

SUMARIO

	Página
Dr. S. Paredes P. —Gran Campaña Nacional Pro-Infancia	101
Dr. Humberto Díaz. —Nódulos Yuxtaarticulares	103
Dr. José R. Durón. —Un caso de enfermedad de Hodgkins	107
Dr. Gustavo Adolfo Zúniga. —Sobre un caso de torsión espontánea de la trompa	110
Dr. Martín A. Bulnes. —Intoxicación por un arácnido venenoso, la casampulga (<i>Latrodectris Nactus</i> o <i>Nactaus</i>	114
Dr. R. Alcerro C. hijo. —Dos publicaciones sobre sífilis en Centroamérica	117
Dr. Carlos M. Gálvez. —Notas Marginales	128
Dr. Manuel Larios. —Complicaciones renales debidas a la sulfanilamida	130
Dr. Manuel Larios. —Oleo-peritoneografía	130
Dr. José Gómez Márquez. —La clínica y sus contrastes	132
Notas	143

Revista Médica Hondureña

Organo de la Asociación Médica Hondureña

Director: DR. SALVADOR
PAREDES P.

Redactores: DR. HUMBERTO DÍAZ E.
— DR. MANUEL CACERES VUH
— DR. MANUEL ICARIOS C.

Secretario:
DR. RAMÓN ALCERRO h.

Administrador:
DR. GUSTAVO ADOLFO SUNIGA

Año XIII | Tegucigalpa, B. O., Hond., C. A., Marzo y Abril de 1943 | N» 105

Gran Campaña Nacional Pro-Infancia

Decía Anotóle France que todo ser humano está en la obligación de realizar la felicidad para provecho propio y de su medio y de superarse siempre a sí mismo para mejor servir a los demás. El concepto de felicidad es muy discutido; la mayor parte de la gente niega su existencia alegando la imposibilidad de ¡conseguirla; otros dicen que es un sueño, una ilusión. Pero cuando el máximo filósofo de Francia, al sentir de los franceses, la afirma, indudablemente existe. Yo creo firmemente en ella, pienso, como aprendí en el libro primero de Mantilla hace cuarenta, años que la felicidad es la conformidad con la propia suerte a condición, agrego, de ser útil a la comunidad.

Si todos los individuos están en el deber de ser útil con mayor razón las sociedades de hombres concientes. La Asociación Médica Hondureña está satisfecha del trabajo de catorce años de vida; ha llevado a cabo gran número de sus postulados; existe armonía, cordialidad, respeto y hasta afecto entre los agremiados, vive una vida interna envidiable; pero sus capacidades no están al nivel de sus realizaciones, todavía no ha emprendido una obra de grandes alientos, una obra perdurable y digna de los lauros inmortales. Ya es hora de construir el verdadero pedestal de su gloria, ya es hora de atacar a los molinos de viento, a los carneros y a los yangueses tojo cuya máscara se disfrazan la miseria, la enfermedad .y la muerte de los niños hondureños.

Hacer Patria es formar hombres aptos para trabajar, hacer hombre es educar juventudes y hacer juventud es crear infancia

sana y fuerte. *Ocúpese la Asociación de velar fiel, decidida y valientemente por ésta en 'los aspectos del orden médico y social y habrá prestado un servicio incomparable a la nación. Después de haber conquistado nuestra felicidad hagamos la de los demás, pero como es imposible ocuparnos de todos los seres de la creación, ni siquiera de nuestros conciudadanos, dediquemos las mayores actividades al mundo pequeño, a nuestro pequeño mundo infantil. Comprometerá la Asociación su prestigio y crédito en una empresa formidable cuyos frutos verán nuestros sucesores de entre 25 años; no recogeremos el aplauso ni el lauro los actuales miembros pero las nuevas y jóvenes generaciones quizás recuerden con gratitud y respeto a los viejos, que ahora les abrimos el surco del bien y la caridad para satisfacción y orgullo de ellos.*

Cuando se llegue el momento de discutir? los medios de acometer ésta, al parecer locura quijotiana, lloverán argumentos y razones incontrastables para demostrar la facilidad de ella. Una Campaña Nacional Pro-Infancia no es una revolución, es una guerra contra todos los elementos que destruyen los niños antes de la gestación, durante y después; una lucha tremenda dentro de los ámbitos nacionales, con el contingente y apoyo de todos los habitantes del país, naturales y extranjeros, de las autoridades, de los ricos y ' los pobres, de los grandes y los pequeños. Vamos todos a realizar un deber sagrado, un deber impuesto por Dios y expresado por Jesús en el Amaos los unos a los otros y en el dejad que los niños vengan a mí.

Emprender una labor amplia e intensa de protección infantil, generosa por lo desinteresada y patriótica por el alto espíritu de la construcción nacional es ocupar el puesto adecuado a las posibilidades de la Asociación Médica Hondureña. Patrocinar con su prestigio moral y dirigir con el científico, que nadie le discute, en nada¹ perjudica y en mucho beneficia. Cuando ningún mesquino interés inspira tales obras sino por el contrario implica sacrificio y desprendimiento entonces el valor se multiplica; si mañana nos regalaran un millón de dólares para acabar la empresa no tendría ningún mérito para los realizadores; él estriba en el empleo de la voluntad, la inteligencia y la fuerza de convicción creadoras todas de la fe, vencedora siempre de los mayores obstáculos.

No faltarán, sin duda, los tímidos y pusilánimes, que levanten el grito al cielo para mostrar su asombro ante la magnitud, del proyecto calificándolo de imposible por la pobreza, la crisis dependiente

Nota de Patología Tropical

Nódulos Yuxtaarticulares

Por el Dr. HUMBERTO DÍAZ

He aquí una de las afecciones cuyo estudio está comprendido en la Patología Tropical y que, a pesar de serlo, se observa raras; veces entre nosotros. Tal afirmación la fundamentamos en los resultados que, al respecto, nos da nuestra práctica hospitalaria a través de once años consecutivos.

En efecto, el caso de NODULOS YUXTAARTICULARES O NUDOSIDADES YUOTAARTICULARES⁵, que relatamos en el presente artículo, es el primero que tenemos oportunidad de observar. En la literatura médica hondureña conocida por nosotros, no se ha hecho la descripción de ninguno hasta la fecha.

Permítasenos, antes de abordar el historial del enfermo, recordar algunos conceptos generales con respecto a la mencionada afección.

Los Nódulos Yuxtaarticulares constituyen un estado morbozo, caracterizado por el apareamiento de, tumores redondeados o multilobulados, de lenta evolución, de consistencia dura, de naturaleza fibrosa, que se localizan de un modo constante en la vecindad de las articulaciones, son siempre indoloros, raramente se ulceran, siendo excepcional que desaparezcan espontáneamente.

Su sitio de elección para desarrollarse son: Los maleólos (Principalmente el externo), la cabeza del peroné, la tuberosidad anterior de la tibia y la periferia de la articulación de la rodilla, las regiones trocántereanas y sacrocoxígeas, el olécranon y la epitróclea, el acromion y la cara dorsal de los dedos.

Su constitución histológica es netamente fibromatosa, de modo que su desarrollo se hace a expensas de tejido conjuntivo adulto.

de la guerra y mil razones que no vienen sino a confirmar la necesidad de proteger nuestra infancia para que esos motivos justamente no destruyan los ciudadanos entre veinticinco, años. En todo caso jamás han sido los pobres quienes pagan los grandes gastos son los pudientes quienes raspan pequeña cantidad de las ganancias líquidas para beneficio de los desamparados.

Tengo confianza en la elevada comprensión de mis consocios para esperar una acogida favorable al proyecto que someto a su consideración.

Tegucigalpa, D. C., Marzo 17 de 1943.

S. PAREDES P.



Fig. N° 1

articulares del codo derecho e izquierdo (Fig. 1), de ambos hombros, de ambas calderas y regiones sacroiliacas, y por último ambas rodillas.



Fig. N° 2

En el resto de la exploración somática, encontramos acentuadas adenopatías supraepitrocleares e inguinales. El enfermo afirma, no haber padecido enfermedades venéreas, sin embargo, nos habla de dos abortos de su primera mujer y uno de la segunda, los cuales, se produjeron sin motivo aparente. El resto de su anamnesis no da nada de importancia.

De los exámenes de laboratorio que le fueron practicados, lo importante fue la reacción de Kahn, que resultó POSITIVA MAS TRES, y el examen histopatológico de uno de los nódulos, que demostró su naturaleza francamente conjuntiva. (Fig. 2).

La punción de los nódulos, seguida de aspiración con una jeringa, no dio salida a ningún líquido. La escisión de algunos de ellos, que se hizo con fines diagnósticos, cicatrizó por primera intención.

Como es fácil comprenderlo, la historia del presente caso y los caracteres clínicos de la afección, encuadran muy bien en la nosografía que Me. Gregor y Jeanselme asignaron a la afección tropical conocida con el nombre de Nódulos Yuxtaarticulares o de Nudosidades Yuxtaarticulares, y el terreno indiscutiblemente luético del caso en cuestión, viene a completar aquí el concepto sostenido por gran número de tratadistas, entre ellos Foley, Parot,, Cange y Argaud, que les asignan un origen netamente sifilítico.

Pero aun con todo lo dicho, y de acuerdo con las normas generales del diagnóstico, es indispensable traer a cuentas los caracteres diferenciales de la afección citada, en relación con algunos estados morbosos que, pudiendo simularla, darían lugar a errores de diagnóstico; así, se nos ocurren tres:

- 19—Sífilis Muscular (Forma Terciaria). La sífilis terciaria de 1º músculos puede revestir un cuadro clínico un tanto semejante! La Miositis Sifilítica Es clero gomosa, pero ésta se localiza el pleno músculo y no ofrece la disposición francamente yuxtarticulillar; además, la regla es que haya dolor.
- 2º—La Neurofibromatosis o Enfermedad de Recklinghausen, en la cual la disposición de los tumores es más bien sobre el trayecto de los nervios; va asociada al apareamiento de pigmentaciones cutáneas, al desarrollo de *nevi molluscum*, lo mismo que a la presencia de trastornos mentales; y
- 3º—Los tumores quísticos originados por la Filaria Vólulus, que dan siempre líquido a la punción, en el cual es fácil comprobar, de un modo constante, la presencia de microfilarias.

Tegucigalpa, D/C, Marzo de 1943.

Un Caso de Enfermedad de Hodskins

El nombre de enfermedad de Hodgkins o linfo granuloma maligno, se presta a malas interpretaciones porque si bien es cierto que éste se desarrolla en los tejidos linfáticos, no son propiamente los linfocitos los afectados sino la estroma o tejido reticular y endotelio de este sistema (el linfático); además se le encuentra en tejido puramente conjuntivo y en la médula ósea. Aquí el diagnóstico clínico es imposible y solamente la anatomía patológica lo establece. La presencia de las células gigantes (Steinberg Reed) son los que caracterizan la lesión. Anatomopatológicamente se reconocen tres etapas en la enfermedad, una inicial que carece de características, una segunda en la cual aparecen las células gigantes y el tejido de granulación y un tercer período fibroso que es el terminal. Las células gigantes de Steinberg Reed son características en el segundo y tercer período. He aquí una enfermedad en la cual la clínica no puede anteponerse al laboratorio.

Se nos presenta un enfermo que ingresa al primer Servicio de Cirugía de hombres del Hospital General, el día 18 de Julio del año 42.

Refiere el enfermo que hace más o menos un mes le apareció una tumefacción más acentuada al lado izquierdo y que le creció tan rápidamente que al cabo de quince días tenía el aspecto de un tumor. Al hacer cualquier ejercicio le producía dificultad para respirar y aún para deglutir.

Tenía temperaturas, las que le empezaban con escalofríos, y terminaban con *grandes sudores* siempre por la noche, los que le dejaban muy débil; asimismo tenía tos, la que al principio era seca, se hizo floja y productiva después, expectorando una sustancia mucosa y amarillenta especialmente por la noche. Tenía grandes dolores en las extremidades más acentuadas en las inferiores. Aproximadamente 15 días antes de entrar al hospital, es decir, 15 días después de aparecer el primer tumor, en el cuello, se notó un pequeño tumor en el abdomen en la región del epigastrio, este tumor era fijo, doloroso, y no le acompañaba ningún trastorno digestivo; el apetito es bueno, duerme bien pero ha disminuido de peso.

Aquí nos encontramos con un adulto de aspecto de caquexia con una ligera exoftalmía, cianosis, con disnea aparentemente con una afección aguda. El cuello está bastante aumentado de volumen pero sin ningún cambio en la coloración de la piel.

A la palpación se nota que la tumefacción es de caracteres edematosos que además invaden la región pre-external, bajo este además encontramos la cadena de ganglios cervicales aumentados de volumen de igual manera se encuentran las supraclaviculares, son indolores y poco movibles. El tumor del epigastro que no se observa a simple vista, a la

palpación lo encontramos del tamaño de una manzana del país, bien limitada, duro,, doloroso se continúa en macices del hígado.

Aparato digestivo: moderada disfagia, hígado ligeramente aumentado de volumen, bazo normal.

Tiene tos frecuente con expectoración mucosa; Pulmones: disminución de las vibraciones vocales en la base del pulmón derecho aumentadas en el vértice y región interescapular de ambos lados, el murmullo vesicular disminuido en la base del lado derecho.

Hay ligera taquicardia, 85 a 90 pulsaciones por minuto; choque de la punta del corazón desviada hacia la izquierda; ganglios cervicales y supraclaviculares aumentados en tamaño, pequeños ganglios inguinales y axilares. No encontramos nada en el aparato Urogenital y Nervioso.

Curso y evolución de la enfermedad: el edema ha ido invadiendo el tórax, más pronunciado a la derecha, también ha invadido el hipocondrio derecho y el epigastrio, en estos últimos días se ha ido poniendo edematoso el brazo izquierdo hasta adquirir un gran volumen. En cuanto al aparato circulatorio notamos que la taquicardia, al principio moderada ha aumentado considerablemente hasta llegar a 120 pulsaciones por minuto en el pulso derecho, en el izquierdo observo un retardo de unas diez pulsaciones, los ganglios no han progresado en tamaño, la cianosis de la cara ha aumentado lentamente, los accesos febriles se presentaron dos días hasta 39.9 en los últimos días, ha bajado hasta $35\frac{1}{2}^{\circ}$, trastornos digestivos, al principio no presentaba más que una moderada disfagia, ahora ésta ha ido aumentando, a la vez presenta anorexia, náuseas y estreñimiento; en, cuanto al aparato respiratorio presenta disnea más acentuada sin polipnea, la tos y la expectoración se ha hecho más frecuente y presenta durante algunos días expectoración estriada, el tumor del epigastrio ha ido creciendo invadiendo la región umbilical y los hipocondrios, más hacia el lado derecho, donde el gran edema que lo cubre hace difícil limitarlo, ha conservado su mismo dureza pero se ha vuelto más doloroso, lo que la ha impedido dormir, habiendo necesidad de inyectarle morfina, siguiendo la evolución de su enfermedad en los últimos ocho días que prendieron al su fallecimiento, notamos que la temperatura bajaba por la mañana hasta 34.89, si pulso variaba entre 80 y 90 pulsaciones por minuto, los accesos de sofocación se presentaron frecuentemente el edema aumentó en las regiones antes dichas y principalmente en el brazo izquierdo que adquirió un tamaño gigante, el enflaquecimiento, se iba haciendo cada día más marcado llegando hasta caquexia. El enfermo falleció a la una a. m. sin ningún trastornos de asfixia el día 28 de Agosto. La enfermedad evolucionó desde sus primeros síntomas en tres meses aproximadamente.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
(Al ingresar)

Sangre: Recuento globular: G. R., 2.960.000; G. B., 6.800.
Hematozoarios: 0.

Recuento globular: G. R., 3.176.000; G. B., 7.500.
Hemoglobina: 40%.
Fórmula Leucocitaria: N, 62%; E, 3%; B-O, M-O, L, 35%.
Hematozoario: 0.

(Quince días después)

Recuento globular: G. R., 2.640.000; G. B., 7.500.
Hemoglobina: 48%.

(Quince, días después) Recuento

globular: G. R., 3.744.000; G. B., 9.500.
Hemoglobina: 66%.
Fórmula leucocitaria: N, 62%; E, 5%, B, 1%; L, 32%.

Recuento globular: G. R., 3.324.000; G. B., 7.900.

Reacción de Kahn: 0.

Orina: 0.

Heces: 0.

Líquido pleural; color ambarino, células epiteliales; Rivalta, 0;
Células, sospechosas (probablemente cancerosas).

Radiografía.—Enorme sombra extra-torácica ocupando la región del mediastino produciendo un ensanchamiento de éste de 12.5 cm. a nivel del arco aórtico, el corazón y la aorta rechazadas hacia la izquierda y la masa tumoral hace irrupción hacia la derecha. Hay desviación de la tráquea hacia el lado derecho, la masa no es pulsátil y el esófago está normal, la base derecha muestra una pleuresía serofibrinosa.

Tumor del mediastino (posiblemente Kodkins) con metástasis al pulmón derecho.

Autopsia.—Se levantó el peto externo costal e inmediatamente por debajo se encontró una masa de ganglios endurecidos, fijos y fuertemente adheridos al esternón, se abrió el pericardio y encontramos el corazón normal, el pulmón derecho en su base, invadido de unas granulaciones duras y del tamaño de un grano de maicillo, su cara interna fuertemente endurecida en el íleo del mismo, una masa ganglionar; en la cavidad pleural pequeña cantidad del líquido, pleura visceral engrosada, dura y fuertemente adherida. Abrimos el diafragma para entrar en la cavidad abdominal y encontramos el hígado aumentado de tamaño, duro, en su superficie manchas blanquecinas que corresponden a nódulos del tamaño de un nance; al corte chirría el cuchillo y deja ver una degeneración fibrosa entre las cuales se encuentran pequeñas cantidades de tejido hepático sano. Vesícula biliar grandemente distendida, el bazo aparece normal, estómago libre por su curvatura mayor, en su curvatura menor se encuentra fijo a una gran masa ganglionar que

Sobre un Caso de Torsión Espontánea de la Trompa

Por el Dr. GUSTAVO-ADOLFO ZUNIGA

La torsión de los anexos, ovario y trompa de Falopio, órganos notablemente movibles y contenidos en la cavidad abdominal, sido observada más o menos frecuentemente en los diversos estados inmorales; quistes del ovario de pedículo largo, hemato, pío o hidrosalpinjes voluminosos o menos, frecuentemente en otros tumores benignas anexiales: fibromas del ovario, miomas o fibro-miomas de la trompa, etc.

Frecuentemente hemos observado la torsión de quistes ovario, pequeños o de gran tamaño que originaron perturbación cuya intensidad y duración dependieron del grado y duración la torcedura de su pedículo. Con menos frecuencia hemos podido apreciar éstos accidentes en otros tumores

El cuadro clínico varía en relación con los trastornos circulatorios originados por la torcedura o la mayor o menor irritada peritoneal que este accidente origina. En las formas agudas, ha aparición súbita de dolor abdominal de -carácter lipotímico, con estado nauseoso muy manifiesto, facies peritonítica, desasosiego pulso acelerado y signos de oclusión intestinal traducidos por mímismo generalizado con retención de materias y de gases, originando contractura abdominal que puede llegar "al vientre c madera."

En las formas crónicas el dramático cuadro anterior se enmascara dificultando notablemente el diagnóstico; persisten no obstante algunos de sus elementos sintomáticos: dolor abdominal más marcado que cesa con el reposo en la cama, náuseas que raramente culminan con el vómito, signos moderados de irritación peritoneal y contractura de defensa localizada en un sitio del abdo-

se encuentra también adherida al hígado, (hacemos constar que esta masa era el tumor que se observa en el epigastrio y que no correspondía al hígado como en un principio se consideró) enea tramos poca cantidad del líquido en la cavidad peritoneal, intestinos normales lo mismo se encontraban los ganglios mesentéricos, extrajeron para su estudio microscópico: parte de hígado, pulid derecho, masa ganglionar de la curvatura menor del estomas ganglios mediastinales y todo el bazo que se encontró libre.

El examen de los cortes hechos en nuestro laboratorio y otro enviado extranjero muestran claramente las células típicas de Shemberg Reed, características de la (enfermedad.

José R DURON.

men, que si no fuera por la persistencia de una tumoración que se torna dolorosa en un momento dado, unida a los conmemorativos de aumento progresivo de un tumor preexistente, haría imposible el diagnóstico.

Pero no solamente los anexos enfermos están expuestos a sufrir estos accidentes; las lesiones raras de torsión espontánea en anexos normales a los que Aubray dedicó un interesante trabajo, constituyen gran parte de los pocos casos observados que por su infrecuencia son 'Contados en la literatura médica.

De estos tipos de torsión Aubray distingue:

1?—Torsión de los anexos hernianos.

2?—Torsión de los anexos libres.

En los primeros este accidente se realiza en el interior de un saco de hernia inguinal o crural, siendo en¹ las últimas las más frecuentes. Damianos ha podido reunir 20 casos, la mayoría de los cuales era en mujeres jóvenes. Morgan y Grunnert encontraron algunas formas de torsión del ovario y la trompa incluidos en un saco de hernia crural. Payr trata de 'explicar la torsión de los anexos, por la presión que ejerce el cuello del saco herniario en el pedículo de éstos; haciendo notar que la evolución de estos accidentes no tienen los caracteres agudos de la 'estrangulación herniaria.

La torsión de los anexos libres *son* verdaderamente raras, Aubray ha descrito 10 casos en enfermas adultas, 3 de las cuales se encontraban en estado de gravidez. En todas ellas observó torsiones en diversos sentidos, formando una masa situada en el fondo del Douglas, presentándose en todas ellas infarto hemorrágico.

La patogenia de esta afección es aun discutible; Massabuau y E. Porgue la consideran debida a la persistencia en el adulto de las flexuocidades de la trompa que son constantes en la vida fetal, resultantes -de la semi-espira que describe el canal de Müller alrededor del conducto de Wolff. Se podría admitir, con estos autores que esta persistencia del estado fetal, unido a cualquier proceso congestivo provocado por la aproximación del período menstrual, la trompa pesada acentuaría la posición persistente originando la torsión.

El diagnóstico de la torsión espontánea de la trompa se hace la mayoría de las veces durante el acto operatorio y en general se ha hecho el diagnóstico de apendicitis aguda o subaguda cuando el síndrome ocupa la fosa ilíaca derecha o de salpingitis cuando se trata de la región ilíaca izquierda.

La relativa rareza de esta afección, el hecho de haber constituido un verdadero hallazgo operatorio, en una enferma en la que interviene con diagnóstico de apendicitis sub-aguda, me ha sugerido la publicación del presente caso:

E. M. G. de 17 años, soltera, de oficios domésticos y originaria de Tegucigalpa, D. C, ingresó el día 19 de febrero de 1943 al Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, quejándose de dolor en el vientre.

Historia. — Refiere que hace aproximadamente 8 días, —sin causa manifiesta,— sufre da dolor continuo en la fosa ilíaca derecha, habiéndose iniciado de manera violenta por la noche del día 10 de febrero, que culminó con estado nauseoso y malestar general. A estos trastornos que la enferma atribuye a la aproximación de su regla —"pues estaba en su fecha,"— se añade al día siguiente, vómitos alimenticios y estado febril que la obligan a encamarse. En vista de su estado es llamado un médico, quien le prescribe bolsa de hielo abdominal y tabletas de Sulfamidyl, 6 durante el día y la aconseja hospitalizarse.

Hace 4 días el dolor —que mejoró notablemente con tratamiento médico— se hace más generalizado, propagándose a la fosa ilíaca izquierda y acentuándose con la marcha que le impide todo trabajo. En estas condiciones ingresa al Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital- General el día 19 de febrero de 1943.

Antecedentes personales.—Sarampión y varicela durante la infancia. Eritrorrea a los 15 años, normal, del tipo 30/3. Niega relaciones sexuales.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Género de vida.—Ha sido metódica en su modo de vivir, dedicada a oficios domésticos. No ha estado sometida a ningún género de intoxicación.

Funciones orgánicas generales.—Anorexia desde que se inició .su enfermedad. Extreñimiento pertinaz desde hace 5 años. Se siente notablemente nerviosa desde que está enferma, sufriendo actualmente de insomnio.

Estado presente.—Enferma bien constituida en la que la inspección general no revela nada especial. A su ingreso al Servicio el termómetro marcó 37° por la mañana y 37° 5 por la tarde, con un número de pulsaciones de 105 por minuto. Su estado general no 3 reveló ningún sufrimiento; sometida a examen clínico obtuvimos⁹ los datos siguientes:

El examen del abdomen.—A la inspección no revela nada de especial. Con la palpación bimanual se aprecia dolor notablemente manifiesto en la fosa ilíaca derecha, que se puede hacer mas claro en el decúbito lateral izquierdo.

Se puede apreciar igualmente cierto grado de contractura muscular que sin llegar a la defensa, es notable sí se compara con el resto del abdomen. En el examen ginecológico, al hayazgo normal, se aprecia un himen intacto del tipo semilunar, de orificio pequeño que no da paso al meñique. En el resto de la vulva no se encuentra nada de especial. Por el tacto rectal se encuentra dolor en el fondo del Douglas que nos revela cierto grado de irritación peritoneal.

EXAMEN DE APARATOS

Respiratorio.—Normal.

Urinario.—0.

Circulatorio.—0.

Nervioso.—0.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre: G. R., 3.80000. G. B.,
10.00. Hemoglobina, 80%.
Hematozario, negativo.

Orina: Trazas de albúmina.

Heces fecales, 0.

En vista del cuadro sintomático y tomando en cuenta la ausencia de todo antecedente ginecológico, testimoniado por la integridad del himen, se descarta toda afección genital, haciéndose el diagnóstico de apendicitis sub-aguda; se prescribe reposo en cama, bolsa de hielo abdominal y dieta blanda.

El día 19 de febrero se intervino: Raquianestecia con Novocaina; practicándose laparotomía media sub-umbilical, con la que pudimos constatar lo siguiente:

Cavidad abdominal llena de líquido sanguinolento procedente de la pequeña pelvis. El Douglas ocupado por un plastrón, constituido por adherencias que fueron fácilmente despegadas con el dedo descubriendo una masa negruzca blanda que ocupa el fondo de saco recto-uterino. Enucleada del lecho de adherencias, esta masa pudo ser reconocida como la trompa, retorcida, tumefacta y equimótica. Reconocida la lesión se hizo salpinguectomía. Explorando el apéndice, no se encontró manifestación inflamatoria, haciéndose *sin* embargo apendicectomía profiláctica.

El post-opératorio transcurrió sin complicaciones, saliendo del Hospital 10 días después de la intervención.

Tegucigalpa, D. C, 31 de marzo de 1943.

Intoxicación por un Aracnido Venenoso, La Casampulga, (*Latrodectus nactus* o *nactans*)

Por el DR. MARTIN A. BULNES B.

Desde la más remota antigüedad son conocidos los accidentes por la picada de este aracnido, considerado como animal temido por su solo aspecto, alrededor del cual se han escrito múltiples leyendas, pues propagado está el pánico en las masas, que dicen que su picada es mortal. En referencia a personas picadas por dicho aracnido me permito presentar el curioso cuadro clínico por intoxicación del aracnido mencionado y conocido, entre nosotros, con el nombre de CASAMPULGA, cuya observación relato:

F. L., de 35 años, soltera, de oficios domésticos y vecina de esta ciudad, nos refiere que el día trece de octubre de 1942 fue picada por una CASAMPULGA, en la cara interna del brazo derecho. Al examinar a la enferma de referencia encontramos: pápula rodeada de un edema duro y de color rojo en el tercio medio de la cara interna de dicho brazo; hiperestesia, no permite una buena exploración en dicha región, porque el dolor es agudo y consensación de quemadura en todo el brazo. Vómitos, sudores fríos, hipotermia, estado vertiginoso, sensación de adormecimiento; dolores agudos en las articulaciones, además de experimentar dolores vagos en los huesos; temblor en las extremidades superiores; flojedad y entorpecimiento para los movimientos activos; sequedad en la boca, insomnio, dificultad para hablar, oliguria, taquicardia y angustia precordial. Intensa excitación nerviosa y preocupación marcada por su situación, actual.

EXAMENES DE APARATOS

APARATO CIRCULATORIO.—Pulso débil y arrítmico, 100 pulsaciones por minuto. Ruidos cardiacos debilitados y frecuentes.

APARATO RESPIRATORIO.—*Disnea*, y dolor torácico,

APARATO DIGESTIVO.—Anorexia y vómitos.

APARATO URINARIO.—Oliguria, sensación de calor durante la micción y dolor en la región hipogástrica.

DIAGNOSTICO.—*Aranoidismo.*

TRATAMIENTO.—Sintomático a base de tónicos, sedantes, diuréticos e inyecciones de SULFATO DE MAGNESIA al 25 %, vía endovenosa, 10 c. c. por inyección, durante seis días. En pocos días restauró su salud. A falta de un suero específico que sería el ideal en estos accidentes creo justificado el tratamiento prescrito. El dramático cuadro observado en el presente caso nos impresionó y dada la variada sintomatología, de trastornos nerviosos, pensamos que el veneno del aracnido de referencia tiene acción sobre el bulbo.

de esta manera interpretamos la sintomatología de nuestra enferma y la catalogamos como *FENÓMENOS BULBARES POR ARACNOIDISMO* y por consiguiente pensamos en el SULFATO DE MAGNESIA como tratamiento más adecuado para estos accidentes, dadas sus múltiples virtudes: acción sobre el bulbo, disminuyendo su sensibilidad; acción sobre la sensibilidad periférica; acción sobre las defensas orgánicas; acción hipnótica, además de actuar como regularizado! del tono vago-simpático y gozar de propiedades anti-espasmódicas.

#

Entre nosotros, algunos médicos que han tenido oportunidad de observar casos similares recomiendan *SOLUCIÓN ACUOSA DE AMONIACO, HORCHATAS DE SEMILLAS DE LIMÓN O DE FRÉJOLAS DE CASAMPULGA* y reconocen su eficacia en estos accidentes; otros recomiendan el *CLORURO O EL GLUCONATO DE CALCIO*, vía endovenosa, y el *SUERO DE CALMETTE*. Por todo lo expuesto se aprecia que el arsenal terapéutico para combatir las intoxicaciones por estos arácnidos es amplio y efectivo y no se justifica en ningún caso el estúpido tratamiento por la famosa *GALÉNICA*.

En relación al tema de referencia, mi estimado colega, el distinguido doctor don Isidoro Mejía h., dice: "Hace dos años tuve oportunidad de observar un caso semejante en una señora, de 40 años, quien había sido picada por una *CASAMPULGA* -en el brazo, pero no observé ninguna reacción local. Dicha señora presentó ligera disnea, taquicardia, manifiesta nerviosidad, adormecimiento de la lengua y dolor que progresaba por zonas. Tenía a la mano una muestra de *LEXIN*, que había usado en otra enferma, víctima: de un alacrán, empapé algodón en el líquido y la puse a que respirara sus vapores, notando que la respiración, pulso y excitación nerviosa tendían a normalizarse, al cabo de dos horas-había desaparecido su sintomatología alarmante; además de haber prescrito-*SULFATO DE MAGNESIA*, vía oral, llenemos varias arañas parecidas a la *CASAMPULGA*; pero son de otra especie, no siendo venenosas y careciendo de coloración especial. Nuestra *CASAMPULGA*,. . llamada también *ARAÑA BOTÓN, ARAÑA CAPULINA Y VIUDA NEGRA, es venenosa, pero no creo que su picada 'sea mortal.'*"

El arácnido que motiva esta breve nota es por lo general pequeño; el cefalotórax y las patas son de color *NEGRO BRILLANTE*; el abdomen varía en su coloración, a veces *NEGRO SALPICADO DE OJO* y a veces de color *ROJO ÚNICAMENTE*. Dicho arácnido habita frecuentemente en los rincones y los lugares oscuros; además de tejer su tela bajo el asiento de las sillas, bajo las mesas o en las hendiduras de las puertas.

Por la semejanza con algunos síntomas de nuestra observación, transcribo el cuadro sintomático por intoxicación de la *LYCOSA TARÁNTULA*, observado por el Dr. Ulisis Aldrovandi, quien dice: "Los «nos cantan sin cesar, ríen, lloran y *EXALAN QUEJIDOS*; otros



Ing. Franco

**XATRODECTUS
NACTUS o NACTANS,
CASAMPULGA.**

(Aumentado su Tamaño)

sé sienten dominados por un sueño invencible o *GRAN AGITACIÓN*; los más *PADECEN VÓMITOS*; muchos, bailan o *SUDAN*, y no pocos son *PRESA DE UN TEMBLOR CONTINUO O PALPITACIONES DEL CORAZÓN*, o bien experimentan otros males, de los que resultan su antipatía contra los colores: negro y azul, mientras que les gusta el rojo y el verde." Por lo anotado anteriormente apreciamos que las observaciones- clínicas sobre casos graves y aún mortales son numerosos, de ahí que algunas *TRIBUS INDÍGENAS IMPREGNAN SUS LANZAS CON LA MACERACION DE ESTAS ARÁÑAS VENENOSAS.*

Y para terminar esta breve plática recomiendo el *SUERO ANTILATRO DECTUS* que actualmente fabrican los doctores I. Pirotsky, R. Sampayo y C. Franceschi, en el Instituto Bacteriológico del departamento nacional de higiene de Buenos Aires, que recientemente he leído en el Boletín de la Asociación Médica de Bahía Blanca, N° 116, de agosto de 1942.

'La solución, acuosa de amoníaco constituye el producto conocido con el nombre de amoníaco líquido del comercio o álcali volátil. Dosis: de V a X y ¡hasta XV gatas en un vaso de agua, sola o azucarada, aromatizada o no; o en una poción.

Dos Publicaciones sobre Sífilis en Centroamérica

La tendencia a estudiar la patología centroamericana no *es*, con toda seguridad, nada nuevo. Claro es, que de tener esa tendencia a desarrollarla con hechos prácticos, hay una enorme diferencia y gran distancia por recorrer. Y sin embargo, creo que hace mucho tiempo se dieron los primeros pasos. No estoy suficientemente documentado sobre este punto para hacer historia sobre él y poder decir con razón quienes han formado las avanzadas de la investigación de nuestra patología ni es mi intención hacer aquí historia de la medicina istmeña, pero recuerdo esto al pensar que de no sospechar la existencia de estudios anteriores me pudiera permitir la osadía de asegurar que los que actualmente se verifican son los primeros y más interesantes, y la osadía mayor todavía de pensar y decir que tal o cual autor es el único o uno de los pocos que se dedican a esos trabajos. Y es que sucede que aunque los centroamericanos vivimos en la misma casa, cada apartamento hace su vida separado de los demás y no siempre se sabe de las actividades del que bajo el mismo techo mora, por más que se entienda que muchas—casi todas— de esas actividades tienden al mismo fin, y, que se entienda mejor todavía que la unión de los esfuerzos individuales facilitarían la tarea y la haría más completa. Pero grandes obras verificadas por el uno son completamente ignoradas por el otro, el cual *se* afana en el mismo trabajo un par de kilómetros más allá, venciendo dificultades miles para abrir caminos que ya otros llevan adelantados y que podrían aprovecharse íntegra o parcialmente, haciéndoles las modificaciones convenientes; avanzando más en menos tiempo. Estas reflexiones me invaden al leer en dos números del "Boletín Sanitario de Guatemala" dos escritos del **Prof. Dr. Erwin Jaccobsthal** intitulados: "Experiencias e ideas sobre sífilis en Guatemala" y "Sobre el tratamiento de la Sífilis, en Centro América," respectivamente, y pensar en los trabajos sobre Sífilis en Honduras que realiza el Dr. José Gómez-Márquez, la mayor parte de los cuales todavía no han sido publicados. ¿Cuántos más trabajan en esos sentidos en Centroamérica. ¿Qué métodos siguen? ¿Qué deducciones han extraído de los estudios hasta hoy verificados? ¿Qué orientación pueden dar a las generaciones que se instruyen? ¿qué senderos indican a los que quieran y puedan seguir su ejemplo? Yo no lo sé. ¿Están en contacto unos con otros? ¿Se auxilian en su trabajo? ¿Son conocidos en cada uno de los países centroamericanos los trabajos de los investigadores de los otros? Me permito dudarlos.

Tentado me veo de solicitar la reproducción en nuestra Revista Médica Hondureña de los escritos del Prof. Jacobsthal, pero como me doy cuenta de la imposibilidad de tal propósito voy a hacer solamente un extracto, procurando hacerlo de **tal** manera que el

resumen de cada uno de ellos quepa en las páginas de la Revista de que puedo disponer.

A) "*EXPERIENCIAS E IDEAS SOBRE SÍFILIS EN GUATEMALA*"

(Prof. Dr. Erwin Jacobsthal, *Boletín Sanitario de Guatemala, Año X*)

Principia el autor declarando que: "la sífilis en CENTRO AMÉRICA es una enfermedad que se distingue fácilmente de la variedad europea. Esto queda demostrado si se toma en consideración, que un dermatólogo experto en Europa, puede decir con mucha probabilidad si un paciente ha sido sífilítico o no, solamente con un examen corporal, sin necesidad de un examen serológico. En Centro América fracasa en muchos casos el examen corporal. La diferencia entre dos regiones es muy marcada por el hecho, que un porcentaje considerable de los sífilíticos en Europa (antes de la época de los salvarsanes) moría de su sífilis, y principalmente por lesión de los vasos (Aortitis sífilítica, Aneurisma), o del Sistema Nervioso Central (Tabes, Demencia parálítica), mientras que aquí en Guatemala, por ejemplo, con una población de más de dos millones y medio de habitantes, hay, a lo sumo dos parálíticos en el Manicomio y todavía son extranjeros. Estas diferencias en el curso de la sífilis entre Europa Central y otros países son conocidas desde hace mucho tiempo. Esto se refiere por ejemplo, a la Lúes en Asia Menor, Turquía, Rusia, y a los países Malayos. En todos estos países está muy propagada la sífilis terciaria gomosa, y las manifestaciones específicas del Sistema Nervioso son escasas. Todavía no se conoce la causa de estas diferencias. Se puede pensar que depende la disposición racial distinta (aunque todavía no se ha dado una explicación efectiva de este fenómeno) o de una enfermedad crónica producida por infección de muchos años, o a la diversidad de alimentación y provisión de vitaminas o a la inmunización crónica basada en la malaria endémica (una teoría que no es apoyada por el curso de la sífilis en países con y sin malaria crónica, como Italia y los países Malayos por una parte y Rusia por otra) o finalmente por los tipos distintos del agente de la sífilis, la espiroqueta pálida."

Categoría del material y los problemas

El material empleado es el humano de los Dispensarios anexos al Laboratorio Sociológico de la Sanidad Pública, eliminando las prostitutas y los casos remitidos por médicos para investigar sífilis. 1-2% está representado por gentes que antes se ha tratado por sífilis y el resto es "MATERIAL HUMANO QUE CREE FIRMEMENTE QUE GOZA DE SALUD IRREPROCHABLE" (empleados, criadas, etc., a quienes se exige tarjeta de Sanidad).

En el presente trabajo sólo se toman en cuenta las mujeres.

3.1.5% de ellas son de menos de 20 años. Entre las que resultan si-

filíticas aparecen cada vez gentes de generaciones más jóvenes, que todavía están en desarrollo.

El estado civil y la raza no se han tomado todavía en consideración. Razones: a) unión libre es tan común que prácticamente no existe ninguna diferencia entre el matrimonio civil y la unión libre, b) Racialmente 5.67% es material indígena. Desde el punto de vista de las relaciones etnológicas no tiene importancia; los sujetos tienen apellidos españoles y el modo de vivir es el de la población ladina citadina.

Reacciones serológicas empleadas: Se han usado siempre tres: la Wassermann, la Kahn y la Jacobsthal; y en algunas ocasiones las de Collier-Jacobsthal-Padilla, Kline, Eagle o Meinicke, habiéndose obtenido resultados concordantes. En 1938 de 16.893 reacciones practicada para obtener tarjeta de Sanidad, se encuentra:

<i>Hombres</i>	*	<i>Mujeres</i>
8.87%; 93.13%		8.49%; 91.51%

En las 2.500 últimas extracciones de sangre se llenó un cuestionario sobre edad, estado civil, raza, alfabetismo, ocupación, si y cuándo tuvo paludismo; si y cuánto tiempo tiene de dolor de cabeza; si ya fue tratado específicamente; cantidad de partos, cuántos hijos sobreviven, cuántos nacieron muertos, cuántos murieron en el primer año, cuántos abortos.

Clínica.—HEMOS INTRODUCIDO la práctica de UN EXAMEN CLÍNICO cuidadoso en los casos con Reacción serológica positiva. Una reacción de "Wassermann, especialmente en Centroamérica, no significa por sí sola una indicación formal de tratamiento ni es patognomónica de sífilis.

De los pacientes que se ponen en tratamiento 95.5% no saben nada de su infección. El interrogatorio y la clínica demuestran que tal vez un accidente primario extragenital se consideró como quemadura, un exantema maculoso como sarampión, etc. Al someter a los pacientes a un interrogatorio sobre enfermedades venéreas, número, consecuencias personales, familiares, sociales y humanos, se nota que no saben nada de ello. La instrucción por folletos se dificulta por el alto porcentaje de analfabetismo.

El examen corporal del enfermo presenta su primer dificultad en el examen de la piel. Dejando de lado la fuerte pigmentación, queda la suciedad, las irritaciones crónicas por piquetes de pulgas, piojos, garrapatas, etc., tinas, sarna y compresiones por el cincho o refajo. En los descalzos está la hinchazón no específica de los ganglios inguinales. Rara es la Frambuesia.

Lo más difícil de juzgar es la infección influencia del Paludismo Serológicamente, las reacciones positivas duran más en los palúdicos crónicos. No parece que el paludismo dé una reacción fuerte

no sífilítica. Los casos positivos no específicos que después del examen clínico se pusieron en tratamiento posiblemente no pasen de 1-2%.

Después de los extractos anteriores sobre plan seguido, voy a copiar los cuadros demostrativos, dejando a un lado los comentarios correspondientes a cada caso, entresacando únicamente las frases formuladas como deducciones.

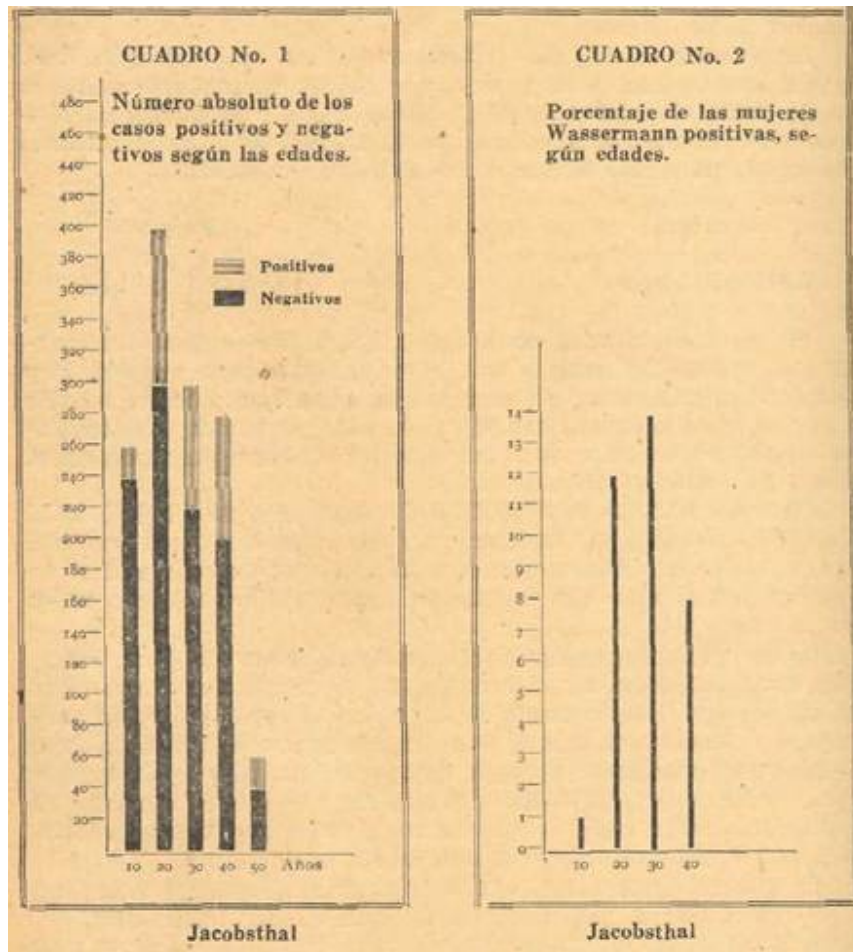


TABLA ILUSTRATIVA 1

(Cuadros N° 1 y 2)

Mujeres de 20 a 50 años). Positivas al Wassermann, 11.75%. 88.25%). Estos positivos se distribuyen de la siguiente manera:

De más de 20 años, 177 casos, o sea 11.9% de esta edad y 2,59% de examinadas.

De más de 25 años, 163 casos, o sean 14.1% de esta edad y 2.78% de examinadas.

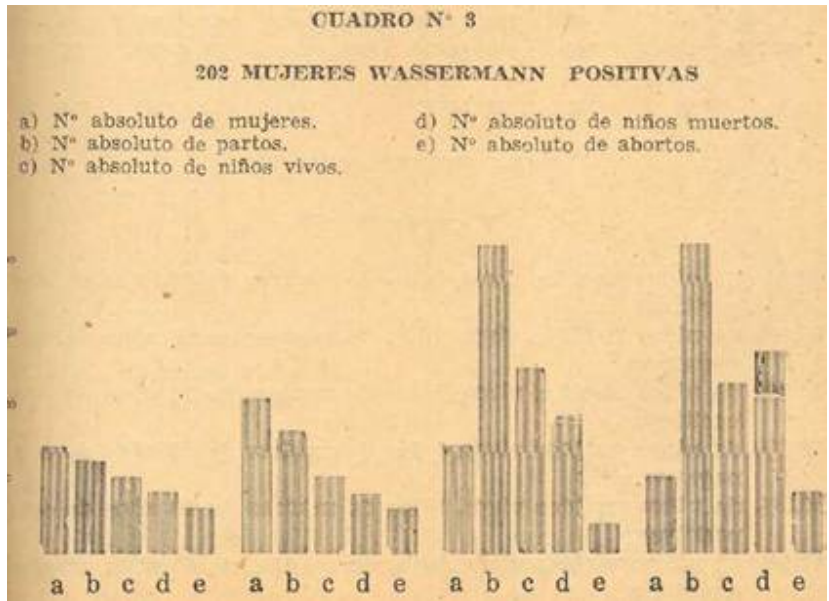
De más de 30 años, 252 casas, o sean 13.9% de esta edad y 4.24% de examinadas.

De más de 40 años, 234 casos, o sean 7.69% de esta edad y 2.18% de examinadas.

TABLA ILUSTRATIVA II

Hay de una mujer con Wassermann negativo, 2,73% de nacimientos.
 Hay de una mujer con Wassermann negativo, 1.11% de niños vivos.
 Hay de una mujer con Wassermann negativo, 1.02% de niños muertos.
 Hay de una mujer con Wassermann negativo, 0.29% de abortos.
 Hay de una mujer con Wassermann positivo, 4.01% de nacimientos.
 Hay de una mujer con Wassermann positivo, 2.00% de niños vivos.
 Hay de una mujer con Wassermann positivo, 1.02% de niños muertos.
 Hay de una mujer con "Wassermann positivo, 0.72% de abortos.

¿Qué demuestra esta estadística? Indica que LA CANTIDAD DE NIÑOS QUE NACEN DE LAS 'MUJERES GUATEMALTECAS DE LA CLASE OBRERA, ES EXTRAORDINARIAMENTE PEQUEÑA. Que por término medio LAS MUJERES -SIFILÍTICAS TIENEN MAS HIJOS QUE LAS NO SIFILÍTICAS.



Si tomamos en consideración la influencia de la edad, se obtiene:

TABLA ILUSTRATIVA III

(V. cuadros 3 y 4)

Cifra absoluta y cifra basada en 100 mujeres

Edad	Wassermann	Mu- jeres	Nacl- mientos	Niños vivos	Nº muertos	Abortos
20	Positivo	46	46 (87)	25 (54)	15 (32)	16 (34)
	Negativo	156	123 (79)	85 (54)	38 (24.4)	13 (8.3)
	Total	202	163 (81)	110 (54.4)	53 (26.2)	29 (14.3)
25	Positivo	43	92 (213)	60 (140)	30 (74)	13 (30.2)
	Negativo	140	236 (169)	173 (124)	63 (45)	34 (24.3)
	Total	183	328 (179)	233 (127)	95 (52.9)	47 (25.7)
30	Positivo	68	184 (271)	110 (162)	74 (107)	18 (23.5)
	Negativo	217	699 (322)	388 (179)	311 (143)	80 (41)
	Total	285	883 (310)	498 (175)	385 (135)	98 (37.1)
40	Positivo	45	192 (430)	84 (187)	108 (240)	24 (76)
	Negativo	216	979 (453)	613 (284)	366 (169)	86 (39.8)
	Total	261	1.171 (449)	697 (267)	474 (182)	110 (42)

TABA ILUSTRATIVA IV

(V. cuadro Nº 5)

- 27.5% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 20 años de edad, positivas.
- 30.1% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 20 años de edad, negativas.
- 34.8% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 24 años de edad, positivas.
- 26.7% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 25 años de edad, negativas.
- 56.2% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 40 años de edad, positivas.
- 37.4% de niños nacidos vivos, hijos de madres de 40 años de edad, negativas.

DE LOS PARTOS DE 100 MUJERES CON WASSERMAN POSITIVO, SOBREVIVEN 187 NIÑOS Y DE LOS PARTOS DE 100 MUJERES CON WASSERMAN NEGATIVO, SOBREVIVEN 284 NIÑOS; QUEDA UN SALDO EN CONTRA DE LAS MUJERES SIFILÍTICAS, DE 100 NIÑOS A FAVOR DE LA NACIÓN.

EL RESULTADO FINAL de los partos de las mujeres con WASSERMANN NEGATIVO es muy triste, PORQUE MAS DE UNA TERCERA PARTE, 37.4% DE LOS NIÑOS QUE DIERON A LUZ, MURIERON.

En el caso de *ser* sifilíticos los dos padres o uno de ellos como la madre, HAN VIVIDO BIOLÓGICAMENTE SIN NINGÚN MOTIVO TJOBJETO.

LA POBREZA DE PARTIOS QUEDA ENCARGADA A LAS NO SIFILÍTICAS.

LA GRAN MORTALIDAD (60^65% DE LOS NACIDOS) A LAS SIFILÍTICAS.

Si el porcentaje de los casos positivos de Wassermann baja a la mitad de los 25 a los 40 años, es PORQUE LA MITAD DE LOS CASOS PUEDEN CURARSE ESPONTÁNEAMENTE DESPUÉS DE 10 a 15 años (si se considera a la Wassermann como el síntoma de ama sífilis aún existente).

Diagnóstico clínico de 250 casos Wasserman positivos:

TABLA ILUSTRATIVA V

Lúes I	1.2%
Lúes II	10.0%
Lúes latente II, 1er. periodo	10.4%
Lúes latente II, 2º periodo	19.2%
Lúes latente, periodo ignorado	15.4%
Lúes II/III aguda	3.6%
Lúes II/III latente	6.6%
Lúes III aguda	0.9%
Lúes III latente	7.8%
Lúes IV nerviosa	2.7%
Lúes IV de los vasos	0.9%
Lúes congénita	1.5%
Lúes estado desconocido	2.4%
Reacción no específica	3.0%
Lúes extragenital del niño	1.2%
Lúes extragenital del adulto	2.1%

TABLA ILUSTRATIVA VI

De estos 250 casos:

Se practicó el diagnóstico por la Sanidad Pública . .	95.6%
Se practicó el diagnóstico fuera de la Sanidad Pública	4.4%

El paciente, no conocía su enfermedad en.....	- 92.0%
El paciente fue asistido suficientemente antes por la Sanidad	4.8%
El paciente no fue asistido de manera suficiente anteriormente, fuera de la Sanidad Pública ..	8.3%
Tuvieron paludismo agudo	4.8%
Tuvieron paludismo hace más de tres años.....	22.4%
No tuvieron paludismo.....	73.6%

Síntomas clínicos de la sífilis en los 250 casos:

TABLA ILUSTRATIVA VII

Dolores de cabeza.....	58.8%
Exantema macular fresco	6.4%
Exantema macular pigmentado.....	12.0%
Exantema macular despigmentado	18.4%
Exantema macular con vascularización	4.8%
Exantema papular y pustular	2.4%
Exantema anular	0.8%
Exantema anular terciario cicatrizado.....	2.8%
Leucoderma. sífilítico	2.8%
Placas mucosas	1.6%
Condiloma	4.4%
Linfoglándulas inguinales específicas	38.8*^
Linfoglándulas específicas generalizadas	0.8%
'Goma	1.2%
.Afección específica del ojo	1.2%
Afección específica del oído	0.8%
Aortitis específica	1.6%
Tabes	1.6% ;
¡Hepatitis sífilítica	0.4%
Dientes de Hutchinson	0.8%
Dientes en botón.....	0.4%
Nariz en forma de silla de montar	2.4%
Farinitis específica.....	4.0% ^o
Cicatriz específica del pene, clítoris o labios	1.3%
Afección específica de los huesos.....	1.6%
Ulcus cruris specificum	0.8%
Dolores esteocopi.....	2.8%

RESULTADOS:

Indolencia de muchas mujeres, CREEN GOZAR DE COMPLETA SALUD Y ENTRE ELLAS SE ENCUENTRA EL 10% DE CASOS FRESCOS.

ES UN ERROR PRESUMIR QUE EN GUATEMALA CASI NO EXISTE SÍFILIS FLORIDA. LA SÍFILIS TERCIARIA ES POCO FRECUENTE.

LA MALARIA NO HA AUMENTADO MUCHO EL PORCENTAJE DE REACCIONES NO ESPECIFICAS.

LA ADENOPATIA ES EL SÍNTOMA MAS IMPORTANTE. CIERTAS LINFOGLANDULAS ALOJAN" A LAS ESPIROQUETAS DE LA SÍFILIS EN ESTADO VIVO Y CON PODER DE CONTAGIO, A PESAR DE UN TRATAMIENTO ENÉRGICO Y CON ÉXITO AL CUERPO DEL ENFERMO Y A PESAR DE UNA REACCIÓN DE WASSERMAN NEGATIVA.

EL DOLOR DE CABEZA NO TIENE NINGÚN VALOR FUNDAMENTAL PARA NUESTROS DIAGNÓSTICOS.

Entre los exantemas específicos parece que el EXANTEMA DE GRANDES MANCHAS MORBIFORMES ES EL MAS FRECUENTE. Especial atención merece el exantema que he calificado de EXANTEMA DE VASCULARIZACIÓN. ESTE SÍNTOMA DE VASCULARIZACIÓN ME PARECE ESPECIALMENTE IMPORTANTE y no lo he hallado en la literatura europea.

Es de sumo interés conocer la IMPORTANCIA DEL EXAMEN MEDICO PARA LA PATOLOGÍA e higiene de la sífilis en CENTRO AMERICA.

Notas sobre las tablas VII y VII: El hospital XX diagnosticó entre 12.043 enfermos del año 1936, 208 casos de sífilis. Si tomamos en cuenta nuestro 8% de sífilíticos entre la porción que se cree sana, encontramos, que ANUALMENTE SE ESCAPAN 755 CASOS DE SÍFILIS A LA DIAGNOSIS EN EL HOSPITAL XX (1) Que en realidad este número se calcula demasiado bajo se deduce del hecho de que, en un hospital se juntan más sífilíticos que en la población sana.

{El Hospital XX hizo un examen serológico de la cuarta parte de sus casos; los resultados positivos ascendieron, al'27%, mientras que el Hospital sólo diagnosticó 1.77%; SE CONFIRMA QUE ALLÍ SE EXAMINARON SOLAMENTE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE LÚES.

TABLA ILUSTRATIVA VIII

	Medicina		Cirugía Clínic.		Niños	Urol. E. Venér	Otolaring. ojos
	H.	M.	H.	M.			
Lúes I	12		7	5		27	
Lúes II	4		5	3		9	
Lúes III			1		23		1
Lúes congénita							
Lúes IV vasos	5	4					
Lúes IV nervios	3						2
«Lúes»	9	46	3	3	1	33	
Aortas				106			
Totales	34	50	16	11	117	69	4
Porcentaje	1.8%	1.89%	1.11%03(3.73)%		1.55%	1.79%	1.18%

Además es digno de mención que en ningún hospital se reconoce claramente si alguno de los enfermos, contagiados con lúes, murió de las consecuencias de la enfermedad. ¡QUE CONTRASTE TAN GRANDE CON LAS CONDICIONES DEL VIEJO CONTINENTE. EL problema sobre el cuadro clínico de la sífilis en Centro América SE RELACIONA INTIMAMENTE CON TRES MATERIAS APARENTEMENTE MUY DIFERENTES:

- 1°—Con la pregunta sobre el *origen de la sífilis* europea y americana.
- 2°—Con la pregunta sobre la *disposición de las diversas razas*, para las enfermedades en general y por la lúes en especial;
- 3°—Con la ideas que se tienen comúnmente sobre la *influencia de la inmunidad por adquisición o por herencia* en el curso de la enfermedad.

RESULTADOS PRÁCTICOS:

Los resultados no son absolutos. Sería muy CONVENIENTE QUE EL CUERPO MEDICO DE LOS OTROS PAÍSES DE CENTRO AMERICA y Panamá PUBLICARAN SUS EXPERIENCIAS al respecto, para llegar a un acuerdo sobre la materia y contribuir en esta forma a prestar una verdadera ayuda a la nueva ciencia DE LA GEOGRAFÍA COMPARATIVA DE LAS ENFERMEDADES.

a) La sífilis es bastante *frecuente en Guatemala*: 8-10% entre la población que se cree sana; posiblemente. 15 % en el total de la población.

b) La sífilis en Guatemala es una *enfermedad relativamente de poca gravedad para el individuo*. Características típicas: 1°—El accidente primario es raro; 2°—Período secundario relativamente benigno; 3°—Rareza de los periodos terciario y cuaternario; 4°—En 50% de sífilíticos no tratados, las reacciones de Wassermann se volvieron, espontáneamente negativas.

c) La sífilis encierra *muchos peligros para Guatemala*, particularmente desde el *punto de vista demográfico*.

d) Casi un 95% de las mujeres afectadas de sífilis *no saben nada de su enfermedad*, y por tal motivo no han sido tratadas, representan un peligro para su compañero, hijos y vecindario y se hace necesaria una campaña de divulgación y aclaración.

Se necesita una lucha activa contra las enfermedades venéreas' pues no se debería tratar tanto de proteger a los habitantes en el caso de su vida contra las dolencias propias de la vejez, como de salvar ?, la juventud de la sífilis, contribuyendo así a un mejor y no lejano estado, verdaderamente sanitario, de la nación.

R. Alcerro C. hijo.

Choluteca, D. D., Marzo 20, 1943.

Notas Marginales

Estas cortas anotaciones no tienen más objeto que el ele hacer patente nuestro más -caluroso aplauso a la labor intensa, continuada y provechosa de la Universidad salvadoreña. Esta joven universidad cuenta actualmente, por lo menos, en lo que a las ciencias médicas se refiere, con una pléyade de espíritus inquietos e inconformes, que no contentos con estar al día en cuanto a los progresos médicos modernos, se esfuerzan en dar el aporte de una contribución científica personal y regional, enriqueciendo de manera palpable el acervo de nuestros conocimientos sobre las modalidades particularísimas de nuestra patología tropical.

Creo, sin temor de equivocarme, que la Universidad salvadoreña es actualmente, en Centro América, la que llena más cumplidamente la verdadera misión de las instituciones de su clase; que consiste, no sólo en llevar a cabo una labor docente; sino en contribuir con el esfuerzo propio al avance de las disciplinas científicas que se ejercitan en su seno.

En efecto, leyendo atentamente las publicaciones médicas que de allí nos llegan: "Los Archivos del Hospital Rosales," "La Gaceta Médica ele Occidente"; algunas monografías y publicaciones sueltas, hemos llegado al conocimiento de que esa universidad, gracias, al entusiasmo de muchos de sus miembros, gracias tal vez a su organización administrativa y a la munificencia de algunos filántropos salvadoreños, está en' camino de alcanzar el primado de la cultura científica centroamericana.

Va nuestro particular aplauso para el Dr. José Ciro Brito, inquieto Profesor de Patología Interna de la Facultad de Medicina de El Salvador y autor del interesantísimo tratado, "Nociones de Hematología Tropical Centroamericana," que ha llegado a nuestras manos y que actualmente estudiamos; para el Dr. Leopoldo Cea, espíritu estudioso y preciso, autor del "Diccionario de Términos y Expresiones Hematológicas" obra de manifiesta utilidad, para el médico práctico y el especialista de la materia; y van también nuestros aplausos, para el Dr. Lázaro Mendoza, autor del notabilísimo opúsculo "Páginas Clínicas," que lo revelan, como un médico de altos quilates; para el maestro de la medicina salvadoreña, Dr. Luis V. Velasco y para los Drs. Carlos H. Figueroa y Dr. Max Bloch, miembros distinguidos de esa activa y prometedora Universidad.

Dr. Carlos M. GALVEZ,

Complicaciones Renales Debidas a la Sulfanilamida

Los doctores Bandler y Bruger, de New York, presentaron un caso de oliguria extrema debida al uso del Sulfathiazol y revisan la literatura sobre las complicaciones renales de los sulfonamidos en el New York State Medical Journal (Septiembre, 1942).

La eficacia de los sulfonamidos en el tratamiento de las infecciones más variadas y su creciente aplicación, han puesto de manifiesto numerosas complicaciones de estas drogas que han puesto a los investigadores sobre aviso. El asunto es de tal importancia que esa misma revista y en el mismo número de donde extractamos el artículo citado, trae un editorial al respecto con referencia al uso excesivo de la Sulfadiazina.

El caso de Bandler y Bruger es el de un hombre de, 52 años con bronconeumonía a quien en dos días se administró un total de 6 gramos de Sulfathiazol. La defervescencia se inició rápidamente, pero como, pocos días después, hubiera una recrudescencia de los síntomas, se le administraron 10 gramos más en los tres días siguientes. Inmediatamente se instaló una oliguria marcada y durante tres días el enfermo pasó únicamente 90 c. c. de orina y aparecieron síntomas de uremia de retención. Después de asegurarse de que no existía una obstrucción uretral, por medio de la cistoscopia y cateterización de los uréteres, se administraron fluidos por vía intravenosa, transfusiones y tonicardíacos. La supresión de orina persistió durante los cuatro días subsiguientes, llegando a alcanzar el sexto día de la cifra de 12 c. c. en las 24 horas. El enfermo estaba comatoso, con respiración de Chayne Stokes, la tasa del nitrógeno de la urea era de 164 y había edema periférica y pulmonar. Del 7º día en adelante la excreción urinaria aumentó gradualmente y para el final del 9º día alcanzó la cifra de 1.500 c. c.

Creer los autores que fue el Sulfathiazol el elemento responsable de esta supresión urinaria y al presentar este caso revisan la literatura sobre el efecto tóxico de los sulfonamidos sobre el riñón.

Desde las investigaciones originales de Van Dyke en monos y ratas, se sabe del efecto de los sulfonamidos y su predilección sobre el riñón. Este investigador mostró que el Sulfathiazol se colecta en los tubulillos renales bajo la forma de cristales de acetyl-sulfathiazol y que la acumulación de estos cristales puede dar origen a verdaderas obstrucciones ureterales.

Peterson y Finland han revisado recientemente la extensa literatura que se ha acumulado sobre las complicaciones renales del Sulfathiazol. Entre las más frecuentes citan: a) Hematuria macro o microscópica; b) Oliguria y anuria, c) Insuficiencia renal, y d)

Oleo-Peritoneografía

Por los Dres. Carlos H. Niseggi, Marcelo H. Moreau y

Jorge E. Moreau. Editorial "El Ateneo," Buenos Aires, 1941.

Con este título, tres investigadores argentinos publican una monografía de 195 páginas, ilustrada con numerosos clichés, en la que describen el uso de los aceites yodados inyectados en la cavidad peritoneal para diagnosticar la presencia de líquido. La importancia del método estriba en poder asegurar la existencia de líquido intraperitoneal cuando la clínica no puede hacerlo, con lo cual se aportarían datos valiosísimos al pronóstico y se orientaría el tratamiento.

Después de breves consideraciones anatómicas e histológicas sobre la estructura del peritoneo y de enumerar los diversos procesos que pueden acompañarse de derrame peritoneal, así como de los signos semiológicos de éste, los autores pasan a describir la técnica del método ideado por ellos. Esta consiste en la inyección, generalmente en el punto de Me. Burney, de tres centímetros cúbicos de aceite yodado (Lipiodol, Yodipina, etc.) y la obtención de varias radiografías en distintas posiciones, después de colocar sucesivamente al paciente en diversas posiciones: decúbito lateral izquierdo y derecho, decúbito ventral y dorsal y de pie.

En presencia de líquido peritoneal el aceite yodado tiende a disponerse en gotas, de esféricas que se movilizan libremente con los cambios de posición y se disponen en planos horizontales en la posición de pie. Cuando no existe líquido el aceite forma manchas irregulares e imágenes lineares al insinuarse entre las ansas intestinales. Esta formación de gotas, según los autores, es característica y su observación después de varios casos en que se hizo la histero-

Precipitación de cristales de acetyl-sulfathiazol en los tubulillos renales, pelvis renal, uréteres y vejiga.

El editor del New York State Medical Journal llama la atención de la profesión médica sobre el uso, o abuso, mejor dicho, *He* la sulfadiazina, otra de las sulfas que, debido a su menor toxicidad, ha adquirido preponderancia sobre otras como la sulfapiridina y el mismo sulfathiazol. Sin embargo, parece que en esta droga también existe la tendencia a la formación de cristales de acetyl-sulfadiazina y que éstos, por una razón aún no explicada, producen una mayor irritación, seguida de degeneración y necrosis., en los tubulillos renales y el tejido adyacente.

Manuel LARIOS.,

salpingografía dio lugar a las investigaciones de Biseggi primero y Moreau más tarde que culminaron con la publicación del libro que comentamos.

También en los grandes quistes la inyección de aceite yodado sirve para establecer el diagnóstico y distinguir entre un gran derrame peritoneal libre y la presencia del quiste. Los autores sostienen que en el primer caso el aceite se localiza en la parte más baja del abdomen, por debajo de la sínfisis púbica en la posición de pie, arriba de este nivel en caso de quiste.

Después de presentar cuarenta observaciones, todas ellas bien detalladas y sobre todo muy bien ilustradas, los autores llegan a las conclusiones siguientes:

La Oleoperitoneografía permite el reconocimiento radiológico del líquido peritoneal, sea éste abundante o escaso. Permite también diferenciar entre los derrames abundantes y los grandes quistes abdominales.

Las características fundamentales que presenta el aceite yodado en presencia de líquido peritoneal se manifiestan en las radiografías de la manera siguiente:

- 1). Formación de múltiples gotas yodadas.
- 2). Amplia movilidad de las mismas con los cambios de posición del paciente.
- 3). Tendencia del aceite yodado a sedimentarse en los planos inferiores, en la posición de pie.
- 4). Tendencia del aceite yodado a disponerse en planos horizontales y a la formación de niveles horizontales en la parte superior del acumulo aceitoso.

Si el método propuesto es o no concluyente, si su aplicación es lo suficientemente práctica y sus resultados lo suficientemente constantes para ser incorporado a la práctica corriente radiológica sólo el tiempo y la confirmación de repetidas investigaciones lo dirán. Creemos, sin embargo, que los autores argentinos han abierto un camino sobre un campo hasta ahora poco explorado como es el peritoneo y en el cual la radiología muy poco había podido aportar con los métodos corrientes.

Manuel LARIOS.

m

La Clínica y sus Contrastes

Por el Doctor J. GOMEZ-MARQUEZ, • Profesor de
Oftalmología en la Facultad de Medicina de Honduras.

Medico Militar (retirado) del Ejército Español.

(Continuación)

III

*Diferencias entre la Patología centroamericana y la cosmopolita—
Hechos y razones fundamentales que las justifican.*

En anteriores trabajos (1) hemos llamado la atención acerca de las diferencias que a nuestro parecer existen entre la *Patología centroamericana* y la que con carácter *universalista* (2) se describe en los Tratados generales de Medicina.

En apoyo de nuestras afirmaciones y en el último número de esta REVISTA (Enero-Febrero-1943) publicamos una relación de las enfermedades que según nuestras noticias o experiencia directa, constituían de modo habitual los padecimientos más frecuentes en estos países, y al propio tiempo otra, en la que hacíamos resaltar la inexistencia o rareza en ellos de las numerosas afecciones que constituyen de ordinario la morbosidad predominante en la Clínica cosmopolita.

(1) Véanse los números 103-104 de esta REVISTA, correspondientes a los meses Noviembre-Diciembre 1942, y Enero-Febrero 1943; Gómez-Márquez: «Los contrastes de la clínica».

(2) El uso que venimos haciendo de ciertas expresiones y la necesidad de continuar empleándolas (a pesar de que en muchos casos sean inadecuadas o impropias) exige que hagamos algunas aclaraciones para evitar equívocos.

Los términos «europeo, universal y cosmopolita» que tantas veces usamos para evitar escollos de redacción, quieren significar convencionalmente, que aquello de que hablamos, está o sucede, fuera de C. A., aunque también pueda observarse en otras regiones de este mismo Continente.

Algo análogo sucede cuando decimos «Centroamérica»; esta palabra, representa para nosotros, el 'conjunto de observaciones clínicas que hemos tenido ocasión' de efectuar en nativos de, y territorios próximos a Honduras; clasificándolas de menor a mayor, diremos; que no figura entre ellas, ninguna referente a Panamá; que son muy escasas" las que corresponden a Costa Rica; algo más numerosas pero pocas también, las que tocan a México y Cuba; y el grueso" de ellas hasta 7.000 aproximadamente, pertenecen en números crecientes, a Nicaragua, Guatemala, El Salvador y Honduras; en sentido clínico, pues Centroamérica es para nosotros, algo más y algo menos, los geógrafos.

Como la finalidad que perseguimos con estas publicaciones! es de índole eminentemente práctica y tiende en primer término a estimular el interés de los grandes valores médicos centroamericanos hacia la investigación de la exactitud de nuestras aserciones y la publicación en su caso de Textos especiales adaptados a la formación de las futuras generaciones de Médicos; y por otra parte no es admisible que se diga sin probarlo debidamente como hemos hecho nosotros, que la escrófula, la sífilis adquirida y la hipertensión arterial, por ejemplo, son excepcionales en C. A. y que cuando se manifiestan lo hacen con grandes limitaciones y exteriorizándose por signos borrosos y en muchos casos distintos de los que nos describen en general los Tratados, vamos a dar a conocer los fundamentos de nuestras opiniones, en la esperanza de que con ello, si no a admitir,, inclinaremos a la mayoría de *los* Médicos a meditar seriamente sobre estas cuestiones por absurdas y raras que parezcan; en lugar de creer dada la importancia enorme de las excepciones y anomalías que hemos señalado, que éstas más que en la realidad están en nuestra imaginación, y deben considerarse como extravagantes creaciones de nuestra fantasía.

Para lograr nuestro objeto, comenzaremos por exponer metódicamente los hechos generales que han servido de base a nuestras afirmaciones; pero cómo ellos en sí mismos carecerían de valor si no dijésemos al propio tiempo las circunstancias y detalles que nos rodeaban en el momento de apreciarlos, mencionaremos a la vez unos y otras, para que quien, nos lea, pueda juzgar por sí mismo de ellos, prescindiendo de la interpretación que nosotros les demos, y dejando a un lado nuestras opiniones personales.

1º—*Número de observaciones y lugares en donde fueron realizadas.*

Desde nuestra llegada a América en Noviembre de 1938 hasta los actuales momentos (31-Marzo-1943), es decir, durante un período algo mayor de cuatro años, hemos visto no menos de siete mil enfermos; circunstancias diversas entre las cuales figuran la pérdida de una respetable cantidad de historias clínicas correspondientes a los primeros meses de nuestra llegada a Honduras, y la carencia de datos 'escritos acerca del considerable número de observaciones que tuvimos ocasión de practicar en La Habana durante tres meses consecutivos, y en más cortas estancias en Guadalajara, Puebla,' México, D. F., (México), San Salvador, Guatemala, y dentro de Honduras en los Departamentos de Copan, Comayagua. El Paraíso, Choluteca y Cortés (precisamente los más poblados de la República, excepción hecha del de la Capital, Tegucigalpa, lugar de nuestra residencia habitual), nos impiden ofrecer pruebas documentales de la totalidad de nuestras observaciones; cuanto digamos, pues, estará basado en los hechos ciertos que aparecen consignados en las *tres mil quinientas* historias clínicas que en números redondos hemos podido reunir, entre nuestro Servicio hospitalario y el privado;

consideramos útil, sin embargo, decir que según nuestras impresiones y recuerdos las características de los tres mil quinientos enfermos cuyas historias *no poseemos*, eran las mismas consideradas en globo, que las que constan en los documentos que *están en nuestro poder* y corresponden a los otros tres mil quinientos.

2º--País de origen de las personas observadas.

Aunque a primera vista parezca innecesario o de escaso interés el conocimiento de este dato, nos permitimos llamar la atención de quien nos lea acerca de la importancia capital que tiene en el caso concreto que estudiamos; porque las predisposiciones morbosas varían tanto de unos individuos a otros según cual sea el País de que procedan, que sería imposible adquirir una idea ni siquiera aproximada de la trascendencia y derivaciones de los hechos que tratamos de poner de relieve, si no louviésemos en cuenta.

Sin perjuicio de tratar extensamente en otra ocasión de este tema (porque todas las características diferenciales de la Clínica de C. A. parecen estar condicionadas o por lo menos están en íntima conexión con el lugar de origen de los individuos), nos limitaremos por el momento a decir acerca de él. lo siguiente:

a) Entendemos por *País de origen* de un individuo *no el del lugar de su nacimiento*, sino aquel en que nacieron sus padres y ascendientes; un sujeto nacido en Honduras por ejemplo, *de padres europeos*, no será ni padecerá como los hondureños nativos sino que tendrá en lo fisiológico y en lo morbo, iguales o parecidos rasgos que sus padres o abuelos, *si también eran o son europeos*; a juzgar por nuestras observaciones, las influencias cósmicas no determinarán en un tal individuo modificaciones estables en su anatómo-fisiologismo, ni en sus predisposiciones patológicas.

b) La intromisión en las ramas de origen paterno o materno (sobre todo en la última) de un ascendiente centroamericano, puede transferir a los descendientes (y con tanta mayor intensidad cuanto el cruzamiento sea más próximo) todos o parte de los rasgos del ascendiente centroamericano; y esto aunque todos los ascendientes restantes sean europeos, y cualquiera que sea el lugar en donde *nazca* el sujeto considerado; esta posible transmisión afecta a la vez a lo fisiológico y a lo morbo.

c) Aunque no ocurra en todos los casos, es fácil de apreciar que los caracteres raciales exteriores de las personas en observación, guardan en general paralelismo con las tendencias raciales morbosas; cuanto más se parezca exteriormente un hondureño o un guatemalteco por ejemplo a los europeos, tendrá más tendencia a padecer como éstos; el caso inverso es también de frecuente y fácil observación; es tan expresivo e interesante que a nuestro juicio tiene todo el valor de una contraprueba favorable al primero; *basta apreciar en un centroamericano con los caracteres exteriores raciales regionales propios una afección de "modo o estilo" europeo,*

para sospechar (y acertar casi siempre) que entre los ascendientes próximos figura algún miembro originario de aquel Continente.

d) Un bellissimo ejemplo de lo que acabamos de decir, se ofrece en Honduras con toda nitidez, sin más que estudiar los caracteres étnicos exteriores de sus habitantes en relación con sus tendencias morbosas y comparar las notables diferencias que entre ellos mismos existen en este doble aspecto, según cuales sean las regiones del País de que procedan.

Si a los expresados fines examinamos en conjunto la totalidad del territorio hondureño, veremos que puede y debe dividirse en las tres zonas siguientes:

1°—La formada por los Departamentos de Gracias, Santa Bárbara, Intibucá (La Esperanza), Ocotepeque, y La Paz.

2°—Otra constituida por los Departamentos de Santa Rosa de Copan, Yoro, Olancho, El Paraíso (región del Este), Comayagua, e Islas de la Bahía.

3°—Finalmente, otra integrada por los Departamentos de Valle, Choluteca, Cortés, Tegucigalpa, Colón y Atlántida.

Entre las personas oriundas de la primera zona, *predominan* tanto por sus caracteres raciales exteriores como por sus predisposiciones morbosas las que mayor semejanza tienen con los europeos.

Entre las de la tercera y también en ambos aspectos, *son mayoría* aquellas otras que dentro de los rasgos generales del hispanoamericanismo están más apartadas de él.

Entre las de la segunda por último se encuentran mezclados los dos tipos anteriores con sus naturales gradaciones.

Para explicarnos estas diferencias regionales y a falta de Textos que nos orientaran y ayudasen a comprenderlas, hemos recurrido al artificio de establecer por nosotros mismos una hipótesis que, a lo menos en parte y provisionalmente consideramos razonable; y ello tanto más cuanto que al propio tiempo que parece dar alguna luz sobre estos problemas en Honduras, puede ser de aplicación, con las naturales reservas y limitaciones, a los de la misma índole en los demás Países de C. A.

Esta hipótesis está basada en la consideración de que siendo sino todos, la inmensa mayoría de los hondureños actuales herederos directos de los españoles y de las mujeres aborígenes de la época de la Conquista, todas las singularidades y diferencias que presenten tanto en estado de salud como en el de enfermedad con los habitantes de otros territorios *americanos o no*, tendrán su origen en las características raciales de las dos ramas progenitoras y en las influencias modificatrices que a través del tiempo hayan podido actuar sobre ellas; y lo mismo pasará con las que existan entre los propios hondureños según las regiones de donde procedan.

El estudio de tales características con referencia a los españoles no es necesario, porque tanto la Fisiología como la Patología están modeladas sobre el tipo europeo en el cual aquéllos están compren-

didados; en cambio sería interesante conocer las de los hondureños a partir de la época colonial; pero como carecemos de datos históricos que nos ilustren sobre este extremo, nos, habremos de conformar con lo que podamos aprender sobre el mismo, a través de las informaciones indirectas que nos proporcionen -el examen de las vicisitudes de la penetración y establecimiento de los españoles en Honduras, y el de las relaciones que mantuvieron con sus primitivos habitantes.

Aunque la insuficiencia de un tal estudio es bien notoria, no por eso podemos desdeñarlo; porque sobre ser forzada la omisión de otros datos que convendría conocer, ya veremos que si no de manera completamente satisfactoria y completa, mediante ellos solos, es posible adquirir una idea bastante aproximada de lo que deseamos saber.

Por su gran trascendencia en el asunto que nos ocupa, comenzaremos por recordar que al revés que otros Pueblos colonizadores, los españoles libres de prejuicios raciales, tenían justamente como eje de su política de conquista, el cruzamiento de sus guerreros con las mujeres de los países que ocupaban, dando así mayor carácter de firmeza a la posesión de las tierras invadidas.

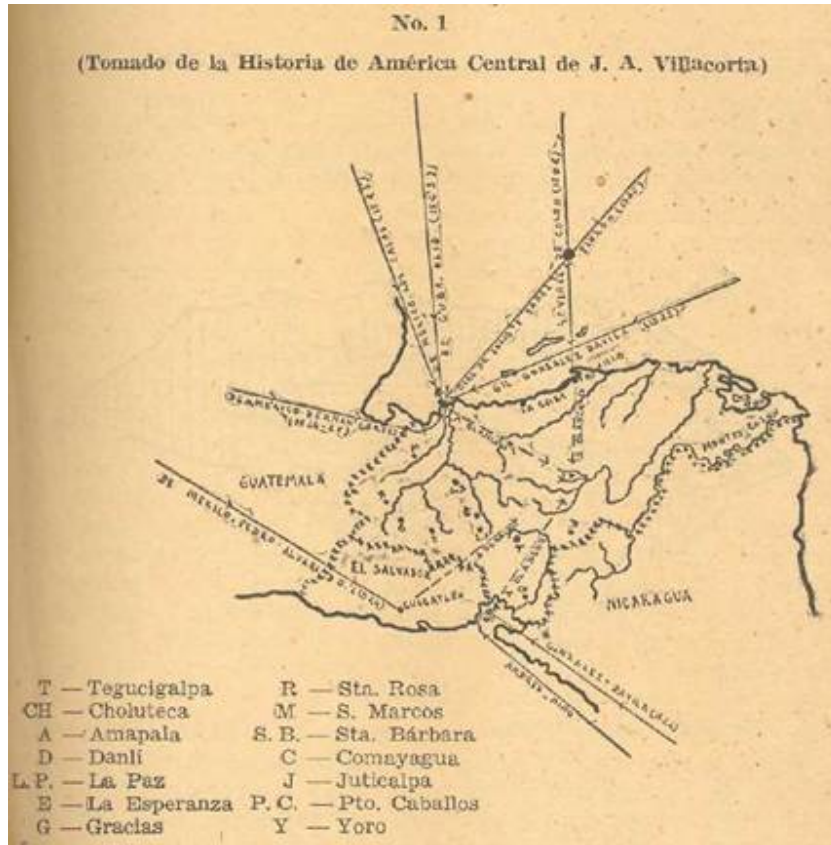
Esta conducta dio por resultado que al penetrar en Honduras¹ en épocas sucesivas y por cinco puntos diferentes (Guanaja-Trujillo, Puerto Caballos y fronteras de Nicaragua, Guatemala y México) convergiendo hacia los llanos de Olancho, fundasen por su unión con las aborígenes distintas colonias, cuyas características raciales habían de imprimir a los futuros habitantes de Honduras el originalísimo sello que presentan en la actualidad.

Siguiendo al historiador Villacorta (1) del cual hemos tomado el esquema adjunto N° 1, no es difícil comprender cómo se constituyeron los diferentes núcleos coloniales, por qué se distribuyeron topográficamente en la forma, en que lo hicieron, y en qué nos hemos fundado para estudiar la fisio-patología del País, dividiéndolo en las tres Zonas¹ más arriba mencionadas.

De los datos históricos y del examen del antes citado esquema N° 1, parece desprenderse que los españoles después de explorar el País en todas direcciones mediante sus cinco columnas expedicionarias, a penas se interesaron por las costas más que desde el punto de vista militar, limitándose a dejar en ellas pequeñas guarniciones que les asegurasen la retirada; que ésto fue así parece probarlo la ausencia o escasa importancia en ellas, de vestigios de la vida de los españoles y sus más próximos descendientes; en cuanto a su explicación quizás se encuentre en que las consideran naturalmente pobres, o en que no se aviniesen a establecerse en territorios de clima tan poco favorable al ejercicio de toda clase de actividades humanas; el

(1) Historia de la América Central — Antonio Villacorta — 1915.

MAPA EQXJEMATICO DE LA COLONIZACIÓN DE HONDURAS



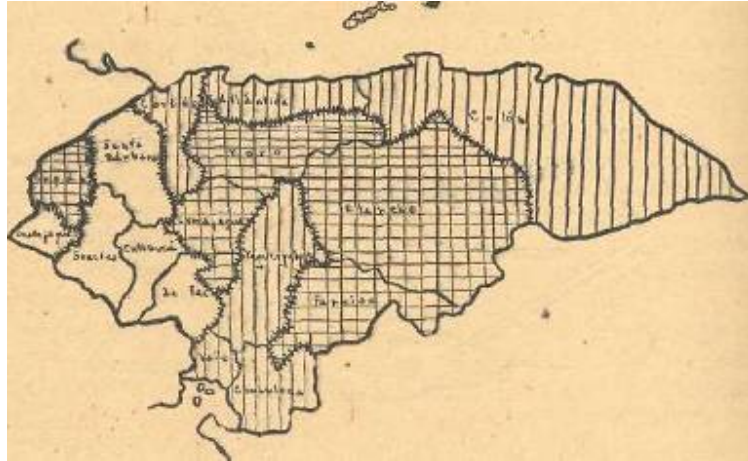
abandono o descuido de la colonia de Trujillo primeramente fundada, podría confirmar esta manera de ver.

La preferencia de los españoles de las cinco columnas invasoras, por las regiones Noroccidentales del País, es un hecho admitido por la Historia; en cuanto a su explicación diremos que nos parece clara, porque es lógico suponer que eligiesen para fijar sus residencias definitivas, aquellas regiones que considerasen más ricas y bellas, y sobre todo las que teniendo analogías climáticas mayores con España les ofreciesen condiciones de vida semejantes a las de su lejana Patria; y así fundaron la primera Ciudad importante que fue Gracias, y todas las demás de nuestra primera zona (véase esquema N^o 2).

Expresión y consecuencia del florecimiento y prosperidad de las ciudades Occidentales, fue seguramente el notable aumento en el número de sus habitantes y la irradiación de éstos hacia los lu-

MAPA EQTJEMATICO E HIPOTÉTICO**No.2****DISTRIBUCIÓN FISIOPATOLOGICA DE HONDURAS**

En blanco: Gracias, Santa Bárbara, Intibucá, Ocotepeque y La Paz.
 Rayado: Valle, Choluteca, Cortés, Tegucigalpa, Colón y Atlántida.
 Cuadrículado: Copán, Yoro, Olancho, Paraíso e Islas de la Bahía.



gares próximos lo que vino a culminar en la fundación de nuevas ciudades y en la colonización de territorios no invadidos hasta entonces de manera definitiva; y así es como arraigaron en tierras de Olancho, y surgieron grandes poblaciones como Santa Rosa de Copan, Comayagua, Yuscarán, Danlí, etc., enclavadas todas ellas en nuestra segunda zona (véase esquema N° 2).

Geográficamente, pues, y tanto por lo que se refiere a su topografía como á la densidad de los núcleos de población, la máxima vitalidad de Honduras en aquella época, debió estar centralizada en los Departamentos Noroccidentales correspondientes a la primera zona de nuestro esquema N° 2; la mínima a las costas del Norte y Sur (zona tercera del mismo esquema); y la intermedia (zona segunda) debió estar despoblada u ocupada sólo en parte, y por pequeños núcleos de escasa importancia.

Por aquel entonces (nos referimos a los primeros tiempos de la Conquista), las características fisiopatológicas de los habitantes de Honduras, no debieron ser muy claras y definidas; porque siendo linos, españoles o indios puros, y los otros frutos iniciales de sus primeras cruzamientos, aquéllos, serían y padecerían como correspondiese ser y padecer a sus respectivas razas, y los últimos aunque participando de los rasgos de ambas los presentarían con intensi-

dad y extensión variables según el predominio que en cada caso tuviesen los de la una o la otra.

Pero si en aquella época la mezcolanza de los tres tipos mencionados en cada núcleo colonial determinaría en la clínica una notable vaguedad e imprecisión, a medida que las generaciones se iban sucediendo y la fusión de los caracteres genotípicos de las dos puras razas procreadoras se completaba, la naciente raza HISPANO-HONDUREÑA iba alcanzando su total madurez; y cuando ésta fue un hecho consumado, pudo asistirse a la contemplación del caso asombroso, de que la Naturaleza sirviéndose para su experimentos del instrumento inconsciente que para ella representaban los españoles, indios y los descendientes de ambos, demostrara en la especie humana con reiterados cruzamientos entre aquéllos y casi cuatrocientos años antes de lo que tardaría en demostrar lo mismo en animales y plantas el sabio matemático y botánico Mendel, que los fenómenos hereditarios, no son hechos irregularmente casuales, sino que obedecen a leyes pre-existentes (las leyes mendelianas comprobadas por numerosos autores y aceptadas y subsistentes en la actualidad); y que los caracteres biológicos de los progenitores, no sólo son transmisibles a través de las generaciones, sino que pueden sufrir bajo la acción continuada de factores diversos tales modificaciones, que además de transformar en lo externo los caracteres raciales primitivos, alteren la bioquímica de sus tejidos (actualmente el IDIOPLASMA de Baúr) *imprimiéndoles receptividades morbosas que no tenían sus antepasados, o haciéndoles indiferentes a las afecciones que mayor morbosidad y mortalidad causaban entre los seres más alejados de su stirpe en el orden ascendente.*

Las características morbosas que en nuestro anterior artículo señalamos como típicas de la clínica hondureña y muy notablemente ¿u marcadísima resistencia a las enfermedades" cosmopolitas y en su defecto la notable benignidad que para ellas muestran ¿ocios los hondureños cuando por excepción las padecen, así como también la sorprendente longevidad de la raza y su carencia de receptibilidad para padecer las enfermedades llamadas "tropicales" a pesar de estar Honduras enclavada en plena zona tropical, constituyen una brillantísima confirmación del resultado favorable de aquellas experiencias naturales, y pueden considerarse como la demostración anticipada de la exactitud de las leyes de Mendel, tantas veces contrastadas hasta el día por la multitud de sabios investigadores que le han seguido a partir de la época inicial de sus trabajos en 1865.

Con lo que hasta ahora hemos dicho creemos haber dado una explicación relativamente satisfactoria de las causas de la repartición geográfica de los núcleos coloniales en Honduras a partir del período colombiano y de las desigualdades en la densidad de sus poblaciones respectivas.

Igualmente nos parece haber dado a comprender mediante nuestra alusión a las leyes mendelianas sobre la herencia, que el nacimiento de la raza HISPANO-AMERICANA con sus increíbles, singularidades, *actualmente conservadas*, no es ningún hecho excepcional sino uno más de los casos particulares descritos desde hace largo tiempo en Antropología, y en virtud de los cuales dos razas, que *se funden* y no se renuevan, son digeridas y absorbidas por su propia resultante, hasta la desaparición, total; así ocurre en el que examinamos con la rama española pura que¹ se desvaneció completamente quizás con los mismos invasores; por lo que se refiere a los indios aborígenes todavía subsisten en escasas, raquílicas y aisladas colonias; pero según todos los indicios están destinadas a desaparecer del todo, como ya ocurrió con las españolas.

Como es fundamental para nuestro objeto dejar bien marcado este detalle, insistiremos aunque ya alguna vez hayamos hecho alusión al mismo, en que hasta -el momento que estamos considerando, TODOS los hondureños y aparte de las pequeñas variaciones individuales que pudiesen existir entre ellos, debieron tener *las mismas características fisio-patológicas, cualquiera que fuese el clima o región que habitasen* en la entonces Provincia hondureña española, sin más diferencias que las determinadas por la mayor o menor salubridad *local* de los lugares de su residencia; porque siendo TODOS ellos hispano-hondureños puros, no se diferenciarían entre sí por muy distintos que fuesen, de los moradores de otras tierras *americanas o no*.

Conviene digamos ahora para terminar con el punto que estamos tratando, que es cierto, como ya se habrá pensado, que tenemos como causa principal de los fenómenos que estamos estudiando a los factores de orden étnico y no a cualesquiera otros como los de naturaleza cósmica por ejemplo; y nos fundamos para creerlo así, en que desde que llegamos a Honduras estamos viendo que los europeos, africanos y asiáticos ingresados y radicados en el País en muchos casos desde hace bastantes años, no experimentan en sí mismos ni en sus descendientes modificaciones esenciales en su modo de "ser y padecer" *mientras no se crucen con los hondureños*; y ésto apesar de estar sometidos como ellos a iguales vaivenes climatológicos.

Justificadas suficientemente a nuestro modo de ver las causas por las cuales la Patología en los hondureños ofrece tan sorprendentes diferencias con la que es habitual en otras tierras, nos falta para terminar de exponer nuestra hipótesis, explicar cómo han llegado a producirse las de orden regional a partir de la uniformidad fisio-patológica que anteriormente hemos señalado como característica para los habitantes de las tres zonas, en que a los fines de su estudio, hemos dividido el territorio de la República.

Estas diferencias regionales son a nuestro juicio la consecuencia lógica de la disposición topográfica y la densidad de las diferentes colonias y al propio tiempo el fruto de la política española de conquista y colonización.

Indudablemente y como natural derivación de la misma; al emparentar los españoles y sus descendientes criollos con las principales familias indígenas, no debieron tardar en apoderarse de toda clase de influencias y riquezas, con lo que se vino a constituir una aristocracia en TODAS las zonas de cuyos beneficios gozarían por igual indios y españoles; los primeros porque adquirieron una cultura y un poder que no tenían; los segundos porque de simples aventureros, llegaron a transformarse en, arbitros y señores de aquellos territorios.

La fama de su belleza, salubridad y prosperidades debieron atraer hacia Honduras en épocas que no podemos precisar a los habitantes de otros países menos felices; y así fueron llegando hasta aquí gentes de todas las razas y colores, que a medida que se infiltraban y arraigaban en el País iban determinando con los hispano hondureños, los mismos cruzamientos que anteriormente habían efectuado los españoles con los aborígenes; y de igual modo que la fusión de la raza de los invasores con los indígenas primitivos había surgido otra casi indiferente a la mayoría de causas de enfermedad como si hubiese sido modelada para ejemplarizar la longevidad y la muerte por envejecimiento natural, el nuevo cruce con individuos de procedencias y razas diversas, dio lugar a una variedad, en la que conservándose íntegramente la resistencia a las enfermedades cosmopolitas heredada de los hispano-hondureños, no se advertían otras semejanzas con las ramas progenitoras extranjeras, que las 'correspondientes a Vos respectivos caracteres raciales externos.

Esta segunda invasión llevada a cabo después de la de los españoles, ha influido tan poderosamente sobre el País tanto en lo externo como en lo íntimo, que nos sería posible formar cabal idea de los desconcertantes contrastes que en él se aprecian si no siguiésemos el proceso de su realización, como anteriormente hicimos con la de los españoles.

Aunque éstos para conquistar a Honduras utilizaron varias columnas expedicionarias y necesitaron emplear varios años, es evidente que por su condición militar y el número y armamento de los invasores, el carácter de la primera ocupación y lo que más nos interesa, sus consecuencias, fue completamente distinto' del de la segunda; porque ésta tuvo efecto por pequeños grupos de personas civiles, que más que invadir se infiltraron lenta y discontinuamente en el territorio, prolongando durante siglos tal forma de actuación.

La penetración en el País de estos elementos heterogéneos debió estar condicionada a nuestro juicio por la enorme diferencia

de las circunstancias predominantes -en él a la llegada de los españoles y las que aquéllos encontraron a lo largo de su lento y progresivo acceso al mismo.

Mientras que para los españoles la mayor parte de las dificultades que hubieron de salvar para la ocupación total del territorio debieron ser las opuestas por la Naturaleza con sus inclemencias terribles, y la falta de caminos y aprovisionamientos, (porque no constituiría para ellos bien armados, entrenados y preparados para la guerra gran trabajo, vencer a unas cuantas tribus de escasos y pacíficos indios) para los nuevos invasores, el acceso al País; y sobre todo la ocupación y dominación del territorio tuvo necesariamente que ofrecer tantas dificultades que fue imposible las superasen.

El desembarque e instalación de estos segundos ocupantes en las costas Norte y Sur de Honduras y lugares próximos, no debió costarles mucho, porque según en otras ocasiones dijimos y por las razones anteriormente - expuestas, la población era probablemente muy escasa en estos lugares y no solamente podrían desembarcar e instalarse en ellos, sino cruzarse fácilmente con los débiles núcleos indo-hispánicos puros, extendiéndose y poblando los Departamentos actuales que hemos asignado a la tercera zona, incluyendo a Tegucigalpa equidistante de ambas costas.

La permanencia y el enriquecimiento de los inmigrantes, en esta última permitiría seguramente la tolerancia de los enlaces entre ellos y los hispano-hondureños multiplicándose la población aceleradamente y no tardando en absorber y dominar a la primitiva como ya había sucedido en las costas; esta es a nuestro juicio la causa de la identidad entre los caracteres raciales externos de los tegucigalpenses y los Choluteca por ejemplo, y a ello es debido que a pesar de proceder los primitivos núcleos de aquellos de la primera zona, les hayamos incluido en la tercera.

El crecimiento progresivo de la población de Tegucigalpa y límites, fue causa sin duda de que como había sucedido en la costa y ciudades próximas al mar, el exceso de sus moradores tratase de inmigrar igualmente, adentrándose aún más en el territorio.

La suerte, como veremos, no había de serles tan propicia como a sus antecesores al invadir Tegucigalpa; porque cuando llegaron a las ciudades mas cercanas a la capital actual (Comayagua, Danlí, Yuscarán, etc., —segunda zona—) aunque el número de indo-hispanos que las ocupaban no sería seguramente mayor que él de los que había en Tegucigalpa cuando afluyeron a ésta *sus* predecesores, el tiempo transcurrido en mas amplia escala les había permitido, no solamente adueñarse de cuanto era aprovechable en aquellas tierras, sino acumular todos los elementos necesarios para vigilar y conservar su posesión, viéndose obligados los nuevos ocupantes a trabajar como criados para ganar el sustento.

(Continuará).

Notas

Recibimos los libros "Nociones de Hematología Tropical Centro-Americana," escrito por el Dr. Ciro Brito, Profesor de Patología Interna; Dres. Carlos H. Figueroa, Max Bloch y colaboradores y "Diccionario de Términos y Expresiones Hematológicas," escrito por el Dr. Leopoldo Cea. Todos miembros de la Escuela de Medicina de El Salvador; el primero apareció en 1942 y el otro en 1941. Al agradecer profundamente tan valioso obsequio al Departamento de Canje y Publicaciones de la Universidad de El Salvador, hacemos presente 'nuestra sincera y ferviente felicitación a los autores por tan valiosa contribución a la Bibliografía médica salvadoreña.

Después de larga temporada en San José de Costa Rica ingresó al país nuestro querido colega y consocio Dr. Marcial Cáceres Vigil.

Para Washington partió el Dr. Ramón Alcerro h., Secretaria de la Asociación Médica Hondureña a seguir estudios de Neurología y Enfermedades Mentales en un gran (Hospital de aquella ciudad.

Para la Antigua Guatemala salió recientemente el Dr. Juan A. Mejía, Director del Hospital General y consocio nuestro a disfrutar de un mes de vacaciones.

En viaje de recreo estuvo en San José de Costa Rica nuestro consocio el Dr. Manuel Cáceres Vigil, Secretario de la Escuela de Medicina.

A disfrutar de amables vacaciones en su terruño olanchano salió nuestro consocio el Dr. Carlos M. Gálvez.

Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de New York fue nombrado nuestro consocio el Dr. Manuel Larios C.

Para Estados Unidos de América partió en unión de su familia nuestro consocio el Dr. Gabriel Izaguirre, Director del Hospital de La Rosario Mining Company en San Juancito.

Aunque con atrasos hasta de seis meses siempre estamos recibiendo el magnifico Canje que gentilmente nos envían casi todas las publicaciones médicas de la América. No importa la tardanza, *lo* interesante es que llegue.

A pasar Semana Santa con nosotros ha llegado de Danlí .el consocio Dr. Roberto Gómez Rovelo acompañado de su esposa.

Para atender menesteres de su hacienda El Boquerón salió consocio Dr. Isidoro Mejía h.

Visitando los nativos lares comayagüenses estuvo el amigo consocio Dr. Héctor Valenzuela.

[Radicado y ejerciendo la profesión está desde hace algún tiempo en Trinidad de Santa Bárbara nuestro consocio el Dr. Salomón Paredes R.