

DIABETES.

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

NEFROSIS EN TODAS SUS FORMAS.

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

ARTERIESCLEROSIS.

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

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

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

GRANDES SÍNDROMES ENDOCRINOS

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

INTOXICACIONES EXOGENAS Y PARTICULARMENTE LAS ALCOHÓLICA Y QUINICA

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

ENFERMEDADES GENERALES TROPICALES.

No existen. **No existen.**

DESPRENDIMIENTO "IDIOPATICO" DE LA RETINA

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

GLAUCOMA "ESENCIAL" EN TODAS SUS FORMAS.

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

EMBOLIA, TROMBOSIS Y HEMORRAGIAS DE LOS VASOS RETIÑIANOS.

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

ENFERMEDADES DE LA RETINA Y EL NERVIO ÓPTICO.

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

MIOPIA MEDIANA Y ALTA Y SUS COMPLICACIONES.

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

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

Frecuentísimas. **No existen.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfermedad actual.

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

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

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

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

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

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

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

Antecedentes fisiopatológicos personales.

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

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

Antecedentes hereditarios.

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

Exploración general.

Inspección.

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

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

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

Exploración del aparato visual.

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

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

Córneas.

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

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

No existe erosión epitelial alguna.

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

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

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

Tensión ocular. Es normal para ambos ojos pero desigual.

Examen a la Lámpara de Hendidura. Imposible por fotofobia I

Examen Oftalmoscópico. Imposible por igual razón. Agudeza visual.

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

I. movimientos de la mano también a medio metro.

Campos visuales, normales para las formas en ambos.

DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA DE LAS CORNEAS

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

las córneas, mediante la LAMPARA DE HENDIDURA y por MICROSCOPIA "IN VIVO".

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

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

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

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

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

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

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

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

Examen radiológico. (Dr. Larios)

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

Muñecas.

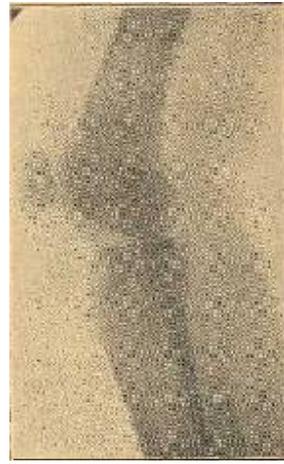
La articulación radio-carpiana derecha está también invadida y presenta iguales caracteres que los descritos para las rodillas aunque bastante menos marcados.

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

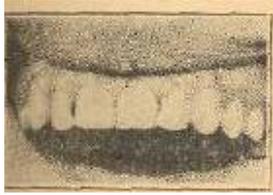
Otros datos articulares. Nos parece útil consignar que según informaciones obtenidas de un compañero de la Policlínica, la enferma tenía ya a su entrada en aquel establecimiento, las rodillas hinchadas, con choque rotuliano en ambas etc., es decir tal y como nosotros la hemos descrito; y que realmente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

Temperatura a su ingreso 37.9

Examen especial del aparato circulatorio.

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

Radiografías frente y perfil ambas rodillas.



o

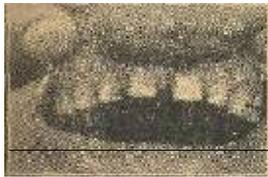
C. Reyes. Serv. Of. Hosp. S. Felp. Q-p U No sorda. No.Hutn. **Foliarte**,
K. Curada trat. mixto, esp.

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



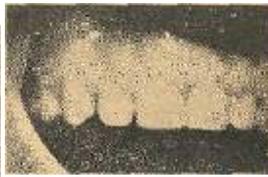
6

Su lev. molar iz. caries
negra,



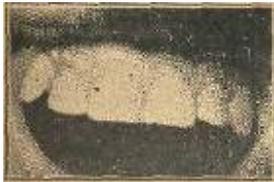
7

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



8

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



9

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



10

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



11

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



12

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



13

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

Inspección y palpación de la región precordial.

<

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

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

Auscultación.

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

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

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

Examen de otros aparatos y órganos de los sentidos.

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

Aparato digestivo. Boca y lengua normales.

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

Dientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continuará).

La Diabetes

EVOLUCIÓN DE SU CONCEPTO *Conferencia*

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

(Concluye) DIABETES Y

CRECIMIENTO

Ya señalamos el crecimiento exagerado del feto de madre diabética.

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

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

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

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

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

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

(De "El Día Médico," Buenos Aires).

Notas

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

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

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

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

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

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