto es la disociación entre la super-emoción de los pacientes y sus funciones intelectuales.

e). Al presente la operación se ha aplicado sobre todo a algunas psiconeurosis (estados obsesivos, con tensión emocional) y en las esquizofrenias.

f). —No hay efectos deteriorantes sobre la inteligencia.

Washington, D. C, 20 de diciembre de 1943.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bennett, A. E.; Keegan, J. J.; Wilbur, C. B.-Prefrontal lobotomy in chronic schizophrenia, J. A. M. E. Vol. 123, No. 3-November 27, 1943.

Freeman, W. y Watts, J. W.-Psychosurgery.-Charles C. Thomas-Springfield 1942.

, Freeman, Walter, The surgical treatment of mental disorders-medical annals of the District of Columbia, Vol. VIII, No. 12, December, 1939.

Freeman, W. y Watts, J. W. Intellectual and emotional changes' following prefrontal lobotomy. Sonderdruck aus dem Zentralblatt für neurochirurgie '1940 No. 3 (Verlag Johann Ambrosius Barth, Leipzig)

Freeman, W. y Watts, J. W.-Prefrontal lobotomy-Bulletin of the New York Academy of Medicine Vol. 18, No. 12, second series-December, 1942.

Freeman, W. y Watts, J. W. Prefrontal Lobotomy-Convalescent care and aids to rehabilitation.-American Journal of Psychiatry, Vol 99, V, August, 1943.

Krieg, W. J. S.-Functional Neuro-anatomy.-The Blakiston Company Philadelphia, 1942.

Testut, L. y A. Latarjet.-Tratado de Anatomía Humana VIII Ed. T. II Salvat Editores, Barcelona, Buenos Aires, 1940.

Watts, J. W. y Freeman, W. Surgical aspects of Prefrontal lobotomy Journal of the International College of Surgeons.-May, June, 1942.

La Penicilina

Un nuevo agente contra la infección bacteriana Por

el Dr. Raúl Enrique Zúñiga.

LA acción antibacteriana de la penicilina fue descubierta por Fleming, investigador inglés, quien trabajando con cultivos de *PENICILLIUM NOTATUM*, aisló esta substancia en el año 1929. Sus estudios recibieron poca atención y por un período de 11 años quedaron olvidados. Los trabajos de Chain, Florey y otros investigadores de Oxford, corroboraron las investigaciones de Fleming y consiguieron preparar cantidades importantes de esta substancia, para efectuar estudios experimentales y clínicos que están obteniendo el mayor de los éxitos y nos hacen vislumbrar la esperanza de que estas substancias lleguen a constituir muy pronto el principal agente terapéutico en la lucha contra las infecciones bacterianas.

El descubrimiento de las sulfamidas nos ha permitido disponer de un arma sumamente eficaz; gracias a ellas han disminuido considerablemente las complicaciones debidas a la generalización de las infecciones locales; pero por su uso hemos aprendido a observar que ellas no constituyen una panacea. La poca solubilidad de esta substancia hace que actúen como cuerpos extraños cuando se aplican sus cristales localmente en los tejidos. Su inhibición por el ácido paraamino benzoico y por los productos de desintegración de los tejidos, nos explican su inactividad en las colecciones purulentas (empiema, abscesos, artritis superada, etc.) El descubrimiento de la sulfamido-resistencia desarrollada por las bacterias es otra de las explicaciones de los pobres resultados que observamos en algunos casos en que utilizamos esta terapéutica.

La penicilina es una substancia que se desarrolla en los cultivos de *penicillium notatum*. Se están realizando trabajos con el objeto de obtener cultivos puros, que permitan extraer esta substancia en cantidades suficientes para determinar la estructura de su fórmula química, conseguida ésta, fácil será fabricarla sintéticamente y recién entonces podremos disponer de cantidades suficientes para aplicarla clínicamente.

Actualmente con la penicilina que se dispone se divide en tres partes; con una de ellas se están realizando los trabajos para determinar su fórmula química. Con la otra se realizan los trabajos de laboratorio para determinar su acción bacteriostática y bactericida in vitro y en los animales de experimentación y con la cantidad restante han comenzado, las tareas de investigación clínica en el hombre.

De acuerdo con Florey y sus colaboradores el extracto bruto de penicilina tiene 4 unidades. Oxford (en los Estados Unidos se le denomina unidades Florey, en honor a este investigador) por cc. de cultivo líquido, pero por medio de la absorción y reducción se pudo obtener una sal de bario con una actividad de 450 a 500 unidades por miligramo.

La penicilina es un polvo amarillo, muy soluble en agua, sumamente inestable, que se le inactiva rápidamente por los ácidos, alcalis o por calentamiento. Roberts, Doisy y sus colaboradores, trabajando con cultivos de *penicilium notatum*, consiguieron aislar otro tipo de penicilina que designaron con el nombre de "Penicilin B", que tiene como característica ser insoluble en los disolventes de los líquidos; cuando es conservada en estado sólido es estable. Difiere de la penicilina en que ataca a ambas clases de bacterias: gram positivas y gram negativas. El inconveniente de esta substancia es el ser tóxica para los animales de experimentación.

El Doctor Kocholaty trabajando con el *penicilium notatum* consiguió aislar otra substancia antibacteriana diferente de las anteriores y la designó con el nombre de Penatin, esta substancia posee propiedades bacteriostáticas y bactericidas mucho más amplias que la penicilina; ataca a algunos bacilos gram negativos, y su acción es más poderosa, siendo efectiva en diluciones infinitesimales. El penatin es una proteína que se presenta en forma de un polvo amarillento, soluble en agua, que requiere dextrosa para ser activo; probablemente es similar sino idéntico al notatin.

El gramicidin descubierto por Dubos en los cultivos de bacilos *brevis* que ataca también grandes tipos de gérmenes, gram positivos y gram negativos, ha sido abandonado, pues ha demostrado ser tóxico cuando se le inyecta en animales de laboratorio.

ESTUDIOS EXPERIMENTALES CON LA PENICILINA

Experimentalmente la penicilina tiene propiedades bacteriostáticas y bactericidas contra los gérmenes gram positivos, pero no ataca a los gram negativos. Es activo contra el estafilococo aureus, estreptococo piógeno, neumococo, carbunclo, gonococo, bacilos de la gangrena gaseosa y actinomicos bovis.

Experimentalmente es inefectivo contra el bacilo de Koch.

La penicilina purificada inhibe los cultivos de estafilococos aureo en una dilución de 1 en 24.000.000 a 1 en "30.000.000.

En los trabajos experimentales no produce síntomas tóxicos p alteración de los elementos sanguíneos o tisurales.

Al ser inyectado en los animales de experimentación y en el hombre sus propiedades antibacterianas no son inhibidas por el ácido paraaminobenzoico o por los productos de desintegración de los tejidos que inactivan a las sulfamidas. Gracias a esta propiedad y a su gran solubilidad la penicilina es efectiva en las colecciones purulentas.

Desarrollo de una Penicilino-Resistencia en las bacterias sometidos a la presencia de esta substancia

Los Doctores Mac Kee efectuaron estudios con el objeto de determinar la resistencia a la penicilina de! neumococo tipo III, efectuaron 26 pasajes de neumococo por cultivos conteniendo la mayor cantidad de penicilina compatible con el desarrollo bacteriano, en este momento los bacilos tenían una resistencia aumentada que les hacía posible

desarrollarse en un medio conteniendo 10 veces la concentración inicial de penicilina y después de 55 pasajes se desarrollaban en un medio conteniendo 30 veces la concentración inicial.

El Dr. L. H. Schmidt ha efectuado separadamente estos mismos estudios y ha llegado a idénticas conclusiones.

Rammelkamp, Maxon y Abraham descubrieron la penicilino-resistencia en los estafilococos.

Todos estos trabajos han demostrado que los bacilos resistentes poseen una virulencia atenuada; así en el caso de los neumococos, 10 bacterias constituían la dosis mortal para la rata, y después de 55 pasajes se necesitan 9000.000.000 de bacilos para matar a una rata. La virulencia no puede ser restaurada ni aún después de 10 pasajes en la rata.

Esta es la gran diferencia que presenta la penicilina con las sulfamidas; con estas últimas, los bacilos desarrollan una sulfamido-resistencia y mantienen su virulencia inalterable.

Se ha demostrado también que la penicilino-resistencia no altera la sensibilidad para las sulfamidas, y también que la sulfamido-resistencia no altera la sensibilidad para la penicilina.

ESTUDIOS CLÍNICOS CON LA PENICILINA

Vías de administración.—La administración por vía bucal no es efectiva, porque la penicilina es destruida por el ácido clorhídrico. La administración por vía endovenosa es perfectamente tolerada y no produce reacciones tóxicas. La administración de 10.000 unidades Florey produce una concentración efectiva contra las bacterias; esta concentración alcanza su máximo en la primera hora y desaparece en la sangre antes de cumplirse las dos horas de la inyección.

La penicilina se elimina por la orina, de donde puede ser extraída. La penicilina así recogida tiene las mismas propiedades bactericidas; Que la penicilina primitivamente inyectada.

La inyección por vía intramuscular produce una absorción más lenta, pero como la eliminación es rápida, la concentración sanguínea no es tan elevada como la que se obtiene cuando se utiliza la vía endovenosa.

La penicilina inyectada por vía endovenosa no pasa la barrera meníngea, cuando se quiere actuar sobre infecciones localizadas puede aplicarse la penicilina localmente, pues no produce alteraciones tóxicas en los tejidos.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN CLÍNICA EN EL HOMBRE

La resistencia de una cantidad tan limitada de penicilina hace que la experiencia actual se limite a los resultados obtenidos en pacientes seleccionados, en su mayoría portadores de una infección producida por estafilococos. No podemos por el momento efectuar una crítica del procedimiento hasta acumular una experiencia mayor, la cual será posible en cuanto se descubra la fórmula estructural de esta substancia.

En Inglaterra, Florey publicó los resultados de su experiencia clínica con resultados tan alentadores, que fue invitado a estudiar estos problemas en los Estados Unidos.

Este investigador ha tratado con éxito numerosas infecciones estafilocócicas; una infección orbitaria, cuatro osteomielitis agudas y subagudas, tres septicemias, una trombosis del seno cavernoso y una osteomielitis crónica. En los Estados Unidos el número de casos tratados con la penicilina pasa de los 300.

Las primeras observaciones clínicas fueron publicadas por Daxson de Colombia en 1941.

Los resultados de la Clínica Mayo, fueron publicados por Herrel quien efectuó el tratamiento de 8 infecciones estafilocócicas con resultados satisfactorios y utilizó esta terapéutica en un caso de endocarditis lenta a estreptococcus viridans, con resultados negativos.

La técnica utilizada en la Clínica Mayo fue la siguiente: Ellos consideran que la dosis más conveniente en los casos de infecciones graves es de 30.000 a 40.000 unidades Oxford en las 24 horas, por vía endovenosa. La mitad de esta dosis la disuelven en un litro de suero fisiológico, del cual inyectan 100 a 200 cc. por inyección rápida y el resto gota a gota a razón 30 a 40 gotas por minuto. El segundo litro de suero, conteniendo la cantidad restante de penicilina lo inyectan gota a gota, 8 o 10 horas mas tarde.

En el Barnes Hospital Washington University, Saint Luis Mo., la penicilina ha sido utilizada en tres casos, el primero de ellos fue un hombre adulto con neumonía y derrame pleural, cuyo examen bacteriológico fue positivo, mostrando gran cantidad de neumococos. La inyección endovenosa de 10.000 unidades Florey de penicilina diluida en 500 cc. de solución glucosa al 5 por ciento, efectuada una vez por día consiguió en 5 días la normalidad de la temperatura, la esterilización del líquido pleural y la curación del enfermo.

El segundo caso tratado fue un niño, con una infección estafilocócica en un pie que se generalizó presentando todos los síntomas de una septicemia y hemocultivo positivo de estafilococo aureus; además presentaba un derrame pericárdico y estado comatoso. El drenaje quirúrgico de la infección del pie y la administración diaria de 10.001 unidades Florey de penicilina por vía intramuscular, negativizó el hemocultivo al segundo día, mejorando considerablemente el estado general; la penicilina se suprimió al quinto día y los hemocultivos efectuados en los días subsiguientes fueron siempre negativos. El niño fue dado de alta curado a los 15 días.

El tercer caso tratado fue un hombre adulto que presentaba una infección osteomielítica crónica del húmero, con un trayecto fistuloso. Se efectuó el tratamiento local por la penicilina inyectando a través de la fistula a razón 10.000 unidades diarias diluidas en solución glucosada. En una semana se consiguió el cierre del trayecto fistuloso.

BIBLIOGRAFIA

Me Kee C—Sociedad Americana de Bacteriología, Marzo de 1942
Journal A. M. A.-Agosto de 1943. Boston City Hospital. Meetings,
Nov. de 1942. Proc. Staff Meet, Mayo Clinic, Mayo de 1942.
Universidad de Minnesota (Hospital Meeting), Abril de 1943.

Una Página Quirúrgica

Por el Doctor Gustavo Adolfo Zúniga.

POR complicada y extensa que sea toda operación quirúrgica, se puede resumir a dos procedimientos sencillos en su ejecución: LA DIÉRESIS o división de los tejidos y LA SÍNTESIS o unión metódica de los mismos (J. Spivak).

Refiriéndose a la cirugía ginecológica, es sobre el primero de los procedimientos que se ha escrito con más profusión, si se consultan los libros de operatoria y la literatura quirúrgica, ora recomendando incisiones para determinada intervención, ora tratando la conveniencia de practicar micro-incisiones para producir el menor destrozo de la pared abdominal. De todos estos métodos ninguno podría soportar la crítica sana si no se funda en ciertas condiciones fisiológico-anatómicas últimamente bien estudiadas.

Al requisito de causar el menor daño posible a la pared abdominal, se opone frecuentemente la necesidad de procurar un buen campo operatorio, sea para explorar otras visceras o dar comodidad y seguridad al acto quirúrgico.

De estos conceptos, fundados en el estudio de la irrigación sanguínea, músculos e inervación de la pared abdominal, ninguno se conceptúa más importante-teniendo en cuenta la importancia de la cicatrización de las heridas-como el conocimiento de "las líneas de fisura" que Langer describió por primera vez en 1861 y a las que Kocher supo dar la verdadera importancia.

Es en la actualidad que comienza a despertar interés el concepto,, antiguo pero útil, de las "líneas de fisura de Langer" tomando en cuenta la importancia indiscutible en la cicatrización.

Las fisuras lineares de Langer que ocupan todo el tegumento externo, están constituidas por pequeños surcos perfectamente apreciables la lupa, que recorren en sentidos diversos -la piel, casi siempre oblicua o perpendicularmente a la línea media en el tronco y longitudinalmente en los miembros, describiendo formas caprichosas pero constantes en todos los sujetos. En la porción media abdominal que corresponde a la "línea alba", tienden a hacerse longitudinales a medida que se aproximan a la línea media,

Fue Kocher el primero en demostrar que las incisiones practicadas en el sentido de las fisuras-en condiciones-iguales de asepsia-tenía tendencia a cicatrizar más perfectamente y las llamó "incisiones normales" puesto que se podía decir-en sentido más libre-que se acercaban a lo fisiológico.

Siguiendo estos preceptos, varios cirujanos, entre ellos P. Assmy, de la clínica de Zerny en Heidelberg-y Spengler, haciendo experimentos con incisiones transversales y oblicuas, comprobaron la hipótesis de Kocher y pudieron demostrar además que las incisiones longitudinales practicadas en el borde externo de los rectos abdominales -incisiones de Jalaguier y Me Burney-con las que se cortaban varios nervios, la porción muscular situada en el lado interno de la incisión, sufría la atrofia consecutiva, sobreviniendo el debilitamiento que precedía a la hernia operatoria (Spivak).

Esta noción se comprende si recordamos la disposición de los nervios con relación a los músculos de la pared, que proviniendo de los 7o. 8o. 9o. 10o. 11o. y 12o. nervios dorsales, inervan los músculos anchos, viniendo a perderse en el espesor de los rectos abdominales cuyo trofismo mantienen. En una palabra, los nervios siguen una dirección perpendicular a los -músculos rectos abdominales y toda incisión practicada paralelamente a dichos músculos, secciona las terminaciones nerviosas que trae como consecuencia la distrofia y la consiguiente eventración; así se explican las hernias operatorias encontradas en heridas no infectadas y aún en incisiones pequeñas pararectales.

Fueron esta clase de incisiones las que practicaron los primeros cirujanos, lo que trajo como resultado la eventración en gran número de enfermas aún cuando éstas escaparan a la infección, frecuente por otra parte en aquel tiempo. Incisión pequeña, rapidez en la ejecución, eran justificadas en la época preantiséptica en que la cirugía no había alcanzado gran adelanto.

Pean, uno de los grandes cirujanos de su tiempo, practicaba quístectomías del ovario-previo vaciamiento de su contenido-con incisiones que apenas dejaban paso a la pinza que ahora conserva su nombre. Es lógico pensar que ese espíritu conservador justificado en ese tiempo, no se puede sostener en el nuestro, en el que la técnica quirúrgica ha progresado en pocos años como no lo hizo en los últimos siglos.

Hay actualmente una tendencia al abandono de las micro-incisiones pararectales longitudinales: Jalaguier Me Burney, por las transversales o por la incisión media infraumbilical que aún en la mujer virgen ayuda al examen cuidadoso de otros órganos. Trompas u ovarios, afectos frecuentemente de degeneración escleroquística, las cuales tienen las desventajas expuestas, siendo "incisiones normales" si como tales se consideran las estudiadas por Kocher y Langer y que ahora ya comienza a usar la neo-cirugía.

La tuberculosis a través de los años

Por el Dr. Martín A. Bulnes B.

EL origen de la tuberculosis se pierde en la noche de los tiempos; sin embargo, aparece en el reservorio del recuerdo la figura de Sylvius, el primero que la denominó con el nombre que hoy lleva. La enfermedad citada sembró el terror por los cuatro rumbos cardinales segando preciosas vidas, y, por consiguiente, despertó en los médicos el interés de su estudio. Recordamos a Hipócrates, el padre de la medicina, quien en sus lecciones clínicas dice: de un tísico nace otro tísico, además de recomendar como tratamiento el cambio de aire. Avicena y Paracelso recomiendan el aire de mar y por consiguiente indicaban el clima de Creta; Areteo y Celso prescriben los viajes marinos; en cambio. Galeno prescribe el CLIMA DE MONTAÑA Y BUENA ALIMENTACIÓN, ADEMAS DE REPOSO. Con el siglo XVII, aparece la primera idea de sanatorios con el nombre de GRANJAS DE SALUD, siendo el valle de Mentón la tierra de promisión de la mayoría de los tísicos. Por lo expuesto apreciamos lo? múltiples métodos en la curabilidad de la enfermedad de referencia, sin embargo, el fantasma de la tuberculosis continúa siendo el misterio y la eterna preocupación de los médicos.

La curiosidad científica nos lleva al siglo XVIII, época de grandes acontecimientos y de grandes esperanzas; apreciamos tres formidables columnas en que descansa la clínica: Laenec, padre de la auscultación, quien por vez primera demuestra magistralmente que las múltiples formas clínicas de la fimatosis no constituyen más que aspectos distintos de la misma enfermedad. Willemin demuéstrala inoculabilidad en serie de la tuberculosis, lo que equivale a demostrar la contagiosidad de dicha enfermedad; y el Dr. Koch descubre el bacilo ácido resistente o mycobacterium que lleva su nombre. Maravillosa conquista que con la velocidad de la onda herziana daba la vuelta al mundo científico, despertando las más optimistas esperanzas. Con el descubrimiento de Koch se creyó resuelto el problema de la tuberculosis; naturalmente, el hallazgo del bacilo despertó el entusiasmo en biólogos, químicos y físicos y pronto aparecen centenares de medicamentos, vacunas y sueros, cuya ineficacia pasó a la historia. Cuando el pesimismo hacia sus efectos aparece la eminente figura del Doctor Carlos Forlanini, de la Universidad de Nápoles, proponiendo para el tratamiento de la tuberculosis, el neumotorax terapéutico. Las experiencias en el transcurso de los años avivó el ingenio de otros investigadores: Brauer, Friedrich, Tuffier y otros muchos iniciadores del NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL QUIRÚRGICO Y DE LAS TORACOPLASTIAS PARCIALES. Con Jacobeus, creador de la NEUMOLISIS INTRAPLEURAL, desaparecieron las adherencias pleurales, y con Monaldi apreciamos la importancia del DRENAJE CAVITARIO O ASPIRACIÓN INTRACAVITARIA.

Con el sabio danés, Mollgard, nació la auroterapia, indicada, según la mayoría de los fisiólogos, en las lesiones fímicas exudativas, pareciendo que su eficacia estuviera en relación directa con la preco-

Revista de Revistas

Por el Doctor Humberto Díaz

EFFECTOS TÓXICOS, EN LOS OJOS, PRODUCIDOS POR LA SULFONAMIDOTERAPIA.—Bajo este título, publica el Dr. Serafin Fernández López, una comunicación hecha por él a la Sociedad de Medicina y Cirugía de Santa Clara (Cuba), en la que relata un caso de ambliopía tóxica, en el curso de un tratamiento sulfonamídico. El trabajo hace referencia además, a otros trastornos que pueden reconocer el mismo origen, tales como disminución de la reserva alcalina, cristaluria, hematuria, anuria, neuritis óptica y edema del cristalino. - ("Villalclara Médica".-Vol. XI.-No.-6.-Nov. y Dic. de 1943.)

ACCIÓN TENÍFUGA DE UN DERIVADO DE LA ACRIDINA.—El Dr. Flavio L. Niño, de Buenos Aires, en un artículo suyo que aparece en la "Revista de la Policlínica de Caracas", da cuenta de sus experiencias con un derivado de la acridina (Clorhidrato de clorometoxiacridilaminodietilaminopropanol), que se presenta en el comercio bajo la forma de grajeas, conteniendo cada una de ellas 0,10 gramos de sustancia activa. Afirma que sus reiterados fracasos con el uso del extracto etéreo de *Helécho Macho*, el cual posee además acción tóxica, le indujeron a ensayar la droga mencionada al prin-

cidad del tratamiento y la intensidad del proceso, Recordamos a Dumas, quien dice: "Un remedio capaz de bajar o de regularizar la temperatura y de reducir o de suprimir la tos y la expectoración en el 6 % de los casos, y de reducir la capacidad bacilos cópica en el 40% de los casos tratados, constituye seguramente un recurso apreciable que merece tomar su lugar en la terapéutica de la tuberculosis y cuya acción, asociada a la de los otros tratamientos físicos e higiénicos que poseemos, puede muchísimas veces, hacer inclinar la balanza en un sentido favorable".

Apreciamos el gadusán, combinación de ácidos grasos, del aceite de hígado de Bacalao, con el cobre, producto indicado en la tuberculosis por diferentes fisiólogos, quienes le atribuyen acción antitóxica y antibacilar. Aparece el calcio, uno de los medicamentos más utilizados en el tratamiento antituberculoso, por sus propiedades antitóxicas, según Loeb y Matheres, y estimulante de la fagocitosis, según Hamburger y Emmerich, además de la propiedad anti-anafiláctica y anti-alérgica, coagulante y diurético.

Creemos haber historiado sucintamente los causes por donde ha ido apareciendo la terapia antituberculosa hasta el sitio que ocupa actualmente. Sí bien no se ha dicho aún la última palabra a propósito de la terapéutica específica de la tuberculosis, son innegables los progresos obtenidos en estos últimos años.

Febrero de 1944.

cipio. Acompaña al trabajo un cuadro estadístico de los casos tratados, del cual se desprende que el Dr. Niño obtuvo completa curación en el 87,50% de sus enfermos. ("Revista de la Policlínica de Caracas". -No. 70.-VO1. XII).

LA ENSEÑANZA MEDICA EN MÉXICO, PROYECTO DE REFORMAS—Tal es el título del folleto publicado recientemente por el Dr. Conrado Zuckermann, del cual ha recibido un ejemplar la "Revista Médica Hondureña", como envío del autor. En dicho trabajo el Dr. Zuckermann hace una revisión general de los planes de estudio que rigen actualmente en las once Facultades de Medicina y Cirugía, existentes en México. Seguidamente, él propone una serie de modificaciones para adaptar la citada enseñanza a los conocimientos y necesidades actuales.

HORMONOTERAPIA DE LAS ANGIOPATIAS PERIFÉRICAS.—El Dr. Ángel Moreno en un artículo que da a la publicidad en "El Día Médico", de Buenos Aires, habla de su experiencia en el tratamiento de diversos tipos de angiopatías periféricas con el propionato de testosterona. El número de casos presentados por el Dr. Moreno es exiguo pero los resultados son muy halagadores. Hay entre ellos algunos de claudicación intermitente; otro de ulceraciones de los miembros inferiores debidos a alteraciones circulatorias; otros de trastornos gangrenosos debidos a lesiones de endarteritis y, por último, síndromes cerebrales de origen vascular. ("El Día Médico". Año XV.-No.41. 11 de Octubre de 1943).

SUSTITUTO DE LA HISTAMINA EN EL ESTUDIO DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA.—En la revista "Informaciones Médicas" de la Habana, se publica un trabajo de los Doctores Perfecto A. Zainz y Aureliano Rodríguez, en el cual ponen de manifiesto la gran utilidad que presta el desayuno de prueba a base exclusiva de papa (en forma de puré) en los estados de hipo o anaclorhidria, para establecer si éstas se deben a un trastorno orgánico o simplemente funcional. Hacen un estudio comparativo de los resultados de este método, con el de la histamina y el del rojo neutro, y concluyen atribuyendo, según el resultado de sus experiencias, mayor constancia con el procedimiento del desayuno mencionado. Citan distintos casos, en cuanto a etiología, de disminución considerable del ácido clorhídrico libre, que fueron estudiados por los tres procedimientos.

LA INCISIÓN TRANSVERSAL EN LA APENDICECTOMIA.—El Dr. Bernardo J. Gastelum, en la revista "Cirugía y Cirujanos", habla de su experiencia con la incisión transversal en la apendicectomía y, al final, en una serie de nueve conclusiones establece las ventajas y las indicaciones precisas de este método.

La. Clínica y sus Contrastes

Por el DR. JOSÉ GOMEZ-MARQUEZ,

Médico Militar (retirado) del Ejército Español. Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Honduras y antes de la de Barcelona (España). (Continuación)

VII

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

Resumen y ampliación de conceptos emitidos en anteriores trabajos:

Desde que iniciamos éstos (1), venimos llamando la atención acerca de las notables diferencias existentes entre las Clínicas centroamericana y la europea.

Hemos fundado esta apreciación en la impresión de contraste constantemente experimentada al comparar lo que bajo diversos ángulos y durante treinta años habíamos observado anteriormente en la Clínica de Europa, con lo que venimos observando en estos últimos cinco en la de C. A., "vista desde Honduras, **en y a través del aparato visual, y en muy cerca ya de ocho mil pacientes de todos los orígenes y procedencias**".

Las mencionadas diferencias no son determinadas como en aquellos dijimos, por la presencia en Centroamérica de entidades morbosas "nuevas" o poco conocidas en Europa; tampoco dependen de que la fenomenología de los procesos de observación común a ambos Continentes sea muy distinta de uno a otro; su origen reside fundamentalmente en la extraordinaria circunstancia de que en C. A. **estén ausentes o sean muy raros gran parte de los padecimientos orgánicos que por sí mismos o sus complicaciones constituyen de ordinario en Europa y universalmente las causas habituales de invalidez y mortalidad en nuestra especie.**

El asignar tales características a la Patología en conjunto de **toda una zona geográfica** constituye evidentemente una anomalía, y envuelve una gran responsabilidad, porque los textos generales de medicina no las consignan; de aquí que como ya otras veces hemos hecho tratemos de justificar antes de reemprender nuestras tareas esta manera de proceder que comprendemos ha de producir sorpresa y despertar lógicamente desconfianzas y recelos.

Digamos en primer término que la pugna entre lo que venimos sosteniendo y lo establecido en los Tratados no es más que aparente; porque éstos no **dicen de manera expresa** que la Patología en C. A. sea **de tal o cual** manera; lo que hacen es **callar**; y este silencio que puede interpretarse, y así se viene interpretando, como **tácita expre-**

(Véase; "Los contrastes de la Clínica-Dr. José Gomez-Márquez-REVISTA MEDICA HONDUREÑA-número 103 a 109, 1942-43.

sencillamente porque no está conectada con la red general de distribución eléctrica.

Está ubicada en Honduras, y ninguna otra nación del Istmo tiene estos "aparatos"; pero no marchan porque en Honduras no hay ni hubo nunca UN ELECTRICISTA DE OFICIO; en consecuencia el servicio radiológico ni se presta ni aún se conoce en este país ni en los demás a quienes él debe NECESARIAMENTE servir.

Un ELECTRICISTA VAGABUNDO, llega a Honduras alguna vez, y curioseando en aquellos aparatos que son de su OFICIO pero que no conoce, establece sin PROPONÉRSELO NI SABER que tal hace, la CONEXION que faltaba, y con gran asombro de todos Y MUCHO MAS AUN DE EL MISMO, la instalación marcha y comienza a rendir servicio.

EL "TRANSFORMADOR" es la clínica general de Honduras.

La "pantalla fluoroscópica" el **campo de su clínica oftalmológica.**

EL ELECTRICISTA VAGABUNDO nos ha correspondido ser a nosotros OFTALMOLOGOS VAGABUNDOS, también.

La simple CONEXION que él hizo inconscientemente; puso en función aparatos que para nada servían, fue pues muy beneficiosa; pero dentro de su oficio **aquello** era elementalísimo: un sencillo **empalme de hilos**; además lo hizo él y **no** otro por la circunstancia extraordinaria de que nunca nadie antes que él se hubiese dedicado PLENAMENTE en Honduras al oficio de ELECTRICISTA.

También nosotros hemos establecido una CONEXIÓN, pero la VERDAD exige y la honestidad científica impone que declaremos sinceramente que nuestro caso es exactamente equiparable **al** del **electricista en todas sus circunstancias.**

Cuanto hemos dicho y diremos no es producto de nuestra iniciativa; ni fruto de nuestra labor PERSONAL; estamos actuando en calidad de INSTRUMENTOS DE LA CASUALIDAD; somos los órganos vectores de quienes ésta ha querido servirse para sacar a la luz lo que no quiso dejar por más tiempo en el anonimato; la modestia del papel que nos ha correspondido representar en el **advenimiento** de la P E C A salta a la vista; nos satisface ser útiles de "algún modo", pero no nos enorgullece la condición pasiva de MAQUINAS que se nos ha asignado.

Lo que se ve, y lo que debería de verse en la "pantalla"

En el campo de la clínica oftalmológica en general, se aprecian como es sabido dos grupos de afecciones; unas que se han llamado 'externas' porque sus agentes etiológicos vienen del **exterior** y se localizan en las regiones orbitarias superficiales accesibles a la exploración **no instrumental o inmediata.** Otras llamadas **internas** cuyas causas son endógenas y se localizan en las regiones orbitarias profundas y en los restantes órganos visuales escalonados entre éstas y los lóbulos occipitales.

Normalmente unas y otras afecciones se aprecian en clínica oftalmológica, con los caracteres que se les asignan en los Tratados y en las proporciones que en ellos mismos se señalan.

Deberían verse pues en la "pantalla de Honduras" (que no refleja solo, y ya lo demostraremos, la Patología local, sino la de todo C. A. y "algo más") tal y como se ven en todas partes, y CON IGUAL

SIGNIFICACIÓN EN RELACIÓN CON EL ESTADO GENERAL QUE LA QUE UMVERSALMENTE SE LES CONCEDE.

Para comprobar si ésto sucede así o nó, examinaremos a dos columnas cuales son los grupos de padecimientos EXTERNOS e INTERNOS que por su abundancia y frecuencia constituyen la Oftalmología Universal, y cuales son los que integran la de Honduras y por extensión la de C. A.

PADECIMIENTOS VISUALES EXTERNOS

En clínica oftalmológica "universal". En Honduras y resto de C. A.

DACRIOCISTITIS CRÓNICAS SUPURADAS, O NO

Son una verdadera "plaga" por sí mismas y por las graves complicaciones que ocasionan. Son tan **raras** que **prácticamente no existen**; nuestros bien conocidos trabajos sobre su trat. quirúrgico atestiguan el interés que nos inspiran: **carecemos por innecesario de nuestro propio instrumental original.**

BLEFARITIS EN TODAS SUS FORMAS

Muy frecuentes. Desconocidas en la **práctica.**

CONJUNTIVITIS AGUDAS MICROBIANAS (BACTERIOLÓGICAMENTE COMPROBADAS)

Más **frecuentes**, abundantes y aptas para producir complicaciones y determinar la **ceguera** que las dacriocistitis; se encuentran en ellas **todos** los gérmenes descritos y la **secreción** es generalmente abundantísima.

Muy **raras y benignas**; segregan poco o nada; no afectan a las córneas o a penas las tocan; en los frotis los laboratorios reportan: dipl. Morax a la cabeza; pocas veces Kock-Weeks; 50 % "sin gérmenes".

GONOCOCIA CONJUNTIVAL

Frecuentísima, y una de las causas **No rara; inverosímilmente be que** más a menudo determinan la nigna: no hemos tenido ocasión ceguera universalmente. ensayar las sulfas, más que en un caso.

En clínica oftalmológica "universal"

En Honduras y resto de C. A'.

TRACOMA

Muy **frecuente** en las grandes zonas geográficas conocidas, y autor conjunto con la gonococia conjuntival de la mayor parte de las cegué-

Honduras, Costa Rica y Nicaragua no lo conocen; Guatemala y El Salvador tienen pequeños focos.

ras de causa **externa** que tanto abundan universalmente.

OTRAS CONJUNTIVITIS CRÓNICAS

Muy **frecuentes** las determinadas o sostenidas por agentes irritantes **externos** (industrias químicas) **defectos de refracción** no corregidos, y estados patológicos generales particularmente el **escrofulismo** y la **diabetes**.

En Honduras no **existen** conjuntivitis crónicas en relación con **ninguna de** éstas causas.

No estamos en posibilidad de decir (aunque lo sospechamos) que ocurre a este respecto en el resto de C. A.

ULCERACIONES Y CICATRICES O "MANCHAS" DE LA CORNEA

Quizás sea poco decir que el 70 **por ciento del total** de oftálmicos o tienen ulceraciones corneales de diversos tipos, o presentan cicatrices de haberlas padecido.

Las ulceraciones de la córnea, muy poco frecuentes, y las que se ven, raramente llegan a infiltrar un tercio, ni a producir hípopion; las cicatrices, abundan poco.

MANIFESTACIONES OCULARES "EXTERNAS" DE LA ESCRÓFULA

Tan merecedoras del calificativo de "plaga" como las dacriocistitis; esencialmente frecuentes después de las infecciones "tisiogenas" y particularmente de las epidemias sarampionosas.

Rarísimas; alguna pequeña flictena en limbo, pocas veces varias, y excepcionalmente recidivantes; **si hay sarampión, no las produce**. Nuestros trabajos sobre Tub. Oc. publicados sin interrupción entre 1928-1935, no han podido ser continuados por ésta razón.

En clínica oftalmológica
"universal"

En Honduras y resto de C. A.

LESIONES ERISPELATOSAS DE LA PIEL DE LOS PÁRPADOS Y REGIONES VISIBLES PRÓXIMAS (CARA, FRENTE, CUERO, CABELLUDO, CUELLO)

Muy frecuentes y a menudo con origen en el saco lagrimal.

Nó existen

MACULAS, PÁPULAS, ROSEÓLAS (INCLUIDA LA LUETICA) Y COSTRAS

Todas ellas **frecuentísima?**

No existen.

DERMITIS Y PIODERMITIS

Frecuentísimas.

No existen.

TINAS EN TODAS SUS FORMAS

Frecuentísimas en cuero cabelludo y afectando a menudo las cejas, pestañas y la barba.

No existen.

ECTROPION POR RETRACCIONES CONSECUTIVAS A LA PÚSTULA MALIGNA

Bastante frecuente.

No existe.

ALOPECIAS DEL CUERO CABELLUDO, CEJAS, PESTAÑAS, Y BARBA, CALVICIE

Todas ellas frecuentísimas.

No existen.

Enfermedades oculares externas "propias de

No existen.

los trópicos". (Exceptuando la oncocercosis para ciertas regiones de Guatemala y México y los "carates" para ellas mismas, el resto de C. A., y otros lugares del Continente).

Las rarísimas excepciones que sobre los grupos nosológicos mencionados existan en Honduras, y las MENOS RARAS QUE PARA LOS MISMOS PROCESOS SE PUEDAN SEÑALAR EN LOS RESTANTES PAÍSES DE C. A., no invalidan absolutamente las razones que aconsejan agrupar a todos ellos como **participantes** por sus características morbosas en las singularidades de la P E C A ; **precisamente** tales excepciones por numerosas que sean SON EL LAZO DE UNIÓN que permite mantener juntos en un sólo HAZ, los elementos típicos y diseminados que dan su personalidad real a la P E c A.

Prevenimos que esto que acabamos de decir en relación con lo QUE ES Y SIGNIFICA que las enfermedades visuales **externas** sean como son, comparadas con sus "homologas cosmopolitas", es de **aplicación absoluta** por lo que se refiere a las de causa **endógena** o **internas** que vamos a enumerar seguidamente.

PADECIMIENTOS VISUALES INTERNOS

En clínica oftalmológica

En Honduras y resto de C. A.

'universal"

MANIFESTACIONES VISUALES DE:

ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.

Muy frecuentes.

No existen.

PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA.

frecuentes como la misma.

No existen.

DIABETES.

Tan frecuentes como los casos graves y prolongados. **No existen.**

NEFROSIS EN TODAS SUS FORMAS.

Tan frecuentes como estas mismas. **No existen.**

ARTERIESCLEROSIS.

Más **frecuentes** a lo menos más frecuentemente **visibles** que en los **demás órganos**, y que por apreciación **general**. **No existen.**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Más frecuentes que en cualquier otro órgano; **más visibles** que en todos los demás; tan exacta y fácilmente medible como en los miembros y **única** prueba **objetiva** de la hipertensión "solitaria" de las redes carotídeas. No existe la hipertensión "solitaria" de las redes carotídeas. **La tensión arterial retiniana** es normo o hiponormal, y siempre congruente con la tomada en la humeral,

GRANDES SÍNDROMES ENDOCRINOS

Tan frecuentes como corresponde a las frecuencias respectivas de los mismos. **No existen.**

INTOXICACIONES EXOGENAS Y PARTICULARMENTE LAS ALCOHÓLICA Y QUINICA

En armonía con la difusión del alcoholismo y la administración de la quinina; y en las proporciones señaladas por los Tratados de Patología. En completa **desarmonía** con la ingestión de alcohol, y el uso de la quinina, son **absolutamente inexistentes**; y se ingiere mucho alcohol, y se administra mucha quinina.

ENFERMEDADES GENERALES TROPICALES.

No existen. **No existen.**

DESPRENDIMIENTO "IDIOPATICO" DE LA RETINA

Tan **frecuente** como la Oftalmología general señala. **No existe.**

GLAUCOMA "ESENCIAL" EN TODAS SUS FORMAS.

Tan frecuente como señalan los Tratados generales de Oculística. **No existe.**

EMBOLIA, TROMBOSIS Y HEMORRAGIAS DE LOS VASOS RETIÑIANOS.

Tan frecuentes como los autores expresan. **No existen**

ENFERMEDADES DE LA RETINA Y EL NERVIO ÓPTICO.

Tan **Frecuentes** como se dice en Oftalmología. **No existen,**

MIOPÍA MEDIANA Y ALTA Y SUS COMPLICACIONES.

Tan frecuente como se señala en los libros. **No existen.**

HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMOS DE MAS DE UNA DIOPTRÍA, DE TODOS LOS SIGNOS, Y SUS DIVERSAS COMPLICACIONES

Frecuentísimas. **No existen.**

Por la enumeración que acabamos de hacer de los principales grupos de enfermedades visuales **externas e internas**, y de sus frecuencias respectivas en la clínica "universal" y en la "pantalla oftalmológica hondureña", se habrá podido ver que lo que sucede en Honduras es SENCILLAMENTE QUE NO EXISTE CLÍNICA OFTALMOLOGICA; y esto es bien elocuente por sí solo.

Basta pensar que **la ausencia o rareza** de los numerosos padecimientos que aparecen en el paralelo anterior con tal carácter, no significa que no haya **enfermedades visuales** sino "algo" más; porque aparte de un pequeño grupo de afecciones que **hasta cierto punto** podrían considerarse como puramente locales, todas las demás son manifestaciones y localizaciones en el aparato visual, de enfermedades generales; y que estas localizaciones no se produzcan, tiene que llevamos **necesariamente** a una de dos conclusiones, ante las que ningún médico puede permanecer indiferente: **o** las respectivas enfermedades generales no se **manifiestan como** les corresponde **porque "no existen"**, **o presentan aquí la anomalía de** carece de "tropismo" **para el aparato visual, o de ser lo suficientemente "flojas" para no llegar a afectarlo.**

Si reflexionamos ahora sobre lo que REPRESENTA que no están la ARTERIESCLEROSIS y la HIPERTENSIÓN ARTERIAL, por ejemplo, no daremos cuenta de que faltar éstas dos grandes afecciones en un lugar geográfico determinado, no significa que estén ausentes **dos afecciones** muy importantes (y ya sería algo singularísimo), sino que tampoco existen los accidentes HIPERTENSIVOS en los diferentes órganos, ni tampoco las **cirrosis viscerales** vanadas que la ARTERIESCLEROSIS determina; un verdadero "mundo" de **negatividades** suficiente por sí solo para caracterizar toda una Patología regional.

Ahora bien: por conveniencias de la exposición hemos venido cometiendo la inexactitud voluntaria de denominar P.E.C.A. a lo que tra-

tamos de reflejar; y esto puede inducir a confusiones, que ya es hora de intentar evitar.

Todo lo dicho hasta ahora, tiene por base lo que hemos observado en la clínica hondureña; pero ésta "no es de los hondureños sino de todas las personas que consultan aquí por molestias visuales, sean residentes o de paso, y cualquiera que sea su nacionalidad y el país de donde originalmente procedan".

Pues bien: dividiendo según sus heterogéneas procedencias a todas las personas oftalmológicamente examinadas en Honduras en dos grandes grupos, tendremos la prueba y la contraprueba a la vez de la exactitud de cuanto llevamos expuesto, y lo contraprueba a la vez.

Grupo a). Figuran en él los americanos del Norte o Sur, y todas las personas oriundas de los demás Continentes: ESTAS, SON Y ENFERMAN COMO LES CORRESPONDERÍA SER Y ENFERMAR SEGÚN LA FISIOPATOLOGIA "UNIVERSAL", EN LOS LUGARES DE DONDE PROCEDEN.

Grupo b). Es el más numeroso y está constituido en gran parte por hondureños de todos los Departamentos, y en cifras suficientemente estimables, y por orden de MAYOR a MENOR, por salvadoreños, guatemaltecos, nicaragüenses», mexicanos, cubanos y costarricenses: LOS HONDUREÑOS SON Y ENFERMAN EXACTAMENTE COMO HEMOS DICHO: Y DE IGUAL MANERA PERO EN PROPORCIONES DECRECIENTEMENTE FAVORABLES TODOS LOS CITADOS.

La P.E.C.A. no es tal, por consiguiente: es la PATOLOGÍA ESPECIAL de los "criollos" centroamericanos y no la de C. A.

Hecha esta salvedad continuaremos designándola por P.E.C.A., pero en esta última y más exacta acepción.

Despréndese de aquí que los factores cósmicos no parecen ser los determinantes (principalmente al menos) de las c.f-ps. que nos ocupan; si fuesen ellas, todos los que residimos en C. A., participaríamos por igual de tan felicísimas anomalías; ya hemos dicho que no es así; los beneficios de aquellas envidiables irregularidades, recaen exclusivamente sobre los c.ams, "criollos": hemos de admitir por lo tanto que nos encontramos frente a fenómenos de carácter racial y por lo tanto "genotípico".

i Repugna admitir sin embargo como determinante de toda UNA INDIFERENCIA O INMUNIDAD NATURAL PARA LOS MAS GRANDES PADECIMIENTOS QUE AFECTAN AL HOMBRE (y ésta es en definitiva la gran característica de la P. E. C. A. al factor 'racial': porque si hay un lugar en el mundo en donde no se pueda hablar de RAZA, es precisamente C. A.: tal es la mezclanza de todas que aquí se vé: pero hay que rendirse a la evidencia: FISIOPATOLOGICAMENTE LOS C.AMS. TODOS Y OTROS PRÓXIMOS SE MANIFIESTAN CUAL SI TODOS PROCEDIERAN DE UN SOLO Y MISMO TRONCO.

Y aquí esta la médula de la cuestión; porque aparentemente todo esto es tan fantástico, y se presta de tal modo a considerarlo de "buena fé" como erróneo, que puede darse el caso de que mientras en Honduras parezca digno de crédito, en Guatemala haga sonreír, y en México y Costa Rica se tenga por ABSURDO y RIDICUOL; y no obstante todo es cierto para todos EN PROPORCIONES DIVERSAS.

No tenemos espacio para acometer la empresa de demostrar (y lo haremos fácilmente) que ésto es así y está más claro que la luz; en el número próximo desenvolveremos este punto; pero no debemos terminar sin hacer esta prevención:

Los c. ams. y próximos, gozan del privilegio **racial**, de no ser propicios a las más grandes calamidades que afectan al hombre; pero este privilegio, SE PIERDE CON CRUZAMIENTOS CON EUROPEOS DE "PRIMERA O SEGUNDA MAMO"; hay que saber que ésto es así PARA EVITAR Y CONSERVAR.

Además esta magnífica **raza**, está enferma: **por ésto no se manifiestan del todo en ella sus espléndidas cualidades; Y LAS ENFERMEDADES QUE LA ANIQUILAN NO ALCANZAN A MEDIA DOCENA: TODAS PREVISIBLES Y CURABLES; ¡hasta en ésto le ha favorecido la casualidad!**

Y para terminar esta **parte** de nuestro "ampliado resumen": Mientras enseñemos a nuestros estudiantes la PATOLOGÍA de Europa o ésta misma **traducida** al inglés o al **español**, es posible que **en** el mejor de los casos (el peor decimos nosotros) lleguen a comprender brillantemente cómo padecen los ciudadanos de Berlín, Atenas, Madrid, Nueva York o Buenos Aires, pero no tendrán la menor noción de lo que pasa en C. A.; y lo que es más grave ni verán ni prevendrán, ni curarán las SEIS UNICAS ENFERMEDADES DE LOS C. AMS.: tenemos la convicción de que ésto no tiene más que un remedio:

UN AÑO DE CLÍNICA EN HONDURAS, ANTES DE RECIBIR EL TÍTULO DE MEDICO EN CUALQUIER UNIVERSIDAD DE C. A. MÉXICO Y CUBA; y para los que hayan ampliado estudios en Europa o Norte América ¡DOS!

Entre los elementos integrantes del factor NEGATIVO de la P.E.C.A. figura en **cierto modo** el REUMATISMO.

Decimos en **cierto modo**, porque este "sufrimiento" ofrece el singular carácter de ser A LA VEZ uno de los padecimientos más **frecuentes** en la P.E.C.A., y también de los más **raros**; es decir, que pertenece al mismo tiempo a los factores POSITIVO Y NEGATIVO **que** dan su propia personalidad a aquella.

Esto que aparentemente es un geroglífico resulta clarísimo si **se** considera que bajo el nombre de REUMATISMO están agrupadas muchas afecciones que no tienen entre sí otro parentesco que el **de** ser dolorosas; y como ser dolorosas no significa que sean de **igual naturaleza** puede concebirse sin dificultad que el REUMATISMO **de una índole determinada** esté muy difundido en una región y que **en** cambio no exista en la misma el **de otra u otras naturalezas**.

Así sucede evidentemente en C. A.; "los accesos dolorosos AFE-BRILES, DE ESCASA DURACIÓN, INTERMITENTES, ESPONTÁNEAMENTE CURABLES O COINCIDIENDO CON LA APLICACIÓN O INGESTIÓN DE REMEDIOS DIVERSOS; AQUELLOS QUE NO ALTERAN LA NUTRICIÓN GENERAL NI DAÑAN A

LAS VISCERAS POR AÑOS QUE DUREN; LOS QUE ADEMÁS DE ESTAS CARACTERÍSTICAS HACEN SU LOCALIZACIÓN SISTEMÁTICAMENTE EN LA REGIÓN DE LOS LOMOS (PARA LOS ENFERMOS "DOLOR DE RÍÑONES"), EN LA NUCA (PARA LAS GENTES "DOLORES DEL CEREBRO"), y menos a menudo en las MASAS MUSCULARES de los miembros, son de tal manera frecuentes que muy difícilmente se encontrará un verdadero "criollo" centroamericano, que no los haya padecido o nó los padezca".

"EL REUMATISMO de las pequeñas articulaciones y de preferencia de los dedos de las manos, seguido de deformaciones permanentes de los mismos y sin complicaciones viscerales ni alteraciones de la nutrición, es cuando menos una afección corriente".

"EL REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO CON SU HABITUAL "CARDITIS "NO EXISTE" (1) (como en otros trabajos le llamaremos "R").

Que todo esto es así, se percibe bien actuando estrictamente mediante la observación clínica; "PERO SI LLEVAMOS A LA CABECERA DEL ENFERMO CONCEPTOS PRE-ESTABLECIDOS: SI POR MAGNÍFICOS Y ALENTADORES QUESEAN NOS EMPENAMOS EN SERVIRNOS EN LA PRÁCTICA DE ELEMENTOS QUE HOY ESTÁN EN FORMACIÓN, TALES COMO LOS CRITERIOS ETIOLÓGICO, ANATOMOPATOLÓGICO, PATOGENICO O TERAPÉUTICO, ES LO MÁS PROBABLE QUE NO ACERTEMOS A DESARROLLARNOS".

Inspirándonos en estas ideas hemos adoptado ésta actitud: "TODO LO QUE EN C. A. PAREZCA "R" ES UNA SIMULACIÓN.

Es muy demostrativa a éste respecto la historia clínica que sigue a continuación: la minuciosidad y cariño con que han sido practicadas las observaciones por el alumno de Oftalmología Sr. Nolasco, merecen un aplauso: nos complacemos en enviárselo desde aquí.

Concepción Reyes, natural del Dep. de Valle (padre originario del mismo lugar y madre del Dep. de Choluteca) en Honduras; de 14 años de edad, soltera y dedicada a los oficios domésticos.

Ingresó en el Servicio de Oftalmología del Hospital de San Felipe en Tegucigalpa el 19 de noviembre de 1943, con el fin de "curarse de la vista".

Enfermedad actual.

Comenzó hace cinco meses y medio por una inflamación de la rodilla derecha con dolor intenso y acentuada dificultad funcional. 8 días después el proceso local declinó y apareció con análogos caracteres en la rodilla izquierda, viéndose precisada a permanecer en cama y con ambas piernas flexionadas por ser ésta la única actitud en que podía soportar sus dolores.

Transcurridos 15 días del segundo episodio, es decir unas 3 semanas más tarde de la iniciación del padecimiento, pudo levantarse, emprender la marcha y dedicarse a sus ocupaciones.

(1) Véase: José Gómez-Márquez "La Clínica y sus contrastes" REV-MED-HONDUREÑA NUMS. 107-109-Julio-Octubre-Diciembre-1943.

A los **dos días** (25 del principio de su afección articular), notó que la "**niña**" del **ojo derecho** tenía una coloración blancogrisácea y que ésto le dificultaba extraordinariamente la visión; alrededor de la "**niña**" el ojo estaba muy enrojecido; tenía dolor en el globo, mucha fotofobia e intenso lagrimeo.

5 **días** más tarde (**un** mes de enfermedad) y en forma semejante y con igual intensidad le sobrevinieron en el **ojo izquierdo** los mismos trastornos que se han mencionado para el derecho.

Ante la gravedad de sus molestias visuales y articulares fue trasladada a Tegucigalpa y hospitalizada en la Policlínica de esta ciudad.

Manifiesta la enferma que en aquel centro le fueron aplicadas por vía endovenosa 17 inyecciones de cianuro de mercurio y que éstas **sin aliviarle la vista le exacerbaron sus dolores articulares a tal grado que eran mucho más intensos que al comienzo de la enfermedad e hicieron que ésta se extendiese a ambas muñecas**; esta agravación y la carencia de recursos la obligaron a ingresar en este establecimiento benéfico el 19 de noviembre próximo pasado como se dijo al principio (**un mes y 19 días** desde el comienzo de la afección).

Antecedentes fisiopatológicos personales.

Manifiesta que tuvo sarampión en la niñez y paludismo en septiembre de 1942.

Menarquia a los trece años; reglas escasas, y de tipo 6/30,

Antecedentes hereditarios.

Su madre está sana y no ha tenido abortos. Tiene dos hermanos que gozan de buena salud. Nada que merezca ser mencionado en los colaterales.

Exploración general.

Inspección.

Se trata de una enferma normalmente constituida que camina con gran dificultad y apoyada sobre bastones, tanto porque la marcha le resulta muy dolorosa, como porque su visión es marcadamente escasa.

Presenta la cabeza fuertemente inclinada sobre el pecho, y los párpados en blefarospasmo por fotofobia intensa.

Está moderadamente desnutrida y su piel es pálida al igual que la mucosa de los labios.

Exploración del aparato visual.

Previas unas instilaciones de coca-adrenalina para disminuir la fotofobia y el blefarospasmo se practica con grandes dificultades la exploración de los párpados, fondos de saco conjuntivales, vías lagrimales y polos anteriores de ambos ojos.

Párpados, conjuntivas y vías lagrimales. Normales en los dos lados.

Córneas.

Son de coloración grisácea en casi toda su extensión, y blanco-grisáceas en el centro; ésta coloración es debida a una infiltración en copos algodonosos irregularmente redondeados muy confluentes en las áreas pupilares, y manifiestamente situados entre las láminas del tejido corneal.

La superficie de ambas córneas presenta un aspecto finamente granugiento y el brillo normal está muy apagado, como si hubiesen sido engrasadas.

No existe erosión epitelial alguna.

La transparencia se haya relativamente conservada hacia las periferias pudiéndose ver a través de ellas ambos iris hacia sus raíces, pero las pupilas son invisibles.

En la profundidad de ambas córneas pero mucho más en la derecha se aprecia una vascularización de color rojo-oscuro sucio constituida por vasos en forma de manojos o "escobillas" que convergen hacia los campos pupilares, ofreciendo el típico aspecto de las neoformaciones vasculares propias de la queratitis parenquimatosa en trance de curación.

Al rededor de ambas córneas se aprecia una intensa inyección de coloración vinoso-oscuro formada por finos y apretados vasos de dirección radial que no se mueven con la conjuntiva; ésta inyección disminuye de intensidad hacia los fondos de saco conjuntivales y desaparece a pocos milímetros del limbo. Todos estos fenómenos están] más acentuados en el lado izquierdo.

Tensión ocular. Es normal para ambos ojos pero desigual.

Examen a la Lámpara de Hendidura. Imposible por fotofobia I

Examen Oftalmoscópico. Imposible por igual razón. Agudeza visual.

O. D. percibe movimientos de la mano a medio metro. O.

I. movimientos de la mano también a medio metro.

Campos visuales, normales para las formas en ambos.

DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA DE LAS CORNEAS

Nos hemos esforzado porque esta historia la tuviese, pero en los numerosos ensayos hechos con tales propósitos, no hemos podido obtener clichés "presentables"; nuestra técnica fotográfica es por ahora bastante mala; digamos a falta de fotos y en consideración a que la evidencia en el diagnóstico de q-p., constituye el eje del caso, que ésta enferma ha sido estudiada colectivamente por los alumnos del curso ! de Oftalmología; todos hemos visto la inflamación del tejido propio de

las córneas, mediante la LAMPARA DE HENDIDURA y por MI-CROSCOPIA "IN VIVO".

Examen de las articulaciones. En el momento de la exploración se hayan enfermas las dos rodillas y la muñeca derecha.

Rodillas. Están tumefactas, ofrecen aspecto globuloso y el color de la piel es normal.

Los movimientos espontáneos, son difíciles dolorosos y no muy extensos: la bipedestación sin apoyo es imposible.

La motilidad **pasiva** es de iguales caracteres que la activa aunque se alcanza a flexionar las rodillas en mayor extensión; el dolor y una cierta rigidez articular se oponen a la flexión completa; no se perciben crujidos articulares.

A la palpación se aprecia que el máximo dolor corresponde a las interlíneas articulares y también a los puntos de inserción tendinosa.

Existe un pequeño derrame en ambas articulaciones pero bien apreciable y con fluctuación y choque de las rótulas.

Todos los fenómenos están más acentuados en el lado izquierdo que es el más recientemente afectado.

Existe un ligero grado de atrofia en los músculos de la pierna derecha.

Examen radiológico. (Dr. Larios)

"No se aprecia nada anormal en las articulaciones examinadas (véanse radios 1 al 4: rodillas derecha e izquierda, frente y perfil,

Muñecas.

La articulación radio-carpiana derecha está también invadida y presenta iguales caracteres que los descritos para las rodillas aunque bastante menos marcados.

Dos días después de su ingreso en el servicio ligera hinchazón, y dolores espontáneos y provocados por los movimientos en la muñeca izquierda con iguales carecieres que en la derecha pero sin llegar a alcanzar igual intensidad.

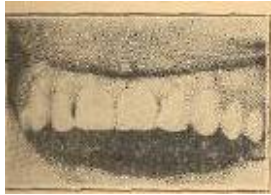
Otros datos articulares. Nos parece útil consignar que según informaciones obtenidas de un compañero de la Policlínica, la enferma tenía ya a su entrada en aquel establecimiento, las rodillas hinchadas, con choque rotuliano en ambas etc., es decir tal y como nosotros la hemos descrito; y que realmente fue durante el curso de las aplicaciones intravenosas **de cianuro de mercurio que se instituyeron desde el primer día**, que sobrevino una agravación de sus dolores aunque naturalmente 'no por el cianuro' como la enferma nos dijo, sino 'a pesar de él'.

Temperatura a su ingreso 37.9

Examen especial del aparato circulatorio.

**1****2****3****4**

Radiografías frente y perfil ambas rodillas.



o

C. Reyes. Serv. Of. Hosp. S. Felp. Q-p U No sorda. No.Hutn. **Foliarte**,
K. Curada trat. mixto, esp.

Dientes invs. es. Ns.
Bordes antrs. de lats.
erosionados.



6

Su lev. molar iz. caries
negra,



7

E. Flores. Of. Hosp. S. Felp.
Q-p. bi Sord. bi. K.
Muy mej. trat. esp. actual.



8

E. Oviedo. Of. Hosp. S. Felp.
Q-p. bi. Irido-cor.-rets. bi.
Muy grave. K. en s. y l.c.r.
O. Nó sorda. Nó Hutchn.
Erosiones, nanismo, caninos y
los **mols.** mens. C. trat. esp.



9

D. Cruz. Of. Hosp. S. Felp.
Q-p. bi. Dureza oído bi. p
K. en s. \ O No Hutchn.
Gran mej. trat. esp. actual.



10

/ . Antúnez. Of. Hosp. S. Felp.
O. 1. Estflms, Glauco. s. O.
D. Q-p Ir-corio-rets.
Polimorfmo. dent. caries
negra.
K. en s. y l.c.r. \ O. >
Curado trat. esp. mixto.



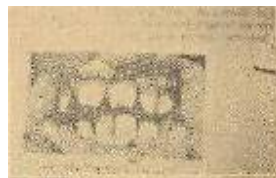
11

Trat. Sifgraf. Stokes. Paq.
12Jt9. 2 enfs. con q-p. Nó Hut.



12

Trat. Distrs. dents. Lebourg.
Pág. 68. Q-p. IV. positivo fuerte



13

Trat. Sifflgrf. Stokes. Pág- 12A8.
Dientes típicos de Hutchinson.

Inspección y palpación de la región precordial.

<

Se ve y siente latir la punta del corazón en el 5º espacio intercostal izquierdo.

Percusión. Las áreas de macidez absoluta y relativa, son normales.

Auscultación.

Ni a su ingreso en el Servicio, ni durante toda su permanencia en el mismo, ni actualmente, hemos podido apreciar la más pequeña anomalía en el ritmo ni en los tonos cardiacos; estos exámenes fueron muy detenidos, tanto por la índole del padecimiento como porque ocasionalmente no nos era posible obtener electrocardiogramas ni radiografías que completasen la exploración.

Pulso: rítmico, lleno y con frecuencia de 75 latidos p. m.

Presión arterial: tomada a distintas horas del día y repetidas veces en el curso de la afección, ha dado siempre cifras muy próximas a Mx. 105-Min.60 mms. (Baumanómetro).

Examen de otros aparatos y órganos de los sentidos.

Respiratorio: Normal (exploración deficiente como en el cardiaco y por iguales causas).

Aparato digestivo. Boca y lengua normales.

Amígdalas y faringe, **fuertemente enrojecidas**; las primeras aumentadas de volumen pero sin exudados u otras anomalías; en la segunda se aprecian numerosos folículos linfoides.

Dientes.

Como se desprende de lo dicho hasta ahora, nuestra enferma presenta con toda evidencia un cuadro de POLIARTRITIS, y otro de QUERATITIS PARENQUIMATOSA (en adelante q-p) BILATERAL.

Ahora bien: todos los autores que hemos podido consultar, Internistas, Oftalmólogos Estomatólogos y Sifiliógrafos, están de acuerdo en considerar que la q-p es **casi** siempre de naturaleza heredo-luética,

por consiguiente que va asociada a los estigmas generales de la h-1, y muy particularmente a los dientes de Hutchinson, la sordera y las reacciones serológicas específicas.

La discusión y el diagnóstico de este caso exige pues una amplia información acerca de estos últimos tres puntos, y muy especialmente del que se refiere a las alteraciones dentarias; y ello tanto más cuanto que la q-p de nuestra enferma es absolutamente idéntica a las numerosísimas que hemos visto durante el curso, y todas ellas (esta enferma incluida) presentan muy notables anomalías e irregularidades en relación con las descripciones clásicas: la profusa documentación dentaria que ofrecemos, halla su justificación en el anterior razonamiento.

Por otra parte, en Patología Interna y en Sifiliografía, se admite que la h-1, además de la q-p, puede causar POLIARTRITIS, y **muy especialmente las que ofrecen carácter "simétrico" y se localizan en las rodillas**; justamente lo que predomina en el cuadro clínico de nuestra enferma; la documentación necesaria en primer término para la futura discusión del caso es evidentemente la relacionada con el diagnóstico de la h-1.

Como elementos de información a este respecto, ofrecemos los siguientes:

1? Ya se ha dicho que esta q-p, es igual (salvo pequeñas diferencias cuantitativas) a todas las que hemos visto; añadamos que el 20% del **total** de enfermos examinados durante los nueve meses del curso, tenían q-p en evolución* o padecían de sus secuelas; al estudiar a esta enferma, estudiamos un importante sector de oftálmicos de los que se ven en nuestro medio.

2? Las personas afectas de estas q-ps. (ó de otras afecciones visuales quizás similares) **NO PRESENTAN JAMAS LOS DIENTES CENTRALES SUPERIORES "PATOGNOMONICOS" DE HUTCHINSON.**

(Véanse las fotos 5 y 6 pertenecientes a nuestra enferma y las 7, 8, 9 y 10 correspondientes a otros tantos enfermos del Servicio afectos de q-p).

3? En compensación a la constante ausencia de los dientes patognomónicos de Hutchinson, todos estos pacientes ofrecen múltiples signos "sugeridores de heredo-lues" bien descritos en todos los Tratados especiales de Estomatología y Sifiliografía y a penas conocidos por la masa Médica general; entre ellos los que forman el "síndrome dentario de Hutchinson", excluidos los incisivos superiores ..famosos, y los muy numerosos de Fournier que para muchos tienen tanto valor diagnóstico como aquellos, y para algunos más que aquellos por su mayor frecuencia (Véanse las fotos 5 a 10).

4? Aunque la ausencia de los Hutchinson "conocidos" sea característica de nuestra clínica por su constancia, este fenómeno no es ignorado y se observa en América y en Europa, las fotos 11, 12 y 13 lo demuestran; a lo menos los Profesores norteamericanos Thomas (estomatólogo) y Stokes (sifiliógrafo), el chileno Charlin (oftalmólogo)

go) y el francés Lebourg (estomatólogo) han observado y admiten que la q-p., existe sin "dientes de Hutchinson, y ésto no con carácter de excepción.

5? Que nuestra enferma y sus "homólogos" queratíticos no tengan Hutchinson no invalida la etiología luética de estas Q-ps. Resumiendo esta información dental diremos: los enfermos de q-p en nuestra clínica no tienen "dientes de Hutchinson" (los casos representados en las fotos excepcionales verdaderos caprichos de la clínica) son más bien desdentados (¿fragilidad dentaria de Fournier?): verdaderos "laudas" en el sentido literal de esta palabra.

(La displasia ectodérmica descrita por Thadani en Hyderabad Sind (India) no parece tener relación con nuestro caso; el original modo de transmitirse la anodoncia a través de hembras con buenas dentaduras y el que los "budas" sean siempre hombres y "calvos", demuestra que aquello es bien distinto de ésto).

79 La sordera bilateral de origen central es rarísima acompañante de la q-p en esta clínica; precisamente la foto No 6 corresponde a una enferma totalmente sorda y con q-p bilateral muy intensa; K H en sangre; pero ésto es raro; en cambio observamos con relativa frecuencia este tipo de sordera en enfermos sin q-p ni nada que se relacione con ella. "La ausencia de sordera no invalida el diagnóstico de q-p".

8? Por encontrar aquí su lugar más apropiado nos referiremos ahora al dato q-p.-Kahn en sangre y l.c.r.

El de nuestra enferma es ++ en sangre; no se hizo en l.c.r.

NO EXISTE AQUÍ LA MENOR CONCORDANCIA entre el Kahn y la q-p. Y esta misma disarmonía se repite en todos los padecimientos visuales sospechosos de luéticos y en las afecciones generales concomitantes que les acompañan.

Quizás el porcentaje de K. positivos en esta clínica sea mucho mayor a igualdad de número de enfermos que en cualquier otra región del Globo y concretamente en Europa.

Pero la absurdidad de su marcha en relación con la clínica es tal que podría decirse que "la falta de ataxia tabética en Honduras está generosamente compensada por la ataxia del Kahn."

EL VALOR DIAGNOSTICO DEL K. EN ESTA CLÍNICA Y CUALQUIERA QUE SEA SU SIGNO E INTENSIDAD ES ABSOLUTAMENTE NULO; si no provoca gravísimas consecuencias el servirse de él y aceptar sus resultados rechazando la etiología luética cuando es negativo y admitiéndola cuando es positivo, y practicando tratamientos en general insuficientes, porque el medio no se presta a una actuación perseverante, ello es debido a que seguramente muchos compañeros advertidos como nosotros, actúan a compás de lo que manda la clínica y también, y muy principalmente, porque si lo que aquí estamos viendo es sífilis realmente (lo que sea responde con docilidad inigualada al tratamiento específico) se trata de una afección CON TROPISMO MANIFIESTAMENTE OCULAR, y tan leve, que brota y se marcha sin molestar las funciones del paciente, o se deja curar de cualquier manera "aunque ésta sea mala".

(Continuará).

La Diabetes

EVOLUCIÓN DE SU CONCEPTO *Conferencia*

pronunciada por el Prof. H. Afines Díaz (Río de Janeiro)

(Concluye) DIABETES Y

CRECIMIENTO

Ya señalamos el crecimiento exagerado del feto de madre diabética.

Priscila White observó el mismo hecho en la diabetes infantil; "en tal comienzo de la diabetes, el niño presenta signos de hiperactividad pituitaria: la talla, el metabolismo, el desarrollo de los huesos y de los dientes se presentan adelantados sobre la edad cronológica."

Esos hechos parecen estar en desacuerdo con la observación corriente de casos de nanismo diabético, en los cuales es patente el hipoevolutismo.

Ahora bien, según White, esa falta de crecimiento sólo ocurre varios años después del comienzo de la diabetes y frecuentemente se acompaña de obesidad, de tipo hipopituitario esto es. con desarrollo retardado de los huesos y dientes y con inteligencia normal.

Tres podrían ser las explicaciones plausibles: una anomalía congénita, el resultado de la subalimentación y la consecuencia de la fatiga pituitaria, tal como ocurre en los acromegálicos cuando entran en el período asténico.

El hecho curioso observado por White es que con la falta de crecimiento sobreviene la benignidad de la diabetes.

Como el crecimiento de estos pacientes mejora con el extracto ánteropituitario y con la tiroxina, puede surgir el problema social de promover el crecimiento corriendo el riesgo de agravar la diabetes (White).

(De "El Día Médico," Buenos Aires).

Notas

RETORNO DE UN COMPAÑERO--Después de permanecer durante algunas semanas en la ciudad de México, ha regresado a este Distrito Central, nuestro estimado colega el Dr. Juan A. Mejía., Vicepresidente de la "Asociación Médica Hondureña".

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO EN TUBERCULOSIS. - En muy atenta comunicación enviada a "Revista Médica Hondureña", el Prof. J. B. Morelli, Director del Instituto de Tisiología de la Facultad de Medicina de Montevideo; nos participa que, del 13 al 25 de marzo del presente año, se llevará a cabo en el mencionado centro, un curso de perfeccionamiento teórico práctico en tuberculosis.

El Prof. Morelli tiene especial interés, en que esto sea conocido por el gremio médico latinoamericano y puedan aprovecharlo quienes así lo deseen.

DE NUEVO ENTRE NOSOTROS.—Se encuentra de nuevo entre nosotros el Dr. Trinidad D. Boquín, miembro de la Asociación Médica Hondureña. Cordialmente le saludamos.

COMISIÓN PARA ELABORAR UN REGLAMENTO INTERIOR.—Los Doctores Juan A. Mejía, Humberto Díaz, Antonio Vidad y José Manuel Dávila A., han sido comisionados para la elaboración del Reglamento Interior de la "Asociación Médica Hondureña".

UN INTERESANTE TRABAJO.—En el presente número de esta revista, publicamos un interesante trabajo de nuestro consocio el Dr. Ramón Alcerro Castro h., intitulado PSICOCIRUGIA, y que, como su nombre lo indica, se refiere al tratamiento de algunas psicosis, por intervención quirúrgica sobre los lóbulos frontales del cerebro. Con dicho trabajo el Dr. Alcerro nos remitió además algunas fotografías de los casos observados, las cuales sentimos no publicar por falta de espacio.