

Revista Médica Hondureña

OrganodelaAsociaciónMédicaHondureña

Director: DR. EAMON
ALGEBRO CASTRO h.

Redactores:

DR. MARCIAL CACERES VIJIL DR. CARLOS M. GALVEZ
DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA

Secretario: Administrador:
DR. J. RAMÓN PEREIRA DR. MARTIN A. BULNES B.

Año XVI | Tegucigalpa, D. C. Hond., C. A., Enero y Feb. de 1946 | No. 122

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Servicios Médicos en Honduras

Es este un tema que necesita más estudio que el que yo pueda haberle concedido y, a sabiendas de ello, me referiré a él corta e incompletamente.

Corno en todas partes, esos servicios son de dos clases: científicos y empíricos. Estos últimos están todavía bastante extendidos en el país pero habrán de ceder progresivamente al incremento de la medicina científica.

De acuerdo con nuestra estructura económico-social los servicios médicos científicos no están repartidos según las necesidades que de ellos haya, sino según el sitio en que puedan pagarse. Una ojeada al cuadro adjunto, obtenido de la Dirección General de Estadística, y que muestra cifras correspondientes al último censo de junio de 1945, deja ver ciertos contrastes entre el número de médicos y densidad de población en los varios Departamentos del País.

Departamentos	No. de habitantes	No. de médicos
Francisco Morazán	174.224	71
Cortés	99.796	40
Choluteca	96.559	10
Santa Bárbara	88.629	5
Copán	87.631	5
Lempira	81.182	1
Yoro	78.359	17
El Paraíso	73.597	10
Olancho	68.133	3
Comayagua	60.462	10
Valle	58.355	3
Van	966.927	175

Vienen	966.927	175
Intibucá	54.882	1
Atlántida	50.413	21
La Paz	48.658	4
Ocotepeque	45.324	2
Colón	27.802	1
Islas de la Bahía	7.314	1
SUMAS	1.201.310	205

Desde un punto de vista estadístico estricto, por supuesto, habría que considerar con minucia muchos pequeños detalles. Yo no sé si independientemente de toda acción médica las condiciones de salubridad o insalubridad de los Departamentos de Cortés y Choluteca, por ejemplo, sean extremadamente diferentes, pero pienso que no deben ser mucho. Hay, sin embargo, 40 médicos en Cortés y sólo 10 en Choluteca, lo que significa 30 médicos más para una población sólo superior en cerca de 4.000 habitantes. Otro aspecto del asunto es el cultural, ya que de dos Departamentos con igual población solicitará más al médico, el que más educado esté en este sentido.

Es de interés fijar la atención sobre el papel del Estado en la salud del pueblo.

Este papel es ostensible, sobre todo en algunos sectores. Yo no he podido recoger los nombres de los 205 médicos censados en junio de 1945. No sé si en algunas ocasiones los censados hayan dado como su profesión una que no tienen autorizadamente, o si pueda haber algotras circunstancias que hagan variar las cifras que yo he obtenido (médicos, retirados, no incorporados, etc.) Yo sólo he obtenido un total de 164 nombres de médicos repartidos en el país (incluyendo unos pocos a quienes les falta su examen general, pero que desempeñan puestos de "médicos").

El Estado cuida de la salud del pueblo formando los médicos que quieran estudiar en el país. La Escuela de Medicina, dependiente de la Universidad Central de Honduras, es sostenida por el Estado. Los alumnos pagan solamente 16 lempiras (\$8.00) por inscripción anual y tres lempiras (\$1.50) por derechos anuales de examen por materia, alrededor de quince lempiras al año. Un total de veintinueve lempiras (\$14.50). Los estudios se hacen en siete años. Después de haber aprobado el último el alumno ha de pasar dos exámenes generales antes de recibir su título.

Sostiene el Estado cinco hospitales. Uno en Tegucigalpa (pronto serán dos al poner en servicio el Hospital para Tuberculosos), uno en Comayagua, uno en San Pedro Sula, uno en La Ceiba y uno en Santa Rosa de Copan.

El Hospital de Tegucigalpa tiene más de 500 enfermos. Está compuesto de varios departamentos: de Cirugía, con cuatro salas, 2 para hombres (Cirugía general, Cirugía Oftalmológica, Urología),

y 2 para mujeres (Cirugía General y Ginecología), de Obstetricia; de Medicina, con una sala para hombres y una para mujeres; de Tisiología, con una sala para hombres y una para mujeres; Materno-Infantil, con una sala para Madres y niños menores de un año, una sala para niños y una para niñas; de Oftalmología; de Oncología con una sala para hombres y una para mujeres; de Neuro-psiquiatría (en el Asilo de Indigentes, ahora anexo al Hospital) con cuatro salas, 2 para hombres y dos para mujeres; Pensionados Civil y Militar; de Consulta Externa; de Laboratorio y de Farmacia. Ningún enfermo paga por hospitalización ni por servicios médicos.

Los otros hospitales de la República son menos amplios. Alojan hasta 200 enfermos aproximadamente y están divididos en departamentos de Medicina, Cirugía y Pediatría.

La Dirección General de Sanidad tiene sus oficinas centrales en Tegucigalpa y extiende su acción a todo el país; Tiene departamentos de Tisiología, Venereología, Enfermedades infecto-contagiosas, Laboratorios, etc. En colaboración con el Gobierno de Estados Unidos, por medio del SCISP, sostiene un Centro de Salud en Choluteca.

Los Institutos Normales Centrales y la Escuela de Artes y Oficios tienen también médicos pagados por el Estado. Lo mismo sucede con la Escuela Normal Rural de Tegucigalpa. Están además los médicos o Cirujanos del Ejército.

El número de médicos que el Estado emplea en sus servicios del Distrito Central es alto. De 54 médicos que habernos en la Capital, 32 trabajamos para el Estado; es decir cerca del 60%. El número total de médicos empleados es un poco más alto. De los que no se han contado como empleados del Estado, dos trabajan para un Hospital privado; tres trabajan con sueldo para la Cruz Roja Hondureña; la Taca (Compañía de Aviación) paga un médico para sus empleados que aceptan su plan médico, y otros médicos trabajan para Compañías de Aseguros. Así, pues, más del 70% de los médicos que trabajamos en Tegucigalpa estamos empleados en alguna Institución estatal o no, Casi todos esos empleos permiten dedicar varias horas diarias a la práctica privada.

En otras ciudades las proporciones varían. En San Pedro Sula el Estado emplea a un 28% de los médicos que allí practican. En La Ceiba esa proporción baja al 20%. Allí mismo las Compañías Fruteras emplean al 30%, lo que hace un total del 50% de médicos empleados. En Tela el Estado emplea a un 25% ; las Compañías Fruteras a un 62.5%. Sólo uno de los 8 médicos que allí practican se dedica solo a su práctica privada. En Puerto Cortés el Estado emplea el 12%. En Progreso el 33%. En La Lima el 100% de los médicos son empleados de Compañías Fruteras. En Comayagua el Estado emplea el 33% ; en Choluteca el 50%, etc. En total toman-tío ambas cifras, la de 164 médicos que he logrado situar en la Re-

Tromboangitis Obliterante

—Por el Doctor Humberto DÍAZ.

Entre las afecciones vasculares que se observan entre nosotros con menos frecuencia, figura indudablemente la Tromboangitis Obliterante (T.A.O.), enfermedad que Leo Buerger describió en Nueva York, a principios de este siglo, en individuos de origen hebreo, jóvenes y sin presentar, en la inmensa mayoría de los casos, evidencia de sífilis.

Por nuestra parte, hemos tenido recientemente a la vista, un caso que nos fue remitido por nuestro colega el Dr. Ramón Alcerro, en el cual el citado compañero formuló el diagnóstico de T.A.O.; diagnóstico con el que estuvimos en un todo de acuerdo, por las razones que adelante serán expuestas.

La historia del caso es la siguiente: M. D., de 32 años, casado, Labrador, nacido y residente en Soroguará, aldea cercana a esta capital, ingresó al Asilo de Indigentes el día 18 de agosto de 1945, a curarse de un dolor agudo en la pierna izquierda. Nos cuenta el paciente que su enfermedad se inició en 1941, por parestesias diversas localizadas en los miembros inferiores, tales como adormecimientos, dolores que se le iniciaban, en la raíz de cada miembro para extenderse luego a la punta de los dedos, piquetazos y sensación de frío. Iguales trastornos se observaron también en los miembros superiores. A esto se agregó anorexia y depresión físico-psíquica.

Las citadas molestias fueron aumentando de intensidad de un modo progresivo, y al cabo de tres años el dolor tomó un carácter agudo y urente en la pierna derecha, lo mismo que en el hueso plantar del mismo lado, sitio en el cual la piel tomó un tinte ligeramente violáceo al principio, que luego se fue volviendo más oscuro hasta llegar al negro, presentando además un aspecto brillante y con descenso de la temperatura local. Este trastorno se extendió

pública y los 205 que aparecen censados, podemos decir que de un 39 a un 49% somos empleados (del Estado, Compañías Fruterías, Mineras, de Aviación, etc.); y de un 29 a un 36% empleados del Estado.

En tan amplio tema las ideas se vienen péle-méle, y de los conceptos anteriores puede decirse a manera de conclusiones que los servicios médicos científicos son más generales en donde mejor pueden pagarse y que el médico en Honduras está, en general, habituado a prestar sus servicios mediante un sueldo determinado a diversas colectividades (Estado, Compañías Industriales) y es probable que tema menos la socialización de la medicina que prevé el mundo, que los médicos de otros países que trabajan en otras condiciones.

luego a los dedos del pie correspondiente, afectando al 4o. y 5o., invadiendo además el dorso del pie hasta a nivel de la articulación medio-tarsiana.

En estas condiciones ingresó a la 1a. Sala de Cirugía de Hombres del Hospital San Felipe, en donde le fue amputada la pierna correspondiente a un través de dedo por debajo de la espina de la tibia. Abandonó el hospital dos meses después, sin que la herida operatoria hubiese curado completamente. Los fenómenos parestésicos continuaron en la pierna izquierda y aun en el muslo derecho, al mismo tiempo que aumentaron de intensidad en los miembros superiores, predominando en el lado izquierdo.

Hace cinco días el dolor del pie izquierdo se intensificó, presentando las mismas características que el de la pierna del lado opuesto, con la diferencia de que en esta ocasión se iniciaron en el primer dedo del pie, sin extenderse el tinte violáceo al dorso ni a los otros dedos. Con este motivo fue internado en el Asilo, en donde se le aplicó terapéutica para el dolor, 20 inyecciones de extracto total de páncreas desproteinizado (Depropanex), prohibiéndosele además el uso del tabaco. El 2 de diciembre del mismo año se le practicó la desarticulación del orjejo mayor, y el 25 del mismo mes un bloqueo del simpático lumbar con procaina.

A la fecha de nuestro reconocimiento (a mediados del mes de enero del año en curso), los dolores se han intensificado en la mano izquierda, adquiriendo un tinte violáceo el cuarto dedo de la misma.

La anamnesia lejana de este paciente, aparte de negar toda afección venérea no da nada de importancia. En la anamnesia familiar por parte de la madre, hay un parto prematuro de 6 meses con feto muerto y un aborto de 4 meses. Su esposa ha tenido tres hijos sanos y un 'aborto, de evolución desconocida.

En cuanto a sus funciones orgánicas generales hay anorexia, hipodipsia, sueño irregular, interrumpido por los paroxismos dolorosos. Hay ligera disuria no dolorosa. Evacuaciones intestinales normales. Padece de priapismo intermitente desde hace diez años, que al principio se acompañó de frecuentes poluciones nocturnas, hace dos años ha disminuido de intensidad.

En sus condiciones generales de vida, hay trabajo intenso, mala alimentación. Vida sexual normal, a pesar del trastorno genital apuntado. Fuma cigarrillos en abundancia, desde la edad de diez años. No ha prestado servicio militar ni de guerra.

Al examen somático, nos encontramos con un sujeto de mediana estatura, con panículo adiposo un poco escaso, musculatura regularmente desarrollada. Arquitectura ósea normal. Piel color moreno claro y mucosas rosado-pálidas. Actitud, en decúbito dorsal, pero de preferencia en decúbito lateral izquierdo y flexión de los miembros sobre el tronco, afirmando él, que en esta posición siente un poco de alivio en sus dolores.

El cuarto dedo de la mano izquierda presenta un color violáceo y brillante y la uña correspondiente tiende a desprenderse de

su matriz, hay dolor espontáneo y provocado. Se comprueba la ausencia de la pierna derecha. En el pie izquierdo se nota la falta del ortejo mayor, no habiendo cicatrizado aún la herida operatoria, siendo visible la cabeza del primer metatarsiano. Los demás dedos del pie, así como el dorso del mismo tienen una coloración violácea lustrosa; las **venas** dorsales están turgentes.

Por la exploración del aparato circulatorio, no se comprueba ninguna anomalía en el corazón, los tonos son normales, la punta late en el sitio normal. El examen de las arterias deja ver: Ausencia de pulso a nivel de la radial derecha, cubital izquierda y pedia del mismo lado. La presión arterial es de 110 de Mx por 70 de Mn, en milímetros de mercurio.

La exploración de los aparatos: Respiratorio y Digestivo no da ningún dato de importancia, lo mismo que con respecto a los órganos de los sentidos. En cuanto al sistema nervioso, se comprueba cierto grado de atrofia muscular de la pierna* izquierda.

Los exámenes complementarios que fue posible practicarle, no dieron nada de importancia, aparte de la negatividad de la Kahn por dos veces y de una hiperleucocitosis con polinucleosis, que atribuimos al estado supurativo en el sitio en que se practicó la desarticulación del dedo grueso en el pie izquierdo.

COMENTARIOS DE DIAGNOSTICO

De acuerdo con la historia clínica expuesta, se pueden establecer las conclusiones siguientes:

1)—Que se trata de un individuo de 32 años, quien desde la edad de 27—poco más o menos—comenzó a sufrir una serie de parestesias que fueron agudizándose progresivamente hasta culminar, a los tres años y medio de evolución, con focos gangrenosos de la extremidad distal de los miembros inferiores, que han requerido la intervención quirúrgica.

2)—Que la evolución de estos focos gangrenosos no fue simultánea.

3)—Que presenta, además, trastornos semejantes y de evolución reciente, a nivel del cuarto dedo de la mano izquierda.

4)—Que presenta asimismo ausencia de pulsaciones a nivel de la radial derecha, de la cubital izquierda y de la pedia del mismo lado.

5)—Que hay ausencia absoluta de alteraciones objetivas de la sensibilidad.

6)—Que no es un individuo arterioescleroso, ni adolece de "hipertensión arterial,

7)—Que no presenta manifestaciones orgánicas de lúes, dando una Reacción de Kahn negativa.

8)—Que es un gran fumador desde que tenía 10 años de edad.

Tomando pues, en consideración los hechos apuntados, creemos **que hay base suficiente para afirmar el diagnostico de T, A.**

O-, o sea la enfermedad que Leo Buerger describió en Nueva York hace 40 años, en individuos de origen israelita, sobre todo en los procedentes de Rusia. Como es bien sabido, el factor racial no tiene en la actualidad la importancia que se le dio al principio; las modernas estadísticas demuestran que no sólo en los individuos de 'origen israelita puede observarse, y esto no en pocos casos. Por otra parte, sabido es también a la intoxicación tabáquica crónica, factor que está presente en el caso que se describe; lo mismo que el factor sexo y el factor edad.

Hasta la fecha en que estas líneas han sido escritas, no ha sido posible practicar al referido paciente, algunas pruebas auxiliares de diagnóstico que, como la arteriografía y el análisis químico-físico de la sangre, son de gran importancia.

En su primer período, es cuando el diagnóstico de la T. A. O. presenta más dificultades, ya que por sus manifestaciones dolorosas—que entonces son las únicas—puede dar lugar a confusión con una serie de afecciones que nada tienen que ver, por lo menos de un modo directo, con alteraciones exclusivas del sistema vascular, así: Una uña encarnada, el pie plano doloroso, la talalgia blenorragia, la gota, el reumatismo, las artritis agudas, las neuritis, etc., etc., son capaces de originar errores de diagnóstico.

En su segundo período, o sea el de gangrena, que fue precisamente durante el cual se presentó nuestro enfermo, desde su primer arribo al hospital, la T. A. O. debe ser diferenciada, principalmente, de tres afecciones: La Eritromelalgia, del Síndrome de Reynaud y de la Endarteritis Crónica Obliterante. Pero la Eritromelalgia se caracteriza por crisis dolorosas acompañadas de exageración de los latidos arteriales, de exageración del calor local, de cianosis, y no termina nunca por gangrena. El Síndrome de Reynaud, puede en algunos casos prestarse a mayor confusión con la T. A. O., sin embargo, aquél se caracteriza por atacar simultáneamente extremidades simétricas, con más frecuencia las manos que los pies. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, los dolores no son de carácter agudo, existiendo muy a menudo, en vez de éstos, sensación de hormigueo y de hinchazón. Las crisis son, ante todo, vasomotrices, ya del tipo de síncope local o ya del de asfixia (local también). Las crisis son desencadenadas por el frío y reguladas por el calor. Por último, el S. de R. produce un esfacelo superficial, no necesitando jamás amputación.

La Endarteritis Crónica Obliterante, llamada por los franceses del tipo Bouley-Charcot, se presenta con menor frecuencia en los sujetos jóvenes, y en los antecedentes de los enfermos se encuentra con toda claridad, la existencia de infecciones e intoxicaciones, ya endógenas o ya exógenas: Sífilis, diabetes, gota, etc., etc. Es en esta forma en donde el síntoma de claudicación intermitente adquiere caracteres más notables: calambre brutal que aparece bruscamente durante la marcha, y que desaparece inmediatamente que el sujeto se detiene. **Coincide con otras lesiones arteriales:**

Aortitis, lesiones renales e hipertensión arterial marcada. Cuando el esfacelo aparece,- es de carácter más violento y masivo, al grado de que exige con mayor rapidez la intervención quirúrgica, acompañándose, por regla general, -de gangrena húmeda.

Las enfermedades mutilantes como la Lepra, la Siringomirria y el Panadizo Analgésico, no podrán confundirse nunca con la T. A. O., con sólo recordar que en aquellas son constantes y muy notables las alteraciones de la sensibilidad objetiva.

Las medidas terapéuticas indicadas en la afección que nos ocupa, son muy numerosas, y todas ellas pueden ser consideradas como de carácter sintomático, ya que la causa fundamental de la T. A. O. no ha sido aún determinada. Así pues, algunas de dichas medidas se encaminan a calmar el dolor, otras a ejercer acción anti-espasmódica sobre los vasos, otras a ejercer acción vasodilatadora, otras a disminuir la viscosidad de la sangre o aumentar el volumen de ésta, otras a estimular el aumento de su contenido en GLUTATION, favoreciendo así los procesos de oxidación en los tejidos; otras medidas de orden quinesiterápico (Método de Buerger), hasta llegar a las intervenciones quirúrgicas que recaen sobre el simpático.

El Dr. Samuel Silvert, de Nueva York, en un artículo suyo, publicado a fines del año recién pasado en "The Journal of the American Medical Association", presenta una casuística de 1.400 enfermos observados por él, de los cuales sólo 12 fueron mujeres, *de lo que se desprende que en éstas la frecuencia de la enfermedad no llega ni al 1%*. Todos los tratadistas hacen notar este fenómeno, suponiendo, la mayoría de ellos, que la hormona femenina pueda obrar en este caso como elemento de defensa; quedando abiertas, con tal hipótesis, las puertas de la **contrahormonoterapia**.

Historias Clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

Por el Dr. Antonio Vidal

OBSERVACIÓN No. S

Hidrocefalia adquirida

Cruz González, de 7 años de edad, natural de Márcala, Depto. de la Paz, ingresó al servicio de Niños del Hospital General, el día 13 de julio de 1945, por «na fractura en el muslo derecho y por enorme volumen de la cabeza.

Esta observación, es motivada únicamente por la última anomalía, de ahí que relegaremos a segundo lugar la antedicha fractura.

Anamnesia próxima: A- loa tres meses, de haber nacido sin ningún contratiempo o anomalías, fue atacada súbitamente de fiebre elevada, postración, dolor en la nuca miembros, hiperestesia cutánea y rechazamiento de la cabeza hacia atrás, apareciendo a continuación vómitos, convulsiones y nistagmo. Tres días más tarde se presentó una erupción de color rojo subido, y prominente en los miembros inferiores que se extendió en seguida al abdomen, tórax y miembros superiores, persistiendo durante tres días, continuando elevada la fiebre que se hizo continua y desapareció hasta los 15 días. Al final de la enfermedad, la fontanela mayor se puso tensa y abombada, acentuándose el nistagmo y apareciendo una ligera exoftalmía. Desde esa época, se inició un crecimiento anormal de la cabeza, lento y progresivo hasta llegar al estado que actualmente se presenta. Su desarrollo, tanto físico como mental, experimentó desde entonces un retardo como lo demuestra el hecho de que hasta la edad de cuatro años empezó a pronunciar sus primeras palabras. No ha aprendido a sentarse por sí sola por impedírsele el gran tamaño de su cabeza.

Anamnesia lejana.— Erisipela a los 15 meses, paludismo y corizas recidivantes. Fue lactada por su madre y el destete tuvo lugar a los dos años.

Funcione; orgánicas generales.—El apetito siempre ha sido excelente. Sed un poco aumentada. Sueño intranquilo. Evacuaciones normales. No se comprueban trastornos circulatorios respiratorios, digestivos ni urinarios. Hay retraso mental no obstante, contesta bien las preguntas sencillas que se le hacen.

Anamnesia familiar.— Madre con cinco hijos, de los cuales nacieran muertos dos, otro murió al año a consecuencia de una diarrea, el otro ha gozado de buena salud. No ha tenido abortos. Ha padecido de paludismo, sarampión y en una época estuvo sufriendo de cefalalgias tenaces, artralgias y dolores osteócopos.

Padre sano, en su cuadro, de parientes, **figuran** una tía que adolecía de una enfermedad, consistente en gordura excesiva y

exagerado volumen de la cabeza, que la obligaba estar constantemente sentada, murió a los 40 años.

ESTADO PRESENTE

Parte especial

i

A la inspección inmediatamente salta a la vista el gran tamaño de la cabeza de esta enferma que es de forma globulosa. Se nota un ensanchamiento más marcado a nivel de la frente, pues las eminencias frontales son muy prominentes lo mismo que las regiones parietales, en cambio la cara aparece relativamente pequeña comparado con el tamaño enorme del cráneo. Se constatan algunas dilataciones venosas en el cuero cabelludo y los cabellos son escasos. La raíz de la nariz está ensanchada; los globos oculares se hallan desplazados hacia abajo, observándose además un ligero grado de exoftalmía y nistagmo bilateral. La circunferencia de la cabeza mide 58 cms. Los miembros superiores e inferiores están constantemente en semiflexión y ambos pies están en aptitud de varus.

Estado general.— Se trata de una niña con desarrollo corporal deficiente, con una estatura de 88 cms. y con un peso de 25 libras. Arquitectura muscular y panículo adiposo escasos. Su cabeza muy grande la obliga a guardar siempre una actitud en decúbito, pues es incapaz de mantenerla levantada y como consecuencia la estación de pie y la deambulacion son imposibles.

La piel es de color moreno clara, seca con cicatrices redondeadas diseminadas por varias partes del cuerpo, vestigios de lesiones impetiginosas.

EXAMEN DE APARATOS

Aparato respiratorio: Tórax globuloso. Tipo respiratorio: costo-abdominal. Frecuencia 22 respiraciones por minuto. La palpación, y auscultación del tórax no da ningún signo- positivo.

Aparato circulatorio.— Pulso regular, tenso 118 pulsaciones por minuto.

Corazón: el choque de la punta se percibe en 4o. espacio intercostal izquierdo, inmediatamente por debajo de la tetilla. Ruidos cardíacos normales a la auscultación.

Órganos digestivos.— Boca: mucosas rosadas pálidas. Lengua normal. Dientes: se observan los incisivos y caninos inferiores en buen estado. Han iniciado su emergencia los premolares inferiores. En la mandíbula superior se notan en los premolares dos rai-gones dentarios correspondientes al incisivo medio derecho y canino derecho. Amígdalas: normales.

Hígado: normal. **Bazo:** percutible. **Abdomen:** globuloso. **Organos urinarios:** normales.

Sistema nervioso.— No se comprueban atrofas musculares. Tono normal. Motilidad activa: son posibles los movimientos de los cuatro miembros, pero es imposible la extensión completa.

Reflejos plantares: aumentados. No hay Babinski. Abdominales : abolidos. Aquilios y rotulianos: normales. Conjutivales y corneales: normales.

Es imposible la estación de pie.

Ojos: pupilas perezosas a la luz y a la acomodación. Hay nistagmo.

Exámenes complementarios

G. B.: 8.400
N.: 68%; L.: 22% G.M.: 8%.
E.: 2%; B.: 0%.

Orina:

Heces: Tricocéfalos.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS:

Resumiendo¹ esquemáticamente la anamnesia de esta enferma nos encontramos que a los tres meses de nacida presentó el siguiente cuadro sintomático:

1°.— Fiebre alta continua, que le duró 15 días.

2°.— Dolor en la nuca y miembros.

3°.— Postración.

4°.— Hiperestesia cutánea.

5°.— Rigidez de la nuca,

6°.— Vómitos.

7°.— Convulsiones y nistagmo.

8°.— Fontanela anterior, turgente y abombada.

Este cuadro me hace pensar que evidentemente nuestra enferma adoleció e-n la fecha de una meningitis meningocócica, una de cuyas secuelas fue la obstrucción de los ventrículos cerebrales que finalmente dio por resultado el crecimiento anormal de la cabeza que definitivamente es una Hidrocefalia adquirida.

El diagnóstico diferencial se hará con dos afecciones.

1°.— El raquitismo es una alternativa que podemos rechazar fácilmente, porque en dicha enfermedad, el cráneo tiene más bien una forma cuadrada y no globulosa, se forman depósitos óseos en las eminencias frontales y parietales y alrededor de las fontanelas, cosas que no se observan en nuestro caso y además va acompañada de otros síntomas típicos, como el rosario costal, la forma especial del tórax, etc.

2°.— La Acondroplasia: va acompañada en efecto de una cabeza grande, con frente saliente y dorso de la nariz deprimido pero en ella encontramos como distintivo, una detención del crecimiento de las extremidades, mientras el tronco tiene una longitud normal. La brevedad de los brazos y muslos es mayor que-la de las pier-

nas y antebrazos. Todos estos síntomas nos permiten rechazarla de nuestro diagnóstico.

En cuanto a la variedad de la Hidrocefalia, no pudimos hacer la distinción, por falta de medios apropiados para el caso.

Pronóstico.— Le auguramos un pronóstico no del todo desfavorable como suele ser en estos casos, pues parece que ha habido una detención en el crecimiento de la cabeza.

Tratamiento.— La mayoría de las intervenciones propuestas dejan mucho que desear y el tratamiento es casi nulo.

OBSERVACIÓN No. 4

I

Orlando Galeas, de 7 años de edad, ingresó a este servicio el primero de los corrientes, porque no puede hablar ni caminar.

ANAMNESIA. Nacido a término mediante un parto normal, tardó varios minutos para respirar presentando un aspecto cianótico; cuando tenía aproximadamente un mes de edad, sufrió un repentino acceso de sofocación del cual curó con asistencia médica; a los dos meses tuvo una inflamación del muslo izquierdo, caliente y dolorosa que se extendió a las bolsas y pene y que curó con una pomada y medicina tomada por cucharaditas prescritas por un facultativo.

De aquí, al año de edad, no presentó ningún trastorno accesible a la escasa observación de su madre, que refiere además de lo anotado, e insiste en afirmar, que tenía la apariencia de un niño sano, que ejecutaba todos los movimientos correspondientes a su edad; los trastornos que podemos apreciar en estos momentos y que consiste en paraplejia espástica, trastornos del lenguaje, sialorrea y zonas de enfriamiento localizadas en las manos y los pies, de aspecto cianótico, llamaron la atención de su madre al llegar a la edad en que ordinariamente empiezan los niños a dar los primeros pasos y a articular las primeras palabras; los síntomas antes mencionados se constituyeron paulatinamente, sin causa aparente. Durante varios años, permaneció con sus miembros inferiores inmovilizados y rígidos. Desde hace un año se le ha visto realizar algunos movimientos espontáneos (tendencia a sentarse), la rigidez y las zonas de enfriamiento permanecen en igual estado, lo mismo los trastornos del lenguaje, pues solamente logra emitir voces inarticuladas.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS MATERNOS. Madre nacida a término lactada en el seno materno, empezó a dar los primeros pasos a los cuatro años, a articular las primeras palabras a los ocho, no acusa trastornos de origen luético, pero hay en ella antecedentes hereditarios maternos de ese carácter, tales como abortos, cefalalgias, dolores osteócopos, etc., se le han practicado repetidos exámenes de sangre (reacción de Kahn) y el resultado ha

sido negativo; yo ordené la última hace una semana y el resultado fue también negativo. Ha tenido tres hijos nacidos a término, el primero es el del caso que nos ocupa, el segundo y tercero son normales; a esta conclusión llegué después de examinarlos, no hay historia de abortos ni de partos prematuros.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS PATERNOS. Padre descendiente de alcohólicos.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES. Apetito, bueno; sed, sueño, evacuaciones normales; no hay trastornos digestivos, circulatorios ni respiratorios; aparato urinario, incontinencia de orina; órganos de los sentidos: tacto, gusto, olfato y, oído normales. El examen de fondo del ojo dio lo siguiente: esclerocoroiditis bilateral y dudoso edema papilar. (Las condiciones del niño no permiten hacer un examen completo.

ESTADO PRESENTE. Se trata de un niño con arquitectura ósea normal, musculatura y panículo adiposo, escasamente desarrollados, piel moreno aclara y húmeda; no hay úlceras ni escaras pro decúbito; actitud del cuerpo, decúbito lateral con los miembros inferiores cruzados; sensorio y psiquismo, embotados.

EXAMEN DE APARATOS. Aparato circulatorio. Inspección, palpación, percusión y auscultación, normales; la punta late en el quinto espacio intercostal izquierdo por debajo del pezón, en una frecuencia de noventa latidos por minuto; pulso regular, rítmico y de amplitud normal.

APARATO DIGESTIVO. Mucosa bucofaringea, rosada; amígdalas, ligeramente atrofiadas; dentadura incompleta; con algunas piezas mal implantadas y otras cariadas, ofrecen el aspecto de los dientes de Hutchinson; bazo, ni palpable ni percutible; hígado, normal; abdomen: inspección, nada que anotar, palpación, rigidez de los músculos de la pared anterior.

APARATO RESPIRATORIO. Número de respiraciones, veinte por minuto; tipo respiratorio, diafragmático, a la inspección, palpación, percusión y auscultación, no se observa ninguna anormalidad.

SISTEMA NERVIOSO. Pares craneales: Segundo, probable edema papilar; tercero, cuarto, quinto, sexto, séptimo, octavo y noveno, normales; décimo, contractura de la pared abdominal; undécimo, probable hipertonia del esternoclerdomastoideo y del trapecio; duodécimo, normal; motilidad activa y pasiva, normal *en* los miembros superiores; en los inferiores, movimientos pasivos, posibles todos; motilidad activa, ejecuta algunos movimientos espontáneamente; hay hipotrofia y rigidez de las masas musculares; sensibilidad táctil y dolorosa existen; térmica, probablemente no existe en los miembros inferiores; sensibilidad profunda, no se puede explorar. Reflejos: tendinosos, exagerados, hay signo de Babinski en el lado derecho; reflejos cremasterianos, abolidos, abdominales, **disminuidos** particularmente **en el lado derecho.** ..

EXAMENES COMPLEMENTARIOS. Sangre: glóbulos rojos 3.400.00; glóbulos blancos, 13.050; linfocitos, 26% ; grandes mononucleares, 10% ; neutrófilos, 64% ; eosinófilos, 0% ; basófilos 0% ; hemoglobina, 70%; hematozoario, negativo; reacción de Khan, positivo más cuatro; Orina, no se pudo obtener; heces, uncinaria: líquido cefalorraquídeo; Khan, negativo; recuento, 2.10; Takata-Ara, negativo; Nana-apel, negativo; glucorraquia normal. Examen radiológico:

DIAGNOSTICO. Ante un caso que ofrece los siguientes síntomas: trastornos del lenguaje, paraplejia espástica, zonas de enfriamiento de aspecto cianótico localizadas en las manos y en los pies, hiperreflexia tendinosa, signo de Babinski, disminución de los reflejos abdominales y abolición de los cremasterianos y sialorrea, me parece razonable hacer el siguiente diagnóstico: parálisis cerebral infantil dipléjica de origen luético.

Cabe hacer el diagnóstico diferencial con las siguientes afecciones : Enfermedad de Little. Estrictamente, esta enfermedad está caracterizada por paraplejia espástica congénita, relacionada con traumatismos obstétricos y observada en prematuros; el habla no está necesariamente afectada, la inteligencia puede estar normal o ser ligeramente defectuosa.

Mielitis crónica: difiere de la afección diagnosticada, por su evolución, alteración de la sensibilidad, trastornos atróficos, etc. Poliomeilitis: en dicha enfermedad, la atrofia es mucho más intensa, los reflejos tendinosos están disminuidos o abolidos, la parálisis es de tipo flácido y su distribución es raramente dipléjica, afecta desigualmente las extremidades e incluso, puede limitarse a determinados grupos musculares, además existen síntomas prodrómicos y hay alteraciones del líquido cefalorraquídeo; parálisis del Mal de Pott: tiene una historia distinta y es posible evidencia lesiones vertebrales; pseudo-parálisis del raquitismo: se aproxima más a la poliomeilitis que a la parálisis cerebral infantil; parálisis por atrofia de los núcleos de los nervios craneales en bulbo y protuberancia: es progresiva en su sintomatología, hay temblor, parálisis de la lengua, trastornos cardíacos y respiratorios.

PRONOSTICO. Reservado.

Tratamiento. Aconsejo tratamiento específico intenso y fisioterapia.

C O M E N T A R I O

Por invitación del Dr. Vidal pude estudiar este niño en sus primeros días de hospitalización.

Como se relata más arriba la exploración neurológica demostraba una paraplejia espástica, que por la historia se sabe que se notó a la edad en que los niños principian a dar sus primeros

pasos. Hay desde el punto de vista psiquiátrico gran retraso mental. Nunca logramos fijar su atención; el chico no conoce una palabra ; no ha aprendido a los siete años el control de sus esfínteres. Deglute mal la saliva y salivea constantemente.

Mi primera impresión fue la de síndrome encefalopático crónico **infantil**, y declaré: Síndrome de Little, lo cual podría seguirse defendiendo si se tuviera interés; ya que se han agregado innúmeros detalles sintomáticos y etiológicos, a lo que algunos quieren hacer: "una paraplejia espástica de origen congénito, que tiende a mejorar y que no va acompañada de trastornos intelectuales, ni de convulsiones". La tendencia nuestra, sin embargo, debe ser siempre la de aproximarnos a la lesión anatomopatológica y a la etiología.

Con este objeto colaboramos practicando una neumocéfalografía. Obtuvimos una gran cantidad de líquido céfalo-raquídeo. En las radiografías notamos una hidrocefalia interna: gran dilatación de los ventrículos lo., 2o. y 3o. No encontramos atrofia cortical y sólo moderada cantidad de aire en los espacios extracorticales. Advirtamos que no se hizo radiografía a las 48 horas después de la inyección de aire, fecha en que éste se ha desplazado hacia dichos espacios en mayor cantidad y los hace más visibles a la exploración radiográfica.

El estado mental está bastante retrasado, como hemos dicho antes. No pudimos encargarnos de las pruebas de inteligencia, pero las sugerimos. Porque creemos que será de utilidad para los colegas y estudiantes de medicina, reproducimos a continuación algunas tablas de guía exploratoria del estado intelectual. (Reproducidas del Manual de Neuro- Psiquiatría Infantil por el Dr. F. Pascual del Roncal, editado por la Casa de España en México, **D. F.**, 1940):

B A B Y T E 8 T Para los niños

de dos a once meses

PRUEBAS DE DOS MESES

- 1 Mantener la cabeza erguida.
- 2 Mantener la cabeza alta en decúbito abdominal.
- 3 Movimiento de inteligencia con la cabeza cuando dura un sonido.
- 4 Reacción a un ruido brusco.
- 5 Fijar la atención.
- 6 Movimiento de huida con la cabeza.
- 7 Reacción social (no asustarse ante personas desconocidas).
- 8 Reacción al cambiar el estado de ánimo.
- 9 Gorgoritear.**
- 10 Ensayos de movimientos.

PRUEBAS DE TRES MESES

- 1 Mantener erectos cabeza y hombros en decúbito abdominal.
- 2 Tactar objetos.
- 3 Buscar con la vista el origen de un sonido.
- 4 Seguir con la vista objetos en movimiento.
- 5 Reacción al desaparecer un objeto divisado.
- 6 Cambio de reacción al repetirse los estímulos.
- 7 Intento de huida con todo el cuerpo a los estímulos táctiles.
- 8 Sonreír o gorgoritear replicando a la mirada.
- 9 Experiencia de la máscara (Reacción).
- 10 Imitar la mímica.

- PRUEBAS DE CUATRO MESES

- 1 Apoyarse en la palma de la mano.
- 2 Tratar de coger los objetos tocados.
- 3 Coger con ambas manos, sin usar los dedos.
- 4 Movimiento de aprehensión hacia un objeto.
- 5 Contemplar los objetos tocados.
- 6 Mirar activamente a las nuevas situaciones.
- 7 Experiencia del pañal, echado.
- 8, El niño renuncia a jugar con adultos. . i
- 9 Quitar los juguetes.
- 10 Imitar la mímica (más complicada).

PRUEBA DE CINCO MESES

- 1 Levantar la cabeza y hombros en decúbito supino.
- 2 Echado de espaldas volverse de un lado y otro.
- 3 Coger los objetos que divisa.
- 4 Distinguir la expresión alegre o enfadada del adulto.
- 5 Test del pañal en decúbito supino.
- 6 Quitar los juguetes.
- 7 Resistencia a dejarse quitar los juguetes.
- 8 Buscar los juguetes perdidos.
- 9 Reacción positiva-a los sonidos.
- 10 Imitar la mímica (grado más elevado).

PRUEBAS DE SEIS MESES

- 1 Sentarse apoyado.
- 2 Test del borde de la mesa.
- 3 Enfado al querer coger en vano.
- 4 Distinguir entre palabras cariñosas y enojadas.
- 5 Entretenerse en tocar un objeto en reposo con otro movible.
- 6 Risa con reacción general.
- 7 Test del pañal en decúbito supino.
- 8 Reacción al quitarle el juguete.
- 9 Intento activo de contacto.
- 10 **Imitar sonidos.** ,

PRUEBAS DE SIETE MESES

- 1 Rechazar las fuentes de estímulos.
- 2 Moverse del lugar que ocupa.
- 3 Cambiar de postura para acercarse al objeto deseado,
- 4 Manejo de dos objetos.
- 5 Imitar golpes.
- 6 Rechazar juguetes.
- 7 Test del papel.
- 8 Test del pañal, sentado, con apoyo.
- 9 Distinguir la mímica alegre de la enfadada.
- 10 Arrebatarse juguetes a los adultos.

PRUEBAS DE OCHO MESES

- 1 Sentarse voluntariamente.
- 2 Reacción amnésica.
- 3 Arrastrarse.
- 4 Tendencia a seleccionar los juegos.
- 5 Test del espejo.
- 6 Reacción al medio ambiente extraño.
- 7 Imitación a la quietud.
- 8 Preferir papeles a otros objetos.
- 9 Rechazar juguetes.
- 10 Desear un objeto de fuera de la cuna.

PRUEBAS DE NUEVE MESES

- 1 Arrodillarse con ayuda.
- 2 Comprender gestos.
- 3 Test del bolsillo.
- 4 Actividad destructiva.,,
- 5 Llamar la atención de los adultos.
- 6 Test amnésico.
- 7 Cerrar y abrir libros de estampas.
- 8 Sentado, en libertad de coger dos objetos. 9
- Jugar al escondite. 10 Habituarse a adultos desconocidos.

PRUEBAS DE DIEZ MESES

- 1 Imitar el sonido de campanas.
- 2 Experiencia del pañal, sentado, en libertad.
- 3 Descubrir objetos escondidos.
- 4 Test de la lámina de cristal.
- 5 Test de memoria.
- 6 Dirigirse, sorprendido, a los adultos.
- 7 Ponerse en pie, apoyado.
- 8 Juego organizado con adultos.
- 9 Arrojar objetos. *^
- 10 Abrir cajas.

PRUEBAS DE ONCE MESES

- 1 Levantarse estando sentado.
- 2 Enrollar objetos con un cordón.
- 3 Test amnésico.
- 4 Encajar unos dedos en otros.
- 5 Levantar torres con los dedos. ,
- 6 Imitar golpes con la cuchara.
- 7 Imitar sonidos.
- 8 Temer a lo desacostumbrado.
- 9 Juego organizado con adultos.
- 10 Abrir cajas.

PRUEBAS DE BINET Y SIMÓN

/ Revisión de 1911

¹ TRES AÑOS

1. Señalar algunas partes de la cara.—Se pide al niño sucesivamente que nos muestre dónde tiene su nariz, sus ojos, su boca.

La prueba es positiva cuando utiliza la mano para señalar, pues no basta con que mueva el órgano. Los niños normales resuelven esta prueba ya al año y medio.

2. Repetir dos cifras.—Se dice al niño que repita los números que vamos a decirle y se le citan lentamente y con la misma entonación de voz a un intervalo de medio segundo dos cifras. Se hacea tres ensayos de los que basta con una repetición correcta para que la prueba sea positiva. Es una prueba de memoria inmediata.

3. Enumerar los objetos de una estampa, (fig. 19, 20 y 21).—Se muestra al niño el grabado y se le pregunta: "Dime qué ves en esta estampa." A esa edad basta con que el probante enumere algunos objetos para que la prueba sea positiva. Prueba de asociación de conceptos y de imágenes.

4. Decir el apellido.—Se pregunta al niño cómo se llama. Si contesta sólo el nombre se le insiste. "Y qué más?" Sólo es positivo si agrega el apellido.

5. Repetir una frase de seis sílabas.—Se dice al niño, advirtiéndole de antemano que debe repetirlo: p. e., "El niño es bueno", "Me gusta la leche." Puede animarse al pequeño. Los niños (normales) la resuelven ya a los dos años.

CUATRO AÑOS

1. Decir su sexo.—Debe formularse la pregunta dos veces, cada una en sentido inverso, es decir: "Tú eres niño o niña?" y una vez que haya contestado: "Así que, ¿eres niña o niño?"

La prueba es positiva cuando podemos darnos cuenta de que el probante conoce efectivamente su sexo.

2. Reconocer objetos de uso corriente.—Se muestran al niño una moneda, un reloj, una llave preguntándosele si sabe lo que es,

3. Repetir tres cifras.—6-9-2, 5-8-4. Como para el test de dos cifras se pronunciará lenta y uniformemente. Debe repetirse la prueba. Positiva cuando contesta correctamente una.

4. Comparar dos líneas desiguales.—Se presenta un papel en el que hay trazadas dos líneas paralelas separadas por un espacio de unos tres centímetros y de las cuales una tenga cinco y otra seis c.m. de longitud.—Se pregunta al niño cuál es mayor, debiendo repetir la prueba dos veces cambiando, sin ser vistos, la posición del papel.

La prueba es positiva cuando el niño la resuelve exactamente las tres veces.

CINCO AÑOS

1. Comparación de dos pesos.—Pueden utilizarse, a falta del material standard dos cajitas de cerillas, de igual forma, tamaño y color en las cuales se coloca arena o perdigones (envueltos en algodón para impedir desplazamientos del lastre) hasta conseguir que una pese 6 gr. y otra 15 gr. Se colocan sobre la mesa y se dice al niño: "Dime ¿cuál *de* esas dos cajitas pesa más?" Se repetirá la prueba cambiándolas de lugar. Positiva cuando los dos ensayos son correctos.

2. Copiar un cuadrado.—Se presenta al niño una hoja donde hay dibujado un cuadrado de tres cm. de lado. Se da al niño pluma y se le dice que trate de hacer otro igual.

En la figura 25 se señalan las formas positivas, en la 24, las negativas. Terman lo coloca en los cuatro años.

3. Repetir una frase de diez sílabas.—P. e., "Me gusta pasear por el jardín", o bien "Los carpinteros hacen las mesas."

Para que sea positiva no debe haber omisiones de palabra, pero se admiten rectificaciones espontáneas del niño.

4. Contar cuatro monedas de cinco céntimos.—Se colocan éstas sobre la mesa tocando unas a otras y se dice que las cuente con el dedo (pero sin cogerlas).

5. Reunir dos triángulos de cartulina para formar un rectángulo.—Se corta diagonalmente una tarjeta formando dos partes triangulares iguales.—Se dan al niño los dos fragmentos y se le muestra otra tarjeta exacta, pero entera, diciéndole que reúna los dos pedazos de tal modo que forme una igual a la íntegra.

Lo importante de la prueba es el tiempo de reacción.—Pasados tres minutos sin resolver debe darse por negativa.

SEIS AÑOS

1. Distinguir la mañana de la noche.—Se pregunta al niño "¿Ahora es por la mañana o por la noche?" Obtenida la respuesta

inviértase. Sólo es positiva cuando se obtiene la convicción de que el niño tiene noción del tiempo.

En general los niños normales la resuelven antes de los seis años.

2. Definir objetos por el uso.—Se pide al niño que nos diga qué es una mesa, o una llave o cualquier otro objeto de uso corriente. Para que sea positiva basta con que el niño diga el uso a que está destinado el objeto.

3. Copiar un rombo.—Se procede en la misma forma que para el test No. 2 de cinco años.

La figura 27 muestra cuáles son los resultados positivos y la 26 cuáles se considerarán como no válidos.

4. Contar 13 monedas de cinco céntimos.—Se realiza en la misma forma que la prueba de las cuatro monedas.

Sólo es positivo si no hay ningún error.

Terman, como Binet, lo incluyen en las pruebas de los seis años. Bobertag en la de los 7, lo que creemos más acertadamente; pues casi todos los niños (7/s según Lafora, algo más según nuestra experiencia) de seis años se equivocan.

5. Comparación estética.—Se presenta al niño una hoja con 3 pares de cabezas femeninas preguntándole, sucesivamente, ¿cuál es más bonita? La prueba sólo es positiva cuando el niño acierta en los tres casos.

Terman lo incluye en los cinco años.—Consideramos que el grabado que figura en todos los libros es inadecuado para una comparación estética. Con mucha frecuencia hemos tenido ocasión de comprobar en niños inteligentes la siguiente respuesta, "las dos son feas"; lo que constituye una contestación bastante acertada. Las tres figuras consideradas como feas son caricaturas, que no rara vez hacen gracia en el niño, por lo que no es de extrañar que otras veces señalen éstas como más bonitas.

SIETE AÑOS

1. Señalar su mano derecha y su ojo izquierdo.—Se pregunta al niño: "¿Cuál es tu mano derecha?" Después: "¿Cuál es tu ojo izquierdo?" La prueba es positiva cuando es ejecutada correctamente admitiéndose la rectificación espontánea del niño.

2. Describir un grabado.—Los mismos grabados que para el test de tres años. Se exige aquí una "descripción" y no una enumeración de objetos. El niño ha de dar la sensación de que comprende el conjunto del grabado. Si sólo enumera figuras, la prueba es negativa. Se requiere que la acción que expresan los dibujos, al menos, sea también citada.

3. Hacer tres encargos ordenados simultáneamente.—Se dan al niño tres órdenes, p. e. "Coge este libro, luego abres la puerta y después siéntate en aquella silla." No se permite hacer ninguna indicación. Positiva cuando las tres órdenes se ejecutan correctamente y en el orden enumerado.

Terman lo coloca a los cinco años. A nuestro entender es más apropiado el criterio de Bobertag que lo incluye en las pruebas de seis años.

4. Contar monedas de cinco y diez céntimos.—Se dan tres monedas de cinco y otras tres de diez, y se dice al niño: "Cuenta este dinero y dime cuánto hay." La prueba es positiva: a) cuando da correctamente la cifra en céntimos (lo que a esta edad es raro); b) cuando establece la diferencia de valor entre una y otra moneda (finalidad fundamental); c) cuando cuenta las piezas dando el valor doble a las de 10 céntimos, contándolas como dos. En los demás casos es negativa la prueba.

5. Decir el nombre de cuatro colores.—Se muestran al niño cuatro tiras de papel o bien una hoja con cuatro franjas de los colores rojo, verde, azul y amarillo. Sucesivamente se van señalando cada una de ellas y preguntándole al niño: "¿Qué color es éste?" Se repite la prueba pero haciendo que sea el probante quien señale a la pregunta: "¿Cuál es el color verde?" La prueba es positiva cuando no hay ninguna equivocación.

OCHO AÑOS

1. Hallar la diferencia entre dos cosas (sin verlas).—Se pregunta al niño. "Tú sabes lo que es una mariposa?" "Y una mosca?" "Díme en qué se diferencian?" Se repite con los conceptos cristal-madera, papel-cartón o niño-enano. Es positiva cuando son aceptables dos de las tres diferenciaciones. Se consideran aceptables las respuestas que establecen una verdadera diferencia de cualidad.

2. Contar de 20 a cero.—Se le dice al niño que cuente desde 20 hasta 0, empezando por 20. Puede ayudársele comenzando nosotros 20, 19, 18 y dejando seguir al pequeño. Se permite una sola falta, sin contar los errores que el niño rectifique por sí mismo. La prueba debe hacerse en 20 segundos para ser positiva.

3. Indicar las omisiones en dibujos incompletos.—Se muestra la lámina con cuatro figuras, a una de las cuales le falta un ojo, a otra la nariz, a una tercera la boca y a la última los brazos. Se pregunta al niño: "¿Qué falta en esta figura?" Efectiva positiva cuando en menos de treinta segundos, da tres, respuestas correctas.

Terman incluye esta prueba en las de seis años, con más acierto que Bobertag que la coloca en los de siete y que Bínnet, en los de ocho. Para estas dos últimas edades es demasiado fácil.

4. Repetir cinco cifras.—Igual método y valoración que en el anterior de 3 y 4 años.

5. Decir la fecha completa del día.—Se pregunta el día de la semana, fecha del mes, y el año. Para el día del mes es admisible un error de tres fechas. Los demás datos han de contestarse correctamente para que la prueba sea positiva.

Bobertag y Terman la aplican para los nueve años.

NUEVE AÑOS

1. Devolver el cambio de una peseta (o un peso).—Se dan al niño cincuenta céntimos en monedas de cinco y diez céntimos.

Se le dice después: "Suponte que eres un comerciante y yo te compro una cosa que vale "5 céntimos y te doy esta peseta para que cobres. Dame la vuelta." Acompañando la acción a la palabra, se le entrega una moneda de a peseta.

Sólo es positiva si devuelve 20 céntimos de primera intención.

La prueba debe hacerse en esta forma y no de memoria. Hay muchos niños (y aun adultos) que no saben restar, pero en cambio saben hacer pequeñas operaciones con la moneda por la fuerza de la costumbre (vendedores de periódicos, criadas de servicio, etc.)

2. Definición de conceptos, más que por el uso.—Se pregunta qué es un león, un aeroplano, un soldado, una mariposa. Tres al menos de las respuestas han de dar definiciones descriptivas o de clasificación.

Terman lo coloca en los ocho años, lo que es un poco prematuro.

3. Reconocer la moneda nacional.—El niño debe conocer las piezas metálicas de la moneda de su país que se le presentarán para su identificación.

4. Decir los meses del año.—Sólo se permite un error y un tiempo de 15 segundos para considerar positiva la prueba.

a) Qué debes hacer si cuando sales para ir al colegio está lloviendo?

Son respuestas aceptables: Coger un paraguas o el impermeable. Espero a que pase un poco la lluvia. Tomo el tranvía, etc. Son malas respuestas: Me vuelvo a casa, corro, etc.

b) Qué harías si hubiese un incendio en tu casa?

Son buenas respuestas: Llamo a los bomberos. Intento apagarlo con agua. Aviso a los vecinos, etc. Son malas: Me escapo corriendo. Saco las cosas. Lloro, etc.

c) Qué debes hacer si rompes una cosa que no es tuya?

Buenas respuestas: Comprar otra para devolverla. Pedir perdón al dueño. Son malas: Esconderla. No decir nada. Echarle a otro la culpa.

En ocasiones no es fácil calificar las respuestas, pues incluso en la vida real el adulto duda al verse ante alguna de dichas circunstancias. El buen criterio y la práctica de experimentador sabrán, en cada caso particular, valorar las respuestas.

Se admite como positiva la prueba, en que una, al menos, de las preguntas, sea contestada correctamente.

Tanto Terman como Bobertag incluyen el test entre los de ocho años, edad a la que los niños normales ya están en disposición de contestar correctamente,

DIEZ AÑOS

1. Comparar cinco pesos.—Como para la prueba de cinco años se colocan cinco cajitas iguales de forma y tamaño y color, pero cuyos pesos varíen de 3 en 3 .gramos, (3, 6, 9, 12 y 15) y se pide al niño las coloque en orden desde la más ligera a la más pesada, explicándole que aunque son iguales por fuera cada una tiene diferente peso. Es preciso que el niño comprenda bien lo que se pide de él. Debe repetirse la prueba tres veces, siendo positiva cuando la resuelve bien dos de las tres y en menos de tres minutos.

Temían y Bobertag colocan la prueba entre las de nueve años, con mejor resultado que Binet.

2. Reproducir dos dibujos de memoria.—Se muestra al niño la hoja con los dos dibujos durante diez segundos-, pidiéndole que dibuje otros dos iguales de memoria. El objeto de la prueba debe advertírsele al niño antes de comenzarla, pues de este modo fija más atención sobre la hoja. Debe, por tanto, decirsele: "Te voy a enseñar dos dibujos durante un momento para que luego tú los reproduzcas de memoria."

Lafora sugiere que se muestren ambos dibujos por separado, como dos pruebas distintas, pues considera muy escaso el tiempo que se da para observar el dibujo.

La objeción está ya salvada por Terman que presenta esta prueba por separado y advirtiéndole al probante su objeto con la finalidad de que fije más la atención.

Da prueba es positiva cuando uno de los dibujos es reproducido correctamente y el otro medianamente.

3. Crítica de frases absurdas.—Se explica al niño que se le van a leer unas frases donde existe un absurdo, para que él nos diga .en qué consiste el absurdo. Las frases pueden ser las mismas propuestas por Binet:

- a) Un pobre ciclista se ha caído de su bicicleta rompiéndose la cabeza y muriendo en el acto. Lo llevaron al hospital, pero se cree que no se salvará.
- b) Tengo tres hermanos: Pablo, Ernesto y Yo.
- c) Ayer se encontró el cuerpo de una mujer cortado en 18 pedazos. Se cree que se suicidó.
- d) Ha habido un descarrilamiento, pero sin importancia; sólo murieron 48 personas.
- e) Un hombre decía: Si me quisiera matar, no lo haría en martes, porque ese día trae mala suerte.
- f) Un individuo escribía a otro: Si no recibes esta postal, contéstame a vuelta de correo para mandarte otra igual.

Pueden emplearse los propuestos por Terman o cualquiera otra frase de este tipo bien construida.

Serán formuladas cinco, de las cuales cuatro, al menos, deben ser resueltas para considerar positiva la prueba. El tiempo es de treinta segundos, para cada una.

4. Contestar a preguntas de cierta dificultad.—Se le formulan al niño las cinco preguntas que van a continuación (propuestas por Binet), dándole 20 segundos para cada una y debiendo contestar favorablemente 3 de las cinco. Las preguntas son:

a) ¿Qué se debe hacer cuando se hace tarde para llegar al colegio.

Son buenas las respuestas que indican la necesidad de apresurarse (correr, tomar un vehículo, etc.) Malas, las que indican indiferencia por la escuela (quedarse en casa, avisar que no puede ir).

b) ¿Qué debes hacer si te preguntan tu opinión sobre una persona que no conoces?

Las buenas respuestas han de denotar inhibición (no decir nada; decir que no sé cómo es, etc.) Las malas respuestas serán, por tanto, aquellas que incluyan una cualidad de la persona desconocida (incluso cuando sea positiva) (que es buena o mala, etc.).

c) ¿Por qué debemos juzgar a las personas por sus actos y no por sus palabras.

Buenas respuestas: "Las palabras pueden rectificarse; los actos no". "Porque las acciones tienen más importancia".

d) ¿Qué debes hacer antes de emprender un negocio importante?

Buenas respuestas las que denotan la necesidad de asesoramiento, aprendizaje e información previa.

e) ¿Por qué se perdona más fácilmente una mala acción hecha bajo el dominio de la ira o de la cólera, que otra hecha sin ella?

5. Colocar tres palabras en dos frases (Masselon). Se escriben tres palabras que tengan entre sí cierta relación y se le presentan al niño diciéndole que forme dos frases en cada una de las cuales entren dos de las palabras que tiene delante. Se le hace ante su vista un ejemplo para que se dé cuenta de lo que debe hacer. No comenzar la prueba hasta que el niño no haya comprendido bien. Se da un minuto para cada frase. Si el niño no sabe escribir puede formar las frases verbalmente.

Pueden proponerse por ej.: Cazador, liebre, perro; ladrón, reloj, cárcel; pescador, lancha, río, etc.

*

DOCE AÑOS

1. Resistir la sugestión.—Se van presentando al niño sucesivamente seis hojas de papel en las cuales se han trazado: en la primera dos líneas paralelas, separadas por un centímetro y de las cuales la de la izquierda tiene cuatro y la otra cinco; la segunda

hoja es igual, pero las líneas tienen un cm. más cada una; en la tercera alimentan otro cm.; las tres últimas tienen dos líneas pero ambas de siete centímetros.

Al mostrar las tres primeras se pregunta al niño: "¿Cuál es más larga?", y en las tres últimas: "¿Y de estas?".

La prueba es positiva cuando en tres pruebas el niño resiste dos a la sugestión.

2. Formar una frase con tres palabras determinadas.—Se presenta al niño una hoja de papel en la que hay escritas tres palabras, por ej.: niño, barca, río. Se le dice que con estas tres palabras escriba una frase (si no sabe escribir que la forme de memoria).

Son correctas: "El niño pasea en barca por el río". "El niño mira la barca del río". "En el río hay una barca con un niño", etc.

Se repite la prueba con otras tres palabras.

Basta con un resultado bueno para considerar el test como positivo.

Está permitido ayudar al niño mediante un ejemplo previo que resolverá el experimentador ante él para que comprenda el sentido de lo que se le pide.

3. Decir en tres minutos sesenta palabras.—Pedir al niño que nos diga lo más rápidamente que pueda sesenta palabras al tuntún. El observador puede comenzar para animar al pequeño. Conviene anotar las palabras que diga para estudiar su asociación.

En la serie de Terman este test figura a los diez años.

4. Definir tres conceptos abstractos.—Se pregunta qué es caridad, justicia, obediencia, envidia, pereza, maldad.

La prueba es positiva si para dos de los conceptos da una o dos ideas fundamentales (envidia—desear lo de los demás; caridad—compadecerse y ayudar a los pobres, etc.) Las respuestas no son válidas si la palabra definida entra en la definición (maldad—ser malo; justicia es hacer justicia, etc.)

5. Reconstruir frases desarticuladas.—Se entregan al niño una serie de cartoncitos con una palabra escrita cada uno, pidiéndole que los ordene formando una frase.

Las frases clásicas son: "Un defiende amo su perro buen a" (Un buen perro defiende a su amo), "Maestro rogado al corrija el me que trabajo he" (He rogado al maestro que me corrija el trabajo). "El hemos campo ahora marchado para" (Ahora hemos marchado para el campo).

Hay que dar dos buenas respuestas de tres, para que sea válido.

QUINCE AÑOS

1. Repetir siete cifras.—Positiva cuando se supera uno en tres ensayos. Terman coloca en los tests de 10 años la prueba "**Repetir seis números.**"

2. Hallar tres rimas en **OR** en un minuto. Se le dice al niño que nos diga las palabras que sepa terminadas en ON.

Esta prueba es todavía más sencilla que la anterior para los quince años.—Terman tiene la prueba "hallar tres rimas, a una palabra", que es algo más difícil en los tests de nueve años.

3. Repetir una frase de 26 sílabas.—Conviene que las frases propuestas no queden cortadas cambiando de tema. Pueden proponerse: "En la escuela dan premios a los niños estudiosos. Trabajaré mucho para ganarlo." "Cuando termine mi labor iré a jugar al jardín, en él me esperan mis amigos."

La prueba es válida cuando se reproduce exactamente una frase.

4. Interpretar un grabado.—La misma prueba de los tres y los siete años, pero exigiendo una interpretación del asunto.

5. Resolver un problema de hechos diversos.—Se dice al niño:

- a) Mi vecino acaba de recibir varias visitas: primero ha venido un médico, después un notario y, por último, un cura. ¿Qué le pasará a mi vecino? Buenas respuestas: "Que se está muriendo" "Que está gravísimo." Malas: "Está enfermo." "Tiene visitas," etc.
- b) Una persona que paseaba por un parque se paró de repente toda asustada y fue a avisar a la policía, que había visto colgado de la rama de un árbol un. . . ¿Un qué?

PRUEBAS PARA ADULTOS

1. Comprender el dibujo formado, recortando una hoja de papel doblado.—Se muestra al sujeto un cuadro de papel doblado en cuatro. Tomando como base el borde que sólo tiene un pliegue, se dibuja un triángulo y se pregunta al probante qué resultaría en el papel desplegado si se cortase el triángulo con unas tijeras. Sólo se admite la respuesta correcta (dos rombos, uno a cada lado de la línea medía), sin que el sujeto toque el papel ni haga pruebas con otro.

2. Se corta una tarjeta (no cuadrada) por la diagonal y se pide al sujeto que imagine y dibuje la figura, qué resultaría si volviésemos uno de los fragmentos y colocásemos su cateto mayor adosado de tal modo a la hipotenusa del otro fragmento que el ángulo recto del primer triángulo, quedase en contacto con el ángulo más agudo del segundo.

Es un test muy complicado de exponer.

3. Diferencias abstractas.—Pregúntese: Cuál es la diferencia entre: a) pobreza y miseria; b) pereza y ociosidad; c) evolución y revolución; d) mentira y error.

La prueba requiere, para ser positiva, tres respuestas exactas sobre cuatro.

Son buenas respuestas las que precisan bien la diferencia, **No basta la definición de cada concepto.**

4. Expresar las tres diferencias entre un Rey y un Presidente.

Debe expresarse precisamente que la realeza es hereditaria, vitalicia (salvo abdicación o derrocación) y de mayores atribuciones.

5. Resumir un pensamiento filosófico.—Se lee al sujeto, con claridad y lentitud el siguiente fragmento de Hervieu, proponía Binet: "Se han dado juicios muy diferentes sobre el valor de la vida. Unos la consideran buena; otros mala. Más justo sería decir que es mediocre, pues por una parte nos da siempre una felicidad menor a la que hubiéramos deseado, y por otra parte, las desgracias con las cuales nos aflige, son menores que aquellas que los demás nos desean. Esta mediocridad de la vida es lo que la hace aceptable, o más bien lo que le impide ser del todo injusta."

Es suficiente con que el sujeto resuma el contenido del pensamiento, aun sin emplear las mismas palabras.

CALCULO DE LA EDAD MENTAL CON LAS PRUEBAS DE BINET-SIMON

En las pruebas resueltas positivamente se pondrá el signo + y el — en las negativas. Sumando el número de pruebas resueltas positivamente se multiplicará por 0,2 (como cada año tiene 5 pruebas cada una de ellas son 0,2 de año) y el resultado vendrá expresado en años y décimos de años.

Suponiendo que un niño ha resuelto todas las pruebas hasta el 5o. año (25), tres del sexto (3) y dos del séptimo (2). Sumadas dan 30, que multiplicado por 0,2 dan 6,0. El niño pues, tiene un nivel mental de seis años.

El cociente intelectual (C.I.) o índice de la capacidad mental se obtiene dividiendo la edad mental por la edad real del niño. Suponiendo que en nuestro ejemplo anterior el probante tuviese 7 años de edad cronológica su C.I., sería $6.0/7 = 0.85$.

Se han hecho muchas objeciones al método de Binet-Simón y de ellas han salido modificaciones entre las que se encuentran como más importantes las de Bobertag, Yerkes y Terman que reproducimos más adelante.

Las objeciones al método no restan lo más mínimo al mérito de los autores que fueron los primeros que dieron una posibilidad práctica y científica de obtener el nivel mental. Todas las revisiones han sido hechas sobre el modelo de estos autores y la mayoría de los tests originales persisten en las nuevas series de otros investigadores.

Actualmente el método más utilizado es el de Terman (revisión Stanfor), en el que, como veremos, se incluyen gran número de pruebas de Binet y Simón."

R. A. C.

Revista de Revistas

Resúmenes del canje

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año 1, N6. 1, mayo de 1943

Algunos resultados del Tratamiento de los Estados Siéntales y Emocionales por el Shock Eléctrico. Por Foster Kennedy (F. K. S. E.) y Benjamín Wiesel, de Nueva York

En el presente artículo los AA. examinan los méritos de la convulsoterapia eléctrica en los estados mentales y emocionales.

Hacen el estudio en pacientes ambulatorios (con excepción de 2 de los 48 tratados). Los pacientes eran hospitalizados dos horas, los días de tratamiento.

No hacen estudio de la técnica de administración por haberlo hecho en artículos anteriores, pero recuerdan la conveniencia de sobreextender el dorso de los pacientes y de sujetarles de los hombros, crestas ilíacas, brazos y piernas.

Administraron los tratamientos tres veces por semana. Las recaídas eran comunes al suspender los shocks al iniciarse la mejoría.

Hacen notar que el shock eléctrico, solo excepcionalmente, provoca temor. No hubo accidentes en los casos tratados.

De los 48 tratados, 36 eran depresiones del tipo cíclico o asociadas con la menopausia. 5 casos se clasificaron como equivalentes maníaco ^depresivos. 5 eran antiguas esquizofrenias y 2, neurosis de angustia.

Los mejores resultados se obtuvieron con respuestas convulsivas. Mejoraron más rápidamente los pacientes con depresiones agitadas. El tratamiento influye muy favorablemente sobre la fase depresiva, pero no modifica el carácter básico cíclico de la enfermedad. De los 36 pacientes con depresión cíclica o menopáusica, en 24 desaparecieron los síntomas; 9, se mejoraron bastante; 3, se mejoraron poco y 1 no mejoró.

De los cinco casos de equivalentes maníaco-depresivos, 3 se mejoraron mucho; 1 no mejoró y 1 quedó sin síntomas.

De los de neurosis con angustia crónica, 1 mejoró mucho y el otro no mejoró.

Las cinco esquizofrenias tratadas constituyen un grupo . muy pequeño para sacar conclusiones, pero los resultados fueron concordantes con los obtenidos en otras partes. La electroterapia chocante puede modificar ciertos estados catatónicos y modificar favorablemente la conducta de los esquizofrénicos, no afecta significativamente el curso de la enfermedad.

Concluyen: "El tratamiento por el shock eléctrico, es el tratamiento específico elegido actualmente para los ataques cíclicos de depresión. Su valor en el tratamiento de las neurosis crónicas y la esquizofrenia es menos alentador en nuestro pequenísimo grupo de casos, pero la realización de algunas curas de alivio tempora-

rias, o alivio de los síntomas en estas condiciones, prueban el acierto de esta manera de atacarlas.

Debe recordarse también el marcado poder de este tratamiento en casi todos nuestros casos para abolir los pensamientos obsesionantes y compulsivos, como ejemplo, la torturante preocupación de los números (que se ven u oyen diariamente) y abolir los estados emocionales obsesionantes como los celos infundados e irrazonables, y en dos mujeres los delirios paranoicos de infidelidad por parte de sus maridos, que aparecen tan frecuentemente durante la menopausia."

R.A.C.

REVISTA ARGENTINA-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS
MEDICAS. Año 1, N.º. 2. Junio de 1943

Estado actual de la Terapéutica Endocrina en Ginecología, por Samuel H. Geist y Udall J. Salmón. Hospital Mount Sinai. Nueva York

En la introducción a su trabajo los AA. hacen notar que los últimos 10 años han presenciado el crecimiento y desarrollo de la hormono-terapia en ginecología. La inmensa literatura de esos 10 años pone al clínico frente a un laberinto de hechos y teorías de difícil interpretación. Escriben: "Debemos comprender que para el médico práctico las observaciones clínicas no son más valiosas que las teorías, aparte de lo ' científicas que puedan ser estas últimas, o cuan grande es la autoridad de los que las sostienen." Recuerdan el factor con que no cuentan los que experimentan con animales de laboratorio y substancias químicas inanimadas: "Este factor es la psiquis. Desde tiempo inmemorial se reconoce que la mente influye sobre el funcionamiento del cuerpo. Este concepto en medicina ha sido revivido y destacado recientemente, por los psicoanalistas que han designado esa relación como psicósomática. Nuestros propios estudios en colaboración con psicoanalistas, parecen indicar que las relaciones psico-somáticas desempeñan un rol considerable en los desórdenes funcionales ginecológicos correlacionados con el sistema endocrino sexual." "Este factor X debiera ser tenido en cuenta al considerar el resultado final de nuestros problemas terapéuticos."

El Síndrome de la Menopausia.—La disminución o supresión de la actividad ovariana tiene como resultado un aumento de la hormona gonadotrópica en la orina y sangre. Esa hiperactividad hipofisaria se puede disminuir por la administración de diferentes esteróles sexuales. Sin embargo, el significado de la hiperactividad gonadotrópica de la hipófisis en relación con la sintomatología de la menopausia permanece oscura y desde el punto de vista práctico clínico no hay correlación entre el número e intensidad de los síntomas y los valores de la hormona gonadotrópica en la orina. Al llegar la menopausia cesa la excreción de estrógenos por parte de los ovarios, pero queda una excreción de estrógenos de origen todavía no bien determinado (probablemente suprarrenal o digestivo). La falta de los estrógenos ováricos provo-

ca desequilibrio en el sistema autónomo. Hay también cese de la producción de progesterona, pero aparentemente sin manifestaciones clínicas. Las mujeres normales excretan sustancias andrógenas y esta producción no se modifica en la menopausia o después de ooforectomía bilateral.

Como las hormonas producidas por los ovarios provocan cambios morfológicos vaginales y endometriales y la extirpación de los ovarios provoca también cambios endometriales y vaginales y se ha demostrado que esos cambios pueden ser puestos de manifiesto por el frotis vaginal, se tiene en este último método una guía diagnóstica y un índice para la comprobación de los resultados de la hormonoterapia.

Los cambios hormonales de la menopausia llevan asociada un trastorno autónomo que abarca los sistemas cardiovascular, neurovascular y gastrointestinal. Se asocia inestabilidad emocional variable. En colaboración con los psiquiatras Samuel Atkin e Isidore Silverman, los A.A. han hecho las siguientes observaciones: a), que la intensidad de los síntomas menopáusicos está influenciada por los factores psíquicos; b) el estado psíquico influencia los resultados de la hormonoterapia; c) algunos casos "refractarios" presentan trastornos psíquicos o emocionales que hay que tener en cuenta cuando no responden a la terapéutica hormonal.

Es de gran valor diagnóstico el frotis vaginal y dado que su técnica no emplea más de tres minutos y puede hacerse en el consultorio, es un procedimiento que se recomienda con entusiasmo. Permite referir al síndrome menopáusico variedad de trastornos funcionales que preceden a veces con mucho a la aparición de la amenorrea.

Las necesidades de estrógenos varían en cada caso particular y en el mismo caso de un momento a otro. Como se trata de una terapéutica sustitutiva se requiere, en general, su uso prolongado. Para este efecto los autores han obtenido los mejores resultados con la implantación subcutánea de cristales de alfa estradiol y benzoato de alfa estradiol. Estos productos, sin embargo, no existen en cantidad suficiente para la práctica clínica diaria. Para, la administración parenteral los AA. encuentran que el benzoato de estradiol y la estrona tienen efectos muy similares, pero que el estradiol tiene ventajas teórico-prácticas sobre la estrona. El benzoato y dipropionato de estradiol provocan un efecto rápido y llamativo que ayuda a levantar la moral de la enferma.

El médico debe familiarizarse con los equivalentes de las diferentes formas de unidades. (Unidad Internacional, Unidad Rata y peso de la hormona cristalizada) para saber en cada caso las cantidades administradas, ya que las diferentes casas comerciales valoran sus productos en diferentes formas.

La vía - oral puede usarse como vía de mantenimiento una vez que la parenteral ha llevado gran mejoría o desaparición de los síntomas. El elevado costo de cantidades suficientes para obtener buenos resultados hacen que sea de uso limitado. El etinil-estradiol es más barato y más potente, pero todavía no está al

alcance de los médicos. Tiene el inconveniente de provocar náuseas y vómitos. Es sintético estilbestrol, es también muy activo y de poco costo. Sin embargo, no es tolerado por un porcentaje considerable de enfermas, y en otras, la dosis tolerada es insuficiente para obtener buenos resultados. Puede usarse como medicamento de sostén. El sulfato de estrona, aunque parece eficaz, no ha sido suficientemente estudiado. La solución de estradio en glicol de propileno también puede usarse (administración sublingual) como medicamento de sostén. La vía percutánea tampoco es conveniente usarla como vía inicial ya que los resultados clínicos se hacen esperar algunos días.

La administración profiláctica de estrógenos tiene dificultades en la menopausia natural por la variabilidad individual de la respuesta a los cambios que ocasiona aquella y porque generalmente hay una sobreproducción de estrógenos al acercarse la misma. El valor profiláctico de los estrógenos en la menopausia quirúrgica o por rayos X lo han probado los AA. en series con control. El método de elección sería el de la implantación subcutánea.

Entre los trastornos urinarios post-menopáusicos los AA. han usado durante 7 años la terapéutica por estrógenos con buenos resultados, excepto en aquellos casos que ofrecían una evidente lesión anatómica (cisto-uretrocele), en los que habían sido objeto de uretroplastias y colporragias anteriores; en los que habían sufrido vulvectomías por craurosis de la vulva y en las enfermas en estado avanzado de senectud. Explican la acción de los estrógenos por un aumento de la irrigación sanguínea de los tejidos alrededor de la base de la vejiga y muscularis vaginal, con restitución del tono de esas estructuras y posiblemente con restitución del tono esfinteriano. Creen que es probable que la inconstancia de los trastornos urinarios en la época post-menopáusica se debe, a que muchas mujeres continúan excretando estrógenos muchos años después de la aparición de la menopausia, y que en otras, los estrógenos endógenos (de origen suprarrenal) evitan que se presenten las síntomas.

En los casos de prurito vulvar el ginecólogo debe excluir las vulvitis, consecutivas a vaginitis o endocervicitis, diabetes, melitos, pediculosis, irritaciones químicas, psoriasis, herpes o dermatitis alérgica. El prurito va con frecuencia acompañado de craurosis y leucoplasia. Si se comprueba por medio del frotis vaginal la insuficiencia estrogénica hay que iniciar la terapéutica de sustitución. Cuando hay lesiones avanzadas con ulceración y marcada atrofia conviene hacer la biopsia para excluir el carcinoma. Para los autores no hay prueba de las acciones carcinogénicas de los estrógenos en la mujer.

La acción estromimética del propionato de testosterona es de interés científico, pero de poca o ninguna utilidad en la terapéutica práctica de la menopausia. Las dosis muy altas provocan cambios parecidos a los de los estrógenos sobre la mucosa vaginal, pero no modifican el endometrio. La terapéutica endrógena está

indicada en el síndrome menopáusico: lo., en pacientes con síntomas menopáusicos que menstrúan todavía o tienen menorragia o metrorragia; 2o., en pacientes con síntomas menopáusicos aliviados parcialmente por los estrógenos y en los que estos aumentan la irritabilidad nerviosa; y 3o., en pacientes preocupadas por la metrorragia que ha producido la medicación estrógena.

(Continúa en el siguiente resumen)-

REVISTA ARGENTINO NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS. Año I, No. 3, Julio de 1943.

Estado actual de la Terapéutica Endocrina en Ginecología, por los Drs. .Samuel H. Geist y Udall J. Salmón

Meno-metrorragia funcional.—El crecido número de teorías para explicar el síndrome han producido gran confusión en el práctico. Durante los diez últimos años se han ensayado numerosas formas de hormonoterapia. Ninguna teoría correlaciona de manera adecuada los hechos **clínicos**, morfológicos y hormonales. Y a falta de base científica concluyente los AA. se refieren a un plan terapéutico que han encontrado eficaz el 90% de los casos, aproximadamente.

Los casos de Meno-metrorragia endocrinopática los clasifican los AA. desde el punto de vista clínico en: lo., Menorragia o metrorragia de las niñas; 2o., Menorragia o metrorragia de las jóvenes, asociada con dismenorreas y/o con el cuadro de tensión premenstrual; 3o., Menorragia y/o metrorragia de las mujeres de la quinta o sexta décadas (premenopáusica).

Las pacientes son siempre sometidas a examen físico general, incluyendo metabolismo basal y recuento globular. Si hay menorragia se hace biopsia de endometrio en período de secreción. Si hay metrorragia se hace curetaje. Si del resultado de los exámenes se concluye la presencia de un cuadro hiperestrogénico se hace terapéutica con andrógenos. Si por el contrario hay hipoestrogenia, se usan estrógenos y se combinan con progesterona. Si el metabolismo basal es bajo se da tiroides y una dosis suficiente de hierro, ya que existe anemia de manera casi invariable. Hay muchos casos de fibromas submucosas o adenomiosis uterina sin aumento de volumen del útero que habrá que temer mucho cuidado en **diagnosticar**, sobre todo en los casos en que el curetaje y la hormonoterapia han fracasado.

De su larga experiencia derivan los AA. la seguridad de que los andrógenos tienen un puesto definido en la terapéutica de la menometrorragia funcional y que los inconvenientes que han llevado a algunos autores a proscribirlos se derivan de una mala dosificación.

En los casos graves creen que debe iniciarse el tratamiento con 250 mgs. el primer mes, a dosis fraccionadas, trisemanales al principio y bisemanales después. Si se obtiene mejoría se dan 200 mgs. el segundo mes y si hay mejoría se dan 100 ó 150 mgs. el tercer mes.

En los casos moderados se administran 150 a 200 miligramos el primer mes, a dosis fraccionadas y la mitad o los dos tercios de la inicial el mes siguiente. Si después de varios meses de normalidad se presenta metrorragia se deberá iniciar un nuevo ciclo de dos meses. Las biopsias de endometrio y vaginal controlarán la terapéutica.

Dismenorrea funcional (Endocrinogénica).—El diagnóstico de la dismenorrea funcional presupone clínicamente la ausencia de enfermedad orgánica pelviana de la que la dismenorrea puede ser un síntoma. Hay tres teorías etiológicas de la dismenorrea funcional: 1o. Insuficiencia de progesterona, permitiendo sin obstáculo la libre acción de la hormona estrogénica sobre el miometrio; 2o. La producción excesiva de estrógeno, de la que resulta una hipermotilidad de la musculatura uterina; y 3o. Desequilibrio del balance andrógeno-ginecógeno con predominancia de los factores ginecógenos que llevan a un trastorno de la miodinámica uterina.

Desde el punto de vista práctico de la terapéutica, dividen los casos de dismenorrea endocrinogénica en dos grupos: 1o. El tipo hipo-ginecógeno caracterizado por oligomenorrea o hipoplasia uterina o por ambos síntomas; y 2o., El tipo hiperginecógeno, con uno o más de los siguientes síntomas: **Blenorragia**, tensión premenstrual y mastalgia premenstrual. En el primer tipo están indicados los estrógenos por la vía subcutánea, administrándose durante las primeras semanas del ciclo. Se usan dosis de 10 a 20.000 U.R., tres veces por semana, decreciendo después si **hay** mejoría. Con esta terapéutica (la cual debe prolongarse unos seis meses), se obtienen resultados que se mantienen varios años. En el segundo tipo se han empleado con éxito los andrógenos a la dosis inicial de 25 mlgrs. de propionato de testosterona, tres veces por semana, disminuyendo después la dosis en un 50% para suspenderla después de varios meses. No parece que la prolongación de este tratamiento produzca fenómenos arrenomiméticos.

Tensión Premenstrual.—Considerando que en la etiología de estos trastornos se encuentran un exceso de estrógenos se ha aconsejado su eliminación por medio de purgantes drásticos, o el uso de cloruro de amonio como diurético.

Se ha aconsejado también su tratamiento con progesterona y por irradiación de la hipófisis. Los AA. han aconsejado los andrógenos, usando 25 mlgrs. de propionato de testosterona, intramuscular, dos veces por semana. La dosis se disminuye a 35 mlgrs. y después¹, a 10 mlgrs. una vez por semana. Después de algunos meses se puede cambiar a la vía oral. Y en las mujeres que no mejoran se pueden aconsejar 5 mlgrs. diarios de metil testosterona.

Mastopatías pre-menstruales.—Están en relación posible y probable con la estimulación mamaria excesiva provocada por los estrógenos y la progesterona. Su tratamiento por medio de andrógenos, a las mismas dosis y en la misma forma que la tensión premenstrual, se ha mostrado satisfactoria. Los andrógenos actuarían **o disminuyendo la producción de estrógenos y progesterona o**

por acción directa sobre las mamas contrarrestando los cambios vasculares provocados por los ginecólogos.

Inhibición de la lactancia.—En las mujeres que no desean amamantar puede evitarse la fluxión dolorosa de las mamas, administrando después del parto andrógenos o estrógenos. Se puede usar dipropionato de testosterona intramuscular en dosis total de 200 mlgrs, repartidos en unas cuatro dosis fraccionarias de 50 mlgrs. dadas diariamente. Se puede usar la vía oral. Entre los estrógenos se puede usar el benzoato de estradiol, el dipropionato de estradiol y el estilbestrol.

Amenorrea Funcional.—Aparte de la clasificación etiológica científica de las amenorreas funcionales, los AA. hacen una clasificación clínica más útil para el práctico: Amenorrea asociada con hipotiroidismo y sin signos morfológicos de insuficiencia estrogénica, la cual se trata por medicación tiroidea a la que hay que añadir en ocasiones algunas dosis de progesterona. Amenorrea asociada con obesidad, la cual con frecuencia se corrige con la sola reducción de peso y en la que también en ocasiones hay necesidad de emplear progesterona. Amenorrea asociada a los signos morfológicos de Insuficiencia estrogénica, grupo en el que se necesita una terapia cíclica con estrógenos y progesterona, administrando estrógenos a dosis suficiente tres veces por semana las dos primeras semanas; la tercera semana se agrega progesterona a los estrógenos y la cuarta semana se da sólo progesterona. Estos ciclos podrán repetirse varios meses y comprobar los cambios de mucosa vaginal. En la amenorrea asociada con el síndrome arrenomimético habrá que descartar en primer lugar la existencia de tumores arrenogénicos. Cuando está indicada la terapéutica por ginecólogos se hará según el caso con estrógenos, progesterona o ambos. Hay varios aspectos psíquicos de la amenorrea, algunos de ellos de causa hormonal indirecta a través de transformaciones somáticas, tal la pérdida del goce sexual y dispareunia, por disminución o ausencia de las secreciones vaginales.

Aspectos endocrinos de la esterilidad.—La esterilidad endocrina debe de diagnosticarse a través de un cuidadoso diagnóstico diferencial. Hay que investigar después si existe hipotiroidismo, hipogonadismo o anovulación. En el primer caso está indicada la medicación tiroidea, en el segundo el uso cíclico de ginecólogos y en la menstruación anovular se carece de investigaciones hormonales suficientes.

Insuficiencia ovárica primaria? Insuficiencia de producción gonadotrópica de antero-hipófisis ? Hay experiencias dispares en cuanto al éxito del tratamiento por gonadotropinas. Los autores creen que han obtenido una estimulación gonadotrópica por medio del uso combinado de andrógenos y estrógenos y existen observaciones experimentales que apoyan esa manera de ver.

Tratamiento de la frigidez en la mujer.—Se admite en general que a la frigidez es esencialmente psicógena en origen y desarrollo. Estudios recientes se refieren a un grupo de casos de **frigidez por desequilibrio hormonal:** a) **Casos asociados a insuficien-**

cia estrogénica, y b) Casos asociados con trastornos somáticos y ginecológicos. Después de determinar que la frigidez pertenece al tipo endocrino hay que valorar el estado estrogénico de la paciente. Si hay déficit de estrógenos se deberá hacer tratamiento intensivo con estrógenos, a los que se añade ,más tarde andrógenos. En algunos casos los resultados sólo se mantienen con la medicación de sostén androgénica.

Valor de los diferentes tipos de terapéutica andrógena.— Los autores comentan brevemente las diferentes vías de la medicación andrógena. Por la vía oral es eficaz la metiltestosterona- La vía- percutánea puede usarse, pero tiene poco valor. Las soluciones en glicol propileno para administración sub-lingual, pueden usarse para tratamientos de sostén; son económicas y de simple uso. La cutánea de andrógenos, les hace pensar que ella tiene poco o ningún valor terapéutico y que tiene además el peligro de la sobredosificación.

REVISTA ARGENTINA-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año 1, No. 4 Agosto de 1943.

La política de la Alimentación en el mundo de la Post-Guerra, Por el Prof. Dr. Pedro Escudero. (Traducción del resumen).

En el Tercer Congreso Internacional de la Alimentación, llevado a cabo bajo los auspicios de la Liga de las Naciones (14 de octubre de 1939) y presidido y organizado por el autor, les expuso el punto de vista del Instituto Nacional de Nutrición acerca de los Problemas fisiológicos, económicos y sociales de los países.

Estas doctrinas fueron sostenidas en el Libro intitulado "La Política Nacional de la Alimentación en la República Argentina" 1939, por el Prof. Escudero, quien sostenía que: "Los lazos económicos que mantienen la unión de los hombres y que se sintetizan en la frase "Capital y Trabajo", deben ser sustituidos por lazos biológicos sintetizados en la siguiente idea: La formación, conservación y rendimiento de la vida de un hombre y de su familia debe de asegurarse por el rendimiento de trabajo del jefe de la familia. Debe garantizarse la alimentación normal". El Profesor Escudero llama alimentación normal, la que perpetúa el carácter del individuo y de la especie a través de varias generaciones.

Mantiene que la desnutrición crónica en varias generaciones modifica substancialmente todo el cuerpo y cambia su. moral, de tal manera que los delitos más repugnantes aparecen como acciones normales.

La salud social se mide por el vigor de la clase media.—Esta clase se origina de la parte más selecta de la clase baja, y así transformada, se convierte en la simiente y el cimiento de la sociedad. Alimentación normal, trabajo seguido del descanso suficiente, habitación, vestido, recreación y cultura, constituyen las necesidades mínimas de una sociedad bien organizada.

El Sr. R. A. Scott Jones, editor del diario oficial "Inglaterra hoy día," en un artículo intitulado "El Posible Imposible" (No. 84,

octubre de 1942), explica los esfuerzos que se han hecho para colocar a las Islas Británicas en condiciones apropiadas para desarrollar los máximos esfuerzos hacia la victoria.

Los ingleses han tenido que abandonar muchos modos convencionales de vida y de pensamiento. El pago de los trabajadores se basaba solamente en las necesidades básicas de los receptores considerando el costo de la vida, sus necesidades, y ofreciendo una remuneración apropiada por la habilidad técnica que posean. Es decir, mantiene el Profesor Escudero, "que la remuneración deberá asegurar la formación, conservación y rendimiento de la vida.*"

Sir John Orr, en un artículo titulado "El Frente Alimenticio en la Gran Bretaña", habla de lo que se ha hecho para obtener lo que parecía imposible; desde el cambio de las costumbres dietéticas hasta la utilización de las pequeñas parcelas de tierra. La producción relacionada con sus necesidades y bajo la guía especial de un juicio verdaderamente económico y dietético ha permitido a la Gran Bretaña la transformación de su población y sus industrias y la terminación de una gran tarea. Las ideas del Profesor Escudero, pues, se han llevado a cabo.

REVISTA ARGENTINO-NORTEAMERICANA DE CIENCIAS MEDICAS.—Año I, Nos. 5 y 6, septiembre y octubre de 1943.

Un análisis del "Método Kenny" para el Tratamiento de la Parálisis Infantil, por el Dr. A. Brucé GH1. (Traducción del Resumen).

Recientemente se ha sostenido que el método Kenny, es mundialmente famoso", pero su fama no es el resultado de una investigación científica seria, sino casi enteramente el resultado de una publicidad organizada. Esta publicidad es ciertamente peligrosa y, al final de cuentas, la única víctima es la gente.

Se ha proclamado que el método es "único", "original", "revolucionario" y "fundamentalmente diferente" de los hasta ahora prevalentes en el tratamiento de la parálisis infantil. Sus seguidores adelantan argumentos que se pueden describir mejor como dialécticos, que como resultados de una observación racional científica.

En este artículo intentamos examinar si las ideas y principios de este tratamiento son realmente originales o si son idénticos a aquellos en que se basa el tratamiento clásico. Aunque nuestro conocimiento de la enfermedad es aún indudablemente incompleto, es un hecho reconocido desde hace largo tiempo el de la diversidad de sus manifestaciones. Sin embargo, las ideas de Kenny acerca de espasmos, incoordinación y "alienación mental" no son nuevas y los principios de la reeducación muscular son prácticamente los mismos a los proclamados hace muchos años por Lovett.

"Los síntomas, como los señala la señorita Kenny y como los hemos observado nosotros, son principalmente: 1o. En los músculos afectados hay espasmo; 2o. Esos músculos se acortan; 3o.

Con frecuencia hay incoordinación; 4o. Con frecuencia el paciente pierde el uso de los músculos no afectados porque los enfermos tiran a los sanos de su lugar de descanso y los mantienen en esa posición tirante a través de su constante espasmo; 5o. Los músculos no afectados con frecuencia rehusan la contracción debido a alienación mental. Es necesario aclarar que el método Kenny no está en discusión con ningún otro método de tratamiento de la parálisis infantil, por la sencilla razón, de que sus principios fueron ideados para el tratamiento de hallazgos específicos que aparecen en el estadio agudo de la enfermedad, los cuales nunca se habían reconocido antes de los trabajos de la Srta. Kenny. Casi todos los esfuerzos de tratamiento por los otros métodos se han dirigido a la prevención de las deformidades, generalmente por medio de entablillados e inmovilización, en vez de tratar las condiciones que afectan al músculo, las cuales son las que causan las deformidades (Pohl, J. A. M. A., Apr. 25, 1942, p. 1429). Continúa considerando al "espasmo" como la característica principal de la enfermedad y establece que es el hallazgo más dañino para el músculo en la poliomiélitis anterior aguda, independientemente de la presencia o ausencia de parálisis. Establece, además, que el método Kenny se basa en la creencia de que en añadidura a la inflamación aguda del sistema nervioso central "hay también un proceso inflamatorio en el músculo, y que el espasmo es la característica más visible de ese proceso".

Y también el espasmo podría hasta indicar una inflamación del músculo, ya que el proceso aparece con el comienzo de los síntomas de la enfermedad y si no se trata progresa hasta que el músculo está reducido a una masa fibrosa inextensible. El acortamiento de los músculos debido al proceso espasmódico es la causa de las enfermedades". (Colé, Pohl, Knapp, pp. 9 y 10).

Consideremos lo establecido en los últimos tres párrafos ya que ellos contienen los principios básicos del método Kenny. En primer lugar, se nota que los autores hablan de los músculos "afectados" y no de músculos debilitados o paralizados y ponen énfasis en que el espasmo es la característica principal y más dañina de la enfermedad independientemente de la paresia o parálisis de los músculos. Me ha dicho un Cirujano Ortopedista que visitó la Clínica Kenny en Minneápolis y que se ha convertido en un ardiente sostenedor de los métodos Kenny, que es hasta recientemente que la Srta. Kenny se ha visto obligada a admitir que puede existir una parálisis primaria. Ella desaconseja el uso de cualquier método de pruebas musculares para determinar la presencia de paresias o parálisis. Se dice, sin embargo, por los autores citados anteriormente que "en una infección severa se destruyen suficiente número de células de las astas anteriores, desde un principio, como para que se produzcan parálisis flaccidas; y que el tratamiento para esta circunstancia no tiene ningún resultado en la prevención de la parálisis". Esta parálisis flácida completa debe de investigarse por algún método de pruebas musculares, aunque

se nos diga que no se hacen ningunas pruebas. En lo que puedo entender de lo que ellos dicen, los músculos "afectados" son aquellos que presentan evidencia de espasmos. Desde luego, sólo los músculos que tengan fuerza total o parcial, v. gr.: los músculos normales o parésicos, o los músculos debilitados pueden responder a estímulos nerviosos exagerados o presentar espasmo y exageración de los reflejos. ¿Cómo, entonces, se puede determinar si un músculo en espasmo es normal o parcialmente paralizado a menos que se haga alguna prueba de la fuerza muscular? Aparentemente ellos asumen, que todo músculo con evidencia de espasticidad está "afectado" por la enfermedad y que se paralizarán a menos que la espasticidad se elimine por el método Kenny. Dicen ellos que el espasmo continuado "reduce el músculo a una masa fibrosa inextensible". Aparentemente el mismo destino les toca a estos músculos que el que les toca a los que sufren de parálisis flácida, completa primaria, producida por la destrucción de las células de las astas anteriores. Pero todos nosotros (inclusive los autores citados) somos familiares de que en varios tipos de parálisis espásticas, el espasmo muscular continuo existe por muchos años sin reducir los músculos enfermos, al estado que ellos describen. Para explicar la diferencia entre los dos casos, ellos suponen que la parálisis infantil es "un proceso inflamatorio intramuscular, del cual el espasmo es la característica más distintiva". Por consiguiente, el método Kenny se dirige contra la supuesta inflamación del músculo, ya que se establece que el espasmo es el único síntoma o característica de la inflamación base.

La inflamación muscular no existe, ya que nunca ha sido comprobada. El espasmo es completamente de naturaleza refleja, y tampoco se ha comprobado que el espasmo continuo debilite al músculo. Por consiguiente ellos han falseado el concepto ortodoxo de que el espasmo se debe a inflamación o irritación del sistema nervioso central y que las parálisis residuales en los músculos afectados por la parálisis infantil, se debe al debilitamiento o destrucción y "pérdida funcional" de las células anteriores de las astas; o, como se ha enseñado desde hace tiempos, debido al estiramiento continuo y debilidad consecutiva de las fibras (musculares, independientemente de su conexión con el sistema nervioso central.

La consideración más importante no es la del espasmo, sino la de la debilidad o parálisis de los músculos, porque el sobreestiramiento y el grado de parálisis dará el pronóstico del estado del paciente para el resto de su vida. El incidente espasmódico de la parálisis infantil desaparecerá, pero la parálisis puede persistir; y con frecuencia lo hace.

Como todos sabemos, cualquier lesión que envuelve los centros cerebrales o sus neuronas eferentes causa espasmo. Además, la sobreexcitación del arco reflejo o periférico puede reducir el espasmo, en tanto que los centros espinales estén aptos para funcionar. La existencia de una condición espasmódica en la parálisis espinal infantil no fue reconocida por primera vez por la Señorita Kenny. Es una antigua enseñanza.

El dolor observado en la parálisis infantil aguda puede contribuir a la espasticidad. Según Schwartz, el espasmo es una manifestación refleja. El mismo autor dice: "Cuando la fuerza bajo el impulso voluntario aumenta por el tratamiento, decrece la espasticidad".

Esto nos conduce a confirmar lo racional del tratamiento clásico, vis, la inflamación del sistema nervioso central y la irritación y excitación del arco periférico o reflejo se tratan mejor por el reposo absoluto, tanto anatómica como fisiológicamente. El método Kenny se pone acorde con esta enseñanza ortodoxa, pero desacredita la "inmovilización", y sin embargo, mantiene al niño acostado sobre la espalda o el abdomen, y lo manipula con suavidad y lo mueve lo menos posible. La hermana Kenny desacredita el entablillamiento, y sin embargo, mantiene las extremidades en la posición neutral hace largo tiempo recomendada. Así pues, ¿cuál es la diferencia entre el tratamiento clásico y el de la hermana Kenny? Aun más: la originalidad y singularidad del método Kenny para el tratamiento de la parálisis infantil, tanto en su fase aguda como crónica, consiste en la aplicación de paños calientes. Desde tiempos inmemoriales el calor se ha aconsejado como tratamiento útil en la parálisis infantil, tanto en el estadio agudo como el de convalecencia. Lo mismo puede decirse de la reducción muscular en la cual la única diferencia entre el método Kenny y el ortodoxo o standard es la introducción del término "alienación mental" para expresar la pérdida del control mental del impulso motor (Incoordinación). Debe de tenerse en cuenta que en los métodos standard u ortodoxo se aconseja principiar la reeducación inmediatamente después que ha pasado la fase de agudeza, es decir, tan pronto como los movimientos de las articulaciones y las contracciones musculares lo permiten sin que aparezca* dolor. Durante este tiempo no ha habido tiempo para el paciente para haber comenzado movimientos agudos o sus sustitutos. Para este propósito se necesita la concentración mental del paciente, el "control que el método Kenny adopta como original". Los proponentes del método Kenny anunciaron que la verdadera contribución de la Srita. Kenny era la de un nuevo tratamiento para la parálisis infantil, con una concepción nueva de la enfermedad, absolutamente diferente a la de antaño, la cual puede sintetizarse del modo siguiente: "Los músculos flácidos son normales. La pérdida de la habilidad para contraerse es debida a una disociación funcional (alienación) del sistema nervioso. La habilidad para contraer voluntariamente los músculos que no funcionan, vuelve solamente después de que se relaja el espasmo de los oponentes y se restaura cuidadosamente a los músculos los poderes de conducción nerviosa. Las parálisis debidas a muerte celular se presentan pero no son frecuentes. La mayor parte de los supuestos debilitamientos se deben a espasmos no tratados y a la falta de uso de los músculos disociados. Las deformidades no se presentan. Las que resultaban de los viejos métodos se debían a espasmos musculares no tratados".

Continuará.

Notas

SESIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA HONDUREÑA

En la Casa del Médico, se celebraron las sesiones ordinarias de la Asociación Médica Hondureña correspondientes a los meses de enero y febrero del año en curso. Ambas tuvieron lugar, como de costumbre, el primer sábado de cada mencionado mes.

En la Sesión del cinco de enero presidió el Dr. Mejía M. Asistieron los socios Drs.: Díaz, Alcerro-Castro h., Bulnes B., Gálvez, Cáceres Vijil (Marcial), Vidal, Dávila, Montoya, Bardales y Pereira.

El designado para la plática científica, Dr. Vidal, disertó sobre algunas personas de la Historia de la Medicina: Paré, Paracelso, Sydenham y comentó el Dr. Gálvez.

Fuera de los asuntos científicos, se trató de los administrativos. Se tomaron algunas resoluciones concernientes a la continuación de los edificios de la Casa del Médico. Se discutió el Proyecto de Ley y Reglamento del Auxilio Mutuo Médico, que presentó la comisión encargada de su estudio, y después de algunas modificaciones quedó aprobado en la forma siguiente:

Ley y Reglamento del Fondo del "Auxilio Mutuo Médico" de la Asociación Médica Hondureña

- Art. 1o/ El fondo del Auxilio mutuo Médico creado en sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña del 1o. de mayo de 1943, tiene el carácter de permanente y obligatorio y se regirá por las siguientes disposiciones:
- Art. 2o. El objeto del Auxilio Mutuo Médico es el de proteger a los socios, cuando ello sea necesario y a sus familiares cuando aquellos fallezcan.
- Art. 3o.** El Fondo del Auxilio Mutuo Médico estará formado:
- a) Por el haber que actualmente posea el Fondo del mismo, como resultado del pago de la primera contribución de Lps. 25.00 por socio, según se establece en el Reglamento anterior al presente.
 - b) Por las DOS QUINTAS PARTES, de la cuota mensual, con que cada Socio contribuya al sostenimiento de la Asociación Médica Hondureña. Esta cuota se elevará de ahora en adelante a la suma de CINCO LEMPIRAS MENSUALES (Lps. 5.00), dedicando las otras tres quintas partes a los fines a que hasta ahora se han utilizado. Las dos quintas partes, destinadas al fondo del Auxilio Mutuo Médico, formarán parte de su Fondo Acumulativo y ayudará a formar sus reservas.
 - c) Por el 25% sobre las cuotas de admisión de socios.
 - d) Por el 5% sobre el valor de las ventas de los terrenos de la A.M.H.
 - e) **Por** el 1% sobre las comisiones por ventas de terrenos de la A. M. H.

- f) Por las donaciones que hagan los Socios o extraños.
- Art. 4o. Para ser acreedores a los beneficios del A.M.M., los Socios deberán estar solventes con la Tesorería.
- Art. 5o. La Administración del Fondo del A.M.M., estará a cargo del Tesorero de la A.M.H., quien tendrá su manejo.
- Art. 6o. Todos los fondos del A.M.M., serán intocables para cualquier otro asunto que no sea para el cual están destinados y deberán ser depositados a la vista en una Institución Bancaria del Distrito Central.
- Art. 7o. En el caso de fallecimiento de un socio se destinará para la familia o beneficiario, la cantidad de QUINIENTOS LEMPIRAS (Lps. 500.00), en tanto que la reserva del A.M.M., no llegue a DOS MIL LEMPIRAS (Lps. 2.000.00). Cuando se exceda esta cantidad el beneficio será de UN MIL LEMPIRAS (Lps. 1.000.00).
- Art. 8o. Si a la fecha del fallecimiento de un socio, el Fondo del A.M.M., tuviere en su haber una cantidad inferior a QUINIENTOS LEMPIRAS (Lps. 500.00), se darán TRESCIENTOS LEMPIRAS (Lps. 300.00) y si ello fuera necesario, se completará o tratará de completar esta cantidad con la reserva de fondos de la A. M. H., resultado del pago de cuotas ordinarias y no destinados con anterioridad para otra finalidad.
- Art. 9o. Una vez comprobado el fallecimiento de un socio, el Tesorero, deberá hacer entrega de la cantidad establecida, en los anteriores Arts. 7o. y 8o., según el caso, a quien corresponda, dentro de las próximas veinticuatro horas.
- Art. 10. El Auxilio para los socios que tengan necesidad de él, será acordado en cada caso particular por la Asamblea General, siendo facultados de ésta: A) estimar o desestimar las causas invocadas; B) establecer la cantidad monetaria del Auxilio y, C) establecer las condiciones en que deba entregarse.
- Art. 11. Es obligación de los Socios estar solventes con la Tesorería en todas sus cuentas.
- Ser favorecidos con el Auxilio monetario de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 10.
 - Que su familia o beneficiario reciba la ayuda económica que establecen los Arts. 7o. y 8o., según el caso.
- Art. 12. Son derechos de los Socios:
- Art. 13. Todo Socio cotizante puede designar su propio beneficiario para el caso de fallecimiento y sustituirlo en cualquier tiempo, mediante aviso por escrito a la Secretaría de la Asociación, para que a su vez el Tesorero haga la anotación correspondiente.
- Art. 14. El Tesorero recibirá todos los valores que ingresen al Fondo del A.M.M., y los depositará inmediatamente en la Institución Bancaria de que habla el Art. 6o.

- Art. 15. Todos los cheques que se emitan para retirar cantidades del Fondo del A.M.M., serán firmados por el Tesorero, cotí el Vo. Bo. del Presidente de la A.M.H. o del que haga sus veces, lo cual se pondrá en conocimiento de la Institución Bancada.
- Art. 16. El Tesorero rendirá informe sobre el movimiento habido en el Fondo del A.M.M., mensual y anualmente, presentando además los extractos de cuenta de la Institución Bancaria.
- Art. 17. Los servicios del Tesorero para el manejo del Fondo del **Auxilio** Mutuo Médico, serán "ad honorem".
- Art. 18. La presente Ley-Reglamento empezará a regir desde la fecha de su aprobación, y será obligación del Secretario comunicarla, por correo certificado, a los Socios que estén ausentes de este Distrito Central, además de ser publicada en la Revista Médica Hondureña.

Sesión del 2 de Febrero de 1946

En ausencia del Dr*. Mejía, presidió el Dr. Díaz. Asistieron, Pineda U-, Alcerro-Castro h., Bulnes, Montoya, Zúniga, Durón, Bardales, Pereira, Dávila y Lazaras.

Los designados para presentar trabajos científicos: Drs. Díaz y Bardales, *lo* hicieron en forma sucesiva.

El Dr. Díaz presentó un caso de Tromboangéitis obliterante, observado en un enfermo del Asilo de Indigentes, y el cual ha estudiado en colaboración con el Dr. Alcerro-Castro h. Comentaron el caso los Drs. Bulnes, Alcerro-Castro y Durón. (El trabajo del Dr. Díaz se publica en otra parte de este número de R.M.H.)

El Dr. Bardales leyó un trabajo intitulado "Ensayos para el diagnóstico precoz del embarazo, por la inyección intracutánea de hormono gonadotropa". Comentaron su plática los Drs. Pineda U., Montoya, Zúniga y Durón.

El Dr. Dávila presenta por escrito su moción de solicitud al Congreso Nacional de legislar sobre el Certificado Pre-Nupcial. Acompaña un proyecto de Decreto. Puesta a discusión la moción tomaron la palabra los Drs. Zúniga, Montoya, Díaz, Dávila, Durón, Alcerro-Castro y Bulnes. Puesta a votación, fue rechazada.

Después de tratar asuntos administrativos, se suspendió la sesión.

Varias

Para Guadalajara, México, en donde asistirá al Congreso de Cancerología de México, partió, a fines de enero, nuestro consocio el Dr. Juan A. Mejía M., Presidente de la Asociación Médica **Hondureña** y **Director del Hospital General** de este Distrito. Éxito a sus labores.

- Art. 15. Todos los cheques que se emitan para retirar cantidades del Fondo del A.M.M., serán firmados por el Tesorero, con el Vo. Bo. del Presidente de la A.M.H. o del que haga sus veces, lo cual se pondrá en conocimiento de la Institución Bancaria.
- Art. 16. El Tesorero rendirá informe sobre el movimiento habido en el Fondo del A.M.M., mensual y anualmente, presentando además los extractos de cuenta de la Institución Bancaria.
- Art. 17. Los servicios del Tesorero para el manejo del Fondo del Auxilio Mutuo Médico, serán "ad honorem".
- Art. 18. La presente Ley-Reglamento empezará a regir desde la fecha de su aprobación, y será obligación del Secretario comunicarla, por correo certificado, a los Socios que estén ausentes de este Distrito Central, además de ser publicada en la Revista Médica Hondureña.

Sesión del 2 de Febrero de 1946

>

En ausencia del Dr. Mejía, presidió el Dr. Díaz. Asistieron, Pineda IL, Alcerro-Castro h., Bulnes, Montoya, Zúniga, Durón, Bardales, Pereira, Dávila y Lázarus.

Los designados para presentar trabajos científicos: Drs. Díaz y Bardales, lo hicieron en forma sucesiva.

El Dr. Díaz presentó un caso de Tromboangeítis obliterante, observado en un enfermo del Asilo *de* Indigentes, y el cual ha estudiado en colaboración con el Dr. Alcerro-Castro h. Comentaron el caso los Drs. Bulnes, Alcerro-Castro y Durón. (El trabajo del Dr. Díaz se publica en otra parte de este número de R.M.H.)

El Dr. Bardales leyó un trabajo intitulado "Ensayos para el diagnóstico precoz del embarazo, por la inyección intracutánea de hormono gonadotropa". Comentaron su plática los Drs. Pineda U., Montoya, Zúniga y Durón.

El Dr. Dávila presenta por escrito su moción de solicitud al Congreso Nacional de legislar sobre el Certificado Pre-Nupcial. Acompaña un proyecto de Decreto. Puesta a discusión la moción tomaron la palabra los Drs. Zúniga, Montoya, Díaz, Dávila, Durón, Alcerro-Castro y Bulnes. Puesta a votación, fue rechazada.

Después de tratar asuntos administrativos, se suspendió la sesión.

Varias

Para Guadalajara, México, en donde asistirá al Congreso de Cancerología de México, partió, a fines de enero, nuestro consocio el Dr. Juan A. Mejía M. Presidente de la Asociación Médica Hondureña y Director del Hospital General de este Distrito, Exitó a sus labores.