

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Organo de la Asociación Médica Hondureña



Director

DR. HUMBERTO DIAZ



Marzo

y

Abril

de

1944

Revista Médica Hondureña

Organode la Asociación Médica Hondureña.

Director :
DR. HUMBERTO DÍAZ

Redactores :
DR. MANUEL LARIOS DR. MARTIN BUUNES E.
DR. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ

Secretario: Administrador:
DR. GABRIEL, IZAGUIRRE DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Año XIV Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A., Marzo y Abril de 1944 No. 111

PAGINA, DE LA DIRECCIÓN

Algo Acerca del Examen General Privado

NUESTRO Código de Educación Pública fija en tres hora?, la duración del examen general privado para los alumnos de la Facultad de Medicina y Cirugía; estableciendo además tres etapas en dicha prueba: 1^oa Un examen general sobre las asignaturas de la carrera. 2^oa—Un ejercicio práctico médico con la relación de una historia clínica en un tiempo prefijado; y 3^oa—Un ejercicio práctico quirúrgico.

Entendemos que el lapso de tres horas es insuficiente, para llevar a cabo un examen de tanta importancia como es el apuntado. Recuérdese lo que implica hacer un buen interrogatorio, una correcta exploración física de cada caso y la discusión del diagnóstico. Si los legisladores hubieran tenido en cuenta dichas cosas, estamos seguros de que no figuraría en la ley del ramo una disposición tan inadecuada.

El mismo código, en el artículo 344, fija igual tiempo de duración para el examen general privado de Bachiller y de Perito Mercantil. Aplica pues el mismo cartabón para apreciar los conocimientos de éstos, con los de Medicina y Cirugía, lo cual nos parece absolutamente ilógico, dada la gran diversidad de extensión que hay entre los citados estudios.

Tumores renales. Algunas Notas Sobre su Diagnóstico Radiológico

POR EL DR. MANUEL LABIOS

LOS tres signos clásicos y característicos de los tumores renales—la hematuria, el dolor y la presencia de una masa o tumor—no siempre existen o son de fácil comprobación a la exploración clínica. A menudo falta alguno de ellos, o su demostración es inconstante, la hematuria se considera como un signo de los más constantes y reveladores, pero a menudo nos encontramos con extensos tumores, especialmente los hipernefomas, que han invadido grandes porciones del parenquima renal sin producir hematuria gruesa. El tumor es de lo más ilusivo, pudiéndose apreciar claramente en un examen y pasando completamente desapercibido en el siguiente. Es precisamente por esta falta de constancia en los signos delatores que es preciso poner en juego todos los procedimientos que están a nuestro alcance para determinar si existe o no un tumor renal e intervenir sin pérdida de tiempo. La radiografía puede, en la mayoría de los casos, descubrir el tumor, sea mostrándonos el aumento de volumen del riñon, el desplazamiento de este órgano o las deformaciones que su presencia produce en la pelvis y los cálices renales.

Hay más, cuando se trata de exámenes parciales—es decir, de una sola asignatura—y éstos deben hacerse por escrito, son tres horas también las que fijan los reglamentos de las Facultades de nuestra Universidad, y aun de los Institutos Normales, para que los examinandos desarrollen un cuestionario de tres preguntas en cada materia.

Con lo expuesto, lo que pretendemos establecer es que, dada la importancia del examen general privado en Medicina y Cirugía, el lapso para practicarlo indicado por la ley del ramo es del todo insuficiente, ya que se trata de una prueba por medio de la cual debe obtener un conocimiento cabal el jurado examinador, de la preparación del sustentante, en un terreno científico tan extenso como escabroso.

Por la experiencia que tenemos, en el asunto que ahora nos ocupa, creemos que son seis horas las que se necesitan, por término medio, para desarrollar como es debido, las tres etapas establecidas por el Código de Educación Pública y a las cuales hemos hecho alusión al principio.

Tegucigalpa, D. C., Abril de 1944.

Entre los métodos radiológicos es la pielografía retrógrada o transvesical la que suministra mayores datos, por la nitidez de las sombras, la seguridad de llevarla solución de contraste a la pelvis y los cálices y por ende la demostración de las deformaciones de la pelvis y cálices. Hay casos, sin embargo, en que la pielografía intravenosa o descendente suministra suficiente información para poder sentar el diagnóstico de tumor del riñón. En el caso que relataremos a continuación se usaron ambos procedimientos y en ambos se comprobó la deformación característica. La pielografía intravenosa no es un método muy seguro y las sombras que se obtienen no son siempre muy nítidas y pueden dar lugar a errores de interpretación. Siempre que sea posible esta clase de examen debe ser seguida por una inyección ureteral. En cambio en los niños o en enfermos que padecen de cistitis, vejiga irritable, que hace imposible la cistoscopia y cateterización de uréteres el procedimiento intravenoso es de gran valor.

Los signos radiológicos consisten en: 1.—Aumento de volumen de la sombra renal; 2.—Desplazamiento de ésta y 3.—Deformación de la pelvis y cálices renales.

1.—Aumento de tamaño de la sombra. El tumor, al invadir el riñón produce casi siempre aumento de volumen del órgano en el polo superior o el inferior o aún en toda la masa renal. Esto es característico de los quistes y tumores benignos y de los hipernefomas. La sombra no siempre es visible con claridad; a veces apenas se esboza uno de los extremos, pero casi siempre se pueden establecer comparaciones con la sombra del lado normal y entonces se distingue bien el aumento. Una preparación del enfermo es esencial.

2.—Deformaciones de la sombra. En vez de una imagen redonda u ovalada el riñón se nos presenta con abultamientos producidos por los crecimientos dentro del parenquima. El riñón se desplaza hacia afuera y generalmente hacia abajo, alejándose de la sombra del psoas y la columna vertebral.

3.—Deformaciones de los cálices y pelvis. Este signo delata una invasión de la pelvis y cálices de afuera adentro con destrucción de estas estructuras. En casos avanzados toda la arquitectura está errática, alojándose la sustancia opaca en cavidades de diversas formas y tamaños. Al principio es en los cálices donde encontramos los datos más interesantes; estos pueden estar truncados, amputados o alargados. La amputación de los cálices es característica especialmente de los superiores, pues el polo superior del riñón es el sitio más frecuente de la localización del tumor.

La determinación de la función renal es posible únicamente con el método intravenoso y esto solamente de una manera aproximada. Hay que hacer constar que la pielografía intravenosa no es un método para determinar la fisiología renal, aunque algunos han querido darle un valor estimativo o mejor dicho cuantitativo de eliminación a la mayor o menor densidad de las sombras producidas por la eliminación de la sustancia opaca. Sin embargo, con todo y sus limitaciones, podemos muchas veces asegurar si un riñón funciona normalmente o hay alguna disminución en su excreción.

La preparación del enfermo es muy importante y en el caso de la pielografía intravenosa la consideramos **esencial**. Hay que desalojar por completo los gases intestinales y las concreciones y residuos fecales para que sus sombras no vayan a entorpecer la visibilidad de los riñones y vayamos a confundir éstas con tumores. Nosotros usamos rutinariamente un purgante de aceite de ricino la víspera del examen seguido de un enema de limpieza. Dos horas antes de tomar las radiografías inyectamos un cc de pitresin y un cuarto de tableta de sulfato de benzedrina para facilitar la eliminación de los gases.

Ilustramos los conceptos anteriores con la observación siguiente:

M. de M. mujer de 50 años, oficios domésticos, originaria de Comayagua, ingresa a la Casa de Salud La Policlínica el día 21 de enero de 1944.

Historia.—Desde hace tres meses acusa adelgazamiento progresivo con trastornos dispépticos consistentes en anorexia, vascas y vómitos después de las comidas. De un mes a la fecha dolor lumbo-abdominal izquierdo en forma y del tipo uretero-renal que aparece sin causa manifiesta, sin estar relacionado aparentemente con sus trastornos digestivos y sin constituir verdaderas crisis de cólico renal.

Desde hace quince días el sueño es impedido por nicturias (tres micciones más o menos) que hacen su aparición después de exacerbaciones dolorosas lumbares y abdominales poco características. **Nunca ha tenido hemsturia.**

Anamnesia lejana.—Desde hace un año fiebres intermitentes palúdicas que ceden a la quinina. Hace seis meses disentería ambiana, comprobada por el laboratorio, que cesó con tratamiento de emetina. Tres embarazos normales que llegaron a término.

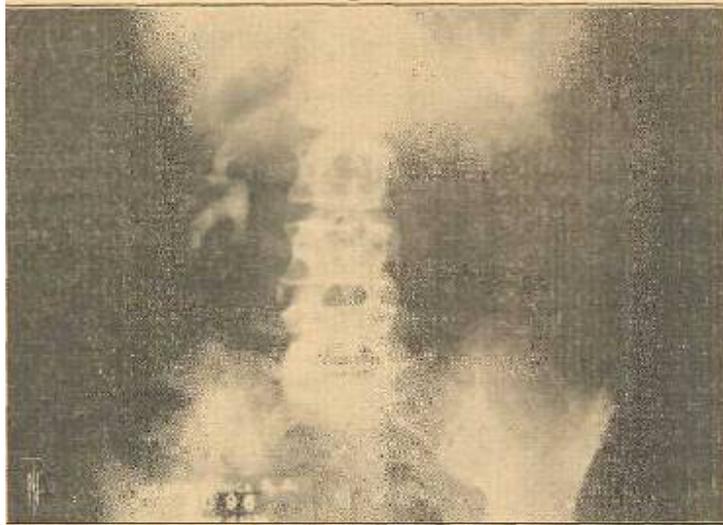
Examen físico.—Enferma enflaquecida con marcada pérdida de tejido adiposo, tez pálida. Aparato pulmonar y cardio vascular normales. El examen del abdomen revela dolor en el colon transversal y epigastrio, meteorismo acentuado en la región gástrica. En el flanco derecho hay dolor a la palpación profunda, siendo igualmente dolorosos los puntos costo-muscular y paraumbilical izquierdos.

Aparato urinario. Dolor a la palpación en los puntos uretero-renales posteriores. No se **determina ninguna masa a la palpación**. Los riñones no se palpan.

Exámenes de laboratorio. - Sangre: G. R. 5, 160.000, G. B. 7.300, **Neutrófilos 77%**, Linfocitos 23%, Hematozario negativo. Orina: trazas de albúmina, ligeras trazas de pigmentos biliares, pocos leucocitos, cristales de fosfato amoniomagnésico **No hay** sangre.

Exámenes radiológicos.—En vista de sus trastornos dispépticos, dolor en el epigastrio y emaciación, se principió por un examen "del tubo digestivo, pero solamente se encontró una ptosis marcada del estómago e intestinos sin evidencia de úlcera o carcinoma.

Se procedió entonces a explorar el árbol urinario por la pielografía intravenosa primero y después se le practicó una ascendente. Con



*PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA.—Muestra el aumento de volumen del riñon **izquierdo**, la deformación de los cálices y la casi nula excreción de la sustancia opaca. La operación confirmó la existencia de un tumor del polo superior del riñon izquierdo.*

la pielografía intravenosa encontramos suficientes datos para sentar nuestro diagnóstico: aumento de volumen del riñon, gran deficiencia en la eliminación de la sustancia opaca, casi nula. Lo poco que se podía apreciar de los cálices revelaba que estos estaban alargados, adelgazados, deformados y truncados en su polo superior. Estábamos, pues, frente a los signos clásicos de los tumores renales con invasión de gran cantidad de parenquima y ese fue nuestro diagnóstico.

La pielografía ascendente sirvió para comprobar los hallazgos de la intravenosa y mostró la amputación de los cálices superiores. La división de las orinas mostró: Riñon derecho: cantidad 13 cc en 30 minutos. Urea 14 gmos. por litro. Riñon izquierdo: no filtró orina.

La operación reveló que se trataba de un gran tumor del polo superior del riñon izquierdo que había ya invadido gran parte del parénquima renal y llegaba en algunos puntos hasta la pelvis. El tumor tenía todas las características externas de un hipernefoma, pero no se hizo cortes.

Un Caso de Neumonía Lobar con Trombosis de la Vena Yugular Externa

POR EL DÉ. MANUEL CACERES VIJIL

P. S. de 38 años de edad, de oficio lavandera y aplanchadora, natural de Güinope, Departamento de El Paraíso y residente en Tegucigalpa, D. C. desde hace 6 años, ingresó el día 25 del mes de febrero al primer servicio de medicina de mujeres del Hospital General, con el objeto de curarse de tos.

ANAMNESIA PRÓXIMA

Nos cuenta la enferma que hace más o menos 15 días, después de haber estado padeciendo de coriza y tos escasa y seca, y habiendo tomado por la mañana un baño frío, fue presa de quebrantamiento general, dolores en las masas musculares y en las articulaciones; permanece en ese estado prodrómico hasta las cuatro de la tarde en que se le presenta violento escalofrío con intensa cefalalgia, seguida luego de pirexia elevada que se prolonga por toda la noche, acrecentándose los fenómenos iniciales; hay insomnio y amanece disneica, aqueja profunda ansiedad y siente que le falta el aire, la respiración se hace superficial y rápida; se acentúa la tos y acusa dolor punjitivo y continuo a nivel de la mama izquierda que paulatinamente se agudiza, exacerbándose hasta por los mas leves movimientos, incluso los respiratorios; se propaga a toda la parte superior del hemitorax izquierdo, obligando a la enferma en ocasiones a guardar el decúbito lateral derecho. Progresivamente el cuadro se enriquece y se completa en síntomas. Al cuarto o quinto día, nota que los esputos hasta entonces mucosos, abundantes y adherentes se tiñen de sangre, son herrumbrosos, carácter que persiste, al presente. En ocasiones se presentan francamente sanguinolentos, pero las más de las veces el aspecto herrumbroso persiste.

La fiebre inicial continua durante los once días primeros con pequeñas remisiones matinales, pierde notablemente de peso; su piel se vuelve seca y ardiente.

Al duodécimo día de enfermedad amanece nuestra paciente, con fiebre apenas notable, sus síntomas iniciales no parecen tan alarmantes, cuando inesperadamente se queja de sensación de peso y hormigueo en el miembro superior derecho, se presenta a continuación hiperestesia: dolor al menor movimiento que contrasta con edema mucho más acentuado en la región lateral derecha y anterior del cuello y supraclavicular del mismo lado; la cara también está edematosa y dolorosa al tacto del lado derecho; acusa impotencia funcional completa en la articulación escapulo-humeral derecha; los movimientos del cuello limitados así como los del antebrazo y mano.

Anamnesia lejana; sin importancia.

Anamnesia familiar; sin importancia.

Examen:—A la inspección notamos la anormal actitud de la enferma; con su hombro derecho ligeramente levantado, y el miembro superior derecho en extensión, la cabeza ligeramente inclinada al mismo lado, el aumento del volumen del brazo, región escapulo-humeral supraclavicular parte lateral del cuello y la mitad de la cara del lado derecho, este edema está aumentado en la región supraclavicular donde las depresiones normales están borradas; al mismo nivel y extendiéndose a las regiones más próximas se dibuja una red venosa que nos recuerda aquellas que se presentan en la pared abdominal cuando por un obstáculo en la circulación porta o cava inferior vienen a compensarlas; pero lo que más nos llama la atención son los abultamientos en forma de cordones con nudosidades de trecho en trecho que resaltan en la fosa supraclavicular y en la parte lateral derecha del cuello.

Palpación:—El sólo intento de palpar esta región inflamada hace resistirse a la enferma. Suavemente comprobamos la acentuada dureza de toda esta región que no permite deprimirla; se palpan muy bien los cordones mencionados anteriormente: duros, resistentes, tortuosos y que ocasionan dolor exquisito al comprimirlos.

Estado Especial: —Organos de la respiración: tórax simétrico, tipo costo-abdominal. La expansión inspiratoria de los vértices no es posible comprobarla. Se presenta polipnea, de ritmo superficial con 48 respiraciones por minuto. 134 pulsaciones radiales y 37i de temperatura.

Palpación: dolor difuso en el tercio superior del pulmón izquierdo; vibraciones vocales aumentadas en la mitad superior del campo pulmonar izquierdo.

Percusión: macicez en el tercio superior del campo pulmonar izquierdo y submacicez en el tercio superior del pulmón derecho.

Auscultación: soplo tubárico a nivel del tercio superior del campo pulmonar izquierdo, siendo más notable en la región supraclavicular; estertores crepitantes finos y secos; broncofonía y pectoriloquia áfona a nivel del soplo. Respiración ruda en el campo pulmonar opuesto.

Organos de la circulación:—Corazón normal. Pulso radial 134 pulsaciones por minuto, de escasa tensión y depresible. Tensión arterial: máxima 84 y mínima 52. Aparato digestivo, normal.

Exámenes complementarios:—Sangre. Recuento globular: glóbulos rojos: 3.000.000; glóbulos blancos: 10.950; N: 80%; L: 10%; B: 0%; E: 1% F. de T. 9%. Hemoglobina: 6J%. Por hematozario: Negativo. Heces fecales: Negativo por amibas y huevos de parásitos. Orina: normal. Espudo por Bacilo de Koch: Negativo.

Resumen y consideraciones diagnósticas:—1? Paciente de constitución débil de oficio lavandera y aplanchadora, que hace quince días después de un baño frío, experimentó quebrantamiento general con todos los síntomas enumerados en la anamnesia. Su enfermedad evolucionó hasta el duodécimo día a mi modo de ver con cuadro claro y franco de neumonía lobar. —29 Cuando todo parecía volver a la normalidad se presentan los fenómenos flegmáticos mencionados y detallados obtenidos por la exploración, poniendo de manifiesto un

edema duro, blanco y doloroso, trayectos venosos en forma de cordones nudosos y duros especialmente en el trayecto de la yugular externa.—39 El carácter relativamente circunscrito de esta zona inflamatoria. El notable hecho de ser muy doloroso como no ocurre quizá ni en los flemones ni abscesos calientes, mucho menos en los edemas renales, cardíacos o carenciales, que por lo demás están lejos de adoptar semejante distribución.— 40 La persistencia de la fiebre que sin embargo es bastante atenuada, la persistencia del soplo tubárico con estertores crepitantes; la macidez del tercio superior del campo pulmonar izquierdo, me inclino a hacer el diagnóstico de: Neumonía lobar complicada con trombosis de la vena yugular externa.

Como tratamiento se le indicó reposo en posición de Fowler, inmovilización del miembro superior derecho en una gotiera. Ventosas secas en los campos pulmonares, poción expectorante y comprimidos de sulfapiridina.

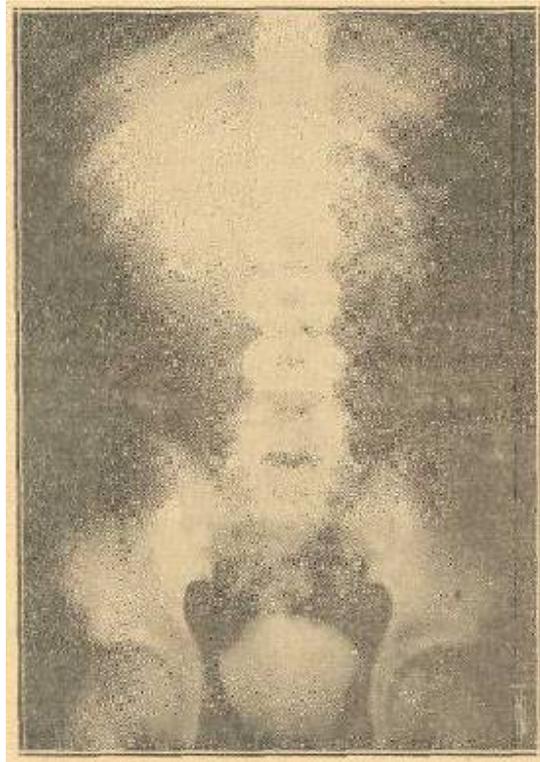
Al morir la enferma, se practicó la autopsia, encontrándose coágulos en casi todo el trayecto de la vena yugular externa.

Tegucigalpa, D. C, Abril de 1944.

Accidentes Renales con el Uso de la Sulfapiridina

Por el Dr. HUMBERTO DÍAZ

LOS lectores de la "REVISTA MEDICA HONDURENA" deben haberse dado cuenta, desde hace mucho tiempo, que hemos venido insistiendo de una manera constante, en hacer ver la acción secundaria desfavorable que puede ejercer en distintos sistemas orgánicos el uso, sobre todo inmoderado, de la sulfonamidoterapia.



Resultado radiológico de la Pielografía Intravenosa, en el caso del presente relato

Esa insistencia no obedece, naturalmente, a ninguna aversión que pudiéramos tener a dicha terapéutica, ya que a élla recurrimos con verdadero entusiasmo y con muchísima frecuencia. La causa de tal actitud obedece simplemente a lo que nos dicen las diferentes publicaciones científicas y lo que nos demuestra la experiencia cotidiana.

En las páginas de esta revista hemos apuntado, en distintas ocasiones, una gama de trastornos de localización orgánica diferente, con la relación clínica de los casos correspondientes.

El número 105 de esta publicación, contiene un trabajo del estimado colega el Dr. Manuel Larios, que se refiere a complicaciones renales de carácter grave debidas al uso del SULFATIAZOL, que llegaron a culminar con el cuadro de un verdadero coma urémico. Pero además de estos trastornos de insuficiencia renal, que pueden explicarse por acción tóxica de la droga, puede realizarse el acumulo de cristales de la misma en los tubulillos del riñon o en otros lugares del árbol urinario, o producir hematuria, oliguria y anuria.

Pues bien, a propósito de lo dicho, queremos agregar al respecto, algo que nos ha brindado nuestra propia cosecha; se trata de un caso en el cual no hubo una simple hematuria, sino que ésta constituyó el episodio final de un verdadero cólico nefrítico, en el curso de un tratamiento a base de SULFAPIRIDINA.

Hace poco fuimos llamados en consulta, para ver un niño de ocho años de edad, a quien se le había practicado recientemente una intervención quirúrgica de la garganta y en cuyo post-operatorio se presentó un ataque de bronquitis aguda. El colega que le atendía temiendo quizá la inminencia de una seria complicación del aparato respiratorio, indicó el tratamiento sulfapiridínico; a los dos días el enfermito fue presa de un dolor violento, que se le presentó de una manera súbita, teniendo como punto de partida la fosa lumbar izquierda, irradiándose hacia adelante y abajo, al hipogastrio y aun a los genitales externos (Glande). Al fenómeno doloroso se agregó la presencia de náuseas y vómitos y, como lo hicimos notar al principio, vino a cerrar la escena una hematuria abundante que persistió hasta el siguiente día, al grado que tuvimos oportunidad de observar.

Para dicho accidente, el tratamiento que se instituyó fue el corriente en esos casos: Aplicación de morfina por la vía hipodérmica y medicamentos antihemorrágicos (Cloruro de calcio y vitamina K).

Cuando vimos al enfermo, éste se encontraba ya completamente tranquilo, existiendo solamente dolor provocado, lo cual comprobamos por la palpación bimanual del riñon izquierdo y de todos los puntos ureterales del mismo lado.

Ante tal caso, pensamos inmediatamente que podía tratarse de un niño con su litiasis renal, que se manifestaba por primera vez, o bien de un accidente medicamentos originados por la sulfapiridina, la cual habiendo realizado un proceso de cristaluria, producía además, consecencialmente, el síndrome completo de cólico nefrítico.

En vista de las anteriores consideraciones, indicamos un estudio radiológico del aparato urinario (Pielografía intravenosa), cuyo resultado fue el siguiente: "No se observan sombras de cálculos renales, ureterales o vesicales. Riñon derecho normal. El izquierdo de contornos difusos. No hay aumento de tamaño. La eliminación renal en el lado izquierdo está muy disminuida, casi nula. Apenas se esbozan los cálices. En el derecho hay muy buena eliminación. Im-

El Bacilo de Koch

Por el DR. MARTIN A. BULNES B.

Como el criminal más grande del mundo, soy el terror de la humanidad, el fantasma de los médicos, la preocupación de todos los tiempos y con la mayor facilidad desoriento las campañas sanitarias con que han pretendido destruirme. Con el hombre vine al mundo y como incógnito viví muchos siglos, sin embargo; la curiosidad, paciencia y estudio de un investigador me aprisionó en el campo microscópico, donde fui analizado, identificado y bautizado con el nombre que actualmente llevo. Vivo en todas partes; pero me fascinan las ciudades, y como el perro o el anofeles, recorro sus calles. Me gustan los conventos, colegios y cuarteles y las estrechas y oscuras viviendas privadas de aire y luz. Con la popularidad que me caracteriza cultivo mis amistades en todas las escalas sociales, y disfruto de todos los climas, además de gustar de todas las razas; pero prefiero la negra y persigo al hombre por los cuatro rumbos cardinales. Como la serpiente, me arrastro por el suelo y con las partículas de polvo o el rocío de Plugge hago mi ingreso en el hermoso edificio humano y de preferencia en los niños, por su inocencia. Como espía internacional, ostento muchos nombres: El Bobino, el Aviar y el Piscidia; sin embargo, soy y continuo siendo el mismo.

Con la colaboración de mis compañeros, los bacilos de Pfeiffer, Bordet-Gengou, Eberth y algunas de mis amigas, las fiebres eruptivas y la serie de protozoarios, huéspedes intestinales, ablando la resistencia de los aguerridos fagocitos y hago mi entrada triunfal en la hermosa ciudad pulmonar donde instalo mi residencia. Como el hombre primitivo, construyo mis típicas cavernas, en ojal, redondas u ovales, de pared fina casi lineal y vivo tranquilo como tubérculo, nódulo o micro-nódulo. Como turista, viajo por diferentes rutas: Por los caudalosos ríos hemáticos o los pequeños de los linfáticos o brinco por *el* túnel de Falopio. Con la benevolencia de la Silviana o de los agujeros de la lámina cribosa admiro el complicado conjunto cerebral, oficina céntrica del sistema nervioso. Como espectador de este ar-

presión diagnóstico-radiológica: Inhibición de la función renal izquierda posiblemente por congestión renal".

Como se ve pues, tanto por los antecedentes del enfermo, ya próximos como remotos, no es posible atribuir lógicamente su accidente a litiasis urinaria, a nefritis aguda hemorrágica, a un proceso neoplásico, etc., etc. De ahí que, para nosotros el síndrome descrito, no sea más que una demostración práctica de la acción secundaria nociva que la sulfapiridina puede ejercer sobre el riñón, y que con insistencia es mencionada en la bibliografía médica.

Tegucigalpa, D. C., 27 de marzo de 1944.

monioso conjunto, admiro sus misterios y con el líquido aracnoideo siembro las semillas en las meninges, y con mis toxinas ocasiono las pleuresías, endocarditis, pericarditis y otitis. Atraído por los misterios medulares perforo la férrea resistencia ósea y penetro en el talle raquídeo, y lentamente destruyo los discos intervertebrales y hago mi regreso por el trayecto del músculo largo del cuello, y visito los espacios intercostales y ocupo las goteras dorsales y desciendo por la vaina 'del psoas-ilíaco para instalarme por algunos días en la fosa ilíaca y la arcada crural o en la cara ántero-interno del muslo.

Aparezco en el campo de la clínica con los ropajes que paten-tizan la virulencia de mi carácter; algunas veces, atenuado, en las formas de tuberculosis pulmonar esclerosa y pulmonar fibrosa, además de las bronquitis crónicas y peritonitis crónicas. Otras veces, de mediana virulencia, como en la tuberculosis fibro-caseosa crónica, pleuresía serofibrinosa y algunas formas de laringitis, y finalmente las formas agudas, hipervirulentas: Tisis galopante, neumonía y bronco-neumonía caseosa, además de la terrible granulia generalizada.

Preocupado por la persecución de mis eternos enemigos, los médicos, biólogos, químicos y físicos, impulso la proa de mi barca sobre el lomo de las olas de la gran circulación y visito mis principales fortalezas: El hígado, el bazo, los huesos y los riñones y descien-do como el rayo sobre el canal de los uréteres y como anfibio me sumerjo en el profundo Lago Vesical, y con la impetuosa corriente del canal uretral asalto el continente.

Marzo de 1944.

Tratamiento y drogas usadas en la insuficiencia cardiovascular de las enfermedades infecciosas, en su período agudo

POR EL DR. RAÚL ENRIQUE ZUÑIGA

LA discusión del uso de las drogas en el tratamiento de la insuficiencia cardiovascular en las enfermedades infecciosas agudas, está llena de dificultades por que aún no se conoce su mecanismo responsable. Clínicamente y de ordinario esta insuficiencia es debida a la pérdida del tono vascular periférico o la parálisis del sistema vasomotor. La insuficiencia primaria del músculo cardíaco es menos manifiesta que la vascular y en la mayoría de los casos estas insuficiencias vasomotoras y miocárdicas, parecen participar en distintos grados. Desafortunadamente no siempre es posible fijar clínicamente la parte que corresponde a cada uno de estos centros, en consecuencia el tratamiento no se puede basar en un concepto claro del mecanismo o de los mecanismos envueltos.

En la endocarditis bacteriana, diftérica y fiebre reumática el corazón se daña directamente, pero aún en estas enfermedades no existe unanimidad de opinión respecto al mecanismo de insuficiencia que se desarrolla. En algunos casos parece claro que sea de origen cardíaco y así muchos clínicos aceptan éste como el mecanismo establecido. La presencia de cianosis, congestión de los pulmones, ocasionalmente disnea, apagamiento de los ruidos cardíacos y distensión de las venas, están indicando una insuficiencia del músculo cardíaco. Pero en la mayoría de los casos éstos están más o menos ocultos por signos y síntomas asignables a insuficiencias vasculares periféricas. Incluyendo palidez extrema de la piel y mucosas, sudoración profusa, hipotensión arterial; sonidos cardíacos débiles y lejanos, pulso rápido, débil y desigual, manifestaciones ya del colapso o shock. Debido a la presencia de los últimos síntomas, muchos creen que en la endocarditis bacteriana, diftérica y reumática la insuficiencia circulatoria se debe generalmente a la participación de ambos mecanismos cardíaco y vasomotor.

Ahora se acepta comunmente, que las otras enfermedades agudas causan poco o ningún daño directo al miocardio a excepción de un ligero edema, común a los procedimientos infecciosos agudos y febriles. La insuficiencia circulatoria en estos casos está convenido que es del tipo vasomotor. La aceptación de este concepto sin embargo, ayuda muy poco a simplificar el problema del tratamiento de estos trastornos puesto que uno o más de varios factores pueden ser responsables del mecanismo de la insuficiencia vasomotoras. A pesar de extensas investigaciones experimentales y clínicas, los conocimientos de los diversos factores están aún por ser completados,

La deshidratación aguda y severa puede ser producida por extensa sudación, vómitos y diarrea solos o en combinación. Puede causar suficiente caída del volumen sanguíneo para reducir o disminuir

la cantidad de sangre expulsada durante el sístole, tan grandemente, que el centro vasomotor comienza a debilitarse y así, por ende, se inicia un colapso fatal. A menos que se investigue prontamente este proceso, por los efectos de las toxinas emanadas de la propia deshidratación, así como la aportación inadecuada de sangre a los tejidos. Es bien sabido que la histamina y guanidina se puede producir en exceso bajo tales circunstancias. Por la acción directa en los vasos sanguíneos estas toxinas pueden causar gran dilatación vascular, con marcada disminución secundaria de la presión arterial y contracción cardíaca, factores que agravan el colapso circulatorio. Es probable que en infecciones agudas otras substancias tóxicas surjan y puedan producir la forma de colapso vasomotor.

El centro vasomotor puede permanecer funcionalmente activo como se ha demostrado en el colapso de la neumonía y la difteria. En la difteria hay razón para creer que la toxina puede actuar directamente sobre una porción de los nervios espláncnicos, para producir dilatación amplia de los vasos sanguíneos espláncnicos. Esta a su vez puede ser suficiente para causar una disminución excesiva de la presión arterial y una depresión secundaria del centro vasomotor. Finalmente, se sabe que el colapso circulatorio agudo puede ser causado por reflejos que actúan a través del sistema nervioso central y es posible que efectos similares puedan ser producidos por la acción directa de toxinas que aparecen en el curso de algunas de las infecciones agudas, tal como en la meningitis espinal epidémica.

La revista anterior de algunos de los corrientes mecanismos que pueden estar envueltos en la causa la insuficiencia cardiovascular y la gran dificultad de llegar a un diagnóstico exacto y correcto, justifica la contienda de que la mayoría de los tratamientos recomendables son casi por regla general empíricos. Cierta autor ha citado esta frase, respecto al tratamiento de las insuficiencias cardiovasculares "de aquellas que se restablecen, más son las que quedan bien que las que se curan".

La siguiente discusión de drogas se presenta en vista de la revisión anterior de los problemas.

La cafeína es la droga más ampliamente usada. Sus acciones son diversas y no fácilmente controlables. Por una estimulación directa de las porciones superiores del sistema nervioso central, puede disminuir el estado de decaimiento en que se encuentra el paciente y mejorar su sensación de bienestar. Por acción directa en los centros medulares, estimula la respiración y hasta cierto punto también estimula el centro vasomotor y puede tender a aumentar la presión arterial y a mejorar el tono muscular. Por acción directa sobre el músculo cardíaco puede aumentar su tono, adicionando fuerza y energía para completar el sístole, la relajación diastólica es más completa y si no causa taquicardia, esto puede resultar de un aumento en la evacuación cardíaca. Estas acciones pueden ser aumentadas por una mejoría de la circulación coronaria, debido a la dilatación casi específica que estos vasos presentan bajo la acción de la droga. Por otra parte, en individuos susceptibles o cuando la dosis es muy grande pue-

de ser dañina causando excitación mental, insomnio e irritabilidad marcada. Grandes dosis también pueden producir taquicardia y de esta manera perjudicar la evacuación cardiaca por disminución de la relajación diastólica. Si cualquiera de estos efectos deprimentes es producido, su administración debe ser a dosis reducida. Es mejor su efecto administrada hipodérmicamente, en forma de una solución estéril al 25% de cafeína con benzoato de sodio. La dosis simple media es de tres décimos de gramo a un gramo. La frecuencia de repetición debe de ser guiada por su efectividad y la presencia de indicaciones para su subsiguiente administración. Su acción dura generalmente alrededor de dos horas pero a veces mucho más. Se debe considerar como un remedio de emergencia y suspender su uso cuando ya no se necesite. Se puede administrar por vía endovenosa por inyección lenta a través de una aguja pequeña (20), su administración rápida es muy arriesgada. Los otros derivados de la purina, tales como la teofilina y sus compuestos, la teobromina, son muy débiles comparados con la cafeína en sus acciones como estimulantes cardiacos y vasomotores para ser de algún valor en el tratamiento de las insuficiencias cardiovasculares.

Unos creen a la estrocinina de algún valor, otros creen que es inútil. Si esta droga se va a usar se debe administrada en dosis mayores que las que se usan frecuentemente, por lo menos dos miligramos se requieren y dosis simples de tres a 6 miligramos son más efectivas. Debe de ser administrada hipodérmicamente. Puede que sea necesario repetir la dosis cada seis horas. El paciente debe de ser cuidadosamente vigilado por la posible aparición de una hiperreflexia e irritabilidad. Su modo de acción es principalmente indirecto como resultado de un aumento de irritabilidad nerviosa, lo cual aumenta el tono del corazón y vasos sanguíneos. Su administración desafortunadamente sin ningún beneficio, a menos que sea empleada en dosis que llegue a la tóxica y si muchas insuficiencias cardiovasculares no se benefician se deben al miedo de darla en dosis adecuada.

Más efectivo que cualquier agente para la promoción de la vasoconstricción periférica es la epinefrina. Esta debe de ser administrada en la forma de solución de clorhidrato de epinefrina al 1 por mil que puede ser inyectada intramuscularmente en dosis de 0.6 a 1 cc y aún es más segura si se inyecta lentamente por vía endovenosa, en una solución de Cl. de Na (100 a 500 cc solución de Ringer) o se puede usar también el mismo volumen de una solución de dextrosa al 5%. Por estos procedimientos uno combina el efecto prolongado de la vasoconstricción a un nivel más o menos controlable.

El Cloruro de Sodio en solución fisiológica o la Dextrosa al 5% son de un gran valor, su administración cuando se ha perdido mucho por sudoración, vómitos y diarreas. En casos desesperados de uno a tres litros de tales soluciones se pueden administrar en las veinte y cuatro horas. La inyección intramuscular de epinefrina puede elevar la presión arterial y estimular el corazón pero estos efectos son generalmente suaves y de corta duración. Esto es debido a la intensa

vasoconstricción local en el lugar de la inyección, lo cual debilita la absorción ya reducida por la circulación insuficiente. Esta absorción puede ser mejorada y la acción de la droga un tanto prolongada por masajes en el punto de inyección. Las acciones de la epinefrina pueden ocurrir solamente después de su absorción por el torrente sanguíneo y son de corta duración a menos que la droga sea aplicada en concentración adecuada ya sea continua o a cortos intervalos. Es, teóricamente, la mejor de todas las drogas obtenibles para el uso del debilitamiento vascular periférico, pues actúa directamente en los terminales de los nervios vasomotores para producir vasoconstricción y elevación de la presión arterial y al mismo tiempo estimula el corazón por medio del simpático así como la acción probable directa sobre el miocardio; está contraindicada en aquellos pacientes cuyo volumen sanguíneo ha sido muy reducido por la pérdida de agua, por diarrea, sudor o vómitos prolongados. Su uso en casos impropriamente seleccionados puede agravar las condiciones del paciente.

La efedrina y la solución de pituitaria posterior ambas tienen acciones "vasoconstrictoras que dan por resultado una elevación de la presión arterial. Sus acciones pueden ser obtenidas por administración subcutánea o intramuscular si la circulación es adecuada para permitir su absorción. Así pues ellas son usadas con frecuencia, como medida profiláctica o al comienzo de las insuficiencias cardiovasculares cuando su desarrollo parece inminente. Desafortunadamente en la práctica no han demostrado tener mucho valor terapéutico y *el* uso repetido y frecuente de pituitaria puede conducir a depresión *del* tono del sistema vasoconstrictor con la resultante baja de la presión, sanguínea. La efedrina se puede usar en forma de sulfato o clorhidrato a dosis simples de 0.03 a 0.2 gramos para un adulto. Se

puede repetir con las necesidades del paciente, pero dosis largas y frecuentes causan irritabilidad nerviosa y vómitos. La pituitaria es mejor darla en una dosis simple de 0.5 a 1 cc de la solución oficiales. Esta puede ser repetida cada cuatro horas; corrientemente no es aconsejable o necesario repetir más de dos o tres dosis, pues más dosis son nulas.

La digitalis o la estrofantina no tienen un valor en las formas de colapso que se deben a insuficiencias de) miocardio. Son comunmente dañinas y se deben considerar como definitivamente contraindicadas. Aún en aquellos casos en que la insuficiencia cardiovascular aparece primordialmente debido a una insuficiencia del miocardio. Esto puede ser atribuido a su absorción inadecuada, a su inhabilidad para contrarrestar las acciones más poderosas de las toxinas que ya están influenciando el corazón, al hecho que el corazón ya está dañado muy severamente para responder a cualquier estimulante o a la presencia simultánea de la insuficiencia periférica. Cualquiera que sea la explicación, existe el hecho bien establecido de que las drogas del grupo digital están contraindicadas en las insuficiencias cardiacas de origen infeccioso. El alcanfor y sus substitutos como el cardiazol o la omocanfina son muy inseguros para percer mención. Cualquier acción estimulante que puedan producir son principalmente en el centro respiratorio o por reflejo la irritación local de los tejidos en el punto de administración. Aún estas pequeñas acciones son muy débiles para ser de un valor considerable.

La experiencia parece indicar que el plan de tratamiento más prometedor debe incluir uno o más de los siguientes procedimientos, además de medidas preventivas como: El reposo, dieta adecuada y balanceada, suficientes líquidos durante el curso de la enfermedad aguda y la administración de oxígeno por catéter nasal o en una cámara cuando sea indicada 3a presencia de cianosis, anemia o anoxemia. De 50 cc a 100 de una solución al &% de dextrosa debe darse por vía endovenosa una o dos veces en las veinte y cuatro horas. Cafeína o estriquina, como se discutió anteriormente, debe de ser inyectada prontamente al primer síntoma de insuficiencia cardiovascular; Si la pérdida de agua y cloruro de sodio ha sido excesiva debe administrarse por vía venosa suero fisiológico en cantidades hasta de tres litros en las veinte y cuatro horas.

El corazón no será sobrecargado por un volumen tan grande de líquidos, los líquidos serán suspendidos al principio de la elevación de la presión venosa, que ahora puede ser medida fácilmente por el método directo manométrico. En casos asociados con diarrea adminístrese solución cloruro de sodio al 5%. Transfusiones de sangre o administración de plasma pueden ayudar enormemente. Solamente cuando estas medidas no se pueden tomar es aconsejable recurrir a la inyección simultánea de efedrina o pituitaria posterior.

Guatemala, 20 de abril de 1944.

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).*

{Continuación}

VIII

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

Las singularidades morbosas de que venimos tratando no son debidas evidentemente a la acción inmediata de factores climatológicos; si así fuera se apreciarían en todos los habitantes de éstas regiones sometidos por igual a la influencia de aquellos y ya quedó dicho que sólo se observan en los "nativos".

Aunque por su número e importancia y afectar a la gran masa de la población indígena transforman profundamente la estructura general y el tono de la Clínica, ésta aparentemente ofrece el mismo aspecto que la "universal", porque aquellas por su propia índole son poco visibles; de aquí que los que venimos calificando de "hondas y extraordinarias anomalías de la morbilidad en C. A." puedan parecer lógicamente a quienes no se encuentren en las especialísimas condiciones de observación en que nosotros nos hayamos "especulaciones imaginativas" y no reflejo y expresión de las realidades de la Clínica; y esto tanto más cuanto que tales anomalías no son mencionadas en los textos, y aunque se esté libre del tan generalizado prejuicio de considerar "tabú" a éstos y rechazar sistemáticamente lo que no esté consignado en ellos, es bien difícil admitir como cierto lo que los Tratados no dicen y nosotros mismos no hemos visto.

Las anomalías de referencia son a pesar de todo fácilmente apreciables en clínica, y lejos de constituir fenómenos extraordinarios y raros representan la expresión normal de las leyes generales de la Biología actuando en circunstancias determinadas; en el atento examen de éstas se encuentra la "clave" de los al parecer difícilísimos o irresolubles problemas de que estamos tratando y también la prueba de que tienen existencia real y no fantástica.

Una ojeada superficial a la historia de la medicina y al estado actual de los conocimientos médicos en el Continente americano en general y en el europeo nos dará una idea bastante clara de cómo se han originado y por qué existen y es natural y lógico que existan en C. A. las singularidades de la morbilidad que le venimos atribuyendo.

ORIGEN DE LA MEDICINA EUROPEA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA DE AMERICA

La Medicina europea que para el pequeño Mundo anterior a Colón era también la "universal" nació entre los pueblos ribereños del

Mediterráneo oriental y se nutrió y creció en ellos durante muchos siglos y posteriormente en los mismos y en los restantes de Europa; fue pues durante los XX siglos que transcurrieron entre las épocas hipocrática y colombina un caudal de conocimientos anatómicos fisiológicos y patológicos **adquirido a base de observaciones realizadas sobre los habitantes de aquellos territorios**; reflejaba y resumía por consiguiente todo lo que a lo largo de tantos siglos se había apreciado en **aquellos** tanto en estado de salud como en el de enfermedad.

La circunstancia de que para todos los observadores el hombre sano o enfermo reaccionase, dentro de ciertos límites, siempre de igual modo ante las excitaciones fisiológicas y patológicas, permitió **acumular y sumar** observaciones en el transcurso del tiempo sin que **envejeciesen** o resultasen inadoptables a los hombres de las sucesivas generaciones y de este modo se llegó lentamente pero sin solución de continuidad a la formación de la Medicina.

Hagamos notar porque **ésto es fundamental** para nuestros fines que aquello fue posible gracias a que **todos los individuos** de la pequeña Humanidad entonces conocida eran de **una sola y misma raza**: la blanca, y aunque dentro de ésta existen muchas variedades y fueron y continúan siendo frecuentes y múltiples los cruzamientos entre personas pertenecientes a dos distintas de aquellas, las **características raciales biotípicas** no sufrieron en lo fundamental alteraciones importantes y los productos de tales uniones las conservan casi uniformemente íntegras en lo fisiológico y en lo morboso.

Añadamos por ser también **esencial** en nuestros propósitos, que tales características biotípicas raciales **no experimentan** tampoco a lómenos en muchísimo tiempo modificaciones duraderas y transmisibles por herencia, bajo la acción de las influencias cósmicas exteriores; el Hombre es "cosmopolita"; **es y enferma siempre como corresponde a su "personal" constitución biológica y ésto cualquiera que sea el lugar de la Tierra en que viva**

La Medicina europea refleja el modo de ser y padecer del europeo en donde quiera que esté o se encuentre; si aparentemente es "universal", esto se debe a que es universal también la dispersión del Hombre europeo; la Medicina europea tiene una extensa representación en América, no porque ella tenga carácter de **universalidad** sino por los grandes núcleos de europeos que **habitan** en importantes extensiones de su territorio.

EL DESCUBRIMIENTO Y LA MEDICINA ¿N AMERICA

A pesar de las numerosas pruebas favorables que los historiadores han aportado a la existencia en América de altos grados de civilización en épocas mas o menos remotas, y de que los rastros de ésta incluso los reveladores de un notable progreso médico han sido señalados en casi todas las zonas geográficas del Continente, es evidentemente cierto que cuando los descubridores portugueses y españoles penetraron en estas tierras, aparte de ciertas prácticas y conocimientos importantes que hicieron suyos y aún se conservan, no existía en ningún pueblo de América una ciencia Médica indígena superior a la

que ellos traían consigo; y si existía, (nosotros no hacemos Historia) la Medicina que prevaleció fue la que aportaron los invasores ibéricos; es decir, la hipocrática o europea en el grado de desenvolvimiento que tenía en aquella época.

Las referencias que tenemos acerca de las enfermedades propias de los aborígenes son muy vagas; ni la empresa de los Conquistadores era adecuada para este género de observaciones, ni tenían medios de exploración suficientes, ni su permanencia en los diversos territorios fue lo bastante prolongada y tranquila para que pudiesen legarnos otras informaciones sobre el particular que las relacionadas con aquellos males que por ser desconocidos para ellos y fácilmente accesibles a la simple inspección pudieran percibirse independientemente de todo propósito de investigación; las confusas nociones que nos transmitieron sobre los "carates" por ejemplo demuestran que la adquisición de las mismas fue hecha "al paso", y no con finalidades de exploración médica.

Posteriormente, numerosos investigadores, y en particular los de fines del siglo anterior y los que vienen actuando en el presente, han logrado ampliar las confusas noticias que los de otras épocas nos legaron acerca de la **Medicina** aborígen, pero no bastan para adquirir sobre la misma ni una idea aproximada; porque las pestes, lepras, "empeines", catarros, úlceras, manchas y costras en la piel, las "bubas", etc. de que nos hablan como enfermedades comunes entre los **indios americanos**, son la misma **retahila** de afecciones que la Historia asigna a **todos** los pueblos primitivos en sus respectivas épocas ante-históricas, confundidas y revueltas (como aquí) con las "epidemias de hambre", las "plagas" de todas clases, y creencias y prácticas populares de misterios, brujerías, engaños, supersticiones ----¿es que los pueblos primitivos de **todos** los Continentes se **rigieron** por una Medicina estandard?, o ¿es que se han **estandardizado las descripciones** para llenar la laguna de nuestra ignorancia sobre la Medicina de **todos** (y los americanos entre ellos) en las épocas nebulosas de la Historia ?. en uno u otro caso es evidente que de tales in formaciones, por meritorias que nos parezcan, no es posible extraer las características de la **Medicina indígena** ni aún siquiera **suponer que las tuviese**.

La .observación directa de la fisiopatología india no parece haber impresionado por particularidad alguna a los Médicos europeos y concretamente a los españoles en el caso de C. A. y regiones vecinas, durante los tres largos siglos que la practicaron; a lo menos no dejaron acerca de ellas ningún escrito.

Y en el mismo caso nos encontramos en relación con los que les han seguido hasta nuestros días, fuesen españoles o no.

Este silencio no significa que no existieran las singularidades de que venimos hablando ni tampoco que ellos mismos no las percibirían, sobre todo las que se refieren a estas regiones centrales de América; representa simplemente, para las épocas más lejanas, la absorción de los espíritus por problemas extra-médicos de primer plano, el estado todavía relativamente rudimentario de la Medicina "europea" a los efectos de esta clase de investigaciones, y también la desidia

y repugnancia o timidez del español, todavía subsistentes, para plasmar en escritos sus observaciones.

Y por lo que respecta a los que actuaron después de los tres primeros siglos y a nuestros contemporáneos, puede decirse casi lo mismo en cuanto a las razones, y mucho más todavía en lo que se refiere a argumentos justificativos de tales omisiones; porque estas razas han sido en parte absorbidas y digeridas por los invasores, y lo que queda de ellas, si es que queda algo en estado de **pureza**, se halla reducido a pequeñas colonias diseminadas por diversos lugares del Continente, cada vez menos numerosas y pobladas y al parecer con progresiva tendencia a su extinción definitiva; la insuficiencia de nuestras informaciones **hereditarias** acerca de las particularidades de la **clínica india** no puede ser subsanada mediante observaciones directas realizadas en la actualidad, y esto tanto por el reducidísimo número de aborígenes contemporáneos, como por el alejamiento en que viven de todo trato social y lo poco propicios que se muestran a recibir asistencia médica extraña a la que les prestan sus propios **expertos**..

La Medicina "americana" propiamente dicha, la basada en la observación y el estudio de la constitución orgánica, el fisiologismo y las modalidades reaccionales de los **indígenas primitivos** frente a los agentes morbosos de todo orden, no ha existido nunca a juzgar por los datos que han llegado hasta nosotros, ni existe hoy por haber desaparecido **prácticamente**, los aborígenes que la hubiesen de encarnar.

No puede pues hablarse de una Medicina "americana" homóloga de la "europea"; Europa y América no tienen de común como tales Continentes más que sus respectivos "solares", y ya hemos dicho que la personalidad de **una Medicina** no la hacen los agentes cósmicos externos correspondientes a los variadísimos climas en que tan ricos son los Continentes, sino las características bio típicas de los seres que los habitan; así Europa que durante muchos siglos fue por sí sola el único Mundo conocido y estuvo y continúa estando ocupada por personas de una misma raza con sus correspondientes rasgos biotípicos que no sufrieron modificaciones apreciables ni por la acción prolongada del tiempo ni por los "transplantes" de sus individuos a tierras muy diferentes y alejadas, tuvo una Medicina propia que conserva y aún ha llegado a ser aparentemente única y "universal"; y América desconocida hasta la época Moderna, con su raza autóctona **prácticamente** extinguida, y habitada por gentes de toda clase y condición, procedentes de los más lejanos territorios del Planeta, y de todas las razas conocidas con sus múltiples e inclasificables mestizajes, ni tiene ni puede tener una **Medicina propia** ni es correcto tampoco que adopte la "universal" ni es fácil que llegue por otra parte a ser conocida y tal cual es, dada la indefinida heterogeneidad biológica de sus individuos que la pueblan y la serie ininterrumpida de confusiones que de una tal **estructuración** se derivan.

El término Medicina "americana" (perdónese la machaconería porque aquí está el "nudo" de este trabajo y de todos los anteriores) es por consiguiente una "entelequia"; pero no lo es menos admitir ante el simple razonamiento de que "no hay mas que una Medicina", que ésta en América haya de ser necesariamente la "europea"; si los seres humanos son y padecen con arreglo a sus particulares bio-

tipismos y no **con** sujeción a las influencias climatológicas, es evidente que siendo **prácticamente la totalidad** de los habitantes de América, "huéspedes" y no "propietarios" de su inmenso "solar", venidos de otras tierras y **pertenecientes a diversas razas**, los individuos correspondientes a cada una de éstas, tendrán y conservarán en este Continente y **mientras no se entrecruzan con los de otras** sus características raciales respectivas y reaccionaran con arreglo a éstas, tanto frente a los estimulantes fisiológicos como ante los agentes de enfermedad; la Medicina en América será pues la del "blanco", pero también la del "amarillo" y la del "negro", **si es que entre la de estos dos últimos y la de aquel existen suficientes diferencias para que deban ser tenidas por distintas.**

LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA "EN" AMERICA

Esquemáticamente considerada la Medicina "en" América ofrece numerosas y muy notables particularidades, que a pesar de su innegable interés científico y gran importancia **práctica** no han merecido hasta ahora, a lo menos que nosotros sepamos y fuera de las excepciones que mencionaremos después, el interés general de los Autores.

Estas particularidades que en su más alto grado de expresión son claramente apreciables en las regiones centrales del Continente, y de muy especialísimo modo en los territorios correspondientes a la República de Honduras, **tienen su origen en la coexistencia en este Hemisferio de núcleos más o menos importantes de individuos pertenecientes a las cuatro razas** blanca, negra, amarilla y bronceada, diseminados por toda la superficie de sus inmensos territorios; y también y **muy principalmente** a la circunstancia de que por su convivencia en una área geográfica, que en este aspecto es muy reducida, **los cruzamientos entre individuos representantes de tan diferentes razas** son múltiples y se efectúan continuamente, dando origen a productos cuyas características genóticas y por lo tanto fisiopatológicas varían en serie indefinida de unos individuos a otros en tal forma, que podría decirse que cada sujeto tiene su "FORMULA RACIAL PROPIA", y por consiguiente **su especial modo de ser y enfermar.**

Frente al relativo estatismo de la raza blanca en Europa con su uniforme e inalterable reactividad ante los excitantes normales y patológicos, América exhibe el dinamismo resultante de la convivencia e ininterrumpida compenetración de sus cuatro razas; podría decirse recurriendo a la licencia de una imagen, que la primera "es un horno que recibe **a intervalos regalares** materiales de **composición fija** y expele fundidos los correspondientes productos **fijos**", y la segunda, un "crisol" en donde **constantemente** se vierten materiales siempre **heterogéneos**, que al fundirse engendran productos cuya composición varía **constante e indefinidamente** también.

Una ojeada superficial a las características generales de la población americana en conjunto permite comprobar que el curso de los razonamientos expuestos no se aparte sensiblemente del de las realidades observables.

Si para llevar a cabo este examen general nos guiamos simplemente por los **idiomas** que usan los habitantes actuales del Continente americano, veremos enseguida, sin necesidad de citar cifras ni otros datos que caen por fuera de nuestros propósitos y las necesidades del momento, que para cubrir éstas en buena parte, basta apoyarse en el aspecto lingüístico mencionado no obstante su aparente banalidad y escasa solidez científica.

Por su habla los pobladores de América se pueden dividir en tres grupos desiguales; uno, el mayor de todos, que se sirve del inglés; otro, muy poco menor, que usa el español; y un tercero mucho menor que cualquiera de los dos anteriores, que emplea diversos idiomas entre los cuales y por el orden de la importancia numérica de los individuos que respectivamente los hablan figuran el portugués, italiano, francés, alemán, etc., y algunos otros como el árabe, chino, japonés, y un pequeño número de los aborígenes americanos, poco conocidos y raramente usados.

Dejando aparte los asiáticos e indígenas, **prácticamente** desdeñables por su escasa difusión, tenemos que los idiomas que se hablan corrientemente en América son los europeos, y entre éstos el inglés y el español en primer término y muy lejos y en pequeña escala el portugués y el francés; justamente los cuatro idiomas usados por los **conquistadores y colonizadores** del Continente.

Los "portavoces" de estas hablas no son evidentemente en su gran mayoría lo? "propietarios" europeos de los mismos sino sus DESCENDIENTES americanos respectivos; por el **lenguaje de cada uno de éstos** se puede establecer, en general, su origen o lo que es igual la rama colonizadora de que proceden.

Las características **ficiopatológicas** de "todos" **deben** ser necesariamente las de sus ascendientes, ya que según se dijo anteriormente y es de conocimiento universal, los rasgos biotípicos raciales no se alteran sensiblemente por la acción de los agentes exteriores sobre los individuos aunque ésta se prolongue durante siglos; el Hombre, repetimos, es COSMOPOLITA y transmite esta cualidad a las **generaciones sucesivas** por distinto que sea el clima de su nueva habitación al del lugar de su origen.

Por su conformación anatómica, su fisiología, sus predisposiciones morbosas y sus padecimientos habituales, los americanos de lengua inglesa y española (por no citar más que a los más numerosos de los habitantes del Continente) **deben ser**, cumpliéndolas leyes genéticas generales, enteramente análogos a sus progenitores.

YA HEMOS DICHO QUE NO SUCEDE ASI EN "TODOS" LOS CASOS:

Los americanos de habla inglesa, canadienses y norteamericanos **descendientes** de los primitivos colonizadores **ingleses**, son y enferman "en" América como eran y enfermaban aquellos, es decir, "a la europea".

Los de habla española (y también los de las demás europeas, con exclusión de la **inglesa**) son y padecen también en América **indistintamente** de los siguientes modos:

- a) Como los **propios ascendientes**.
- b) ' De modo más o menos **semejante**.
- c) En **forma distinta** y en muchos casos contrapuesta.

Este desconcertante y en apariencia inexplicable estado de cosas tiene su origen evidentemente en algo que afecta de modo muy distinto "en" América a los descendientes de los ingleses y **a los demás** europeos; y este algo, no puede ser referido a que unos y otros vivan en circunstancias y climas distintos, -porque el "hecho diferencial" subsiste aunque aquellos últimos nazcan y habiten en cualquiera de las zonas del Hemisferio Norte que constituyen el hogar de los ciento cincuenta millones de personas que en números redondos hablan el inglés en este Continente.

Si pues tales diferencias (cuya existencia por lo que se refiere a los caracteres raciales externos no negaría nadie, pero quizás sea puesta en duda para lo fisiopatológico por quienes olviden las íntimas/ relaciones preestablecidas entre lo morfológico y lo bio-químico) *no* se producen entre los descendientes de los europeos de hablas distintas (la inglesa incluida) que nacen y viven en Europa, y sí entre los que nacen y viven en América, y no son imputables a acciones ejercidas por factores externos sobre ellos mismos y sus procreadores, es indudable que la causa de aquellas debe estar en que los "**materiales humanos**" con que han sido forjado los pueblos americanos de habla inglesa y española son de calidades "diferentes" **a los** que sirvieron a la constitución de sus homólogos en Europa.

Esta conclusión impuesta por el razonamiento tiene su argumentación científica ya establecida en el capítulo "Métodos de colonización" de la Antropología, y puede ser reafirmada mediante la observación vulgar contemplando la Medicina en visión "panorámica" y separadamente en los pueblos de hablas inglesa y española en América.

LA MEDICINA "EN" LA AMERICA DE HABLA INGLESA

Todo lo que en ella destaca y muy especialmente lo que se relaciona con los aspectos que estamos considerando tiene su origen en la propia formación y posterior crecimiento del pueblo de habla inglesa, que dividido políticamente en las dos grandes naciones Canadá y Estados Unidos, ocupa los inmensos territorios que se extienden entre el extremo norte del Continente y la frontera con la República de México.

Examinaremos sucesivamente el origen y crecimiento de este gran pueblo.

Origen

Al iniciarse la invasión del Norte de América por los ingleses, la población indígena se encontraba aproximadamente, por lo que se refiere al grado de civilización general y al desenvolvimiento de la Medicina, en la misma situación precaria que en un principio señalamos para todos los pueblos indígenas del Continente; la Medicina "europea" aportada por los colonizadores era superior o consiguió imponer-

Be a la de los aborígenes como ya dijimos que ocurrió en el resto del Hemisferio; en esta zona con mayor vigor aún que en la dominada por los españoles porque los ingleses tuvieron menos trato con los aborígenes que aquellos y por consiguiente los conocieron menos en todos los aspectos.

Los ingleses, ya sea por no contravenir preceptos religiosos por razones de orden político, o lo que es más probable, a lo menos para los colonizadores primitivos, por instintiva repugnancia a ayuntarse con individuos de distinta raza que la propia, **no se cruzaron con los aborígenes** de los territorios americanos que entonces ocuparon, y como consecuencia de esto sus **descendientes** durante algunos siglos fueron simplemente británicos **avecindados** en América, que conservando los caracteres raciales **externos**, las predisposiciones morbosas y el "estilo" forma o modo de padecer de sus antepasados, continuaron manteniendo en este Hemisferio y en sus propios organismos, como sujetos de encarnación y víctimas al propio tiempo, la representación en América de la tradicional Medicina europea.

Los ingleses "transplantados" a tierras de América, no solamente se mantuvieron en estos territorios sin sufrir alteraciones apreciables, sino que al **procrear entre ellos y excluyendo** a los **aborígenes**, de esta función, engendraron una raza que no se manifestó en ningún aspecto cuantitativo o cualitativamente distinta de ellos mismos; y así vieron en sus coterráneos la Medicina idéntica a como la habían visto siempre en Europa, y no sintiendo la necesidad de investigar en ningún sentido porque todo aparecía entre ellos con caracteres de normalidad, aplicaron sus inmensas energías y posibilidades, tan pronto como les fue dado hacerlo, al estudio y progreso de la Medicina "europea o cosmopolita" que lógicamente adoptaron como propia; y engolfados en esta tarea no llegaron ni aún a percibir que si no en ellos mismos y en sus propias zonas, otros territorios de este Continente estaban más necesitados de sus esfuerzos y aportaciones que los bien dotados y organizados servicios de organización médica europeos,

CRECIMIENTO Y DESARROLLO HASTA NUESTROS DÍAS

Por largo tiempo los **descendientes** de los colonizadores ingleses primitivos domiciliados en el área septentrional del Continente ocuparon, ensacharon y mejoraron el **solar** heredado, y continuaron multiplicándose entre **si y con los cada vez más numerosos compatriotas metropolitanos** que atraídos por las nuevas de las inmensas riquezas acumuladas en sus recientemente adquiridas posesiones afluían a éstas en corriente humana ininterrumpida y sin preocuparse de las molestias y peligros que en aquellas épocas traía consigo al cruzar los mares de uno a otro Continente.

En el transcurso de este largo período la Colonia fue creciendo prodigiosamente y las características raciales de sus individuos no solamente se mantuvieron y conservaron por ser **inatacables** por las influencias del nuevo clima sino que fueron constantemente reforzadas y vigorizadas a través de los nuevos inmigrantes que dadas las dificultades de la travesía y la índole aventurada y dura de la empresa

que debían acometer a su llegada a estas tierras, eran gentes jóvenes y sanas, fuertes y animosas, por "autoselección".

La iniciación y el crecimiento de la Colonia que, por instinto más que por cálculo, tuvo efecto a **base de ayuntamientos entre los colonizadores con "absoluta exclusión de los indígenas"**, y los espléndidos resultados obtenidos (ya veremos que sólo en apariencia.) manteniendo incólume la pureza de **la raza blanca**, no pasaron desapercibidos para los observadores europeos y pronto comenzó a hablarse de las excelencias del **modo de colonizar de los ingleses**, se escribió mucho después alabándolo (no citamos fechas ni Autores porque la erudición **cae por fuera** de nuestros propósitos), y por fin tomó carta de naturaleza en la Antropología y en ella se describió y allí permanece descrito con el nombre de SISTEMA DE COLONIZACIÓN INGLÉS.

Esta publicidad unida a la magnificencia bien visible de los resultados del SISTEMA **no es un pequeño detalle** que mencionemos "al paso", sino un factor que tuvo y continúa teniendo gran importancia en la constitución y constante desarrollo y expansión de los pueblos americanos de habla inglesa; porque al difundirse por el mundo el conocimiento del SISTEMA DE COLONIZACIÓN "INGLES" generalmente descrito con elogio, los británicos se **encontraron** con que aquello era algo "original y propio", le tomaron el cariño que se tiene a todas las cosas personales, y lejos de reconsiderar constantemente y a lo largo del tiempo la bondad del SISTEMA le dieron a lo menos **prácticamente** un valor definitivo y continuaron y continúan empleándolo no ya por la tendencia natural a hacerlo sino por el **orgullo** de usar un MÉTODO DE COLONIZACIÓN, **perfecto** y propio.

Contribuyó y no poco en otros tiempos al mantenimiento y re fuerzo de las leyes de colonización inglesas, el que estas fuesen antagónicas del SISTEMA DE COLONIZACIÓN ESPAÑOL que como es de universal conocimiento lejos de repugnar o rehuir el cruzamiento con los aborígenes, lo practicaba y **preconizaba**, y como en las épocas de referencia existía una gran animosidad entre los pueblos inglés y español, precisamente a causa de la lucha que sostenían por el predominio en América, los nacionales de ambos veían con antipatía y desdén lo que hacían los adversarios; de aquí que los ingleses extendieran sin proponérselo su menosprecio por los españoles a los inocentes indígenas resultando con ello que no solamente acentuaron su tendencia a excluirlos de la **procreación** en sus Colonias sino que llegaron a considerar **degradante** el propósito **individual** de hacerlo por la simple razón de que era ésto lo que hacían sus adversarios españoles.

El pueblo americano de habla inglesa llegó pues a la mayoría de edad, y por las causas arriba mencionadas, tan **biotípicamente inglés** como antes lo fue y entonces lo era el que poblaba las Islas Británicas; y sus elementos integrantes **padecieron y sufrieron las mismas enfermedades que sus ascendientes y reaccionaron siempre ante ellas en igual forma que aquellos.**

La Medicina de este pueblo desde su nacimiento hasta la mayoría de edad alcanzada con prodigiosa rapidez y exuberancia,- ya en las postrimerías del siglo XIX, **fue pura y simplemente la "europea";**

y así tenía que ser porque era **sangre europea y no americana** por ningún concepto la que llevábando los cada vez más numerosos y fuertes individuos que lo formaban; esto explica que en las muchas y espléndidas contribuciones de sus Médicos al enriquecimiento de la bibliografía médica universal no se señalen particularidades dignas de mención en la constitución, fisiologismo y morbilidad propias, y que sus diferentes Textos inspirados en la observación **local** auxiliada por los conocimientos médicos universales expongan y describan la Medicina en sus diversos aspectos de manera análoga **al patrón** de sus homólogos europeos, **y que puedan estudiarse indistintivamente unos u otros para aprender y ejercer la Medicina EN EUROPA O EN LA AMERICA "DE HABLA INGLESA"**.

En épocas posteriores a las anteriormente reflejadas y en creciente progresión hasta los actuales momentos el **anglicanismo puro** de los pueblos norteos de América (políticamente divididos en las dos grandes naciones Canadá y Estados Unidos, pero físicamente continuos y fáciles a la observación de conjunto) ha sufrido hondas modificaciones que desde nuestro punto de vista son muy importantes de conocer.

La corriente inmigratoria que durante cientos de años estuvo sostenida y alimentada casi exclusivamente por ingleses metropolitanos que como quedó dicho tanto contribuyeron a la formación y solidificación de la fuerte estructura actual de estos pueblos, se transformó en torrente al universalizarse el conocimiento de sus grandes riquezas y de las posibilidades de trabajo y bienestar que estas abrían a la laboriosidad de todas las gentes; y entonces se volcaron materialmente sobre estas tierras de promisión los excedentes ambiciosos y aptos de los pueblos continentales europeos y después aunque en mucha menor escala los de los asiáticos, africanos y aún americanos de otras zonas continentales menos ricas y afortunadas que las del Norte.

Estas "inundaciones" de **material humano** que procedentes de los cuatro puntos cardinales han venido alcanzando a la América de habla inglesa durante todo el siglo XIX y lo que va del actual, no han llegado **todavía** a transformar ostensiblemente las características raciales bio-típicas generales del colosal organismo que la habita y por consiguiente su Medicina, porque **los seres que ha digerido, asimilado e incorporado a sus propias texturas tisulares "hasta ahora" no** podían modificarlas sin alterar las leyes de la Historia y la Biología; y aquellos otros que en la **actualidad digiere y se prepara a asimilar**, aunque en buena parte **distintos biológicamente** a los primeros y *muy* probablemente y por esto mismo llegarán a transformar aquel biotipismo racial inicial que hoy se mantiene incólume, son **aún** relativamente pocos y quizás tarden siglos en manifestar su influencia porque estos procesos de digestión y asimilación de **razas heterogéneas** son muy lentos.

La inalterabilidad de las características bio-típicas generales de los pueblos septentrionales del Continente y por lo tanto el mantenimiento del carácter **netamente "europeo"** de su Medicina a pesar de las enormes cantidades de nuevos seres de todas las procedencias y razas que durante el último siglo viene absorbiendo e incorporando a su **propia carne** se explica bastante bien examinando la **cantidad y**

calidad biológica de las muchedumbres humanas que sucesivamente ha ingerido a lo largo de aquel período; consideraremos sucesivamente y a tales efectos las procedentes: a) de los pueblos diversos de Europa; b) las de todos los demás de la Tierra

a) INMIGRACIÓN MODERNA DE PUEBLOS EUROPEOS DIVERSOS

Por sus comunicaciones fáciles y frecuentes con Inglaterra y por hallarse polarizada la atención del aquel Continente hacia América con motivo de las empresas de conquista y colaboración que con anterioridad venían llevando a cabo españoles y portugueses, los pueblos de Europa fueron los primeros que tuvieron noticias de las felices posibilidades de la inmigración hacia la América del Norte; la corriente emigratoria surgió pues en ellos con gran antelación a las que se originaron en otras partes del Mundo, y por la gran densidad de la población excedente y por afinidades raciales con los ingleses ocupantes de estos territorios, fue muy importante ya desde el principio y ha ido aumentando constantemente hasta nuestros días sin haberse detenido nunca ni disminuir en importancia numérica.

Aunque por lo que llevamos dicho basta para sospechar, que siendo la corriente emigratoria más antigua constante y numerosa la de los pueblos europeos, la incorporación de estos al americano de habla inglesa no podía alterar su composición bioquímica y por lo tanto su lisis-patología, por ser de "la raza blanca" todos ellos, (y así ha sucedido), no estará demás que fijemos la atención en cuales fueron los pueblos de Europa que mayor contingente dieron para esta emigración; por que dentro de la misma raza existen ciertas variedades que sin alterar nunca por sus cruzamientos el eje bio-típico de la misma, pueden reforzar o debilitar determinadas cualidades secundarias anatómico-fisiológicas y muy especialmente psíquicas que en el caso que estudiamos merecen ser atentamente consideradas.

Importa ante todo señalar que los españoles y portugueses embebidos y absorbidos por las empresas de colonización propias tenían sus emigraciones respectivas orientadas hacia sus dominios y no figuraron entre las masas de europeos a que venimos ahora refiriéndonos; ni aún después de la pérdida completa de su poderío colonial en América ocurrida en los últimos años del siglo anterior desviaron los españoles el curso de su emigración hacia el Norte; por "vis a tergo", por razones de orden sentimental, y por las facilidades que les brindaba el uso de su propio idioma, continuaron derramando sus energías, ahora en calidad de inmigrantes, sobre aquellos mismos pueblos a quienes antes dieron vida y que queriéndoles tanto como Padres, se vieron obligados a rechazarles cuando en mala hora pretendieron transformar este tierno título en el de soberbios Señores.

No contaron los franceses tampoco entre el número de estos pueblos europeos cuyas masas respectivas desorganizadas emigraron por individuos o pequeños grupos hacia el Hemisferio Norte de América; la actuación de este gran pueblo en el Continente americano tuvo mayor cohesión y uniformidad que los restantes, y dejó profundas hue-

llas de su paso en ciertas zonas como la República de Haití y el Canadá, y **apenas ninguna en las demás**; su caso no encaja en el general que ahora examinamos y será objeto en el momento oportuno de un párrafo aparte.

Excluidos de esta emigración **adicional** europea que analizamos ahora y por las razones y en las proporciones dichas los tres pueblos anteriormente mencionados, debemos dirigir nuestra atención hacia el papel que en esta emigración tuvieron sus vecinos continentales del Mediterráneo, italianos, griegos y yugo-eslavos.

El pueblo italiano emigrante por excelencia, tuvo evidentemente una buena participación en la general que estamos considerando; los importantes núcleos de italianos y sus descendientes esparcidos por los territorios nórdicos lo prueban; a su tiempo volveremos a encontrarlos al examinar la influencia que hayan podido ejercer en unión de otras minorías sobre la masa general de habitantes en estos territorios; hagamos notar ya ahora que no son tantos como podría pensarse porque dadas sus analogías idiomáticas con el español sus mayores contingentes emigraron hacia la América de habla española y particularmente hacia su extremo Sur en donde también los encontraremos pero ejerciendo un papel mucho más importante que en la actual ocasión.

Los yugo-eslavos y griegos, de escasísima importancia numérica como emigrantes, están distribuidos casi por partes iguales entre el Norte y Sur del Continente; serán considerados entre las minorías europeas al tratar del papel que posiblemente han desempeñado y desempeñan éstas en la transformación biológica que lenta pero indudablemente se está efectuando en el pueblo americano de habla inglesa.

El pueblo ruso no es ni ha sido nunca un país importante como donador de grandes masas para la emigración; las muchas posibilidades existentes en inmensas zonas de su territorio no explotadas ni aún conocidas, y las diferencias de su idioma en relación con los comúnmente usados en toda la América explica su ausencia **práctica** en este Continente y que los grandes desplazamientos de masas entre ellos se verificaran dentro de las propias fronteras; consideraremos no obstante a los pequeños grupos de este origen que puedan existir en las diversas zonas de América como incluidos al igual que los del grupo anterior entre las minorías **europeas**.

La **gran corriente emigratoria** que durante toda la época moderna hasta los momentos presentes ha venido nutriendo y engrosando desde el exterior al colosal organismo que estudiamos, la masa más importante de seres no ingleses, incorporados a su propia estructura, estuvo y está compuesta de **europeos** y entre ellos si no exclusiva, predominantemente por **escandinavos, holandeses, alemanes, checos, polacos y austriacos**, es decir por individuos procedentes de las regiones **central y nórdica de Europa**, la de los hombres "rubios", los más **semejantes** dentro de la raza "blanca" a los ingleses, tanto por el conjunto de sus caracteres raciales externos como por su grado de civilización, costumbres y afinidades de todo orden y entre ellas y muy particularmente las psicológicas; en una palabra, **los más adecuados (ingleses aparte) para ser asimilados como material humano propio, y para "aceptar y practicar" como suyo el SISTEMA DE CO-**

LONIZACION INGLES y conservar y perpetuar el alejamiento de las demás razas con fines de procreación, y mantener la pureza de la blanca.

Las **minorías** europeas a la cabeza de las cuales hemos de considerar la italiana constituyen, **al igual que las mayorías** que acabamos de mencionar, un refuerzo y consolidación de las características biotípicas **materiales** del gran pueblo anglo-americano; que fueron y **son** por su origen, **MÉTODO DE COLONIZACIÓN**, y calidad racial de las más grandes inmigraciones que ha recibido hasta el día, **las de la raza blanca.**

Pero si en lo puramente orgánico, minorías y mayorías europeas desempeñan igual papel, en lo **psicológico** son diametralmente opuestas; y ésto que parece estar fuera de la cuestión que tratamos, no sólo le pertenece por completo sin que tiene una gran trascendencia para el presente y sobre todo para el porvenir del pueblo anglo-americano y por consiguiente para ciertos aspectos de su Medicina actual y para todos los de la futura.

En efecto; ya hemos dicho que los centro y norte-europeos por sus afinidades instintivas y psicológicas con los ingleses son naturalmente aptos para "aceptar y practicar" el SISTEMA INGLES DE COLONIZACIÓN; tienden pues a la conservación del orden de reproducción establecido por los colonos primitivos; por el contrario, las pequeñas minorías de habla española y portuguesa practican su METODO PROPIO precisamente antagónico, y las demás sureñas de Europa tienen por iguales afinidades con aquellas que los norte y centro-europeos con los ingleses, pero opuestas, más inclinación al SISTEMA ESPAÑOL que al INGLES; estas minorías van contra el orden imperante, y a través de sus enlaces con individuos de todas las razas con sus correspondientes variedades van dando productos de diversos mestizajes que después de una o varias generaciones según los casos presentan los caracteres externos raciales adecuados para que los "blancos" de pura cepa los acepten como de su propia raza; y así es como ya en estos momentos se está edificando pero sin ser todavía ostensible la constitución biológica de los anglo-americanos, y de este modo es como ellos llegarán en el transcurso de los siglos a ser lo que ya son hoy los pueblos de habla española y EU Medicina no podrá continuar siendo la "europea" como ya en buena parte no lo es para los hispano-americanos y sobre todo para los de la REGIÓN CENTRAL DEL CONTINENTE, objeto principal de nuestro estudio

b) INMIGRACIÓN MODERNA DE PUEBLOS DE TODO EL GLOBO

Nos referimos bajo este epígrafe al conjunto de los correspondientes a individuos de las razas negra y amarilla; aunque evidentemente grandes núcleos de la negra ya entraron a formar parte del contingente humano de América en general en tiempos de los Conquistadores y por lo tanto no son de inmigración reciente, se han extendido y aumentado en densidad tanto en el último siglo que en parte al menos pueden tenerse como tales; pero aunque así **no** fuera con-

viene tratar de ellos al mismo tiempo desde nuestro punto de vista porque ambos grupos raciales deben ser sometidos a iguales consideraciones.

No obstante el gran número de individuos de estas razas que habitan en los países anglo-americanos, y muy particularmente para los negros, en el Sur de los Estados Unidos su influencia actual sobre la raza norteamericana es prácticamente desdeñable; amarillos y negros y muy especialmente estos viven agrupados en colonias de sus respectivos colores y tienen relativamente poco trato con los blancos; además si los americanos por instinto y por cálculo son inmiscibles con ellos a los efectos procreativos, en el caso particular de ambas razas la mayoría de los de la blanca incluso los españoles, que tanto difieren de los anglo-americanos en relación con los sentimientos que a tales efectos les inspiran los aborígenes americanos, rehuyen también la procreación con individuos pertenecientes a aquellas, no por prejuicios de orden racial sino sencillamente porque no se sienten físicamente atraídos por sus características morfológicas tan diferentes de las propias, acusadas e- imposibles de confundir o dejar de apreciar.

Desde el punto de vista que tratamos, la convivencia de amarillos y negros con los anglo-americanos, no oriundos de las minorías europeas, sería prácticamente inerte en cuanto a la determinación de modificaciones biológicas de orden racial entre los blancos; estas razas no se combinan entre sí en estado de purez ; algo así como la indiferencia de ciertos antígenos frente a la alexina o complemento; y del mismo modo que en este último caso el sistema bacteriolítico no está completo ni entra en actividad como no sea en presencia del amboceptor específico correspondiente, los anglo-americanos no pueden unirse a los amarillos y negros más que a favor de la acción del "amboceptor" correspondiente que en el sistema racial considerado tiene su representación en las minorías europeas antes mencionadas, y ya veremos más adelante que en las de los pueblos de habla española y por las mismas causas.

RESUMEN Y CONSECUENCIAS PRACTICAS DÉLO ANTERIORMENTE DICHO

Por su origen netamente europeo y haber creció y alcanzado su actualmente enorme desarrollo según las normas del SISTEMA DE COLONIZACION INGLES, el pueblo anglo-americano conserva íntegras sus características bio-típicas primitivas tanto por lo que se refiere a su conformación y aspecto general exterior como por su quimismo íntimo; la reactividad fisiológica y patológica de sus individuos frente a los excitantes normales y morbosos es idéntica a la de sus progenitores; todo lo que en ellos ocurre en estado de salud y enfermedad tiene su representación en los Tratados europeos correspondientes que son condensación y reflejo de millones de observaciones llevadas a cabo durante muchos siglos sobre sujetos de su misma conformación y constitución biológica. Los Tratados de Medicina AMERICANOS expresan a su vez de las particularidades fisiológicas y patológicas del propio pueblo anglo-americano observado en la actua-

lidad y por consiguiente varios siglos después de haber sido "transplantada" su **cepa de origen** y "**reinjertada**" continua y casi exclusivamente con nuevos materiales humanos de procedencia europea y por lo tanto dotados de iguales características bio-típicas, están **calcados** (no copiados) en los homólogos europeos; y esto demuestra que los sujetos que han servido a los Autores americanos para la composición de sus Textos están **calcados** también en los europeos.

El pueblo anglo-americano es pues biológicamente considerado—una "expansión" del conjunto de los europeos avecindada en América y conservada sin alteración en su nuevo **domicilio** por centenares de años; su Medicina, resultante y "exponente" a la vez del modo de ser y padecer de los individuos que lo integran, es naturalmente idéntica a la europea.

Esto, que es tan claro y evidente que parece innecesario decirlo y mucho menos todavía repetirlo una y otra vez como hemos venido haciendo a lo largo de este trabajo importa mucho dejarlo bien sentado y definido; porque por evidente que sea no ha penetrado completamente en la conciencia Médica universal y concretamente en la Americana y más particularmente en la de la región Central, que casi en la mitad del Continente se es y padece «a la europea» por la sencilla razón de que biológicamente son europeos sus habitantes; **y que mientras no se estudie de manera expresa la Biología de los hombres de las razas amarilla, bronceada y negra y sobre todo y muy principalmente LA DE LOS DESCENDIENTES DE CRUZAMIENTOS DE ESTAS ENTRE SI Y CON REPRESENTANTES DELA BLANCA, y se demuestre además, que no obstante su indefinida heterogeneidad biológica los nacidos de estas enrevesadas generaciones, son por- su modo de ser y padecer equiparables a los biológicamente homogéneos europeos,** será, cuando menos imprudente, el aceptar como propio o aplicable a los Pueblos latinoamericanos que son verdaderos (mosaicos.) raciales, la Medicina **de los americanos de habla inglesa;** tan imprudente y lamentable como es y por iguales-razones haber adoptado y continuar adoptando como propia la **importada** de

"^Creemos pues y repetimos que todo intento de estudio de la Medicina en América **debe necesariamente ir precedido de la fijación y retención** de esta idea fundamental: LA CONSTITUCION BIOLOGICA DEL PUEBLO ANGLO-AMERICANO Y LA DE LOS DE EUROPA ES EVIDENTEMENTE DISTINTA DE LA DE LOS LATINOAMERICANOS: que la Medicina es «única» para los primeros **ESTA DEMOSTRADO;** para los latinoamericanos **ESTA POR DEMOSTRAR, y muy probablemente no se demostrará nunca;** cuando menos en ciertos aspectos **ocurrirá lo contrario.**

En armonía con estas ideas y a pesar de que no nos proponemos otra cosa que poner de manifiesto las evidentes anomalías de la M-SIO PATOLOGIA en las regiones centrales del Continente, hemos tomado como punto de partida el examen de conjunto de la Medicina en el Hemisferio Norte; para alcanzar nuestro objeto y dada la índole y dificultad de los problemas que enfrentamos tenemos que proceder por **eliminación;** nos parece haber eliminado **en la medida posible y razonable** y a los-efectos que nos interesan el prejuicio d¿

que la Medicina en estos pueblos ha de ser necesariamente como en los americanos del Norte o en los de Europa.

LA MEDICINA EN LOS PUEBLOS IBERO-AMERICANOS

La prolija atención con que hemos examinado los factores determinantes del carácter de la Medicina europea y angloamericana excusa la necesidad de tratar otra vez de ellos.

Por su condición de europeos, y por consiguiente biológicamente análogos a los ingleses, los iberos hubiesen podido mantenerse racialmente puros y homogéneos como se han mantenido aquéllos, sí hubiesen actuado de igual modo en relación con la población indígena; pero ya hemos indicado que no fue así; instintivamente y tan sin deliberado propósito de actuar en un sentido determinado como para lo contrario les había sucedido a los ingleses, los españoles comenzaron a ayuntarse con las primitivas aborígenes y muy pronto surgió de estas uniones el tipo «criollo», primero y único que prácticamente ha existido y existe en América; estas uniones verificadas exclusivamente en un principio entre españoles (o portugueses) e indias puras al cabo de pocas generaciones comenzó a perder homogeneidad, porque los enlaces ya no se verificaron entre individuos de dos razas contrapuestas sino entre sus descendientes con predominio de las características paternas o maternas y aborígenes o españoles puros; y de este modo el porcentaje de los caracteres genotípicos paternos y maternos, de cada individuo fue haciéndose en proporciones mayores o menores distinto del de los demás y con ello la nueva raza «criolla» comenzó a desdibujarse haciéndose cada vez menos precisas y más irregularmente apreciables en sus individuos las en un principio claras diferencias que presentaban con los pertenecientes a las razas madres originales.

Las frecuentes y abundantes importaciones de africanos de la raza negra, el constante aflujo de individuos de raza amarilla y la despreocupación con que los ibéricos y sus descendientes, «criollos» ahora, se enlazaban con las nuevas gentes de color (aunque evidentemente con menos apetencia que la que mostraron los primeros para los aborígenes bronceados); dio lugar a multitud de mestizajes nuevos, que constantemente se hacían más complicados por "reinjertos" de nuevas remesas de negros y amarillos lejitimos, incrementadas por la nunca ininterrumpida corriente de ibéricos lejitimos también.

Al igual que ocurrió con los ingleses en su caso propio, la actuación de los españoles en sus colonias alcanzó la correspondiente publicidad, fué también objeto de numerosos escritos, y encontró también un puesto en ja Antropología en donde fue acogido y se le describe con el nombre de METODO DE COLONIZACION ESPAÑOL; y ya a partir de entonces y siempre de análogo modo que ocurrió con los ingleses y por las mismas causas, la tendencia natural e instintiva de procrear indistintamente con individuos de cualquier raza, pasó a ser un motivo de orgullo y argumento político a la vez para sostener la polémica de que en otro lugar hablamos contra los partidarios del SISTEMA DE COLONIZACION INGLES.

En las discusiones entabladas a este propósito no intervenían solamente los "inventores" de ambos Métodos, sino sus respectivos

descendientes y las masas inmigrantes en una u otra zona del Continente fuesen o no europeas; llegando a darse el notable caso de que las centro y norte-europeas que tan fácilmente se acomodaban por afinidad con los ingleses a su SISTEMA cuando ocupaban el Hemisferio Norte, si venían a establecerse en los pueblos latino-americanos, tomaban partido por el ESPAÑOL y procreaban con todas las razas tan despreocupadamente como los propios españoles.

Los pueblos latino-americanos nacieron, crecieron y llegaron a su actual grado de desarrollo a base de cruzamientos y entre cruzamientos repetidos entre los individuos procedentes de los cuatro puntos cardinales, y pertenecientes a todas las razas con sus correspondientes variedades; representan el resultado de la aplicación en gran escala del SISTEMA ESPAÑOL DE COLONIZACIÓN tan exactamente como los anglo-americanos representan los del INGLÉS; podrá opinarse (nosotros no entramos en eso ahora) que uno u otro es superior al antagónico y viceversa; PERO NADIE PODRA SOSTENER QUE LAS DOS GRANDES MASAS HUMANAS **NACIDAS** Y FORMADAS CON MATERIALES TAN DISTINTOS "A LO MENOS POR SUS CARACTERÍSTICAS RACIALES EXTERNAS", SON **IGUALES**; y del mismo modo: podrá creerse que la heterogeneidad **exterior no implica necesariamente** un bio-quimismo distinto (decimos **creerse**, pero no sabemos con qué argumentos). PERO PARA AFIRMAR QUE DOS GRUPOS DE SERES DIFERENTES EN LO **EXTERNO** SON **IDENTICOS** EN LO **INTIMO** DE SU BIOLOGISMO. HABRÁ QUE ARGUMENTARLO DEBIDAMENTE Y PROBAR QUE FISIO-LÓGICAMENTE Y PATOLÓGICAMENTE SUCEDE ASÍ EN LA **CLÍNICA**.

LA GRADACIÓN RACIAL EN LOS PUEBLOS LATINO-AMERICANOS

Es **fundamental** para nuestros fines dejar bien establecido que **la heterogeneidad** en las características raciales de estos pueblos **no es uniforme**; existen notables diferencias entre **unos y otros**; Y DENTRO DE CADA UNO ELLOS, aún de AQUEL que más diversidades ofrezca entre sus elementos integrantes, o de AQUEL otro que más distante aparezca de cualquiera de los tipos **puro*** de las cuatro razas, existen diferencias bien apreciables y muchas veces previsibles entre los habitantes de distintas localidades de una misma región o país.

En general, de manera esquemática y tal como nosotros vemos las cosas DESDE HONDURAS, estas diferencias **sin límites posibles** entre unos y otros pueblos y entre distintas áreas de uno mismo, se rigen por las siguientes reglas:

1? En los pueblos que **no son** de inmigración las características raciales de sus individuos son o corresponden de manera predominante **a la o a las razas** que primitivamente les dieron origen.

2? En estos mismos pueblos **las** localidades en que más claramente aparecen los rasgos propios de la **o las raza» progenitoras** son aquellas que según la Historia fueron ocupadas por las mismas durante más tiempo y por un mayor número de sus individuos,

3¹? En los países de emigración las características étnicas predominantes entre sus pobladores son como en el caso I las correspondientes a la o a las razas que durante más tiempo y con mayor número de sus individuos la? ocuparon, PERO ATENUADAS o REFORZADAS, SEGUN LOS CASOS, POR LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA O LAS RAZAS QUE HAYAN PREDOMINADO EN LOS "REINJERTOS" PRACTICADOS EN SUS "CRIOLLOS" POR VIRTUD DE SUCESIVAS INMIGRACIONES.

4? En cada uno de los casos anteriores LAS CARACTERÍSTICAS RACIALES EXTERNAS VAN CLÍNICAMENTE ACOMPAÑADAS DE LAS CORRESPONDIENTES EN EL ORDEN BIOQUÍMICO INTIMO, Y LOS INDIVIDUOS SE ACERCAN POR SU MODO DE SER Y PADECER TANTO MAS A LOS DE UNA RAZA DETERMINADA CUANTO MAS SE PAREZCAN "EXTERIORMENTE" A ELLOS.

5? En muchos casos "la fórmula bioquímica íntima aparece en DISOCIACIÓN con la "externa", pero esta DISOCIACIÓN jamases completa

Un bello ejemplo de que las anteriores reglas no se apartan mucho de lo que en realidad sucede en estos aspectos lo tenemos por lo que se refiere a la América del Sur en el pueblo argentino; éste que como todos los de habla española (y portuguesa) es americano de pura cepa POR LA "SANGRE Y EL SOLAR" HEREDADOS DE LA MADRE ABORIGEN, debió su nacimiento como todos los demás hispanos al enlace de las indias primitivas con los Conquistadores; fue pues al igual que sus hermanos y desde la primera generación un pueblo de criollos" que convivió con españoles y aborígenes hasta la absorción más o menor completa de estos últimos; recibió también como todos a lo largo del tiempo, inmigraciones de razas extrañas; pero bien porque fuesen menos numerosas e importantes que en los demás o porque sus respectivas huellas hayan sido borradas o absorbidas por las inmensas y continuadas inmigraciones de españoles, italianos, alemanes y demás pueblos europeos que durante el último siglo ha recibido, los argentinos son en lo externo indiferenciables en general de los europeos, tienen una bibliografía Médica que en nada se distingue de la anglo-americana o europea, y según nuestra experiencia personal que es limitadísima pero expresiva, padecen lo que los europeos y si no con la misma con muy poca menor intensidad que estos.

Nos imaginamos, porque no hemos tenido la suerte de visitar aquel hermoso país, que dentro del territorio de la República se producirán los mismos fenómenos que hemos apuntado para la totalidad, de la nación; porque si evidentemente los constantes "reinjertos" de la población "criolla" con material europeo y notablemente español e italiano borran en tal forma las características bio-típicas generales ""criollas" que los productos de estas uniones llegan a confundirse con el español y el italiano netos (o el europeo para otras variedades), y ello tanto más cuando más frecuentes numerosos y "próximos" hayan sido los reinjertos" europeos en las ramas progenitoras de un determinado individuo o grupo de ellos, es lógico suponer que todos estos fenómenos se producirán en las diferentes localidades del país con una frecuencia e intensidad directamente proporcionales al

número de estos inmigrantes que se hayan establecido en cada una de aquellas (segunda premisa de la regla 3?).

Creemos firmemente, también por la lógica de las cosas y no por experiencia propia para la mayoría de estos países, que en todos ellos desde el extremo sur de la Argentina hasta la frontera septentrional de México, las características étnicas de sus respectivos habitantes estarán distribuidas en la totalidad de cada uno y en sus diferentes regiones, para los de emigración, con arreglo a la ley tercera en sus dos partes como hemos visto sucede en la Argentina, y para los que no sean de emigración, con arreglo a las primeras y segundas como veremos en seguida.

El carácter de la Medicina en ellos debe también ser según el razonamiento, a lo menos a nuestro modo de ver, armónico con las particularidades bio-típicas respectivas.

LA MEDICINA "EN" LA AMERICA DEL CENTRO, Y "LA SUYA PROPIA"

Comprenderemos a los efectos que estudiamos en el término C. A. y para abreviar, a los países, países vecinos que en más o menos deban ser involucrados a los fines que ahora nos interesan; nos referimos a México y Cuba.

En esta C. A. convencional unos pueblos son de emigración y otros no; como en líneas generales lo que hemos dicho de la Argentina es aplicable a los primeros, trataremos ahora de las circunstancias que se dan en general en JOS de no emigración

Elegiremos como patrón o módulo de estos últimos al que menos inmigración reciba de todos los latino-americanos y muy principalmente de los enclavados en el área de C. A.; cuanto digamos de este pueblo-patrón podrá esquemáticamente aplicarse a todos los demás que se encuentren en semejante caso.

Honduras, cuando menos en C. A., es el país que más apartado está de las corrientes inmigratorias; constituye pues un excelente modelo para nuestro objeto y ya veremos como a partir de lo que en el sucede es bien fácil ver y comprender lo que pasa en los demás:

al igual que todos los de habla española, el pueblo hondureño actual fue a partir de la Conquista genuinamente INDO-HISPANICO; sufrió como todos también pero en mucha menor escala, las salpicaduras de las corrientes multiraciales inmigratorias, y con ellas las inevitables perturbaciones en su "fórmula racial criolla", quizás la más pura de toda la América hispana precisamente por razón de su lejanía del oleaje inmigratorio; esta relativa integridad racial INDO-HISPANICA se conserva en la actualidad probablemente mejor que en todos los demás pueblos de la América de habla española porque a partir de la Independencia la corriente emigratoria hispánica y de otros pueblos europeos se desvió hacia las más prósperas regiones continentales sureñas, y aunque europeos y gentes de otras razas han continuado llegando al país "con cuentagotas", puede decirse que no se han verificado en su población los grandes "reinjertos" que en la mayoría de sus hermanos'.

La población actual de Honduras puede decirse que racialmente difiere muy poco de la de la Colonia; un cierto número de europeos y

anglo-americanos conviven con ella y se prestan admirablemente por su escasez a servir de término de comparación con los "criollos" hondureños sin llegar a perturbar con la superposición de sus características la visibilidad de las de éstos; respetables colonias de "criollos" centroamericanos de otras Repúblicas dan ocasión de apreciar las diferencias y analogías que existen entre ellos, y las de todos, juntos con los anglo-americanos y los europeos; el lugar es "ideal" para llevar a cabo esta clase de observaciones; DEMASIADO IDEAL: porque la combinación racial HISPANO-HONDUREÑA, repetimos que observable casi en estado de pureza, ha dado un tipo de "criollo" "INVEROSÍMILMENTE EXENTO" de casi toda la Patología humana; y como ésto no lo dicen los Tratados de Medicina ni tiene en los demás países de C. A. una representación suficiente y sobre todo suficientemente visible y no enturbiada por la coexistencia con esta excepcional "AMOR-BOSIDAD", de toda la Patología apreciable "EN" los respectivos habitantes de aquellos europeos, anglo americanos y "criollos" muy cercanos por su bio-tipismo a los dos primeros nadie cree que sea cierto nada de cuanto estamos diciendo (nosotros fuera de Honduras haríamos igual), y con ello se retrasa y perjudica el conocimiento de la PATOLOGÍA ESPECIAL DE ESTAS REGIONES, que no es privativa de Honduras, aunque aquí sea mucho más ostensible y fácilmente apreciable, sino en diferente grado, pero siempre importante, de todas las Repúblicas centroamericanas propiamente dichas y también y cuando menos de Cuba y México.

Para reflejar con relativo acierto las características generales bio-típicas del pueblo hondureño y sus infinitas gradaciones entre los individuos que lo integran tenemos necesariamente que fijar primero, artificial o convencionalmente a falta de tipos puros conocidos las que corresponden al grupo de aquellos que nos parecen racialmente más opuestos, y después examinar las de los intermedios.

Para llevar a cabo esta elección nos ayudaremos de la Historia; ya dijimos en otro trabajo (1) que los núcleos más importantes de españoles invasores ocuparon durante largo tiempo los Departamentos Occidentales de la actual República de Honduras, más propicios a ellos por sus analogías de clima y aspecto con los españoles; en los Orientales quedaron los menos y también los aventureros de todas las razas más adaptables en general que aquellos a los rigores del clima tropical particularmente acentuados en estos departamentos y en los costeros; entre Occidente y Oriente se entre-mezclaron en diverso grado ambos grupos.

Pues bien: el hondureño actual oriundo de los Departamentos Occidentales es el más cercano por sus características raciales externas al europeo y concretamente al español; le denominaremos Tipo I; en los que proceden de Oriente se aprecia el tipo indefinido opuesto {no es de este lugar ni de nuestra competencia describir morfológicamente las características raciales; basta además a nuestros fines la vaguedad de este lenguaje) al que designaremos como tipo II; entre

(1) véase; Dr. José Gómez-Márquez-"Los Contrastes de la Clínica"
REVISTA MEDICA HONDURENA N.º 105-Marzo-abril-1948

ambas el aspecto exterior de sus ocupantes es intermedio y le llamaremos Tipo III.

Las características raciales externas relacionadas con el lugar de origen de cada individuo son dentro de la inevitable nebulosidad de la cuestión un punto de apoyo bastante estimable para el **encasillamiento** de aquellos en cualquiera de los tres Tipos admitidos; pero no es raro que aquellos datos no nos dejen razonablemente satisfechos como elementos de juicio para clasificar debidamente a un sujeto determinado; como auxiliar de esta exploración y a pesar de que a menudo es difícil de obtener el dato buscado, empleamos sistemáticamente el interrogatorio para informarnos del Departamento de origen de **padre y madre**, y si es posible **profundizamos** "hasta los cuatro abuelos"; consideramos como perteneciente al Tipo I y le asignamos ARBITRARIAMENTE, a falta de más sólidos apoyos la condición de "CRIOLLO HONDURENO PURO" a aquel sujeto que **cualquiera que sea su Departamento de origen**, no tenga en su ascendencia hasta sus "cuatro abuelos **inclusive**", ningún MIEMBRO EUROPEO.

La combinación de este último dato con los de origen y los raciales externos es particularmente útil en la apreciación de las características de la Patología **local** (nos referimos **por ahora** sólo a Honduras) y constantemente proporciona preciosas enseñanzas de utilidad práctica.

Aparte de estas características étnicas **externas**, que no hemos **visibilizado** más que en el Tipo I mediante la indicación de sus analogías con el europeo, TODOS LOS HONDURENOS presentan, hasta donde nos ha sido posible observar, cierto número de características anatomofisiológicas que vamos a enumerar, y no a describir, porque **en** su mayor parte son solamente asequibles a la exploración oftalmológica especializada:

1º CARACTERÍSTICAS PUPILARES

Por su expresividad, fácil acceso y tratarse de una exploración de gran importancia clínica y común a todos los Médicos nos ocuparemos de ellas con cierto detalle,

Las pupilas "criollas" son centrales, regularmente **redondeadas** y muy pocas veces ovales. Por su **tamaño** diremos que sin llegar a la miosis resultan un poco más **pequeñas** que en el caso universal; la **igualdad** es tan rigurosa que fuera de las afecciones que comprometen **directamente al iris** y de las **secuelas** de éstas, se puede considerar que nunca se altera; **la midriasis, miosis y anisocoria** por estados morbosos **locales** excluidos los propiamente ridianos (miopía, hipermetropía, glaucoma "esencial", atrofia papilar **total** y amaurosis en general que no **alteren la visibilidad** de la pupila), las ocasionadas por intoxicaciones exógenas (tabaco, opio) o endógenas (grandes endocraneanas) las relacionadas con enfermedades sistematizadas del sistema nervioso; (tabes, parálisis general, esclerosis en placas) y las debidas a irritaciones o compresiones del simpático cervical (pleuritis apicales, dilataciones y aneurismas aórticos.. infartos glanglionares cervicales) **son verdaderas excepciones, PORQUE NINGUNO**

DE LOS PROCESOS LOCALES Y GENERALES MENCIONADOS SE VEN PRÁCTICAMENTE EN CLÍNICA "CRIOLLA" HONDURENA.

El reflejo foto-motor, es constantemente "breve y perezoso"; a la acomodación y convergencia presenta iguales características, pero en grado menor.

La fórmula pupilar "criolla" responde pues a los siguientes términos: miosis, isocoria e hipo reactividad foto-motora.

Esta fenomenología pupilar es tan estricta y característica que basta percibir en el sujeto sano una pequeña alteración en su "fórmula" para poder asegurar que entre él y sus cuatro abuelos se halla interpuesto por lo menos un miembro europeo; las "desviaciones" de la fórmula pupilar "criolla" hacia la "cosmopolita", aparentes excepciones de aquella, constituyen verdaderas contrapruebas confirmatorias, porque el grado de la "desviación" aumenta proporcionalmente al aumento de ascendientes europeos en cada sujeto.

En lo patológico, y a lo menos hasta que no se demuestre que los factores integrantes de la fórmula pupilar "criolla" responden a alteraciones determinadas, la miosis ligera, la hipereactividad foto-motora, y la pequeña disociación entre los reflejos pupilares a la acomodación y a la luz, observadas en los "criollos" de estas regiones centrales de América, deben ser consideradas como normales y desprovistas del valor semeiológico que en clínica universal se les concede.

Las alteraciones pupilares imputables a los defectos ópticos o enfermedades oculares y generales anteriormente mencionadas, constituyen como las afecciones mismas verdaderas excepciones en clínica "criolla", y éstas como en el caso fisiológico son siempre contrapruebas favorables a la exactitud de la regla general; los que las presentan son en todos los casos individuos con ascendencia europea cercana "muy cargada", y los procesos correspondientes no alcanzan a tener nunca en ellos, y por "europeizados" que estén se no típicamente, la importancia y gravedad que tan a menudo ofrecen en los europeos.

La regularidad de tales hechos es tal, que permite y obliga al práctico a adoptar, en principio, en clínica "criolla", este postulado: ninguno de los estados morbosos locales y generales arriba citados y por consiguiente las alteraciones pupilares que respectivamente les corresponden son propios de los "criollos"; todo cuadro clínico que parezca delatarlos, debe ser considerado como "falso" y revisado y analizado con la mayor atención.

La utilidad práctica de este proceder es considerable: no impide el diagnóstico de los procesos cuya presencia se rechaza "en principio", cuando existen realmente; facilita por obligar a una minuciosa exploración y mayor severidad en los juicios el conocimiento de la Patología "criolla" típica, y acostumbra a ver su clínica, no a través de lecturas o de recuerdos de la "cosmopolita", sino directamente y con arreglo a lo que en ella misma se ve y palpa.

2? CARACTERÍSTICAS DE LA REFRACCIÓN Y DE LA VISION

Por su maravillosa perfección óptica el ojo acriollo" constituye una FORMIDABLE PRUEBA favorable al alto grado de diferenciación

bio-típica de la RAZA «CRIOLLA» HONDURENA en relación con la europea y su prolongación anglo-americana.

No podemos tratar de este punto con la extensión que merece porque entraríamos de lleno en el campo de la Oftalmología y esto no es adecuado para una publicación de Medicina general; pero sí diremos en apoyo de lo que venimos sosteniendo y también a guisa de información que AMBOS OJOS SON PRÁCTICAMENTE PERFECTOS DESDE

EL PUNTO DE VISTA ÓPTICO EN MAS DEL 90% de LOS «CRIOLLOS» HONDURENOS; entendiendo por tales aquellos que tienen como única anomalía de refracción MEDIA dioptría de astigmatismo, combinada en un 25% de los casos con otra MEDIA dioptría de hipermetropía; defectos ambos que aún combinados en todo» los casos y siendo el valor de cada uno de ellos no MEDIA sino UNA dioptría, constituyen lo que prácticamente se suele considerar en Europa como normal, y muy raramente produce molestias y exige el uso de vidrios correctores antes de los cuarenta años.

Como dato curioso diremos que basta un VIDRIO CILINDRICO CONVEXO DE MEDIA DIOPTRIA CON SU EJE INCLINADO A 90 GRADOS SOBRE EL HORIZONTE, para transformar físicamente (clínicamente jamás son necesarios los anteojos correctores antes de 40 años) en perfectos cada uno de los dos *ojos* (esta igualdad óptica es otro carácter bio-típico constante en el 90% indicado) de 70 de cada 90 «criollos» hondureños; y el mismo y con igual inclinación (se llama en Oftalmología «contra regla» porque así es en el resto del Mundo) más otro vidrio convexo, también de MEDIA dioptría, para cada ojo, en los otros 20.

El 10% asignado para anomalías de refracción diversas en medida y calidad, cubre muy holgadamente las posibles excepciones a la regla general.

La fórmula refraccional "criolla" hondureña, puede enunciarse de este modo: ASTIGMATISMO HIPERMETROPICO SIMPLE "CONTRA REGLA" VALORADO EN MEDIA DIOPTRIA, e ISOAXIAL; ISOMETROPIA; EN 25% COMBINADO CON MEDIA DIOPTRIA DE HIPERMETROPIA.

Estos datos corresponden a exámenes en ojos atropinizados.

La agudeza visual es cómodamente ja unidad para ambos ojos; la perfección sensorial de la visión y la ausencia prácticamente de defectos ópticos permite asegurar que toda disminución visual subjetivamente ostensible, en un «criollo" hondureño, sea uní o bilateral denuncia la existencia de un «proceso morboso».

3? FATIGA VISUAL «FISIOLOGICA»

Aunque el sólo enunciado de esta característica parece un contradictorio, el fenómeno a que se refiere constituye una realidad clínica que por afectar también al 90% de los «criollos» hondureños en ausencia aparente de afecciones visuales y generales constituye un motivo permanente de consultas tanto para el Oftalmólogo como para los Médicos generales.

Los pacientes se quejan de que la vista se les cansa durante la fijación visual sostenida y particularmente en el cine; tienen lagrimeo, enrojecimiento, dolores oculares ligeros, y a veces dolores de

cabeza intensos y aún verdaderos accesos jaquecoides que les obligan a abandonar el espectáculo.

En otras ocasiones estos fenómenos aparecen sólo a la fijación cercana (lectura, labores, etc.), y en personas que manifiestamente están por debajo de los 45 años que corresponden a las presbicias más precoces.

Como puede verse esta sintomatología es justamente la de la fatiga visual «universal») que los Tratados describen con el nombre de astenopia y que todos los Médicos del Mundo Oculistas o no, oyen a diario exponer a sus clientes.

En las personas que aquejan tal situación, los Oculistas suelen encontrar mediante las exploraciones adecuadas y sin dificultades cualquiera de las formas de astenopia que en Oculística se describen, o aunque raramente varias de ellas combinadas.

CONTINUACIÓN DE LA HISTORIA DE CONCEPCIÓN REYES INICIADA EN EL ANTERIOR TRABAJO

Nuestra experiencia acerca del examen del l.c.r. es corta; quizás no alcancen a 50 los casos examinados; conocemos solamente los datos de manometría, contaje, Kahn, Takata-Ara, y Nonne-Apple; las mismas circunstancias que nos impidieron hacer con mayor precisión otras investigaciones subsisten para ésta. Avancemos la impresión de que también aquí si la "lúes, no **seca** los cordones posteriores en Honduras, los baña en cambio en un l.c.r. cuyo Kahn es tan frecuentemente "atóxico" como el de la sangre".

Con lo avanzado "al pasar" por los dientes creemos haber dado elementos de juicio suficientes para que al discutir el caso de esta enferma parezca menos raro lo que hayamos de decir.

Completan los anteriores datos y hacen aún más interesante y complicado el caso de nuestra enferma, los siguientes:

Continuación de Ap. digestivo.-Bazo e hígado perceptibles.

SISTEMAS nervioso, muscular, óseo y ganglionar.-Normales, a excepción de los ganglios inguinales moderadamente infartados.

Otros sentidos.-Uretritis, vulvo-vaginitis, erosiones del cuello uterino y abundante leucorrea espesa y blanquecina.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre.-Kahn t.-Hematozario t falciparum. (20 días después de su ingreso, tuvo 5 accesos palúdicos típicos que cedieron con qq.)

Fórmula sanguínea.-Eritrocitos 3000.000. (cielos hipocrómicos.

Leucocitos-8.570. Neutr. 52%. Linf. 40%. Eos-4% Gds. mon. 4%.

Hemoglobina-50% Células en mm.-O.

Velocidad de sedimentación.-26 mm. por hora.

Líquido c.r. K. I f TAKATA-Ara-O. Nonne-Appel-O. Presión 20 mm. Hg.

Importante Concurso, patrocinado por la Fundación "Luis A. Morquio"

Hemos recibido la nota siguiente:

"Montevideo, enero 1944.—Señor Director de la Revista Médica Hondureña.—Tegucigalpa, D. C — Honduras.—Señor Director: Considerando que a los lectores de esa revista pueda interesar el llamado a concurso que resolvió hacer la FUNDACIÓN LUIS MORQUIO, ruego a usted quiera dar publicidad al reglamento del cual adjunto una copia.—Agradecido a la atención que se sirva prestar a este pedido, saludo al señor Director muy atentamente.—EMILIO FOURNIE.—Secretario."

FUNDACIÓN LUIS MORQUIO. Segundo concurso de trabajos. Habiendo terminado el plazo para la presentación de trabajos al primer concurso, según dijimos en un NOTICIARIO anterior, el Jurado presidido por el profesor Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, en un elogioso dictamen, por unanimidad de votos, resolvió adjudicar el primer premio al trabajo presentado por el doctor Carlos M. Barberousse, distinguió médico uruguayo.

El Comité Administrador de la referida Fundación, con fecha 15 de diciembre último, resolvió llamar a concurso sobre un tema que es complemento obligado del anterior, de acuerdo con las siguientes bases:

Reglamento del Segundo Concurso de Trabajos

El Comité Administrador de la FUNDACIÓN LUIS MORQUIO, de acuerdo con lo establecido en sus Estatutos (artículos 10, 12, 13), llama a concurso de trabajos, con las condiciones siguientes:

Pus vaginal.-Negativo para gonococo. Bacilos Gram-Positivo-abundantísimos y no identificados.

Heces.-O. Orina-Nada anormal.

Resumen histórico.-Presenta esta enferma: QUERATITIS PARENQUIMATOSA, POLIARTRITIS, AMIGDALO-FARINGITIS, URETRITIS Y VULVO-VAGINO-CERVITITIS.

Etiologías posibles.-Su paludismo surgió en el curso avanzado de la enf. actual: pero también lo padeció hace un año; debe pensarse en él.

Serológicamente es luética.-Tiene una infección uretro-vaginal por germen no identificado. Tuvo una amígdalo faringitis que pudo ser "reumática".

Ha podido tener una descarga bacilémica.

Puede tener una infección "focal".

El paludismo, la lúes y la tuberculosis pueden hacer la q.-p.

Estas tres etiologías, la angina, la uretritis y un "foco oculto" pueden hacer la POLIARTRITIS.

(Continuará).

- 1° El tema a tratar, es: EDUCACIÓN Y ASISTENCIA MEDICO SOCIAL DEL NINO EN EDAD PREESCOLAR (3 A 6 AÑOS).
- 2° Los trabajos no podrán tener mayor extensión de doscientas páginas (200 págs.) formato carta, dactilografiadas, escritas de un lado, con veinticinco renglones de sesenta puntos. En ese número de páginas irán comprendidas gráficas, cuadros numéricos, fotografías, etc.
- 3° Se presentarán cinco ejemplares de cada trabajo, y cuando éste no sea escrito en español, se acompañará cada ejemplar con la traducción en este idioma.
- 4° Los trabajos deberán presentarse conjuntamente con la documentación correspondiente, antes del día 24 de septiembre (Día de Morquio) de 1945, a las 12 horas, en la Secretaría de la FUNDACION, Avda. 18 de julio N° 1648, tercer piso, Montevideo, Uruguay.
- 5° Se establece un premio único de setecientos pesos moneda nacional uruguayana (\$ 700.00).
- 6° Podrán ser opositores ciudadanos naturales de cualquier país americano, o ciudadanos legales con no menos de diez años de ciudadanía en su respectivo país.
- 7° Los opositores deberán probar que reúnen las condiciones de que habla el artículo 69 con los documentos correspondientes, debidamente legalizados por las autoridades consulares uruguayas en el país de origen, cuando se trate de personas cuyos comprobantes sean expedidos en el extranjero.
- 8° Cuando a juicio del Comité Administrador, los trabajos o comprobantes no reúnan las condiciones exigidas por este Reglamento, será excluido del concurso el opositor, sin más trámite.
- 9° El Jurado será designado y se dará a conocer, seis meses antes del plazo fijado en el artículo 49
- 10° El Jurado podrá declarar desierto el premio. El fallo será dictado antes del 31 de diciembre de 1945, salvo razones de fuerza mayor.
- 11 fallo del Jurado es inapelable.
- 12 Toda cuestión no prevista en este Reglamento, será resuelta por el Comité Administrador de la FUNDACIÓN LUIS MORQUIO. '

Montevideo, 15 de diciembre de 1943.

José Scoseria,
Presidente.

Emilio Fournié,
Secretario.

NOTA DE LA DIRECCIÓN:

Con todo gusto complacemos los deseos del Dr. Fournié, publicando hoy el Reglamento al cual deberá ceñirse el interesante concurso que, sobre EDUCACIÓN Y ASISTENCIA MEDICO SOCIAL DEL NINO EN EDAD PREESCOLAR, patrocina la importantísima institución uruguayana "LUIS A. MORQUIO".

Notas

ESTADO DE SALUD DE UN COMPAÑERO

En la ciudad de Guatemala, después de haberse encontrado en un estado de suma gravedad, nuestro estimado consocio el Dr. Juan A. Mejía M., ha venido mejorando de las serias dolencias que presentará a raíz de su regreso de México.

Celebramos mucho que el colega se encuentre ya mejor y que los esfuerzos por devolverle su salud, tengan un resultado definitivamente favorable.

DE VACACIONES

Disfrutando de una gira de vacaciones en el Departamento de Olancho, se encuentra nuestro estimado colega el Dr. Carlos M. Gálvez. Que goce bastante son nuestros deseos.

EN VIAJE A MÉXICO

Acompañado de su apreciable familia partirá próximamente, en vía de paseo, a México D. F., nuestro compañero el Dr. don Manuel Cáceres **Vijil**.

Les deseamos un feliz viaje y una agradable permanencia en la Ciudad de los Palacios.

DE REGRESO

Procedente de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara, a donde fuera en viaje de recreo, ha ingresado a esta capital, el Dr. don Salvador Paredes P., Fiscal de la Asociación Médica Hondureña.

Cordialmente le saludamos.

FIRMA DE UN IMPORTANTE DOCUMENTO

Ha sido firmada ya la escritura pública, en virtud de la cual la "Asociación Médica Hondureña" adquiere el terreno necesario para **dar** principio al desarrollo de la campaña nacional de protección a la infancia, de la cual están enterados ya los lectores de esta revista.