

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director:

DR. HUMBERTO DÍAZ

Redactores:

DR. MANUEL DARÍOS

DR. MARTIN BUDNES B.

DR. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ

Secretario:

DR. GABRIEL IZAGUIRRE

Administrador:

DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

---

Año XIII Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Nov. y Dic. de 1943 N° 109

---

## PAGINA DE LA DIRECCIÓN

### *Algo Que Nos Falta*

*Desde que cursábamos los últimos años de estudio en la Escuela de Medicina, nos llamó mucho la atención, el poco o mejor dicho ningún uso que se hace entre nosotros de la práctica de autopsias, no aprovechándonos, por consiguiente, del precioso auxilio que ésta proporciona, en diferentes aspectos de la práctica médico-quirúrgica\* Todavía no figura en el texto del reglamento de nuestro Hospital General, ningún artículo que autorice expresamente a los facultativos que en él trabajan, para verificar el reconocimiento necrótico siempre que se juzgue necesario.*

*Tal omisión, a nuestro entender, ha sido un obstáculo poderoso para muchos de los fines que justifican la existencia de un centro, hospitalario que, como el aludido, está destinado a auxiliar la enseñanza de la medicina, y destinado a auxiliar también las actividades médico-legales. ¿Cuántos aciertos y cuántos errores de diagnóstico son sepultados con los cadáveres? ¿Cuántas son las bellas «enseñanzas malogradas, no sólo para los médicos que tratan de enriquecer su acervo científico, sino también para la juventud que se dispone seguir las huellas de Hipócrates?*

*Por muy poco que se medite acerca de las preguntas anteriores, tendrá invariablemente que venir a cuentas que, entre nosotros, el aprendizaje de la Patología y de la Clínica no se realiza de una manera eficiente; que se entorpece la administración de justicia por la falta de auxilio médico-legal; y luego, todo esfuerzo de investigación científica relacionado con otros aspectos del adelanto médico,*

*tendrá que ser frustráneo. Tiempo de sobra ha transcurrido ya, desde la época mencionada al principio, y aun no tenemos un servicio de autopsias y un laboratorio auxiliar que vengan en nuestra ayuda a resolver siquiera los problemas de mayor urgencia.*

*Aceptamos que es muy del caso procurar, previamente, la especialización en la materia, de uno o más individuos, para que así el nuevo organismo dé un servicio eficiente. Lógico es también pensar que ello implicaría nuevos gastos para el erario nacional; pero todo esto constituye, a nuestro entender, un problema que no se ha resuelto, debido exclusivamente a nuestra dejadez proverbial, al poco afán de mejoramiento que nos caracteriza.*

*Mientras esto último se lleve a cabo, y ojalá que para ello no falte mucho tiempo, debería empezarse desde ahora, dando siquiera más facilidades para la práctica de autopsias en nuestros centros hospitalarios, emitiendo sin tardanza las reglamentaciones del caso.*

## El Paludismo Congénito

Con este título, el Dr. R. R. Cohen Tocólogo del Hospital Internacional, publica, en la Revista de Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas, N° 8, agosto de 1943, un bello trabajo sobre el tema de referencia, de cuyo estudio extracto los puntos más interesantes para REVISTA MEDICA HONDURENA. El autor de referencia afirma categóricamente la existencia de *PALUDISMO CONGÉNITO* fundamentando esta nueva forma clínica de paludismo en el hallazgo de hematozoarios en la sangre de las madres palúdicas! embarazadas y de sus recién nacidos en múltiples casos observados en el servicio de maternidad del Hospital Internacional de la ciudad de Trujillo. Estamos de acuerdo con el Dr. citado y creemos que la presencia del hematozoario en la sangre de palúdicas en cinta y de sus niños recién nacidos es factor indiscutible para, poder imponer el diagnóstico de paludismo congénito; sin embargo, se sabe que algunos autores niegan el paso del hematozoario al feto. Otros aceptan la presencia de parásitos en la placenta debido al estancamiento de la sangre en los senos placentarios, pero no aceptan la trasmisión hereditaria del paludismo.

A pesar de lo expuesto, el Dr. Cohen, sostiene su criterio y demuestra con hechos la verdad de este fenómeno, la presencia de hematozoario en la sangre periférica- de la madre, sangre periférica, placenta y cordón umbilical de los recién nacidos, factores más \*que suficientes para poder afirmar la existencia de paludismo congénito. Y por eso el autor de referencia dice: Si no fueran suficientes mis observaciones para demostrar, de una manera concluyente, la realidad del paludismo congénito, podría citar las opiniones de BRINDEAU, BRUMP, DULOMARD, VIALLET, LAMAIRE, LAFRONT, TISSIER, y, recientemente, la de Manuel Luis Pérez; todas afirmativas en cuanto a la trasmisión del paludismo de la madre al feto, además de apuntar otras formas interesantes del paludismo congénito como son las formas larvadas y latentes. Estas formas larvarias ofrecen gran interés en ser conocidas, especialmente por aquellos médicos que ejercen en zonas palúdicas, y cuyo cuadro característico es el siguiente: Recién nacidos, hijos de madres palúdicas, que no ganan rápidamente su peso de nacimiento, que gritan mucho, que presentan diarreas sin que otra causa pueda explicar estos trastornos, los cuales desaparecen con el uso de la *EUQUININA*; medicamento inofensivo y maravilloso. El autor ya mencionado prescribe la quinina a toda madre palúdica, y nunca ha observado trastorno alguno con esta droga, que no es *OCITÓCICA*, sino cuando el útero está en trabajo, pues la mayoría de autores aseguran que la quinina no es un medicamento abortivo, y por consiguiente-será prescrita en toda palúdica embarazada aún con síntomas de aborto, pues en estos casos es usada como anti-abortiva en las mujeres palúdicas.

Como en medicina nunca sale sobrando la prudencia, desde luego, con la quinina hay que tener ciertas precauciones, especialmente en aquellas mujeres que presentan una autointoxicación gravídica y por consiguiente no prescribir dosis altas, no más de *NOVENTA CENTIGRAMOS* al día. No debiendo prescribirse en las embarazadas que presentan síntomas de autointoxicación gravídica como edemas, tensión arterial alta o presencia de albúmina en la orina. Por las razones expuestas apreciamos que el paludismo congénito es una realidad, además de existir formas larvadas de paludismo en el recién nacido; formas caracterizadas por gran pérdida de peso, diarreas, intranquilidad e insomnio, que curan perfectamente con éuquinina.

El estudio del Dr. Cohen, nos recuerda las enseñanzas de nuestro querido maestro de clínica, Dr. Guillermo Trigueros, quien repetidas veces decía: "En mi práctica médica he observado muchos niños, recién nacidos, hijos de madres palúdicas, que al poco tiempo de vivir presentan accesos febriles, aun cuando no hayan sido picados por el zancudo infectante. Es por eso que en mi tesis de doctoramiento hablé del paludismo hereditario. Reconozco que ese asunto es uno de los que más discusiones han motivado. Varios autores sostienen su realidad; pero muchos la niegan. Sin embargo, la observación clínica nos pone a veces frente a casos que parecen convincentes. El examen de la sangre investigando el parásito pudiera ser fundamento, en caso de ser positivo; pero se sabe muy bien que difícil es encontrar el hematozooario en la sangre periférica del niño, y sin embargo, uso quinina y más quinina y por consiguiente aconsejo a todos ustedes, el uso de la quinina en estos casos."

Noviembre de 1943.

M. *BULNES B.*

## La Biotipología Y Sus Aplicaciones

Esta rama de las ciencias médicas, novísima en cuanto a su designación, y en cuanto a su concepción moderna, tiene sin embargo, sus orígenes, en las concepciones del Padre de la Medicina; es decir, de Hipócrates.

Para decirlo de una vez, la Biotipología se propone estudiar la estructura del sujeto, tomado como tipo individual o fenotipo; como tipo vital o *biotipo*, según la designación de Pende.

Y tomando como fundamento que, en la construcción de éste intervienen, dos factores o grupos de factores fundamentales: "uno determinado por el plan arquitectónico de la especie, y otro dependiente de la influencia del medio en que el individuo se desarrolla y se encuentra."

El primer factor, que tiene su fundamento en los mecanismos y leyes de la herencia, es de una gran tenacidad y fijeza; y determina lo que corrientemente se denomina como el *idiotipo* o *genotipo*. El otro factor constituido por el gran complejo de las acciones del ambiente, añade al genotipo los caracteres adquiridos en contraposición a los hereditarios y su conjunto recibe en la nomenclatura actual el nombre de *paratipo*. La unión de los caracteres I del genotipo con los del para tipo constituye el individuo como entidad orgánica, fisiológica y psíquica irreductible; y por ende, en medicina, un problema clínico particularísimo.

Y fue basándose en una multiplicidad de observaciones empíricas, que el Padre de la medicina clasificó los individuos humanos, en cuatro tipos vitales con caracteres generales comunes; como un criterio orientador que ayudara a resolver los problemas clínicos particulares.

"Hipócrates, influenciado quizá por la doctrina de los cuaterniones (cuatro elementos, cuatro edades, cuatro estaciones, cuatro climas), admitió entre las partes contenidas los cuatro humores, *sangre*, *pituita* o *flema*, *bilis amarilla* (*kole*) y *atrabilis* o *bilis negra melankóle*), que comparó con los cuatro elementos, cuyas cualidades primarias o elementales tendrían; así la *sangre* sería húmeda y caliente como el *aire*; la *pituita*, húmeda y fría como el *agua*,] la *bilis*, seca y caliente como el *fuego*; y la *atrabilis*, seca y fría como-la *tierra*. Galeno, el gran prosector de Hipócrates, recogió y amplió esa teoría, estableciendo que cada uno de los humores tendía a contrarrestar y moderar, *atemperar*, la acción de los demás, y que según la particular proporción con que entraban en la mezcla (Krasis) característica de cada individuo, así resultaba uno u otro temperamento;"

De donde, según la concepción de Hipócrates, habían cuatro temperamentos fundamentales: *sanguíneo*: impulsivo y dinámico-, con predisposición, a las enfermedades sanguíneas, plétora, flegmasía profundas

posición a las enfermedades catarrales, flujos crónicos, hidropesía, escrófulas; el *bilioso*: colérico, con predisposición a las enfermedades biliosas, flujos biliosos, exantemas, flegmasías membranosas, enfermedades orgánicas y en especial a la degeneración cancerosa; y el *atrabiliario o melancólico*: depresivo e irritable, con predisposición a las enfermedades caquéticas y a la hipocondría. Pero según la ampliación de Galeno, a esos cuatro temperamentos fundamentales se añade una infinita variedad de temperamentos intermedios, derivados, de la forma más o menos preponderante o variable en que se mezclen los cuatro humores del organismo. De allí *que*, Galeno, diera a cada temperamento individual impreciso, el nombre de *idiosincrasia*; de *idios*, propio o personal y *krasis*, mezcla.

"Este concepto individual del hombre como sujeto de la *medicina*," derivado de las doctrinas de Hipócrates y Galeno, se mantuvo dominante durante un período aproximado de dos mil años. Y no fue sino hasta a mediados del siglo XVIII, cuando la obra fundamental de Morgagni, *del padre de la patología moderna*, fue publicada, y en la cual el sabio italiano, introducía en la medicina el método de la *anatomía patológica* o estudio de las lesiones orgánicas que aparecen en las enfermedades, que el concepto del hombre *sujeto* de la medicina sufrió un eclipse. Pues con la obra de Morgagni nació el *organismo*. "El principio de localización de las enfermedades en uno u otro órgano según la distribución de las lesiones morbosas; que suplantó poco a poco el concepto hipocrático de la solidaridad orgánica y engendró el *nosografismo* que ha inspirado la redacción de la mayor parte del actual catálogo patológico."

Las exageraciones localicistas llegaron a su máximo en la segunda mitad del siglo XIX; "pero la doctrina de la *patología celular* de Virchow, y nuevas escuelas, como la *anatómica* de Bichat y la *fisiológica* de Claudio Bernard, amortiguaron en cierto modo la crudeza del *organismo*."

"Mas, en el último cuarto de dicho siglo hace explosión la obra gigantesca de Pasteur, apareciendo en el campo de la ciencia como ingente foco de luz cegadora, y creyéndose resuelto el problema etio-patógeno de la mayor parte de las enfermedades, precisamente de las de naturaleza más desconocida hasta entonces, como se creía que lo estaba el de sitio, la doctrina localicista adquirió rápidamente una intensidad y un desarrollo extraordinario en el estudio de los procesos morbosos. Confundiendo, como decía Virchow, la enfermedad con su causa, olvidaron los patólogos que él microbio no es más que un *estímulo anormal que tiende a perturbar el equilibrio del sistema*, y admitieron que *son los bacilos los que hacen la enfermedad*, que el organismo no es más que un medio de cultivo, poco más que un 'caldo de laboratorio, y que las diferencias tan frecuentes entre unos y otros casos de la misma infección dependían exclusivamente de las propiedades del *virus*, no de la individualidad del paciente, y los conceptos sintéticos con éste relacionados, constitución, hábito,

temperamento, diátesis, fueron abandonados como ficciones sin realidad alguna.

Se creyó que el problema clínico quedaba reducido a la bus-queda del microbio por los medios de laboratorio y que con las reacciones de éste, cada vez más numerosas, exactas y útiles, se podría. I [hacer un diagnóstico preciso e indiscutible y *poner el título a un enfermo sin fatiga mental, matemáticamente, por decirlo así* (Viola) \_

"Contra esta restricción unilateral del problema levantaron su voz algunos autores, como *Letamendi* en España, *Giovanni* en Italia *Beneke* en Alemania, *Bouchard* en Francia; pero deslumbrados los investigadores por el esplendoroso brillo de los nuevos y múltiples, descubrimientos y seducidos por la claridad y sencillez con que al parecer S3 explicaban fenómenos tan complejos, prescindieron despectivamente de estas opiniones y de estos trabajos, que hasta, fueron objeto de mofa."

Los progresos mismos de la Bacteriología y la observación y estudio de las varias maneras con que el organismo reacciona ante los microbios o sus productos hicieron comprender, no obstante, desde principios de *este* siglo, que se había prescindido con demasiada premura y de un modo excesivo de las condiciones particulares del enfermo, y que lo que se había considerado como solución completa o casi completa de la gran cuestión clínica no era más que un aspecto parcial de la misma que seguía siendo tan complicada como siempre. En pocos lustros se ha formado una verdadera legión, de investigadores que al lado de Viola y Pende en Italia, Kraus y Krehl en Alemania, Tandler, Chvostek y Martius en Austria, Sigaud, Chaillon y Mac Auliffe en Francia, Stockard y Bean en Norte-América, trabaja en el estudio de la individualidad del hombre sano'

enfermo, de la *constitución individual*, como más corrientemente dice, y procura averiguar cómo las variaciones de los caracteres atómicos, fisiológicos y psíquicos influyen en las reacciones normales, y anormales, y cuál es el determinismo de las múltiples modalidades y matices con que se manifiestan los hechos clínicos se-n las condiciones de los individuos, con cuyos fines se ha funda-la doctrina que ha recibido el nombre de *neo hipocratismo*, que claramente se propone afrontar el un tanto caótico problema de individualidad considerando al individuo como una síntesis viva formas y de funciones, de órganos, de tejidos, de humores y de psiquismo, como ha dicho recientemente Carrel." Así pues, el neo hipocratismo es una vuelta a las doctrinas y *orientaciones* del Padre de la Medicina; que trata de conceder de evo su primacía a la clínica, aceptando el *concepto dinámico individual del trastorno morboso*; si bien reconoce la enorme importancia del laboratorio y de los sorprendentes procedimientos de instigación de que con tanto provecho se dispone en la actualidad. "En resumen, según Pende, el neo hipocratismo tiene por objeto del estudio unitario, poliédrico y correlacionista de los fenómenos morfológicos exteriores e interiores, funcionales, reaccionales y hu-

morales, afectivos, volitivos e intelectuales, que en su conjunto y en sus relaciones recíprocas constituyen la persona humana, sintética, *individual*."

Ahora bien, el estudio de la individualidad humana, desde el triple punto de vista de la Anatomía, de la Fisiología y de la Patología, ha llegado a su más completo florecimiento, gracias a los «normes descubrimientos de la Medicina y la Biología modernas: Entre cuyas ramas, la neurología, la endocrinología, la bioquímica, la física y la terapéutica, han enriquecido el conocimiento íntimo del individuo con una riqueza de datos, que no fueron ni siquiera .soñados por el empirismo de Hipócrates.

Gracias a esos estudios se ha podido reafirmar, sin embargo, que si bien la constitución individual, como individualidad clínica ofrece en su esencia una unidad irreductible, las diversas constituciones son clasificables, empero, en sus líneas generales, dentro de ciertas normas que obedecen a leyes precisas; y que dado el conocimiento de esas normas y esas leyes, el problema de la individualidad clínica que parecía abstraerse a toda regla y ser inaccesible a la .ciencia, adquiere un aspecto ordenado y mucho menos complicado de lo que antes parecía.

La determinación más o menos .precisa de la constitución del individuo, es decir, del *biotipo*; encuadrado dentro de las normas generales de las variaciones de la especie humana, es lo que constituye la esencia y el objeto de la Biotipología.

El Prof. Pende .representa esquemáticamente el biotipo humana, "por medio de una pirámide triangular; cuya base significa el patrimonio hereditario con sus dos influencias familiares o *dominantes morfológico-funcional y neuropsíquica*, y en la que se apoyan las tres caras correspondientes a las tres clases de caracteres *morfológicos {anatómicos}, neuroquímicos (fisiológicos), y psíquicos*, que al reunirse en el vértice forma la *síntesis funcional*' del biotipo."

Empero, para el estudio metódico de la unidad individual, sus caracteres físicos, fisiológicos y psíquicos, se escinden en dos grupos: la llamada *constitución* que comprende el aspecto estático o *Hábito*, y el aspecto dinámico o temperamental; y la *Personalidad*, «que comprende el aspecto efectivo-volitivo o *Carácter* y el aspecto cognoscitivo o *Inteligencia*.

Mas, como desde el punto de vista clínico lo esencial es la determinación de la constitución individual en sus dos aspectos de Hábito y Temperamento, me limitaré solamente a precisar esos dos conceptos.

*Hábito* "Entiéndese por *hábito constitucional o individual*, como se ha entendido siempre, *el aspecto particular del cuerpo, de' < pendiente de la especial combinación morfológica de sus segmentos-Tomando de la palabra en su acepción puramente latina de forma o figura, y no en la de habituación o costumbre.*"



"La noción de *habito* tiene muy antiguas y profundas raíces históricas; porque los clínicos de todos los tiempos observaron siempre que había diferencia marcada entre el hombre cenceño, pálido y grácil o alto y enjuto, de tórax estrecho, vientre deprimido y miembros delgados; el robusto, de pecho amplio, de ijares resistentes y fuertes miembros cortos; no sólo por su desigual resistencia a las causas morbosas, sino por los distintos caracteres, clase, intensidad y evolución de los trastornos en las mismas enfermedades; lo que a veces es motivo de especiales exigencias terapéuticas, por cuya razón hablan en -sus trabajos de la influencia de las condiciones individuales en el curso y terminación de la enfermedad y de las adecuadas modificaciones en el tratamiento."

Y así son conocidos desde en la antigüedad los llamados *habito tísico*, el *hábito apoplético* y el *hábito normal*.

Los tipos morfológicos, admitidos después, variaron excesivamente, según el punto de vista de los autores; pero actualmente, pueden resumirse todas las variedades admitidas en tres grupos fundamentales:

*El Euritipo*—"Cuyo carácter morfológico fundamental resultan del predominio relativo del tronco sobre los miembros (macrosplacnia), y del sistema vegetativo sobre el de relación (*hipervégetatismo*, *hipoevolucionismo*), según la exposición de Viola." Son los tipos anchos, brevilíneos, de tronco voluminoso con predominio abdominal y plétora sanguínea. Constituyen el tipo del llamado *hábito apoplético*, *hábito pictórico* o *habita píncico*, con sus predisposiciones morbosas particulares.

*El Estenotipo*—"Tipo opuesto al macrosplácnic, su carácter fundamental está determinado por la notable deficiencia del tronco» 1 o sistema vegetativo respecto a los miembros o sistema de relación, según Viola (*microsplacnia*, *hipovegetativismo*, *hipevolucionismo* con distribución preponderante de la masa corpórea en sentido vertical y tendencia a la estatura elevada (longilíneos)".

"Los individuos dotados de este hábito son esbeltos, delgados, con escaso panículo adiposo, de piel pálida con vello abundante y miembros largos, músculos atónicos." Tronco corto y aplanado. Son los que presentan el llamado *hábito tísico*, *hábito atónico*, *la constitución asténica*."

Entre el euritipo y el estenotipo se halla el *normotipo*, que no es más que el Conocido tipo medio de las descripciones de anatomía. y fisiología normales, especialmente en su variedad normotálica.

Y al lado de éstos están los *tipos mixtos* o *impuros*, que participan de las características de todos los demás; cuyas combinaciones posibles, teóricamente, son asombrosas.

Según la escuela francesa de Sigaud, que considera los aspectos morfológicos según el predominio absoluto y relativo de un sistema o subsistema orgánico, la constitución individual comprende cuatro tipos bien definidos: el *tipo muscular*, el *tipo cerebral*, el *tipo*

*respiratorio y el tipo digestivo*; cuyo solo enunciado da idea del predominio orgánico de su organización.

En cuanto al otro aspecto de la constitución individual, el *temperamento*, es éste un concepto que se ha enriquecido enormemente, con los asombrosos descubrimientos de la fisiología moderna; la cual ahondando profundamente en el conocimiento del metabolismo nutritivo, de la circulación de la sangre, de la respiración, de la dióstron, de la función renal, de la función sexual, de las secreciones de la piel, de las increciones, de las funciones nerviosas, del sueño y de la calorificación, ha encontrado que hay una correlación íntima entre -esas funciones y los diversos tipos de temperamentos; correspondiendo a cada uno de ellos una particular modalidad de cada una de ellas; y una especial concatenación de sinergias funcionales en la determinación dinámica y racional de su organización.

Empero, a pesar de todo lo que hasta ahora se sabe a ese respecto, está todavía en pie la interesante cuestión previa de precisar, sin lugar a duda, si: "¿a cada tipo morfológico corresponde un tipo fisiológico especial?, o, en otros términos, ¿las variaciones anatómicas, al imprimir un sello particular a la morfología individual, dan carácter constante a las variaciones fisiológicas? Porque, si la función de un órgano dependiera exclusivamente de su morfología, de su anatomía, aun con la amplitud que hemos dado a ese | concepto, es seguro que ambas clases de oscilaciones serían paralelas y que a cada modificación estática correspondería otra dinámica congruente; pero basta recordar que las funciones son también tributarias de la clase o intensidad de los estímulos, de la excitabilidad de su inervación, del equilibrio endocrino, de la actividad del metabolismo, de la riqueza del riego circulatorio, etc., para | comprenden que, aunque estos factores dependan a su vez de las condiciones anatómicas, la *morfología no puede ser la única expresión de la función* (Viola); si bien influye sobre ella de una manera | más o menos destacada y predominante. Por esta razón, aunque la correlación anatómica es base y condición *sine qua non* de la funcional y en cada modificación de la primera aparece una variación I de la segunda, no siempre hay una exacta correspondencia entre una y otra en el sentido de que cada valoración anatómica nos encontramos con una misma y determinada valoración fisiológica; un | carácter anatómico, aunque puede servir muy bien de orienta general sobre la capacidad o valor funcional, no siempre puede ser I considerado como *índice perfecto* de la función, porque sus variaciones no siempre son proporcionales a las de ésta que, a veces, parece como desligada de aquélla, oscilando, al menos aparentemente, con cierta independencia por la intervención de | los' de factores."

Como quiera; que sea, lo cierto es, que con el cúmulo experiencias clínicas y con los descubrimientos de la fisiología moderna,

se ha llegado a individualizar una serie de *tipos fisiológicos* o temperamentos que coinciden más o menos con determinados *tipos morfológicos* o hábitos.

Y así, la intuición genial de los médicos de la antigüedad que concibieron y consideraron los temperamentos como *substratum* orgánico reaccional de las individualidades clínicas, ha sido verificada y confirmada por las adquisiciones de la medicina actual.

Pero a diferencia de la concepción antigua, que consideraba solamente como fundamento de los temperamentos a los cuatro humores del organismo, (sangre, pituita, bilis y atrabilis), la medicina moderna ha encontrado, que la individualidad reaccional de los *biotipos* depende de una íntima correlación, entre su estructura morfológica, su sistema neurovegetativo y su constelación endocrina; y de acuerdo con esas adquisiciones, han sido admitidos los temperamentos siguientes:

*Temperamento Hosténico.*—"Corresponde al normotipo morfológico y puede decirse que es el tipo esquemático de las descripciones de la Fisiología normal clásica." "En él pueden incluirse todos los sujetos con salud habitual estable en los que no se encuentra preponderancia marcada de alguno de los sectores neurovegetativos ni se manifiestan apreciables modificaciones endocrinas."

*Temperamento simpáticosténico.* — El tipo morfológico en que con más frecuencia se encuentra es el estenotipo puro (longilíneo) microsplásnico, hipovegetativo, hiperevolutivo; cuya característica clínica general es el ritmo acelerado de las funciones, pero con valores bajos de tono e intensidad y poca resistencia. La fórmula endocrina es el hipertirodismo. El estado de la nutrición es generalmente deficiente por hipercatabolismo. Hay hipercinesia marcada; las contracciones son rápidas e intensas, pero el tono y las fuerzas-musculares son pequeños y la fatiga y el agotamiento fáciles. ET-ritmo circulatorio y la respiración son acelerados. Digestión: los caracteres generales son la taquifagia, la hipotonía y la hipocrinia. Saliva escasa y viscosa (saliva del simpático). Tendencia a la hipertermia. Hiperexcitabilidad, irritabilidad de las funciones de la animal. Gran necesidad de dormir; aunque a veces pierden fácilmente el sueño por su hiperemotividad e hiperestesia psíquica. Las variedades de este temperamento son: 1°—El temperamento hipertiroideo de Pende, con su hipercatabolismo, hiperexcitabilidad vasomotora, taquipsiquismo, impulsividad con arrepentimiento rápido, hiperemotividad, entusiasmos fáciles y oscilaciones rápidas en sentido opuesto. El *temperamento bilioso* de los antiguos-puede ser incluido en esta variedad.

2°—*Variedad hiperpituitárica.*—*Temperamento\* hiperpituitárico* de Pende. Corresponde al *temperamento muscular o atlético* de los antiguos y parece depender del alto funcionamiento de la pre-hipófisis. El sistema muscular es robusto, y más notable por su fuerza, que por su agilidad y destreza. Es notable su gran capacidad de

autoinhibición, de tolerancia y de indiferencia que puede llegar, por im lado, hasta la *bonaohonería* y, por otro, hasta el cinismo y la frialdad calculadora. La memoria suele ser notable y grande la inteligencia crítica.

*Varietades mixtas.* 19—El temperamento simpaticosténico *hi-pertirohipoadrenal*. Es frecuente en los individuos de hábito este-notípico, de miembros largos y gráciles, de tórax estrecho. La astenia y atonía de músculos y ligamentos suelen ser muy marcadas, la fatiga fácil. Las funciones genitales suelen ser débiles. El carácter tiende con frecuencia a la timidez, a la depresión, a la melancolía (*temperamento melancólico*), pero con emotividad y excitabilidad grandes y a veces verdadera irritabilidad; la sensibilidad al -dolor suele ser también exagerada. La inteligencia alcanza a veces un desarrollo superior al medio.

2°—El temperamento *hipertirohipogenital*. Estenotipia muy marcada con miembros excesivamente largos, especialmente los inferiores. Astenia y atonía generalmente bastante pronunciadas. Funciones genitales poco intensas y tardías; heterosexualismo, estado eunucoide, sexualidad psíquica; en la mujer predomina corrientemente la frigidez. En el carácter domina la apacibilidad, la apatía, a veces la depresión, la escasa expansibilidad y la falta de interés. La inteligencia es *realista*; puede estar bien desarrollada.

3°—EL Temperamento simpaticosténico *hiperpituitocortical*. Se caracteriza por la notable macrosomia y la crasitud con tendencia a, la obesidad. La presión arterial es alta y frecuente la arterioes-derosis. La hipertricosis es manifiesta. Carácter autoritario-y agresivo; se trata generalmente de individuos que abusan socialmente de su fuerza y robustez.

4°,—El temperamento simpaticosténico *hiperpituitogenital*. ü los caracteres del hiperpituitarismo fisiológico se añade una gran actividad de las funciones genitales, que en este caso parecen armonizados con el gran desarrollo de los órganos. Sin embargo, muchas veces no se trata más que de baladronadas y de fanfarronería.

*Temperamento parasimpaticosténico o vagosténico.*—En general presenta caracteres diametralmente opuestos a ios del temperamento simpaticosténico, y así se observa con más frecuencia eos los euritipos puros, macrospláncnicos, hipervegetativos, hipoevolú--tivos. Dinámicamente se distingue también en general,, por'la hi--perestenia; ritmo lento pero con intensidad, tono y resistencia elevados.

La fórmula endocrina es la anabólica; con hipotiroidisincr e hí-popituitarismo; con hiperinsulinismo e hipercorticalismo.

El estado de la nutrición es floreciente por hiperanabolism La motilidad se caracteriza por hipercinesia; pero el tono y la fuerza musculares son notables, así como la resistencia a la fatiga. Ritmo cardíaco lento. Respiración lenta y profunda. La termogenesis es generalmente deficiente. La función digestiva se caracteriza por

bradifagia, hipertonia e hipercremia. Salivación abundante y acuosa (saliva de la cuerda). Funciones neuropsíquicas: exageración de la *m-ia* instintiva, facilidad en la explosión de los reflejos neurovegetativos, especialmente por estímulos dolorosos; la cenestesia está bien desarrollada, con gran euforia; pero con escasa sensibilidad psíquica que se traduce por una gran tolerancia y hasta indiferencia para los traumas afectivos.

*Variaciones del temperamento vagotónico.* 1°—*Variación hipotiroidea. Temperamento hipotiroideo de Pende.* El hábito es el euri-tipo tosco con predominio del abdomen sobre el tórax. Las reacciones son lentas, tópidas. Intensidad de la asimilación y poco consumo de la energía. El sistema músculo-esquelético está bien desarrollado y es enérgico de ordinario. Bradicardia. La atonía de capilares y vénulas se traduce en la superficie por lividez y en las visceras por fenómenos de plétora abdominal, de hiperemia crónica del hígado, de hemorroides, etc. En las funciones digestivas predomina la hipertonia y la hipercremia; a veces hay marcado estreñimiento, de tipo hipertónico. Las funciones genitales son intensas, a veces excesivamente. Bradisiquismo: el carácter es calmoso, apático, poco emotivo. Hay manifiesta tendencia al sueño. Inteligencia de tipo realista concreto y práctico. Es el *temperamento flemático* de los antiguos.

B°—*variación hiper cortical. Temperamento hipersuprarrenal de Pende.* El hábito es apoplético, pero en su variedad atlética macro-tática con marcada crasitud y abundante bello. La macrosomía, la gran fuerza muscular, suelen ser ya notables en la infancia. Los caracteres sexuales, tanto principales como secundarios, aparecen precozmente. En las mujeres es notable la robustez, el hirsutismo, la gran fuerza física; los caracteres psíquicos tipo masculino con hiperactividad motriz y carácter autoritario y combativo (Viragos). El desarrollo psíquico no es tan precoz ni tan notable como el físico; sin embargo, la energía y la resistencia morales suelen ser grandes, con tendencia a la agresividad y la lucha.

3°—*Variación hipopituitaria. Temperamento hipopituitario de Pende.*—Hábito euritípico microtático con acromicria más o menos intensa, generalmente bien manifiesta, y gran delicadeza del esqueleto. Cara pequeña, especialmente la mandíbula, y expresión infantil. Proporciones pueriles con adiposidad de tipo femenino. Predominio de las funciones de nutrición sobre las de relación. Atontamiento más o menos marcado del sistema muscular con escasas fuerzas y resistencia. Hipotensión arterial e hipotermia. Es notable la inmaduración de la sexualidad: los órganos son pequeños, los caracteres secundarios imprecisos, las funciones débiles, en una palabra, hay verdadero hipogenitalismo que se traduce frecuentemente por crisis de frigidez sexual y de impotencia psíquica. El carácter se distingue por la volubilidad y la escasa afectividad; es pueril dulce, apático, caprichoso. La inteligencia puede estar bien desarro-

liada, pero de ordinario es deficiente en sus cualidades más altas sentido crítico y conceptos éticos elevados. Suele haber tendencia a la neurastenia depresiva.

*Varietades mixtas.* Temperamento vagosténico *hipotiro-hiper-genital. Temperamento hiper-genital de Pende.*—"Hábito eurítipico microtálico con predominio del tórax sobre el abdomen y miembros cortos, especialmente los inferiores. Poca cantidad de grasa y buen desarrollo de los músculos. Generalmente se trata de individuos vigorosos, de gran resistencia física y psíquica, en los que, a pesar del desarrollo intenso o exagerado de los caracteres y del instinto sexuales, las funciones vegetativas se desenvuelven sin grandes oscilaciones dentro de una normalidad excelente, sobre todo si el hipo--tiroidismo no es muy marcado. En la mujer las menstruaciones son abundantes, y grande la fecundidad (*hiper ovarismo*). El carácter es tranquilo, eufórico, estable, pero enérgico, a veces imperativo, impulsivo. La inteligencia es buena y con buen gusto artístico."

*Temperamento anfosténico.*—Constituye éste un grupo difuso, en que los individuos presentan las características sucesivas o alternadas de los otros temperamentos enunciados.

"La característica dinámica de los individuos que pueden ser incluidos en este grupo no es una funcionabilidad intensa, una hiperfunción armónica y eficaz como en los temperamentos esténicos descritos, sino una hiperexcitabilidad, una irritabilidad exagerada de todo el sistema neurovegetativo que presupone un estado de deficiencia, la *debilidad irritable* de Pende y Bauer, que le hace sensible a estímulos infraliminales, los cuales determinan reacciones desproporcionadas y aparatosas, casi siempre paroxísticas, lábiles y localizadas en órganos o territorios más o menos circunscritos. Son parciales también en el sentido de que en cada zona o en cada reacción es sólo un sector del sistema, el simpático o el para-simpático, el que parece afectado primeramente, ya acompañado, coordinado y aun subordinado a una hipotonía del otro, ya asociado a la hiperexcitación inducida de éste en otros territorios o ya alternando la irritabilidad de ambos (*neurotonía alternante*), fenómenos todos que parecen estar sometidos y regulados por el principio de la *colaboración rítmica equilibrada* enunciada por Pende."

La variedad más notable de este temperamento es la *variedad hipertímica. Temperamento hipertímico de Pende.*—"Normotipo o euritipo macrotálico, a veces con estatura bastante elevada (gigantismo defectuoso de Krauss); cuello corto y redondo y morbidez de las formas tanto por adiposidad subcutánea como por turgencia de los tegumentos. Es el clásico *tipo efébo* que en los niños da el modelo de la belleza angelical, tan utilizado por los artistas; de aspecto delicado, cutis transparente, cabellos sedosos y movimientos vivos y graciosos."

"La fórmula endocrina es sumamente variada e inconstante; el hiperfuncionamiento del timo coincide casi siempre con el hipo-

genital e hipoadrenal, pero también con mucha frecuencia con el hipercortisolismo, hipotiroidismo, hipopituitarismo fisiológicos, etc., por cuya razón Bauer lo atribuye a una *constitución endocrina anómala*."

"La característica dinámica es la *pereza funcional* con escasa poder defensivo y de adaptación al ambiente, de donde se deriva su poca resistencia para las infecciones o intoxicaciones como la difteria, la escarlatina, anginas y nefrites de origen tonsilar, tuberculosis, meningitis, etc."

En este temperamento es donde se presenta con todos sus caracteres el estado timolinfático de Paltauf; con hiperplasia de las estructuras linfoides: folículos linguales, amígdalas y anillo de Waldeyer, corpúsculos linfáticos de la mucosa intestinal, etc. Coartación miasténica más o menos acentuada; y labilidad marcada a las excitaciones físicas o psíquicas leves que, como la inmersión en baño-frío, las emociones, pueden producir una muerte rápida e inesperada (muerte tímica).

Lo más característico en este temperamento es la lentitud en el desarrollo o la inmaduración sexual tanto en el aspecto físico como en el psíquico.

"El carácter suele ser dulce, tímido, apático, con tendencia a las desviaciones del instinto sexual (homosexualismo, complejos de Edipo y de Electra, masoquismo) y del sentido moral (cinismo, egoísmo exagerado, cleptomanía, tendencia al suicidio).

En esta variedad de temperamento puede encontrarse también, el linfatismo puro; el cual, en sus manifestaciones se aproxima al concepto antiguo del temperamento linfático.

Con los conocimientos actuales, pues, el concepto hipocrático de la solidaridad orgánica, ha cobrado mucha mayor importancia, en medicina. A tal grado que, en la *Escuela italiana*, & la determinación de los datos morfológicos y fisiológicos de la constitución individual, se le da la designación "de *antropometría clínica*."

Empero, no es solamente en el campo de la medicina donde la biotipología tiene todas sus aplicaciones; porque, dado que el individuo como tal, no es solamente un *substratum* clínico, sino también una entidad activa y pensante; y dado que, sus reacciones morbosas y psíquicas son una consecuencia de su constitución orgánica, háse establecido ya, en los países científicamente organizados, que la determinación del biotipo es un antecedente útilísimo, y en lo general decisivo, para la más perfecta orientación: profesional del individuo.

Así por ejemplo, en cuanto a las predisposiciones mórbidas se refiere, se ha establecido, que el biotipo longilíneo, en su variedad asténica, está predispuesto a las afecciones tuberculosas; y en con-

secuencia, deberá evitar los trabajos donde abunde toda clase de polvos o gases irritantes y tóxicos; y deberá escoger, en cuanto sea posible, los trabajos al aire libre y que no exijan un dispendio exagerado de fuerza muscular y de energía. Evitará también las pro- ' lesiones en que se trabaje de noche, desgastando el sistema nervioso, o que se practican en una atmósfera superenrarecida como ingenios, máquinas de vapor, cocinas, etc.

"El tipo brevilineo esténico, según Bisake, es muchas veces portador de la diátesis neoplásica. Según Pende, el longilineo esténico ;y de temperamento hipertiroideo está más predispuesto al cáncer del estómago. Para esos biotipos es preciso, pues, considerar los peligros ligados a las profesiones que exponen la piel y las mucosas al contacto de sustancias cancerígenas, como la pez, el alquitrán, la parafina, la anilina, el arsénico, el hollín, los rayos X, etc."

"En los biotipos brevilineo esténico y asténico, aparece, muy 'característicamente, la diátesis artrítica e hipertensiva o angioes-clero tica, (las diferentes litiasis, las afecciones articulares agudas y crónicas, la hipertensión llamada solitaria, las diferentes esclerosis cardioarteriales y viscerales, - las mialgias, neuralgias, celulitis, etc.) Y es también frecuente observar en estos individuos las diversas manifestaciones de la diátesis coloidoclásica (asma, urticaria, jaqueca)."

"El biotipo brevilineo, sobre todo el asténico, debe evitar el trabajo en lugares donde el aire es muy húmedo,, dada su predisposición al reumatismo articular agudo y sus complicaciones cardíacas."

En cuanto a la capacidad profesional, el Prof. Pende distingue cuatro variedades biológicas:

1°—*Biotipo brevilineo esténico*.—Caracterizado por: Fuerza y resistencia muscular, sin gran resistencia y destreza de movimientos.

2°—*Biotipo longilineo asténico*.—Caracterizado por: Fuerza, rapidez y habilidad.

3°—*Biotipo brevilineo asténico*.—Caracterizado por: Precisión, diligencia, sin gran fuerza ni rapidez.

4°—*Biotipo longilineo asténico*.—Caracterizado por: Rapidez y jhabilidad motora sin gran fuerza ni resistencia.

Y así, "tomando en cuenta las diátesis mórbidas y las cualidades somatopsíquicas de cada uno de los cuatro biotipos fundamentales en la orientación profesional, de Pende, podemos considerar las profesiones que mejor se adaptan a cada uno de esos grupos."

19—"*Longilineo esténico*.—Condiciones positivas para una serie de profesiones. Para Pende y Vidoni, es éste el biotipo muscular moderno, porque reúne una fuerza y rapidez musculares suficientes a la habilidad motora y rapidez de decisión. Convienen a este tipo las profesiones siguientes: electricista, montador, trazador, tornero, impresor; a las cuales se adapta por la elegancia y precisión de los movimientos, exigidos por los trabajos de mecánica y metalurgia."



2°—*Longilíneos asténicos*.—Caracterízase esta variedad por la fuerza muscular insuficiente y débil resistencia neuromuscular a los esfuerzos, a las emociones, a las intoxicaciones profesionales. Se escogerán para éstos, profesiones que demanden sobre todo rapidez, habilidad motora, y no fuerza o resistencia prolongada al trabajo. Este tipo suministra más espíritu que vigor. Puede orientárseles con éxito para los trabajos de precisión, que permiten trabajar sentados, más con la inteligencia que con los músculos (relojero, decorador de cuero, diseñador, trabajador en objetos de papel, de junco, en juguetes, en joyas, etc.) Cuando hubiere, una predisposición franca a la tuberculosis pulmonar, es preciso encauzarlos a los trabajos al aire libre, como florista, jardinero, cochero o chauffeur de vehículos públicos.

3°—*Brevilíneo esténico*.—Predominan, en éste, la fuerza muscular, resistencia neuromuscular y neuropsíquica, con lentitud relativa de los movimientos y de las decisiones. Están bien indicados para las profesiones de cargador, herrero, leñador, carpintero, cultivador de la tierra."

4°—*Brevilíneo asténico*.—Pobre en fuerza muscular y resistencia, lento en los movimientos. Su orientación es todavía más difícil que en la variedad asténica longilínea. Deberá evitar los trabajos que exigen larga permanencia en pie (jardinero, tipógrafo), por sus predisposiciones a las várices de las piernas y a los dolores de los pies. Los trabajos sedentarios exageran la tendencia de estos individuos a la obesidad, a la litiasis, a las dispepsias, etc. Convienen a este tipo los trabajos de paciencia, de reflexión, de constancia, como relojero, diseñador, cincelador."

Como se ve, "en la orientación del trabajo, la ciencia de la constitución individual tiene una finalidad suprema." Porque el hombre sólo puede rendir su entera capacidad creadora si se le coloca en las mejores condiciones de adaptación de sus aptitudes orgánicas y psíquicas. Porque, adaptación es sinónimo de optimismo, como inadaptación es sinónimo de pesimismo.

Y en consecuencia, si siempre se tomaran en cuenta esos postulados biotipológicos, se evitarían esas centenas de centenas de casos, de individuos que fracasan en sus actividades por haber sido contrariados en sus más lógicas aptitudes, en sus más íntimas aspiraciones, en sus mejores y más caros anhelos.

Cuántas veces, dice el Profesor brasileiro Ivolino de Vasconcelos, un "Fulano, que es un pésimo empleado de escritorio, desatento, errando decenas de veces en simples sumas; refunfuñando en su puesto; informando mal sobre todo; y que vibra apenas, suena la campanilla que anuncia la hora de dejar el servicio: cuántas veces ese mismo "Fulano," sería un dinámico vendedor a plazos, un argumentador de fina lógica, un conversador de gusto, un ágil corredor

## La Clínica y sus Contrastes

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

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

(Continuación)

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

Carlos M. GALVEZ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\* - \* \*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La cuarta, desde Aschoff hasta nuestros días.

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

## 1°—EL REUMATISMO SEGÚN HIPÓCRATES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continuará).

## Cáncer Primitivo del Pulmón

### ESTUDIO RADIOLÓGICO

*Por el Dr. MANUEL LARIOS*

Comprendemos en este estudio todos los tumores malignos del pulmón, sea cual fuere su punto de origen, así incluimos los de origen bronquial, los del parénquima (tumores peribronquiales o de intrusión) y los pleurales.

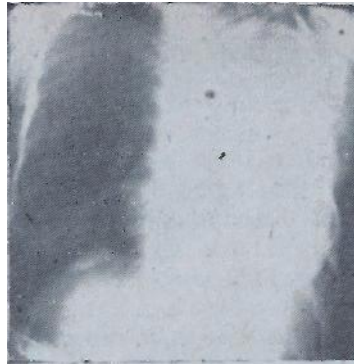
Todos los libros nos enseñan que los tumores benignos del pulmón son muy raros y la literatura nos dice que los malignos, considerados antes como rarezas, no se consideran hoy día como tales, por el contrario, su frecuencia ha aumentado en los últimos años. Si este aumento es absoluto o es simplemente la consecuencia de mayores facilidades de diagnóstico es lo discutible.

El hecho de haber observado en los últimos dos o tres años cinco casos de tumores pulmonares de naturaleza indudablemente maligna nos anima a reseñar aunque sea brevemente estos casos y a hacer algunas consideraciones sobre su diagnóstico, especialmente el diagnóstico radiológico.

Radiológicamente, la determinación exacta del origen de un neoplasma pulmonar es muy difícil, a veces imposible. La imagen dependerá del efecto que el tumor ejerza sobre las estructuras vecinas. Agregando a esto que la mayoría de los casos nos llegan ya bastante avanzados y se comprenderá por qué es tan difícil su localización radiológica.

Existen dos grupos principales que por su imagen característica en la mayoría de los casos presentan un síndrome radiológico definitivo. Estos son el cáncer de la pared bronquial y el cáncer del parénquima o lobular.

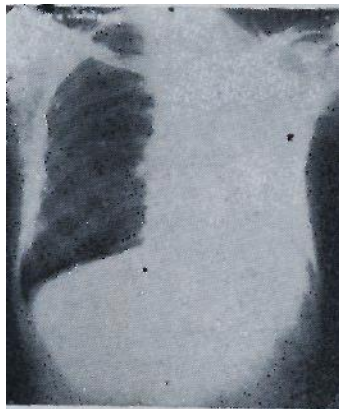
En el cáncer de la pared bronquial tenemos en primer término los tumores pequeños de la pared de un bronquio, estenosante. El tumor original puede no ser visible a los Rayos X, pero la estenosis origina un estado de atelectasia que se traduce por una opacidad densa, homogénea de uno o varios lóbulos pulmonares y a veces de todo el hemitórax. Esta es una atelectasia por reabsorción, llamada; también por compresión y no debe confundirse con la atelectasia por compresión o de colapso. La opacidad es total, uniforme, sus límites borrosos, el diafragma está casi siempre elevado y las estructuras del mediastino no están desviadas hacia el lado opuesto, frecuentemente están retraídas hacia el lado opaco. Esto es de suma utilidad en el diagnóstico diferencial con un derrame pleural. El diagnóstico diferencial de estas atelectasias es a veces bastante difícil. Una sombra como la descrita nos la da una neumonía masiva, un derrame pleural, un espesamiento pleural (pleuritis esclerosante y paquipleuritis). La neumonía se descartará por el estado ge-



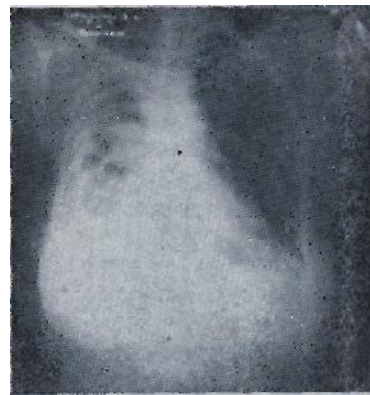
Cáncer primitivo del pulmón. (Forma bronquial estenosante. Atelectasia masiva del pulmón izquierdo, desviación de la tráquea. Síntomas de obstrucción bronquial. Punción negativa. Véase texto.



Cáncer primitivo del pulmón.. Gran derrame hemorrágico del lado izquierdo. Desviación paradójica del mediastino. Síntomas: tos, disnea. Muerte a los, tres meses..



El mismo caso después de extracción de 1.800 cc. de líquido hemorrágico. Persistencia de la opacidad demostrando espesamiento pleural.



Cáncer primitivo del pulmón Tumor perihiliar derecho. Derrame de la bases (hemorrágico). Síntomas: disnea, caquexia, seis meses de evolución...

neral, la historia del enfermo y los signos físicos. Tratándose de una neumonía masiva el enfermo estará tan grave que difícilmente conseguirá ponerle de pie para el examen. En los derrames las desviaciones del corazón y de las estructuras del mediastino serán hacia el lado opuesto. Con los espesamientos pleurales, pleuritis es-

clerosantes, fibrotórax, paquipleuritis, el diagnóstico diferencial ofrece mayores dificultades; en estos estados no hay desviaciones del mediastino hacia el lado opuesto, por el contrario, puede haber retracciones tal como en la atelectasia. Sin embargo, dos signos radiológicos se presentan en la atelectasia que pueden servirnos para establecer el diagnóstico. Primeramente el diafragma en esta afección está elevado, pero no paralizado, hecho fácilmente comprobable por medio de la fluoroscopia y en segundo lugar tenemos el hecho de que la tráquea en las pleuritis extensas de todo el hemitórax o casi todo presenta una desviación irregular, tortuosa y no uniforme o linear como en la atelectasia. Por último, la broncografía con lipiodol puede mostrar el lugar de la obstrucción bronquial. En los tumores de la pared bronquial no estenosantes falta después la atelectasia, que es producto de la obstrucción. Pueden manifestarse en la radiografía por alteraciones de la sombra hilar, desde el ensanchamiento de la sombra en forma difusa, con bordes mal definidos y deshilachados, hasta la aparición de grandes sombras tumorales, redondas, densas, homogéneas, haciendo saliente en el parénquima pulmonar: una verdadera adenopatía cancerosa. Otras veces la sombra hilar no ofrece grandes alteraciones, pero la desviación de los campos pulmonares se efectúa por medio de estrías opacas que siguen el surco de las ramificaciones bronquiales irradiándose por las vías linfáticas (los llamados *cordones cancerosos*). El otro grupo principal de cáncer pulmonar lo constituye el cáncer lobular del parénquima, peribronquial o de intrusión. Las

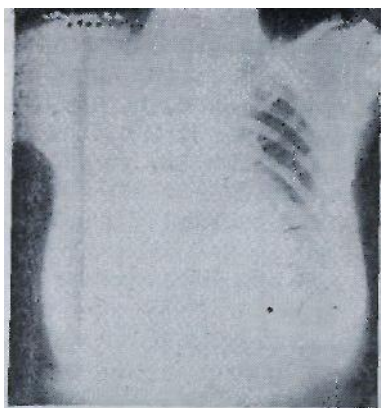
formas en este tipo son de lo más variadas, reducidas a simples términos puede decirse que se presentan ya sea como infiltración

lobular o como consolidación lobar. Entre estos extremos pueden presentarse innumerables variantes. El cáncer puede originarse en un bronquiolo o en el lóbulo pulmonar propiamente dicho. Pronto se manifiesta como una sombra aislada, intensa, de bordes irregulares y deshilachados, de forma redonda o alargada que poco a

poco se extiende hacia afuera y puede alcanzar la pleura. En este período del cáncer, su diagnóstico es casi imposible y por regla general no es sino hasta después de la aparición de manifestaciones secundarias que el diagnóstico se establece. Mucha importancia tienen, en este período, las desviaciones del mediastino *hacia el lado afectado*.

(Las manifestaciones secundarias no tardan en hacer su aparición y en muchos casos ellas establecen el diagnóstico. Las más importantes son: los derrames pleurales, la atelectasia, las desviaciones mediastínicas y las metástasis..

Los derrames no presentan nada de característico a la radiografía; no hay signo radiológico que nos indique la naturaleza cancerosa del derrame. Este se produce al invadir el tumor la pleura, sea por contigüidad, sea por conducto de los linfáticos. Puede llegar a obscurecer por completo el tumor original y ser necesaria la



El mismo caso dos meses después. El derrame ha aumentado y oscurece por completo la sombra del tumor.



Cáncer del pulmón. Forma infiltrante partiendo del hilio e invadiendo el parénquima hasta la pleura.



El mismo caso un mes después, la invasión pleural ha provocado un derrame que oscurece la lesión primitiva. Muerte seis meses después en New Orleans, EE. UU. Autopsia: cáncer bronquial.

punción evacuadora para visualizar éste. Al hacerlo se encuentra con frecuencia líquido hemorrágico que pone al clínico sobre la pista verdadera.

K

La atelectasia ha sido la descrita en detalle. Réstanos añadir que ésta puede ser total, como en el caso de los tumores estenosantes de los bronquios, o parcial.

Las desviaciones del mediastino son de gran utilidad para el diagnóstico. La tráquea, la aorta, el esófago o el corazón pueden estar desviados hacia el lado opuesto en casos de tumores voluminosos del hilio, retraídos: hacia el lado enfermo por la fibrosis que acompaña al tumor. Cabe aquí hablar de la *desviación parad-ocular* del mediastino en casos de derrames cancerosos. Este hecho, observado con poca frecuencia, consiste en la desviación del mediastino *hacia el lado del derrame* y es considerado por algunos autores como lo suficientemente característico para por sólo este hecho pensar en la naturaleza cancerosa del derrame.

Las metástasis por supuesto son la confirmación de la sospecha de que se trata de un tumor. Pueden ser metástasis pulmonares al mismo lado o al opuesto o metástasis óseas a las costillas, es cúpula, etc.

De propósito hemos dejado para el final algunas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial. Como se comprende de las someras descripciones arriba hechas de las imágenes producidas por los tumores pulmonares, es imposible, en la gran mayoría de los casos distinguirlas de las producidas por la tuberculosis. Esta afección produce también infiltración, consolidación, atelectasia, ulceración, etc. En ambas la neumonía es atípica, sin el triángulo clásico de la neumonía lobar; en ambas los bordes de la consolidación son borrosos, mal delineados, las reacciones pleurales son frecuentes, lo mismo, aunque en menor grado en la tuberculosis, los derrames. Especialmente difícil resulta el diagnóstico diferencial con la tuberculosis en el caso de tumor del tipo lobular o pulmonar propiamente dicho. Aquí la semejanza de las imágenes es asombrosa, no así en el cáncer bronquial, especialmente el estenosante que produce las grandes atelectasias. La atelectasia de la tuberculosis es limitada a la vecindad de las lesiones, a veces abarca un lóbulo pulmonar.

La sífilis puede presentar imágenes parecidas a la de tumores-pulmonares malignos. El goma sífilítico, con sus bordes deshilachados, el infarto de los ganglios biliares vecinos, puede semejar un carcinoma pulmonar del tipo lobular cuando éste es circunscrito. Tampoco en estos casos podemos presentar una pauta clara y concisa para su diferenciación y para ella tenemos que recurrir a la búsqueda de fenómenos concomitantes de vecindad o a distancia, que aclaren el enigma.

A continuación presentamos algunas radiografías que ilustran ciertos conceptos enumerados en este trabajo, que por ser estrictamente radiológico, no contiene ninguna referencia a los datos clínicos.



## Enseñemos Cirugía Conservadora

*Anotación leída en el seno de la Asociación Médica Hondureña, el 6 de Noviembre de 1943*

Nos ha suscitado esta idea porque con frecuencia nos encontramos enfermas del Hospital que han sido laparotomizadas por vía mediana vertical cuando apenas frizaban e». los 18 años, sin recordar quizá, que son éstas futuras madres y que por consiguiente se habrá dejado su pared abdominal con un debilitamiento de resistencia, expuestas a incidentes o a futuras hernias medianas, y es que, imbuidos en la idea que ya no hay los riesgos de antes, máxime con la aplicación de las Sulfas intra-abdominales, al intervenir una cavidad abdominal, muchos cirujanos abusamos de la Laparotomía media vertical, quizá por más ligera, cuando hacemos una operación de apendicitis, solamente porque decimos que habrá que hacer una exploración de sus anexos, la cual puede quedar bien si se trata de mujeres adultas que se sospecha por exámenes genitales que sus anexos estén enfermos; pero de ninguna manera en una muchacha que apenas comienza a florecer su vida y menos si se trata de una virgen; en todos estos casos no debemos olvidar la operación conservadora de Rou y mejor si seguimos el sistema de incisión pequeña y separar las fibras musculares y cortar de través el peritoneo, con lo cual daremos mayor resistencia a la pared porque las incisiones no serán hechas en la misma dirección.

Por nuestra parte seguimos a un Cirujano nicaragüense, que se precia de operar apendicitis con la menor incisión posible, todo depende de recordar la posición- anatómica del apéndice para poder caer exactamente en él.

Si tuviésemos en verdad que usar la Laparotomía para explorar estas enfermas, deberemos recordar que. estaría mejor para estos casos la Laparotomía transversa (muy poco usada entre nosotros) llamada "Pfannestiel" que se puede operar encima inmediatamente del pubis y que al abrir la línea media se separan los rectos en la propia línea blanca, lo cual dará desde luego, mayor seguridad a la pared abdominal, máxime si como pasa muy frecuentemente no buscamos esa línea blanca en las operadas de Laparotomía mediana vertical por la razón de que la incisión de la piel no cayó exactamente sobre la línea blanca.

Pasa muy frecuentemente que no volvamos a ver nuestras laparotomizadas, ni nos preocupemos por seguirle su vida y por esa razón no nos damos cuenta de los sufrimientos que puedan tener en el resto de su vida.

Son corrientes pequeños sufrimientos en los post-operatorios, apareciendo frecuentemente puntos infectados que desde luego debilitan la juntura de la pared, muchas veces quedan también pequeñas adherencias que molestan bastante a estas enfermas, y por

## La Diabetes

### EVOLUCIÓN DE SU CONCEPTO

*Conferencia pronunciada por el Prof. H. Ajines Días (Río de Janeiro)*

•Ardua es la tarea de presentarlos en una conferencia de contados minutos la amplitud del problema diabético.

Ni siquiera me es posible trazar en líneas generales los contornos de este cuadro que es, sin duda, el más complejo de la Medicina clínica.

• Dejando de lado las nociones elementales, los datos que un siglo de observación ha sedimentado, reservamos nuestra atención •para los hechos que quedaron inexplicados en el transcurso de esa jornada y para los hechos nuevos que vinieron a aclararlos obligando a la revisión de conceptos e interpretaciones que parecían razonables y definitivas.

*Concepto actual.*—Con el correr de los tiempos, la diabetes fué considerada ora como enfermedad renal, ora como afección hepática; después de la sensacional picadura del 4° ventrículo de Claudio Bernard, la observación clínica referente a la influencia de las emociones en la eclosión y en el decurso de esa enfermedad, la ha encuadrado entre las afecciones nerviosas; las verificaciones aná-tomo-patológicas de Lancereaux lanzaron las bases de la teoría pancreática luego reforzadas por la famosa experiencia de Minkowski y von Mering, que provocaron, por la extirpación del páncreas, la diabetes experimental. Esta teoría, dominante hace más de 50 años, alcanzó su mayor prestigio, con el descubrimiento de la insulina la hormona antidiabética. En su marcha la teoría victoriosa, dejó dejado y menospreció los hechos que procuraban contrariarla.

En balde Bouchard señaló la diabetes como la piedra angular del sistema de las enfermedades de la nutrición; en balde Pierre Marie mostró la diabetes acromegálica; sin eso quedaron las reiteradas objeciones de la clínica a la teoría exclusivista.

Tales objeciones, sin embargo, acabaron por golpear rudamente a la teoría que parecía inexpugnable.

Entre ellas se han destacado las siguientes: frecuente falta de lesiones pancreáticas en casos típicos de diabetes; grandes lesiones rotamizadas, no estarán en las mismas condiciones que una que no lo fué, en el momento de sus partos.

Por todas estas razones me permito recordar a los estimados consocios que: aunque la cirugía ha avanzado en estos últimos tiempos lo bastante para no temerle, es lo mejor ser cirujanos conservadores y enseñarlo así a la juventud que nos prosigue, para bien de muchas de nuestras enfermas.

*Dr. Juan A. MEJIA,*

nes del páncreas sin diabetes; resistencia a la acción insulínica; la falta de explicaciones para las picaduras bulbar e hipotalámica; presencia en casos de coma mortal, de cantidades de insulina, en el páncreas, capaces de asegurar la vida durante días y semanas"; . ¿ cómo explicar el comienzo súbito de la diabetes en ciertos casos? ¿cómo explicar por la teoría pancreática los disturbios genitales de-ios diabéticos?

Todos esos hechos indicaban que .el problema patogénico de la diabetes ultrapasaba el alcance de la teoría pancreática.

La revisión cuidadosa de los datos adquiridos permitió señalar., desde luego, algunas fallas serias de esa teoría:

1°) La experiencia de la extirpación pancreática no podía tener aplicación a la clínica, pues jamás la diabetes humana resulta-^ de tal lesión.

El hecho experimental aprovechable en la serie de experiencias de Minkowski y von Mering era aquel que mostraba que era suficiente un décimo (1/10) de tejido insular normal para impedir la diabetes.

Pues bien, esa verificación tornaba precarias las conclusiones basadas en la existencia de pequeñas lesiones pancreáticas.

2°) Aproximándose más a las condiciones clínicas, Alien y Escudero pudieron extirpar poco a poco, el páncreas durante meses, sin que resultase la diabetes.

De este hecho resulta la conclusión impresionante de que la supresión lenta pancreática no acarrea necesariamente la diabetes.

3°) Por más que se esforzaron los patólogos no consiguieron todavía describir el cuadro anátomo-patológico de la diabetes. Jos-lin, Warren y Root dicen lo mismo, que las lesiones pancreáticas, encontradas en la autopsia, raramente representan lesiones primarias, resultando antes bien, de la lucha entre la capacidad defensiva del páncreas y la opresión del factor diabetógeno.

4°) Descubrir la naturaleza y el origen de ese factor diabetógeno ha constituido y constituye, en el momento actual, el objetivo de los sucesivos trabajos de los últimos años.

5°) De todo el edificio de la teoría pancreática restaba intangible el argumento insulínico, que no podía, sin embargo asegurarle la solidez, como veremos.

Las influencias nerviosas, las verificaciones de C. Bernard y de Ascher, Camus y Roussy, sobre la base cerebral, han mostrado \?, existencia de centros reguladores del metabolismo glúcido de la más cita categoría; las verificaciones recientes de lesiones allí situadas en casos de coma diabético observados por Vonderhae en el núcleo párventricular; la conocida influencia del vago y del simpático en la regulación glucémica, constituye un acervo importante de hechos/ que llevó a los investigadores a considerar una nueva teoría, la diencéfalo-pancreática.

Leschke, además de afirmar que, en ciertos casos de diabetes, son observadas lesiones degenerativas tuberianas, muestra que son de origen hipotalámico ciertos disturbios de hallazgo frecuente en el diabético, como poliuria, obesidad,- etc.

Por otra parte Urechia y Legrand, ya habían verificado que la lesión de los núcleos paraventriculares provocaba constantemente' glucosuria.

La diabetes tuberiana se instalaba al lado de la diabetes pancreática.

A ese tiempo, los progresos realizados por la fisiología glandular, surgían imponentes exigiendo nueva actualización del problema patogénico.

Fueron principalmente los trabajos de la Escuela de Houssay, que orientaron la nueva jornada."

Extirpando la hipófisis en el perro tornado diabético por la des-pancreatización, verificaron la atenuación rápida de los síntomas diabéticos, que recrudescían cuando se inyectaba extracto hipofisario.

Verificáronse así dos hechos capitales: a) la presencia de la hipófisis es necesaria para la diabetes, y b) el extracto hipofisario in-fluye en la determinación del estado diabético.

Verificó Housay que el efecto hiperglucemiante se debía a la pre-hipófisis.

Los trabajos de Anselmino y Hoffmann, de Xucke, mostraron la presencia en la hipófisis anterior de principios glucotrópicos, que íteron clasificados así: pancreatoestimulina hormonas contrainsular "y glicogenolítica y un principio acetoneizante; verificaron que la substancia glucogenolítica se encuentra en la sangre del diabético en ayunas, mientras que en los individuos normales sólo es allí observada después de una ingestión hidrocarbonada; lo mismo notaron con el principio acetoneizante, que en los normales sólo es obtenido después de la ingestión de grasas.

Bjering estudiando la substancia diabetógena en la orina de los diabéticos, y Klyn mostrando su elevada tasa en el L. C. R., la consideran como la principal antagonista de la insulina, siendo su excreción impedida por ésta.

Para Bjering, deben considerarse dos especies de diabetes:

- a) Hipofisaria, más frecuente, en la cual hay exceso de factor diabetógeno en la orina;
- b) Pancreática, cuando la lesión insular es primaria.

El hecho más importante, de toda esta serie de notables estudios fué la demostración hecha por Evans y Bauman, de que es posible, por la inyección de altas dosis de extracto hipofisario, provocar la diabetes en el perro normal.

Se ve, así, que en un animal cuyo páncreas era normal, el extracto hipofisario fué capaz de determinar la diabetes verdadera, con todas sus consecuencias tal cual la diabetes humana

Evans y Young notaron que la acción diabética de dosis moderadas se agotaba poco a poco, sobreviniendo un verdadero *estalla refractario*, que sólo podía ser vencido por dosis elevadas de extracto pituitario.

Los estudios de Richardson y Young permitieron comprender esos resultados cuando demostraron que aquellas inyecciones provocan desde el comienzo reacciones hipertróficas insulares; es el -páncreas que se defiende de la agresión hipofisaria.

Con dosis moderadas y repetidas, verificaron, en la rata, que, después de algunas semanas la cantidad de tejido insular se había duplicado; en el mismo sentido habla la observación reciente 1 lecha por Marks y Young, de que, en las mismas condiciones experimentales la tasa de insulina puede duplicarse.

Pero, la reiteración de altas dosis es capaz de vencer esa notable capacidad reaccional del aparato insular: éste se agota y sobrevienen lesiones degenerativas.

Dado el gran poder de regeneración de que disponen los islotes de Langerhans, estas lesiones pueden ser reversibles cuando no *son* muy acentuadas.

Este hecho explica la aparición de estado refractario después de un período diabético, como ocurriera en las experiencias de Evaris, luego confirmadas por Campbell, Best, Houssay, LuCkens, de cuyos trabajos resultaron otras nociones interesantes:

- a) El estado diabético experimental mostrábase irreversible..., a partir de un cierto momento, tornándose permanente, de nitivo, a pesar de la cesación de las inyecciones pituitarias.
- b) En tal eventualidad la lesión insular más constantemer verificada era la vacuolización del epitelio de los conductos, intralobulares.
- e) Como asevera Joslin (1941), en el gato por algunos meses después del desenvolvimiento de la diabetes los islotes Langeíhams se hallan todavía en la fase de generación hidrópica y, en esa fases las lesiones son reversibles y la diabetes puede ser curada.

Esos notables trabajos experimentales abrieron, para la clínica, perspectivas importantes, como la de diabetes transitoria, la curabilidad de la diabetes mediante una acción terapéutica precoz y enérgica, a posibilidad de empleo de dosis moderadas de prehipófisis en el sentido de estimular el sistema insular, etc.

Varios postulados recibieron un rudo golpe y nuevas esperam. se dibujan en la terapéutica y en la profilaxis de la diabetes.

Por su valor indiscutible y por la fuerza de sus resultados, es trabajos desmontaron definitivamente, la teoría pancreática exclusiva: las propias lesiones insulares pueden, como se vio arriba, *ser* secundarias a la agresión hipofisaria..

Con larga visión, Warren y Root ya tuvieron la impresión de que las lesiones pancreáticas no parecían primitivas sino secundarias a las luchas entre los islotes y un factor diabetógeno.

Ya en 1935 adoptábamos la teoría diencefalo-hipófiso-pancreática, que desarrollábamos en, 1935 en nuestro Curso de Diabetes, contra la opinión casi unánime de los clínicos que no querían ver en los trabajos experimentales el creciente interés clínico que presentaban.

A pesar de que pareciesen, entonces, todavía fragmentarios los hechos experimentales adoptamos desde aquel entonces, la concepción clínica de ellos resultante, porque sentimos cuánto ésta se concillaba con la clínica, que en balde golpeará a la puerta de la teoría pancreática, pidiendo explicación para una serie de fenómenos que ella dejara de lado en su pasaje victorioso.

El papel de la hipófisis destacábase a medida que la experimentación perfeccionaba sus deducciones y, por eso, presentábamos el 26 de julio de 1938, a la Academia de Medicina de París, sobre la patogenia de la diabetes, un trabajo en el cual al páncreas era atribuido el papel de frenador de la hipófisis; allí decíamos que? *es la hipófisis la que produce y el páncreas el que impide la diabetes!*

Los nuevos trabajos experimentales que se acumulan sólo han confirmado ese modo de ver que en el tiempo en que fué presentado pareció aventurado y subversivo.

Hoy es la Escuela de Joslin que, cada vez más destaca la importancia del factor hipofisario, que algunos recalcitrantes todavía persisten en no querer ver.

No es de extrañar la complejidad creciente del problema fisiopatológico que condice con la notable complejidad de la cuestión clínica.

La diabetes ya no es más el simple disturbio del metabolismo» glúcido; a él se incorporan con importancia creciente, alteraciones? del metabolismo de las grasas, de las proteínas de las vitaminas, de los minerales.

En su evolución después del empleo de la insulina, disminuye, de frecuencia el disturbio máximo, el coma, para abultar las alteraciones paradiabéticas como las lesiones vasculares, que representan hoy la principal causa de muerte del diabético.

El problema vascular, encierra incógnitas que están desafiando los estudios de la experimentación, de la anatomía patológica y de la clínica.

Allí se enfrentan dos entidades de igual relieve: la diabetes y la arterioesclerosis. Esta no es la causa de aquélla, porque, en general, le sucede; sus relaciones son, sin embargo, estrechas.

### *SÍNTOMAS Y EL DIAGNOSTICO*

No analizaré, frente a un auditorio tan culto los síntomas de la diabetes.

Me limitaré a mostrar en el gráfico aquí expuesto, cómo un simple golpe de vista sobre la lista de los síntomas principales y de ciertas eventualidades clínicas de la diabetes, pueden destacar la hegemonía hipofisaria.

De hecho, mientras que, sólo algunos son explicables por la influencia pancreática y otros por la de las gonadas, la pituitaria es capaz de *explicarlos todos*.

No vamos a descender tampoco al estudio de los elementos del diagnóstico, bastando apuntar algunas particularidades más interesantes.

Generalmente el médico se contenta, para evaluar la glucemia, con la cifra matinal, en ayunas.

Sin embargo, ésta puede ser normal a esa hora, en virtud de mecanismos reguladores todavía activos; tenemos en nuestro archivo, observaciones en las que, hecha la curva glucémica, ésta se elevaba de la cifra inicial de 100 mg. % a 300 y más, evidenciando el disturbio diabético.

En la apreciación de la curva hay un cuidado a tomar, que generalmente es olvidado, el de referir la curva a la dieta del paciente. Si éste se halla en restricción de hidrocarbonados, la curva casi seguramente tomará el aspecto diabético.

Es, pues, necesario que el enfermo esté utilizando bastantes, hidratos de carbono en los tres días que han de preceder a la curva para que ésta sea aprovechable.

Es prudente considerar toda glucosuria como diabética hasta prueba en contrario; una glucosuria, por insignificante que parezca, merece el más cuidadoso estudio, principalmente para sorprender una diabetes que comienza, única eventualidad en que se puede esperar la cura de ésta.

Cuidado con las glucosurias de los obesos, de las mujeres grávidas o en menopausia, pues pueden pre-anunciar la diabetes!

Es de recomendarse el examen de la glucosa sanguínea y urinaria, en las personas de una familia en que hay diabéticos.

El diagnóstico precoz es capital y sólo se lo puede obtener buscando la diabetes y no esperando que se exteriorice, lo que puede ocurrir tardíamente.

A propósito del tratamiento veremos la importancia de estas recomendaciones.

En todo diabético investigar las asociaciones mórbidas, que pueden tener decisiva influencia sobre la evolución de la diabetes.

A propósito del coma, Joslin exige el doble diagnóstico, esto es, el de la enfermedad asociada; el coma diabético, por sí solo, raramente mata; lo que lo agrava sobremanera, son las infecciones asociadas: apendicitis, colecistitis, etc.

Cuando somos consultados por una persona que ya nos trae el diagnóstico de diabetes, o en quien descubrimos ésta, debemos

afinar nuestro examen en el sentido de descubrir asociaciones mórbidas.

El examen completo de la diabetes incluye, como quiere Jos-ín, el examen metódico de los dientes y de los pies, que debe ser hecho en todos los casos lo que permitirá descubrir pequeñas lesiones, especialmente en los pies, capaces de provocar graves complicaciones.

El sistema endocrino merecerá atención especial, principalmente en las mujeres, en la infancia y en el período juvenil, en los que más se evidencian los desequilibrios endocrinos.

Las *inter-relaciones endocrinas* en la diabetes "están pasando en este momento por una fase de revisión, que se tornó necesaria con la creciente importancia del factor hipofisario.

Algunos autores avanzaban quizá demasiado al atribuir cada efecto pituitario a una nueva hormona; otros, como Collip, creen que todas las hormonas de la hipófisis anterior, actualmente descritas, pueden reducirse a tres; Riddle pone en duda la existencia de la hormona somatotrópica de Evans y atribuye el estímulo de crecimiento a la prolactina por él descubierta; hasta hace poco tiempo se admitía que la cortical suprarrenal desempeñaba una cierta acción hipoglucemiante, mientras que hoy se sabe que es a través de la corteza suprarrenal que actúa la hormona cortico-trópica, de la prehipófisis, cuya acción sobre los cambios glucídicos se destacan en los estudios modernos, como lo mostraremos dentro de poco.

Esto muestra que no todos los resultados descriptos están suficientemente sedimentados y que los nuevos estudios en curso, podrán modificar algunas de las conclusiones corrientes.

Para poder acompañar, sin embargo, al gran progreso que se está realizando, en vez de esperar la solución definitiva, que quizás tarde en llegar, precisamos confrontar los datos experimentales y patológicos con la clínica en el sentido de su posible ajustamiento,

Las correlaciones endocrinas se muestran especialmente interesantes, en la diabetes juvenil, durante la gravidez y en la menopausia, y como muestra White, si en la diabetes experimental esa correlación parece particularmente estrecha entre páncreas, pituitaria y suprarrenales, en la clínica, en el decurso de la diabetes humana, son especialmente relevantes las relaciones entre hipófisis, páncreas y gonadas.

En otro trabajo hemos procurado resumir en un gráfico que os presentamos, lo que de más moderno existe en cuanto a las influencias endocrinas en el metabolismo glucídico de los diabéticos.

De un lado, representando las fuerzas hipoglucemiantes, figuran páncreas y gonadas.

La hormona insular, *la insulina*, ejerce influencia extensa y múltiple; favoreciendo la glucogénesis y la glucopexia, oponiendo-



se por tanto a la neoglucogénesis, esto es a la desintegración proteica, para obtener glucosa, y a la glucogenolisis que agota el hígado; la insulina, al nivel de los tejidos, apoya la glucogénesis, que no es sin embargo obra exclusiva suya y favorece la utilización de la glucosa de los tejidos y la resíntesis del ácido láctico muscular al nivel del hígado. La acción insulínica<sup>^</sup> procura bajar la glucemia, mientras que la influencia hipofisaria procura elevarla; del equilibrio de las dos fuerzas antagonistas resulta la normo-giucemia.

En cuanto a las gonadas, resalta la influencia f renadora que pueden ejercer sobre la prehipófisis, influencia de la que la clínica sospechara al observar que, en la época menstrual, disminuyen las necesidades de insulina; parece que la hormona genital apoya a ésta por moderar la función pituitaria.

La frecuencia de la diabetes en la menopausia, esto es, en el momento en que claudica y fenece la función genital, muestra el papel defensivo de ésta.

El tratamiento por la foliculina, con resultados animadores en algunos casos de esos, sólo puede ser explicado por la acción que aquella hormona ejerce sobre la hipófisis.

Un argumento todavía *mas* fuerte ha surgido con los recientes trabajos de Smith y White, publicados en abril de 1943.

Verificado que los accidentes de toxemia gravídica son más frecuentes en las mujeres diabéticas y que la mortalidad fetal, en tales casos excede de 40 %; observando que los accidentes eran preanunciados por un considerable aumento de prolan urinario, esos autores tuvieron la idea de administrar Progynon y Proluton luego que aquel aumento se evidenciaba y obtuvieron la sobrevivencia fetal en más de 93 % de los casos.

Admítase que la testosterona se opone a la neoglucogénesis, ejerciendo, así, una acción de ahorro para con las albúminas ti-sulares.

En el otro lado del cuadro se destaca la hipófisis con sus principios satélites: las suprarrenales y la tiroides.

Esta, si bien de menor monta en lo que atañe a la diabetes, favorece la gluconeogénesis y glucogenolisis; hoy se sabe que en las crisis tireotóxicas, hay gran depleción del glucógeno hepático.

En la *hipófisis anterior*, los estudios muy recientes de Frazer y sus colaboradores, de la Escuela de Harvard, destacan la importancia, en materia de gluco-metabolismo, de la hormona de crecimiento, de la córtico-trópica y de la gluco-trópica.

Esta última inhibe la acción hipogluceiante de la insulina; su acción no se ejerce por intermedio de las suprarrenales, como ocurre con la hormona córtico-trópica.

La acción estimuladora de ésta sobre el cortex suprarrenal determina la secreción de la hormona cortical, cuya acción sobre «i metabolismo glúcido del hígado y en los músculos se muestra

diferente. Así es que, promoviendo la neoglucoogénesis hepática favorece la hiperglucemia, mientras que, a nivel de los músculos la utilización de la glucosa y de esta manera contrarresta el acumulo-glucémico.

Esta acción tisular explícate por la insuficiencia de la cortical suprarrenal en el proceso de fosforilización de la glucosa, que es una etapa necesaria en la absorción y en la utilización de ésta.

La hormona cortical pasó a asumir, bajo la regencia hipofisaria, un papel de gran relieve en el metabolismo de los diabéticos.

La acción de la *adrenalina*, que hasta, ahora parecía-superarla de la hormona cortical, límitase a provocar la glucógeno-lisis, fenómeno que es aprovechado en la prueba de Kugeimann.

La hipófisis, además de su acción sobre las varias glándulas citadas influye directamente sobre los cambios tisulares, perjudicando la glucogenia y la utilización de la glucosa.

La hormona de crecimiento, sin embargo, se opone a la neo-glucogénesis hepática.

Por otro lado, ninguna glándula endocrina escapa a su acción, que es de orden trófica, estimulante.

En cuanto a sus relaciones con el páncreas, son de dos órdenes: positiva, por la pancreatoestimulina y negativa por el principio dia-betógeno que, como hemos visto, es capaz de vencer la reacción de los islotes de Langerhans, determinando allí lesiones degenerativas variadas.

En ese confrontamiento de fuerzas, se destacan como antagonistas, prehipófisis y páncreas.

Mientras se equilibran hay normalidad glucémica; prevalezca el páncreas, habrá hipoglucemia; domine la hipófisis, la hiperglucemia.

La diabetes puede sobrevenir en las siguientes eventualidades: • 1) Lesionado el páncreas, hay hipoinsulinemia absoluta y prevalecen las fuerzas hiperglucemiantes prehipofisarias.

2) La hiperfunción hipofisaria puede llevar a la diabetes a un organismo sano; hay entonces hipoinsulinemia relativa.

3) La coexistencia de los dos disturbios es propia de los casos graves.

### *DIABETES Y GRAVIDEZ*

La importancia de esta cuestión abulta en los trabajos más recientes.

Si bien el empleo de la insulina y de mejores métodos en el tratamiento de la diabetes ha aumentado la fertilidad femenina y disminuido considerablemente la mortalidad materna, casi ningún progreso ha realizado en cuanto a la mortalidad fetal; sabiéndose que, además de la frecuencia del aborto, el número de natimortos es 5 veces mayor en las mujeres diabéticas.

La insuficiencia de la insulina ha despertado las pesquisas en el sentido de estudiar en la gravidez diabética cómo se comportaban las hormonas gravídicas.

Smith y White verificaron que el aumento anormal de gonadó-tropina coriónica del suero, después de la 20 semana de gravidez, preanuncia accidentes, que son causados por la falta de producción o metabolización de la estrina y progeátina y son evitados por el tratamiento continuo substitutivo por aquellas substancias en dosis adecuadas.

Estudiando 84 casos en que fué dosado el prolán, observaron que el aumento sobreviene generalmente de 3 a 6 semanas antes de los signos clínicos.

En 36 casos de prolán normal, la sobrevida fetal fué de 99 %; en 12 casos de aumento, sin tratamiento, la evolución de la gravidez fué anormal, 9 presentaron toxemia preecláptica, hubo parto prematuro en 3 y la sobrevida fetal fué de 42 %.

En 14 casos, después del aumento del prolán, Smith empleó Progynon y Proluton en dosis substitutivas continuamente, consiguió evitar la toxemia y obtuvo la sobrevida fetal en el 93 % de los casos.

El empleo de productos sintéticos fué realizado en 11 casos por inyección, con sobrevida de 10 y por ingestión en otros 11, con sobrevida fetal de 9.

Esos resultados brillantes todavía abultan cuando se considera que la terapéutica endocrina es capaz de evitar, para la madre diabética, los riesgos de la toxemia gravídica que acostumbran presentarse en el 12 % de los casos.

Otro aspecto interesante es el de las relaciones patogénicas entre diabetes y gravidez.

En 58 casos de diabéticas grávidas, observadas por White, la diabetes había comenzado durante la gravidez en 33. Es el caso de preguntarse en qué otra eventualidad aparece la diabetes con tai frecuencia.

Wilder, al referir la frecuencia de la glucosuria gravídica, advierte que es preciso encarar ésta con más atención, pues ha visto casos en que ese disturbio, considerado como glucosuria renal en el decurso de una gravidez, presentóse con los caracteres de diabetes verdadera en la gravidez siguiente y recomienda que el caso sea visto de nuevo tres meses después del parto.

En el tratamiento de la diabetes gravídica, administrar fuertemente vitaminas y calcio y evitar a todo trance fenómenos hipo-glucémicos.

Recomendando la-operación cesárea entre la 36<sup>?</sup>- y 37<sup>^</sup> semana consiguió salvar al niño, que siempre se presentaba en seria hipo-glucemia; ésta era combatida con inyecciones repetidas de glucosa durante 2 a 3 días.

## N o t a s

A Trinidad, en el departamento de Santa Bárbara, lugar de su residencia, regresó nuestro distinguido consocio el Dr. don Guillermo Pineda. El Dr. Pineda es uno de los elementos más apreciables entusiastas con que cuenta la "Asociación Médica Hondureña."

En atenta participación, los Doctores Víctor Rodolfo Quel y a,úl Lovo Castelar, nos comunican la fundación de la "Sociedad a Ortodoncia de El Salvador." La nueva entidad llenará finalidades de divulgación científica "fomentará el estudio entre sus asociados. Al felicitar muy sinceramente a los organizadores de la men-onada agrupación, deseamos que el mejor de los éxitos corone sus Después de realizar una jira de recreo, por México y Guatemala, se encuentra de nuevo entre nosotros, nuestro consocio Dr. den Isidoro Mejía, actual Presidente de la "Asociación Médica Hondureña."

Ha llegado a este Distrito Central, procedente del Puerto de Te-la y de paso para la hermana. República de Costa Rica, el distinguido compañero Dr. don Roberto Lázarus, socio activo de la "Asociación Médica Hondureña."

Continúa mejorando de salud, el Dr. Raúl Enrique Zúñiga. Muy Cordialmente celebramos tal suceso.

Con esa operación evitaba para la madre los graves riesgos de un parto difícil, prolongado, pues debía ser provocado en esa época para evitar la muerte fetal.

No son raros los fetos gigantes, al final de la gravidez diabética: como dice White, la proporción de los fetos de más de 4 kgs. de 56 % de los casos, mientras que en las mujeres no diabéticas *sólo* es de 9 %.

Esa exageración del crecimiento atestigua la acción pituitaria.

El agotamiento de las reservas glueogénicas, el traumatismo Gp-eratorio, los riesgos de la narcosis, eran factores que ponían en peligro las dos vidas que se intentaba salvar.

Los resultados fueron brillantes, pero el nuevo tratamiento, arriba citado, de Smifch y White, permite llegar al mismo resultado . mas fácilmente.

(Continuará).