

# RÈVISTA MÉDICA HONDUREÑA

ÓRGANO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

DIRECTOR.

Dr. Antonio Vidal - Tegucigalpa

REDACTORES :

Dr. Camilo Figueroa — Tegucigalpa

Dr. Salvador Paredes — Tegucigalpa

Dr. Manuel Larios Córdova Tegucigalpa

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

Tito López Pineda Tegucigalpa

ADMINISTRADOR: Dr.

Manuel Castillo Barahona, Tegucigalpa

---

Año 1 Tegucigalpa, Honduras, C. A. Mayo de 1930. Número 1

---

## INTRODUCCIÓN

---

La Asociación Médica Hondureña surgió a **iniciativa del distinguido facultativo** Dr. Camilo **Figueroa**, y bajo los auspicios de un **grupo de médicos** jóvenes, entusiastas y decididos, el 20 del mes de Julio del año pasado. Este grupo de médicos, **desafiando el medio** ambiente, pequeño y hostil, siempre que se trata de compactar opiniones o de empresas cooperativas **de** esta índole, **supo** colocarse muy alto, haciendo surgir la Asociación Médica Hondureña, sueño acariciado **por** otras generaciones **de** médicos, que no pudieron llevarlo a la **realidad** por las razones anteriormente apuntadas.

De muy reciente fecha es la fundación de la Asociación Médica Hondureña, y sin embargo ha hecho sentir ya su acción vigorosa, franca, fraternal y sincera en diversas ocasiones. Si por este mismo sendero se camina, los resultados para podrán que ser muy halagüeños en bien de la clase medica y del país en general.

La Junta Directiva de la Facultad de Medicina de la cual tanto la Asociación Médica como la clase estudiantil esperan nuevas y modernas reformas en métodos de enseñanza, surgió mediante el apoyo decidido de la Agrupación, triunfando con *una*, mayoría absoluta, cuyo triunfo ha venido a ci

mentar la opinión favorable que el Cuerpo Médico del país tiene ya formada sobre la Asociación Médica Hondureña.

La presente revista, cuyo primer número encabezan estas líneas, es el órgano de publicidad de la Asociación Médica Hondureña y será como el faro de donde irradiarán los entusiasmos, los anhelos, la ciencia, el amor y el patriotismo de cada uno de los miembros de la Agrupación hacia el conglomerado social que constituye el pueblo hondureño.

Va la presente revista, pues, a ocupar su puesto entre las de su clase, pero sin pretensión alguna.

Tanto la Dirección, como el Cuerpo de Redactores, harán todo lo que humanamente sea posible para que ella responda no sólo a los ideales altos y generosos de la Agrupación Médica que representa, sino también, a ideales más amplios de humanidad, ciencia y cultura general.

Tiene la Dirección el propósito de que la presente revista sea un medio potente de difusión científica, haciéndola llegar hasta el último rincón del país donde viva algún médico que pueda leerla.

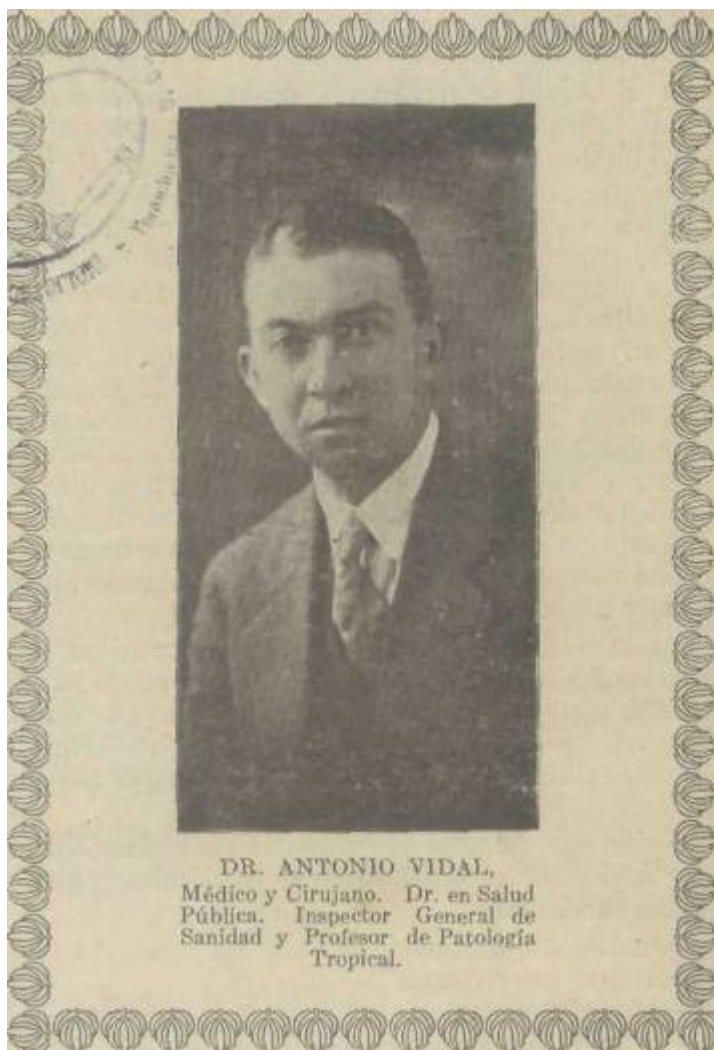
En las páginas de esta revista tendrán cabida todos los trabajos originales o de difusión científica que nos sean enviados por los socios o por los demás médicos hondureños ya sea que se encuentren dentro o fuera del país. También los trabajos de médicos Centroamericanos o de aquellos países donde las condiciones patológicas sean semejantes a las nuestras, tendrán entusiasta acogida, y desde hoy se les abre con toda sinceridad las puertas de esta publicación.

Se presenta hoy nuestra revista bajo humilde ropaje, pero con el anhelo de mejorar tan pronto las circunstancias lo permitan.

Deseamos el canje de las demás publicaciones de este mismo género, motivo por el cual de los artículos originales serán publicados pequeños resúmenes en inglés y francés, y por consiguiente suplicamos a las revistas y periódicos de Centro América y de los demás países el canje respectivo.

Enviamos a la prensa nuestra y la extranjera nuestro **más cordial saludo.**

**LA DIRECCIÓN.**



## Zancudos Anofeles de Honduras

Desde mi regreso de los Estados Unidos, donde tuve oportunidad de hacer un estudio detenido de Malariología, bajo la dirección del Dr. Met **Calf** Root, Profesor de Entomología Médica de la Universidad de Johns Hopkins, he tenido el deseo de llevar a cabo la clasificación de los zancudos ano-

feles de Honduras, trabajo que no ha sido aún **realizado** por ningún Entomologista que yo sepa.

Con el objeto de llevar a la práctica dicha clasificación, he reunido ejemplares de anófeles de la mayor parte de las zonas del país.

**Está plenamente demostrado que no todas** las especies de zancudos anofeles transmiten de **igual manera** el paludismo. Por ejemplo, el anófel albimanus es más peligroso transmisor que el **seudopuntipennis en lo** que concierne al paludismo. Por otra parte, zancudos peligrosos en una región dada, pueden no **serlo** en otra. Tal sucede con el anófel **seudopuntipennis** que es **el transmisor** del paludismo en **California**, pero no en la República Argentina donde se encuentran muy abundantemente. De aquí la importancia para el dominio y control del paludismo de saber con certeza que especies de zancudos anofeles abundan en tal y cual región, pues conocida la especie podrá conducirse con más o menos conocimiento una campaña eficaz y económica evitando así pérdida de tiempo y de dinero.

Hasta la fecha no me ha sido posible examinar los **zancudos** de todas las regiones del país, por motivo de la dificultad de conseguir ejemplares suficientes, así como por que algunos de los enviados por los Técnicos y Agentes Sanitarios han llegado en mal estado, dificultándose por consiguiente su identificación.

Han sido examinados zancudos de las zonas Central, Norte, Sur y Occidente de la República, habiéndose identificado las especies siguientes:

- 1o—Anófel albimanus
- 2o—Anófel argyritarsis
- 3o—Anófel bellator**
- 4o—Anófel cruzzii
- 5o—Anófel pseudopuntipennis
- 6o—Anófel Strigimácula
- 7o—Anófel tarsimaculata

Como se ve se ha logrado clasificar un regular número de especies sin **embargo creo que faltan algunas** otras de las ya **conocidas** o nuevas, las **que** incluiré **en** una extensa monografía con dibujos **apropiados** que tengo esperanza de publicar antes de finalizar el **presente** año. Esta monografía incluirá si me es posible hacerlo, algún trabajo **sobre** índice parasitario **experimental y natural**.



Las larvas de esta especie prefieren el agua pura expuesta a la luz directa del sol, especialmente cuando son ricas en Spirogira, pero según Howard, **Dyar** y Knab 1917, la larva puede encontrarse también en cualquier clase de agua,

Este zancudo es muy adaptable, la hembra es muy sedienta de sangre y entra en las casas en gran número. Pica con avidez a las bestias (Darling 1910 y 1920).

Relación con el paludismo. El Dr. Darling en Panamá, (1910) tuvo éxito en infectar esta especie con **Plasmodium falciparum** y vivax y la considera como un vector muy importante en la transmisión del paludismo. Verteuil (1925) piensa que este zancudo es un portador en Trinidad. Root (1924) refiere que infecciones experimentales han sido obtenidas en las Antillas. Las experiencias de Darling en Panamá, (1910 y 1920) sobre infecciones experimentales con albimanus, se refiere a 50 especímenes de los cuales 37 fueron encontrados infectados, dando por consiguiente un índice de infección de 74%. De acuerdo con estas experiencias el desarrollo del P. vivax fue obtenido en 9 a 12 días y del P. falciparum de 12 a 13 días. Conclusión **epidemiológica**. Principal vector del paludismo en la América tropical. En Honduras es la especie

más común y con toda seguridad es también el principal vector de esta enfermedad.

[ ANOFEL ARGYRITARSIS, RABINEAU DESVOIDY 1827

Anófel albitarsi Goeldi 1905

Anófel albitarsi Eiken 1907 L

Anófel allopha, Peryassu 1921

Distribución geográfica. Centro y Sur América. En Honduras especialmente en los valles y mesetas del Occidente.

Las larvas se encuentran en toda clase de aguas estancadas, pequeñas colecciones de agua en los huecos de los árboles

, etc.

Este zancudo es uno de los pocos anofeles que ponen sus huevos en receptáculos artificiales según (Howard, Dyar y Knab 1927). El Dr. Boyd asegura que pone sus huevos en zanjas expuestas a la luz directa del sol, así como en pozos.

Según Dyar, nunca se encuentra a este zancudo en gran número en ninguna localidad; pero nosotros en el Occidente de Honduras lo hemos encontrado en gran abundancia.

Relación con el paludismo. Experimentalmente **Darling** en 1909 fracasó en obtener el desarrollo del P. falciparum en 119 especímenes y el del P. vivax en 1.



Conclusión epidemiológica. Parece **según** los autores antes citados, que esta especie no es muy **peligrosa, pero** nosotros creemos que en Occidente de **Honduras** juega **un papel** principal en la transmisión del paludismo pues en ciertos lugares muy palúdicos se han encontrado casi únicamente zancudos de esta especie.

ANOFEL BELLATOR, DYAR Y **KNAB** (1906)

Distribución geográfica. Trinidad, Antillas y Venezuela. (Dyar 1925). Honduras. (Emilio Gómez Rovelo 1929). Criaderos. Las larvas se encuentran generalmente en **aguas** estancadas donde abunda en las hojas de **Bromelaceas** Howard, Dyar y **Knab** 1917).

Relación con el paludismo. No **hay** evidencia.

ANOFEL **CRÜZII**, DYAR Y KNAB. (1918)

Anófel hylephilus. Dyar y Knab 1917.

Distribución **geográfico**. Desde el Ecuador. Zona Norte y **Central** de Honduras.

**Criaderos**. Las larvas se encuentran **generalmente** en las aguas donde abundan las hojas.

(Dyar 1915).

Los adultos pican al hombre y a los animales.

Relación con el paludismo. No existe evidencia y probablemente esta especie no toma parte en la **transmisión** del paludismo según Darling y Root (1926).

ANOFEL PSEUDOPUNTIPENNIS (Theobald 1901)

Distribución geográfica. Sur y Oeste de Estados Unidos Unidos. América tropical y sub-tropical. En Honduras es después del albimanus el más abundante, sobre todo en las Zonas Norte, Sur y Centro.

Criaderos. Las larvas se encuentran en charcos, hoyos con agua, cerca **del** borde de los ríos, tanques, pozos, etc. Esta especie prefiere agua pura. Generalmente se encuentra asociada con la del **argyritarsis** en corrientes de curso lento y donde abundan colecciones de algas.

El zancudo adulto, dicen los autores, es raro encontrarlo dentro de las casas, pero nosotros **lo hemos** encontrado en gran abundancia en dormitorios, cocinas, etc.

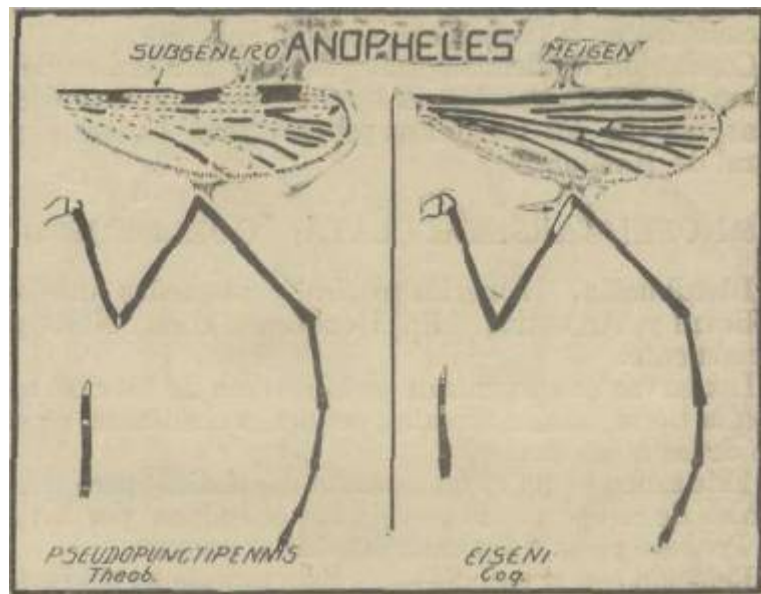


Relación con el paludismo. Esta especie ha sido experimentalmente infectada con *P. falciparum* por Darling (1910), quien encontró 4 zancudos infectados de 27.

**Sometidos al experimento**, Darling fracasó con *P. viva* y *P. malaria*, sacando la conclusión que esta no es peligrosa a lo menos en Panamá. En Argentina, Davis piensa que sí es peligrosa.

Las siguientes infecciones naturales han sido referidas.

**Paterson (1911), 16 en 1549** zancudos disecados; Muhlen de **Jujuy**, Argentina (1925), **2 en 62**; **Mozza y González (1926), 2**



en 28: Davis (1927) disecó 425 en la Provincia de Jujuy, Argentina, encontrando un índice parasitario natural de 2.57c.

Conclusión epidemiológica. Especie peligrosa en ciertas localidades y menos peligrosa en otras. En Honduras me parece después del albimanus y el argyritarsis es la especie más peligrosa. En Tegucigalpa, es la más peligrosa durante la estación seca (Dr. Molloy 1930).

#### ANOFEL STRIGIMACULA, DYAR Y KNAB (1906)

Anófel puntimácula. Dyar y Knab (1906)

Anófel malefactor. Busck (1938)

Distribución geográfica. Centro América. México y Tri-

nidad. En Honduras muy abundante en las Zonas Central y Norte del país.

Criaderos. Las larvas se encuentran en aguas estancadas en relación con corrientes y en corrientes de curso despacio conteniendo hojas de plantas acuáticas.

Lardé y Arthes (1922) en El Salvador encontró *Strigimácula* en agujeros profundos cerca de los ríos conteniendo algas.

Esta especie entra en las casas y se han capturado llenos de sangre.

Relación con el paludismo. Darling (1910) fracasó infectándolos con *P. falciparum* y malarie. Lardé por razones epidemiológicas cree que este zancudo transmite el paludismo de tipo cuartano en la parte Central de El Salvador.

Conclusión Epidemiológica. Dudoso transmisor del paludismo, pero para nosotros es también por razones epidemiológicas uno de los mosquitos peligrosos en el área Norte y Central de Honduras.

#### ANOFEL TARSIMACULATA, GOELDI (1905)

Distribución. América tropical y pequeñas Antillas Brazil y Argentina. En Honduras. Zona Norte y Sur especialmente.

Las larvas se encuentran en la margen de los ríos, agujeros en la tierra, zanjas, canales, pequeñas corrientes, en el pecíolo de las hojas etc.

Este zancudo no es un zancudo doméstico; pero entra en las casas de campo por la tarde y las abandona por la mañana. Prefiere picar a los animales que al hombre.

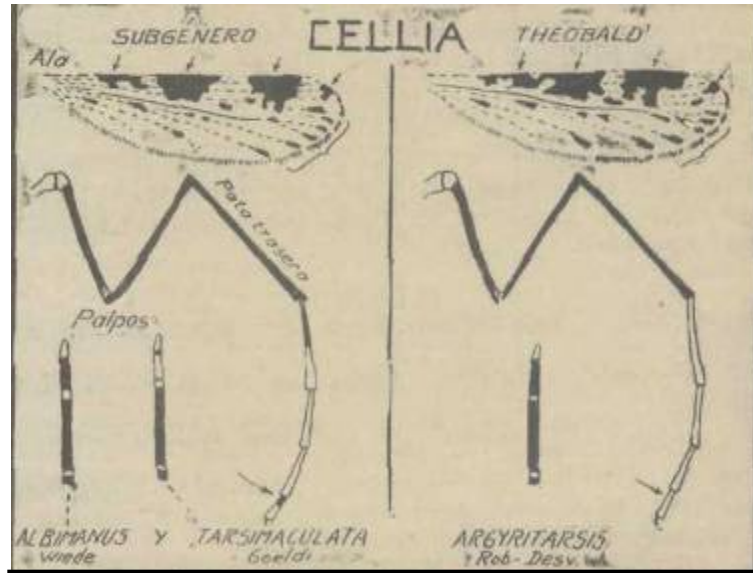
Relación con el paludismo. Esta especie ha sido infectada con el **P. vivax**. En Panamá y en Trinidad se le considera como un vector importante en la transmisión del paludismo.

Conclusión epidemiológica. Es un transmisor dudoso.

De todas las especies anteriormente descritas diré que el anófel albimanus es la más abundante en todas las zonas del país y quizá la más peligrosa desde el punto de vista de la transmisión del paludismo. Esta especie es pues, la responsable de la mayor parte de nuestro paludismo.

El anófel argyritarsis abunda en el Occidente, sobre todo en las partes más elevadas como Santa Rosa de Copan, La Esperanza etc. y el anófel pseudopuntipennis y *Strigimácula* en las Zonas Central Norte respectivamente.

La Sanidad Nacional tiene la intención de fundar, una Estación Experimental de Malariología, con el objeto de combatir con método científico el paludismo. En esta Estación podrán llevarse a cabo trabajos importantísimos de la índole del presente, que desde luego, tarde o temprano redundarán en bien del país.



#### REFERENCIAS

- 1.—**Boyd, M. F.** 1926. Studies of the epidemiology of Malaria in the Control of Lowlands of Brazil. Amer. Journal. Hyg. Monograph No. 5.
- 2.—Darling, S. T. 1909. Transmission of malaria fever in the Canal Zone by Anopheles mosquitos. Journ. Amer. Med. Assoc. T. **LIII**. Pag. 2051-2053.
- 3.—Darling, S. T. **1910**. **Factors** in the transmisson and prevention of malaria in the Canal Zone. Amer. Trop. Med. T. IV pp..... **L79-223**.
- 4.—Darling, S. T. 1920. Experimental inoculation of malaria by means of Anopheles ludlowii. Journ. Exp. XXXII. pp. 313-329.
- 5.—Darling, S. T. 1910. Studies in relation to malaria. Isthmian Canal Comission. Laboratory of the Board of Health.
- 6.—Darling, S. T. 1926. Mosquito species control of malaria. Amer. Trop. Ded. T. VI pp. 166-180.
- 7.—Davis, N. C. 1924. In Boyd 1926.
- 8.—Davis, N. C. 1926. A. field Study of malaria in Brazil. Amer. Journ. Hyg. VI-pp. 119.138.

- 9.—Davis, N. C. 1927. *A. pseudopuntipennis* as malaria transmitter. Amer. Journ of Trop. Med. VII-pp. 167-176.
- 10.—Dyar, H. 1913, Conditions regarding forest malaria. Proc. Entom. Soc. Washintong, XV-pp. 108-118.
- 11.—Dyar, H. G. 118. Notes on America Anopheles. Insect. Inse. Mens. VI-pp. 141-151.
- 12.—Dyar, H. C. 3925. Notes on Bromelacious Anopheles. Inse. Mens. XIII-pp. 25-27.
13. - Dyar, H. G. 1925. Mosquitoes of Panamá. Insect. Inse. Mens. XIIpp.101 195.
- 14 Dyar, A. G. Notes on biting flies from Venezuela. Insect.Ins. Mens.XIV pp 10 11 and 152.
- 15.Howard;L.D, Dyar, H. G.and Knab, F. 1917. The mosquitoes of Northand Central America and the West Indies, Vol. IV Washington-Carnegie Publications.
- 16.—Knab, F. 1913. The Species of Anopheles that transmit human malaria. Amer. Journ. Trop. Dis. and Prev. Med. 1,pp-35-43.
18. Larde y Arthes, C. R. 1952. Anopheles del El Salvador y Profilaxia palúdica. Tesis de doctorado.
18. - Muhlens, P. 1925. In Davis 1927.
19. -Neiva, A. 1909. Contribucao para o estudio dos dípteros. Mens. Inst. Osvaldo Cruz. T. XX.-pp. 69 77
20. -Peryassu, A. 1925. Anopheles **alagoanii**. A. Folha Medica.VI pp.258-259.
- 21.—Root, F. 1922.-Mosquitoes and blood- sucking flies from Porto Rico.-Amer. Journ. Hyg. 11, pp. 394-405.
22. Root. F. M. 1924. American Anopheline **Mosquitos**, thir classificación and their relation to the transmiition of malaria. Proc. Int. Health Prof. Trop. Amer. Jamaica. 1925.
- 23.-Root, F. M. 1925. Notes in the mosquitoes of Lee Countr, **Georgia** Amer Journ. Hyg IV pp. 449-455.
24. **Root**, F- M. 1926. Studies on **Brazilian** mosquitoes. Amer. Joun, Hyg. VI-pp. 684-717.
- 25.—Verteuil, F. de 1925. Some observations on malingnant tertian malaria in Trinidad, B. W. Trans. Roy. Soc.Trop. Med. and Hyg. XIX-pp. 235-239.

ANTONIO VIDAL.

Tegucigalpa, Mayo de 1930.

## LA GLÁNDULA TIROIDES EN LA ADOLESCENCIA

El incremento que ha tomado últimamente el estudio de las glándulas de secreción interna, ha revelado el papel que éstas juegan en un gran número de **afecciones** de etiología oscura, cuyo tratamiento **deja-ba** siempre mucho que desear por estar fundado en el empirismo y no en una base **solida** como lo es la fisiología patológica.

Al lado de los síndromes clásicos de franca insuficiencia o perturbación endocrina, tales como el cretinismo, el mixedema, la enferme-

dad Basedow, etc., existen otros menos característicos, que pueden pasar desapercibido.; porque los síntomas que presentan son leves, sin conexión con las glándulas de secreción interna dudosa para aquellos que no tienen presente su probable etiología.

Me refiero en particular a un grupo de síntomas que ocurren en niños entrando a la pubertad, es decir de los 10 a los 15 años. Este es el **síndrome tiro-adolescente** de Gley. He observado personalmente 9 casos, los tres últimos aquí en Tegucigalpa durante los últimos dos años. Los otros fueron estudiados en el servicio de Pediatría en el City Hospital de New York-

Caso 1"—M. H. niña de doce años. Antecedentes hereditarios: madre obesa. Antecedentes personales: Sarampión a los 6 años; difteria a los 8. **Mentalidad y desarrollo** físico normales. Ingresó al **hospital** por ataques epiléptiformes de tres meses de duración, produciéndose cada 8 a 10 días. Madre ha notado además pasajeros de los párpados, carrillos y pies. Nunca ha reglado. El examen no revela nada de particular. Orina normal. Wassermann y Kahn negativos. Metabolismo basal—10. A los tres días de hospitalización un segundo **examen** dio por resultado: Metabolismo basal—3. La enferma nunca suda. Hay escasa distribución del pelo en las axilas y el Monte de Venus. Ligeros dolores sobre ambos ovarios, más frecuentes por la noche. Se le instituyó un tratamiento opoterápico de Tiroides (extracto desecado) Gm. 0.03 tres veces al día. Al 320 día de su permanencia **en** el hospital tuvo ligero derrame sanguíneo vaginal con fuertes dolores en el bajo vientre. Suprimióse el tiroides por 5 días, continuándose después con finí. 0.02 dos veces al día. Desde entonces regla normalmente; han desaparecido los edemas y los ataques, no se han repetido. Vista por última vez 2 años más tarde, sigue en buena salud.

Caso 2°--V. M. enferma de 14 años de edad. Padre y madre sanos. Antecedentes personales negativos. Aqueja dolores lumbares con gran fatiga muscular y mental. Hace dos años regló por primera vez, pero sólo por un día y muy escasamente. Desde entonces la menstruación no se ha vuelto a presentar. Tendencia a la obesidad. Examen físico: eradicardia, piel seca, lisa. Pelo escaso. Exámenes de laboratorio: Sangre y orina normales. Metabolismo **basal**: -15. El tratamiento consistió en una dieta escasa en hidratos de carbono y grasas y abundante en proteidos. **Glándula** tiroides desecada 0.05 tres veces al día produjo **una** mejoría notable al poco tiempo de instituido el tratamiento: pérdida de peso, iniciación de la menstruación y desaparición de los dolores y de la fatiga que ella aquejaba.

Caso 3°--Enferma de 18 años de edad. Obesa. Hasta hace dos años gozó de una salud perfecta. Tuvo su primera menstruación a los 14 años y **reglo** normalmente hasta hace dos años. Tuvo una decepción amorosa hace dos años de resultas de la cual sufrió de ataques nerviosos, crisis de llanto y angustia y supresión completa de las reglas. Examen ginecológico revela un útero pequeño movable e indoloro. Anexa negativos. Virginidad conservada. Examen general no revela nada de particular. Laboratorio: Wassermann positivo más uno. Orina normal. Metabolismo basal -10. La enferma aqueja ahora insomnio, crisis de angustia y fuertes dolores de cabeza. Tratamiento: Luminal Gm. 0.03 y Tiroides Gm. 0.05 al día. A los doce días regla

abundantemente y con fuertes **dolores** sobre ambos ovarios. Suprímese el tiroides para continuar con 0.01 dos veces al día a **las** (dos semanas. A los dos **meses** sale del **hospital** muy mejorada y a los cuatro meses de su salida del hospital se presenta a la clínica externa manifestando que se siente completamente curada. Regla por cada 28 días por tres días sin dolor. Ha perdido 8 libras de peso.

Caso 4°—Niña de trece años. Edemas de la cara y pies. Carácter díscolo que hace que la maestra **la** traiga a someterse a un examen. Esta ha notado que las explosiones de ira se suceden con cierta periodicidad, (mamas bien **desarrolladas**). Entre los antecedentes hereditarios encontramos que es hija de **un alcohólico** y hermana de un epiléptico. Examen físico **negativo**. **Mentalidad** normal. Laboratorio: Orina y sangre negativas. En combinación de amenorrea **es una niña bastante desarrollada, con** edemas de la cara, nos hace pensar en una similitud con los casos anteriores. Se le instituye un tratamiento opoterápico de tiroides Gm. 0.02 al día y se le obliga a presentarse mensual mente a la clínica. La maestra nos informa que el carácter ha cambiado, siendo ella ahora dócil y hacendosa. Las reglas aparecieron a los dos meses de instituido el tratamiento y han seguido normalmente desde entonces. **Siguió con** el tratamiento hasta la edad de U años.

Caso 5°—Niña de 13 años. **En los últimos 5 meses** ha aumentado 14 lbs. de peso. Ha **palidecido** y perdido el apetito después de un ataque de gripe y no ha recobrado por completo su salud a pesar del aumento de peso. Los antecedentes no arrojan nada de significativo. El examen revela una niña anémica, piel seca, poca distribución del pelo, cejas muy escasas en su parte externa. Hgb. 60 p p, glóbulos rojos **1.600.000**, glóbulos blancos **6.200**. **nunca** ha reglado ni ha notado dolores en el bajo vientre. Metabolismo basal 10. Este último dato junto con el aumento de peso y la **escasa** distribución del pelo nos inducen a poner a la enferma en tratamiento opoterápico de tiroides Gm. 0.05 al día dando magníficos resultados. Al mes la anemia había mejorado de tal manera que la heigb. daba 80 p / p, **la** piel era ahora húmeda y elástica; había perdido tres lbs. de peso y se sentía **más** fuerte y ágil. Se **siguió** el tratamiento hasta que aparecieron las reglas. **Esto** tuvo lugar a los 8 meses de estar en tratamiento y desde entonces ha reglado normalmente sin dolor, no muy abundantemente y con regularidad. Es de notarse en este caso que no se puso a la enferma en ningún tratamiento hematínico, **por** haberse rehusado a **tomar una** preparación a base cloruro de hierro que tenía muy mal sabor y **sólo** tomaba las cápsulas de extracto de tiroides que por supuesto eran insípidas. En esta enferma no se hicieron exámenes de laboratorio por ser este un caso de clínica externa y falta de cooperación de la madre. Los datos anteriores al tratamiento fueron tomados por el médico de la familia que nos asegura de la mejoría de la enferma.

Caso 6o---Enferma de 15 años. Eneurisis desde niña que perdura todavía. Reglas escasas faltándole a menudo por completo. Ha pasado tres meses sin menstruar. Polyuria y gran fatiga al hacer ejercicio. Examen revela una enferma de constitución raquíctica; el tamaño de la cabeza que es grande no **guarda** proporción con el resto del cuerpo donde se nota tendencia al **infantilismo**. **Falta** absoluta de pelo en

las axilas y monte de Venus. Aparato respiratorio y circulatorio normales, Hipotensión (80/50 al Tycos). Orina revela trazas de glucosa. Wassermann negativo.

Examen químico de la sangre: **Urea 00, Glucosa 0.2 por 100 mgm.**

Exámenes subsecuentes de orina dieron resultado negativo por glucosa y esto junto con el examen de la glucosa en la sangre eliminó toda posibilidad de una diabetes. El tratamiento **opoterápico** consistió al principio en inyecciones de pituitrina Lobo posterior por los buenos efectos que esta sustancia produce en la enuresis. Poco se **consiguió** y se aumentaron la fatiga, la **polyuria** y la dismenorrea. Se le instituyó un tratamiento a base de tiroides (siempre siguiendo con la pituitrina el que produjo resultados asombrosos. El próximo mes la enferma regló normalmente, sin dolor, cesó la **fatiga** y lo que **más** llamó la atención fue que la polyuria cesó como por encanto. Al mes., de estar en tratamiento combinado, ya no **orinaba durante la noche** y ha seguido así hasta que se le perdió de **vista** un **año** y medio más tarde.

Todos estos casos, estudiados en un **Hospital** de New York, tienen en comun:

1.—Las enfermas son niñas entrando a la pubertad en quienes las reglas eran escasas o no se habían iniciado **aún**.

2.—En todas ellas había una hipofunción o una disfunción tiroidea evidenciada por tendencia a la obesidad, falta de desarrollo en el pelo, edemas transitorios sin ninguna patogenia en los riñones o aparato circulatorio.

3.—Todas ellas fueron notablemente mejoradas por la opoterapia tiroidea.

Para completar estas observaciones citaré los casos que he observado aquí en Honduras:

Caso 1°—M. T. niña de trece años, de San **Marcos** de Colón, en agosto de 1929) sufrió dos ataques epiléptiformes sin haber en la familia ni en la enfermita ningún antecedente epiléptico. La madre había notado que la cara de la niñita aparecía abotagada con hinchazón de los párpados inferiores especialmente por las mañanas. El examen revela además de los edemas antes mencionados, una *Lev.* **pálida y seca**, poco crecimiento de pelo en la parte externa de las cejas signo de la ceja de **Marañan**). **Aparato** circulatorio y respiratorio normales. Orina normal. Heces fecales: **huevos** de ascaris y tricocéfalos. Con tratamiento antihelmíntico expulso **8 lombrices** comunes. Esto se repitió dos veces más sin ningún resultado. Siguieron los ataques y los edemas. Al llegar a esta ciudad se le instituyó un tratamiento tiroidea (Tiroproteína al 5 0/0. Permaneció aquí dos meses en observación, sobrevino la primera menstruación que duró cinco días, siendo el derrame sanguíneo muy escaso. Tuvo un ligero ataque epiléptico **poco** tiempo después. A los tres meses de estar en tratamiento los edemas habían desaparecido, los ataques no se **habían** repetido y las reglas aparecían cada mes con regularidad aunque siempre escasas. La enfermita lleva ya 8 meses de tratamiento y continúa libre de síntomas.

Caso 2°—E. R. vecina de esta ciudad, niña de catorce años de edad. Nunca ha reglado. Por dos años ha **padecido** de edemas de la cara y algunas veces de las piernas, lo *que* dio lugar a que un médico diagnósticoara nefritis, pero repetidos exámenes de orina resultaron ne-

gativos. Ha tenido paludismo en dos ocasiones y sarampión a la edad de diez años. En los antecedentes hereditarios no hay nada significativo. Examen: desarrollo físico normal; piel amarilla, seca y lisa. Distribución de pelo normal. Corazón: taquicardia 182. Aparato respiratorio: normal, laboratorio: Orina normal en repetidos exámenes. Sangre: Kahn negativo. No hay hematozoario. Heces fecales: huevos de tricocéfalos. Por espacio de un año se trató a la enferma por medio de tónicos generales: quinina, hierro, arsénico, etc., sin ningún resultado. Hizo un viaje a El Salvador, y estando alla un **facultativo** le recetó cornezuelo de centeno e hidrastís canadensis produciendo únicamente fuertes dolores en el bajo vientre, pero sin la aparición de la menstruación. Cuando fui consultado la enferma había pasado por todos estos tratamientos. Presentaba entonces un cuadro que de momento daba la impresión de una **nefrítica**: anemia, piel lisa, edemas de las extremidades y de los párpados. En vista de los edemas junto con los otros síntomas de amenorrea, piel lisa, seca, etc., decidí poner a la enferma en tratamiento opoterápico de Tiroproteína al 50/0 y al mismo tiempo en inyecciones de metilarseniato de soda. Desaparecieron los edemas a la segunda semana de tratamiento y a los dos meses tuvo su primera menstruación, muy escasa, con mucho dolor de cabeza y que solo duró dos días. Desde entonces ha reglado dos veces más, ya más abundantemente y sin dolor. La enferma lleva ya 6 meses de observación y aunque las reglas no se han iniciado por completo, ya los edemas han desaparecido y el estado general ha mejorado mucho.

Caso 3o — M. V. de Comayagüela, de 17 años de edad. La madre refiere que su hija gozaba de perfecta salud hasta la edad de 15 años, cuando un fuerte ataque de gripe quebrantó su salud al grado que, cuando se levanto de la cama, después de 22 días de enfermedad, había perdido 10 libras. La menstruación, que había **aparecido** a los 14 años y ocurría normalmente, se suprimió desde la enfermedad y ya lleva dos años de padecer de amenorrea. Hizo un viaje a Tela donde se le hicieron todas los exámenes de laboratorio dando un resultado negativo, lo mismo que un examen ginecológico que tampoco arrojó luz sobre la causa de la amenorrea. Fue sometida a tratamiento tónico general y permaneció en el campo donde logro recuperar el peso perdido, su apetito y su color, pero las reglas nunca aparecieron. Cuando se me consultó, la enferma parecía una muchacha bien desarrollada, de buen color y aparentemente en buen estado de salud. El examen físico no reveló ningún trastorno de los diferentes sistemas. Si se notó, sin embargo, una ligera hipertrofia de la tiroides a la palpación profunda, (orno el síntoma único era la amenorrea, y envista del examen ginecológico negativo hecho en Tela (la enferma rehusó dejarse examinar por mi, instituí un tratamiento opoterápico y el preparado usado en este caso fue la hormotona, extracto pruriglandular déla casa CarnrickdeEE. UÜ-. A loa 22 días de estar tomando esta preparación, sus reglas retornaron y han seguido presentándose normalmente cada vez más abundantes, Lleva ya cuatro meses de estar tomando esta preparación por único medicamento y se siente bien. Toma tres tabletas al día por espacio de 18 días durante el mes con período de descanso intercalados en el mes antes y después de las reglas. El análisis de los casos arriba citados muestra que hay en todos ellos una hipofunción 1



o disfunción endocrina, y que esta es responsable por los síntomas predominantes del grupo que el enfermo presenta. Estos síntomas pueden ser los más variados, predominando en el cuadro clínico tal o cual síntoma. Entre estos el que ocupa lugar principal, por su constancia ya sea en **forma** total o parcial es la amenorrea, sin causa aparente de **origen** ginecológico y si de un origen endocrino, como puede verse por el resultado que produjo la **medicación opoterápica**. Que la tiroides juega un papel **importantísimo** en la producción de este grupo de síntomas conocido como el síndrome tiro-adolescente es evidente por el efecto de la medicación tiroidea que fue siempre rápido, constante y durable en todos los casos. Además, tenemos dos pequeños síntomas de hipo función **tiroidea**, como la escasa distribución de pelo, la tendencia a la obesidad (observada en tres de los casos) el signo de la ceja, etc.

Ahora bien, que trastornos sufro la secreción tiroidea en el período de **transición de** la infancia a la adolescencia? Harto conocido son las modificaciones anatómicas de la glándula: hipertrofia o hiperplasia del tejido. La hipertrofia virginal de la tiroides es bastante común; ocurre en niñas entrando a la pubertad y se manifiesta por un aumento simétrico de la glándula, pero sin **TRASTORNOS FUNCIONALES QUE REVELÉN UNA HIPOFUNCION O UNA DISFUNCION DE ESTA**. En cambio, los trastornos funcionales son menos conocidos y de naturaleza más oscura. Al **principio** f-e creía que la glándula tiroidea no elaboraba su secreción completa sino hasta la pubertad, pero el estudio de CUPOS de cretinismo y mixedema, pronto hizo abandonar esta **hipótesis**. Sin embargo, tenía sus defensores y Gley cita entre otros a Schwempfeld como el sostenedor de esta hipótesis. Este autor **creía que la hiperfunción** de la tiroides **coincidía con** la regresión del timo.

**Levy** y Rothchild opinan que a la entrada a la pubertad hay un llamamiento que el organismo hace a la glándula tiroides para suministrar una secreción rica en su hormona específica. Maraón opina lo mismo. Si aceptamos esta teoría, que parece contar con más adeptos, podemos muy bien suponer que en individuos predispuestos por taras hereditarias la tiroides agota muy pronto su hormona específica al recibir *este llamamiento* para una actividad aumentada, de donde provienen los síntomas de hipo función de esta glándula.

Estos síntomas tomados, individualmente, talvez no establezcan su origen endocrino a primera vista, pero ya en conjunto ofrecen un cuadro clínico que no puede confundirse. Los resumiré *asi*: supresión total o parcial de las reglas, edemas de la cara de las piernas de carácter **transitorio** y sin patología renal, escasa distribución de pelos en las axilas y las partes pudendas. El signo de la ceja descrito por Maraón es característico. Este autor lo **describe** así: la ceja que puede ser abundante en la parte **nasal**, se vuelve escasa y hasta **puede desaparecer por** completo en la parte temporal. Según él este síntoma e.; bastante común y arriba hemos visto que se presentó en tres de los casos **descritos**.

Hay **además** otros síntomas menos constantes, a saber: tendencia a la obesidad, dolores en la región **lumbar** y la; extremidades, **fatiga, muscular** y mental, ataques epileptiformes, etc,