

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XIV

Bogotá, enero de 1946

No. 7

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Apart. 400. — Teléf. 29-95.

CONTENIDO:

	Págs.
I. Empleo del curare en Ortopedia y Traumatología por el doctor <i>Rafael Mendoza Isaza</i>	449
II. Contribución al estudio Médico-Legal del Suicidio por el doctor <i>Ernesto Villamizar Márquez</i>	465
III. Un caso de Sandoquistes del Páncreas. Por el doctor <i>Marco A. Medina C.</i>	481
IV. Acotaciones psicológicas preliminares. Por <i>Mercedes Rodrigo Belliño.</i>	492
V. REVISTA DE REVISTAS	501
VI. REVISTA DE TESIS	504

IMPRESO EN LA EDITORIAL CROMOS. — BOGOTÁ

Bogotá, Calle 50-A, números 6-89. — Teléfono 58-90
Telégrafo: BIOQUIMICO

EMPLEO DEL CURARE EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Por el Dr. *Rafael Mendoza Isaza.*

I—ESTUDIO DE LAS CONTRACTURAS MUSCULARES

A—La contractura muscular como síntoma clínico.

La contractura muscular es un síntoma y un signo común a múltiples entidades. En ocasiones llega a constituir por la objetividad de sus manifestaciones y por los fenómenos patológicos que de ella se derivan el elemento central y dominante. Dentro del cuadro clínico característico de tales afecciones hay muchos síntomas de percepción difícil porque son discretos en su aparición o en sus manifestaciones. Generalmente ellos no son debidos a alteraciones funcionales o anatómicas graves, pero cuando lo son no tienen el carácter objetivo y en ocasiones patético, peculiar de las "contracturas musculares". Hasta tal punto es claro y marcado este fenómeno que dentro de esa multiplicidad de alteraciones que constituyen la enfermedad, la "contractura muscular" se presenta como entidad adlátere dentro del conjunto y contra ella es necesario emplear medidas terapéuticas especiales que podríamos llamar sintomáticas en relación con la afección, pero que en realidad son causales o funcionales si la clasificamos como entidad individualizada. La práctica diaria en el tratamiento de estas entidades unifica los dos objetivos terapéuticos, considerando como tiempos de una misma "maniobra curativa" el tendiente a neutralizar el síntoma "contractura muscular" y el que pretende restablecer la función o atacar la causa de la enfermedad. Pero a veces el síntoma debe ser vencido previamente antes de tratar la enfermedad.

No en todas las entidades en las que existe la "contractura muscular" tiene ésta la importancia descrita desde el punto de vista terapéutico. En algunas no es más que un signo de importancia

en el diagnóstico (contractura abdominal de la peritonitis) que no es necesario combatir.

En las entidades a que hemos venido refiriéndonos, la terapéutica de la "contractura muscular" debe realizarse simultánea o previamente al tratamiento general de la enfermedad (fracturas, luxaciones, osteoartritis T. B. C.). Pero en otras afecciones la "contractura muscular" no solo resulta ser el síntoma predominante sino que ella constituye la manifestación más clara de la enfermedad. En estos casos el tratamiento sintomático oculta la enfermedad inicial y al combatir el síntoma el organismo puede regresar nuevamente a su actividad normal (tortícolis, tétanos). Finalmente, hay contracturas musculares debidas a lesiones del sistema nervioso central (vía piramidal: contractura verdadera; vía extrapiramidal: rigidez) en las cuales ella tiene un carácter que pudiéramos denominar crónico, distinguiéndose la enfermedad general por su marcha más o menos inflexible y progresiva, con lesiones definitivas del sistema nervioso y a la que el tratamiento sintomático de la contractura no aporta beneficio alguno.

A los dos primeros grupos corresponden contracturas producidas por fenómenos reflejos de puntos de partida variables, de acción localizada; son contracturas *primarias* que podríamos denominar de causa y acción periférica. En el tercer grupo la contractura es secundaria a la acción de toxinas sobre los centros nerviosos. En los tres casos no existe lesión nerviosa, se trata solamente de fenómenos irritativos, infecciosos, tóxicos o mecánicos. Analizaremos ahora el cuarto grupo. En este la "c. m." que denominaremos "graves" o definitivas por oposición a las de los tres grupos anteriores, para significar que ellas no mejoran, son "secundarias" y tienen como causa lesiones nerviosas y no simples irritaciones. Son fenómenos de hipertonia por inhibición de los centros frenadores del tono o por exaltación de los centros tonígenos. El tratamiento sintomático modifica muy poco la marcha de la afección y la lesión central no permite el regreso al estado normal.

La vía piramidal aparte de conducir las incitaciones motoras voluntarias, tiene normalmente una acción inhibitoria o frenadora sobre la actividad refleja, y la motilidad automática y estática. La interrupción en un punto cualquiera de su trayecto deja al aparato motor periférico sin contrapeso y la actividad de éste, origina la aparición de fenómenos llamados de liberación, como son movimientos anormales por liberación de la motilidad automática, exaltación de reflejos por liberación de la actividad refleja e *hipertonía por liberación de la motilidad estática* que, sumados a los fenómenos de déficit tales como la imposibilidad de realizar movimientos voluntarios (parálisis), completan los signos de "piramidalismo" de

los cuales la "c. m." por liberación de la motilidad estática es el único que nos interesa en este análisis.

B.—Las contracturas musculares en Ortopedia y Traumatología.

1. Clasificación de la "c. m." en Ortopedia y Traumatología.

Las contracturas musculares en Ortopedia y Traumatología son todas contracturas "primarias", producidas por un reflejo de punto de partida en los tejidos del esqueleto (osteoarticular, muscular, ligamentoso) y con intervención de los neuronas periféricas sensitivomotoras y su centro medular. En ellas los elementos nerviosos no están afectados, se limitan a transmitir estímulos anormales o exagerados y las respuestas correspondientes de una manera fisiológica y siendo indiferentes a la parte patológica del fenómeno. Los estímulos pueden ser de 2 clases: traumáticos o infecciosos.

La persistencia de estas contracturas reflejas producen un estado que denominaremos de "pseudo-contracturas" en los cuales existe una "alteración postural", semejante al producido por la contractura refleja pero completamente diferente a él en cuanto a la nutrición de la fibra. Son estados de degeneración del músculo por alteraciones circulatorias denominadas de "fibromiositis retráctil" o "pseudo-fibromiositis" en los cuales el músculo pierde su capacidad contráctil y se convierte histológicamente en un tejido fibroso. Tales estados pueden considerarse como fenómenos de "atrofia refleja" y son siempre complicaciones por la persistencia de las contracturas musculares reflejas o estados similares que alteran la nutrición del músculo.

CLASIFICACION DE LAS CONTRACTURAS MUSCULARES EN ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA

a) Contracturas musculares verdaderas (con integridad de la fibra muscular)

MECANISMO	CAUSAS	ENTIDAD CLINICA
REFLEJO (reflejo viscerogénico)	I Traumática	<ul style="list-style-type: none"> a) Fracturas b) Luxaciones
	II Infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> a) Artritis <ul style="list-style-type: none"> 1 Artritis aguda 1 Osteoartritis T. B. C. 3 Trismo b) Miositis <ul style="list-style-type: none"> 1 Etiología no definida 2 Por Infec. piógena c) Peritonitis <ul style="list-style-type: none"> Lumbago Torticólis

b) Pseudo contracturas (con degeneración de la fibra muscular)

MECANISMO

ATROFIA REFLEJA

(reflejo viscerotrófico de Pottenger)

CAUSAS

I Degeneración de la fibra muscular p. alt. en la nutrición

ENTIDAD CLINICA

- 1-En las fracturas
 - 2-En las luxaciones
 - 3-En las artritis
 - 4-En las miositis, etc.
- a) Pseudo fibromiositis (temporal)

b) Fibromiositis re- (1-Retracción isquémica de Volkmann)
tráctil o miositis esclerosante (2-En las osteoartritis)

2. Mecanismo fisiopatológico de la contractura muscular reflejo.

Para estudiar el mecanismo fisiopatológico de la "c. m. r.", podemos dividir el tema en dos partes:

- a) *Mecanismo nervioso* y
- b) *Mecanismo muscular*.

a) *Mecanismo nervioso de la contractura refleja.*

Los estímulos originados dentro de los tejidos periarticulares, tendones y fascias viajan a lo largo de las fibras nerviosas de los nervios propioceptivos y regulan el tono de los músculos por acción refleja. Esta acción refleja propioceptiva, como decimos, tiene su origen en estímulos que obran en el interior del cuerpo mismo, es decir, en los músculos esqueléticos, tendones, huesos, articulaciones, aparato vestibular.

Un proceso patológico en estos tejidos produce un aumento de tales estímulos, resultando de ello una reacción muscular anormal y disturbios centrales del equilibrio y del tono de los músculos antagonísticos. De este modo la "c. m.", resultante de los estímulos partidos de los tejidos periarticulares enfermos, puede ser considerada como la exageración y perversión de un mecanismo fisiológico importante, caracterizado por su notable precisión en condiciones normales, pero de respuestas desproporcionadas a cambios mínimos del "estímulo umbral máximo" en casos patológicos.

Esta estimulación anormal es producida por la distensión de los tejidos, principalmente ligamentos, o por la irritación mecánica o inflamatoria de ellos. Son, pues, estímulos mecánicos (distensión) y estímulos inflamatorios (irritación).

Leriche y Policard en su Fisiología Patológica Quirúrgica pretenden explicar los cambios ínfimos de los tejidos, de los procesos inflamatorios y traumáticos en general como debidos inicialmente a una *vasodilatación activa de origen simpático*.

Para ellos, tanto en la inflamación como en los fenómenos traumáticos, se produce una "hiperhemia activa" que sobrepasa en duración y volumen el margen de variaciones fisiológicas de la circulación local y es el fenómeno íntimo responsable de los cambios fisiológicos concomitantes que se oponen a la isquemia y alteraciones tróficas que pueden producirse posteriormente, constituyendo complicaciones definitivas. Esta hiperhemia, por un mecanismo no bien explicado, excitaría las terminaciones sensitivas produciendo dolor y fenómenos musculares reflejos. Leriche supone que la "vasodilatación activa" es de origen simpático.

Vías sensitivas.—Los estímulos patológicos originados dentro

de los tejidos y órganos en la forma descrita, obran sobre las fibras sensitivas distribuídas dentro de ellos en forma diferente.

Es preciso agregar que junto con las fibras simpáticas discurren fibras centrípetas sensibles de las cuales participan tanto estos órganos musculoesqueléticos como los órganos profundos.

Debemos suponer que las corrientes sensitivas que siguen este camino intervienen conjuntamente con las corrientes sensitivas de los nervios espinales en la producción de las contracturas reflejas. La producción del dolor referido indica que en una determinada región del eje nervioso tales fibras nerviosas se ponen en relación con las otras neuronas sensitivas cerebroespinales. Esta unión debe efectuarse en el segmento espinal metamérico, pues los dolores referidos son localizados en el dermatoma correspondiente a donde desembocan estas fibras. Este fenómeno productor del reflejo viscerosensitivo de Heade, tiene importancia fundamental para nuestro punto de vista, pues por un mecanismo semejante se produce el reflejo visceromotor de Mackenzie, que estudiaremos luego como productor de la "c. m. r." Hemos escogido para este análisis los estímulos internos capaces de producir sensaciones dolorosas por constituir ella la sensación más definida, pero es claro que a ella se suman muchos estímulos internos conducidos por vías semejantes.

Calidad de las fibras de sensibilidad al dolor.—Las experiencias de Schilf, Deninning y Stein demuestran que "las vías conductoras de las percepciones dolorosas viscerales muestran el mismo curso anatómico y la misma morfología celular que las conocidas de las fibras de sensibilidad general del resto del cuerpo". Esto querría decir que las fibras transmisoras de la sensibilidad en general serían de fisiología y constitución idéntica, ya se trate de estímulos normales o exageraciones producidos en órganos de la vida vegetativa o en órganos de la vida animal (tejidos musculoesqueléticos, piel).

La primera parte del reflejo, es decir su parte sensitiva, discurre por vías que según las investigaciones de Rossi, de Castro y Hirth nacen en los órganos vegetativos o en los tejidos musculoesqueléticos y se unen a las fibras del gran simpático hasta el ganglio dirigiéndose de allí por los ramos comunicantes al ganglio espinal, en donde se unen con las fibras sensitivas similares pero que vienen por el nervio espinal. Las anteriores apreciaciones discrepan en apariencia del concepto que el Servicio de Traumatología ha admitido como mecanismo del reflejo que determina la contractura abdominal (signo capital para el diagnóstico y tratamiento). En la tesis de agregación del profesor Cubides Pardo se da a este reflejo un origen simpático, no sensitivo, pero como las fibras de am-

bos nervios van unidades y siguen el mismo trayecto, la interpretación clínica es exacta.

La concepción de Mackenzie.—“Un segmento espinal dado inerva una área visceral con fibras nerviosas autónomas (para nosotros las fibras de la sensibilidad al dolor pertenecen al sistema somático) y una área bien delineada de la piel (dermatómera) con fibras nerviosas somáticas (en el mismo segmento medular existen fibras nerviosas motoras para determinados grupos musculares. Miotómeras?) Los tres tipo de estructuras, ligados de esta manera a través de la medula, pueden encontrarse en partes distantes (por ejemplo diafragma y hombro) o estar más íntimamente relacionados (ejemplo, área de la pared abdominal y viscera subyacente). Un estímulo aferente, originado en un órgano enfermo, aunque de él mismo no pueda partir sensación dolorosa alguna (mutación de estímulos por sensaciones dolorosas?), daría lugar a que en la medulla apareciera un “foco irritable”; con el resultado de que las células cerebrales acostumbradas a recibir los estímulos del área somática correspondiente (o los estímulos propioceptivos necesarios para conservar el tono de los músculos) fueran excitadas. Los estímulos nacidos en estas células atraviesan entonces las vías usuales hacia los centros superiores perceptivos (tálamo), los cuales proyectan o refieren la sensación al área somática. De esta manera se origina el dolor espontáneo en las estructuras superficiales, remotas al sitio de la enfermedad”. (Mackenzie James, “Los síntomas y su interpretación”).

Para la “c. m.” los impulsos aferentes de intensidad normal, originándose en los propios sectores musculares, llegan a los centros espinales, los cuales estarían en un estado hiperexcitable por la recepción de estímulos viscerales anormales (foco irritable), dando lugar a un aumento reflejo del tono de los músculos correspondientes por un “beneficio” o sumación en los estímulos normales propioceptivos. Esta reacción motora proyectada se conoce con el nombre de “reflejo víscero-motor de Mackenzie”, pero en realidad en su producción no intervendría un mecanismo reflejo sino una exageración de fenómenos normales y no una respuesta a estímulos apropiados (arco reflejo). Según la concepción que expondremos inmediatamente, el fenómeno sí es un verdadero reflejo y entonces la denominación dada por Mackenzie de reflejo víscero-motor, que no cuadraría a su concepción, corresponde en definitiva al verdadero mecanismo del fenómeno.

La diferencia fundamental entre las dos concepciones radica en que para Mackenzie, existen órganos que no pueden sentir dolor cuando obran sobre ellos estímulos que en otros sitios, como la piel,

lo producirían. Estos estímulos originarían "sensaciones ciegas" o corrientes nerviosas "sin finalidad perceptiva", que tienen la propiedad de constituir "focos irritables" en la medula, en el segmento correspondiente al sitio de llegada. En tales condiciones los estímulos normales o corrientes nerviosas que sí tienen finalidad perceptiva definida (sensibilidad general, estímulos propioceptivos) que lleguen a ese segmento, se encuentran exagerados por la existencia del "foco irritable" y suben en estas condiciones a los centros superiores, originando percepciones aumentadas y desencadenando respuestas mayores que se refieren o proyectan a las zonas de sensibilidad definida (hiperestesia cutánea, hipertonos musculares). Si esta sumación de estímulos fuera la única causa de los dolores proyectados, por ejemplo, o de su equivalente la contractura muscular, el fenómeno no se produciría cuando no se produjeran estímulos normales, pues hemos visto que se deberían a la exageración de ellos. "Pero el dolor no se suspende por la infiltración de la piel con novocaína".

En cambio, para Morley, Levis y Keligran *"el dolor proyectado y su equivalente la "c. m. r.", se produce solamente por la irritación de los nervios que son sensibles a los estímulos capaces de producir dolor cuando se aplican en la superficie del cuerpo y que obran lo mismo en los tejidos internos"*.

Estos investigadores han llegado a la conclusión de que todo dolor situado profundamente, tratándose de las estructuras somáticas o de las vísceras capaces de engendrarlo, es conducido por un sistema común de nervios.

Pero es necesario que los estímulos alcancen las terminaciones nerviosas de esta categoría, que no se encuentran uniformemente repartidas ni en profundidad ni en superficie. Para la cavidad abdominal, por ejemplo, tales fibras somáticas dolorosas que se encuentran en el peritoneo parietal se extienden, según Morley, por el mesenterio hasta llegar a una corta distancia de su reunión con el intestino y no, como se ha supuesto, hasta cerca del nacimiento del mesenterio.

El mesenterio y el peritoneo parietal son, por consiguiente, sensibles a los estímulos dolorosos: desgarramiento, corte, punzada, calor. Las vísceras abdominales huecas y el peritoneo visceral que los recubre son completamente insensibles a tales estímulos, porque no existen en ellas terminaciones nerviosas capaces de percibirlos. Mientras los estímulos están limitados a la víscera (contrariamente a la teoría de Mackenzie) no hay hiperalgesia, ni adolorimiento profundo, ni contractura muscular.

Cuando el proceso interesa al peritoneo parietal o a cualquier

órgano profundo que posea fibras aferentes somáticas capaces de percibir estos estímulos se origina: dolor referido (hiperestesia), dolorimiento y contractura muscular refleja.

Conclusión. — Los fenómenos reflejos visceromotores de Mackenzie pueden originarse a partir de cualquier órgano o tejido interno poseedor de terminaciones nerviosas sensitivas, susceptibles de ser estimuladas por los estímulos corrientes que producen dolor en la piel. Tales fenómenos reflejos se refieren a la sensibilidad y a la motilidad y corresponden a segmentos de piel y músculo con nervios dependientes de la medula en una altura igual o correspondiente al de llegada de los nervios de sensibilidad profunda.

Pertencen a este tipo de fenómenos:

- 1º) Las contracturas de la pared abdominal en las peritonitis.
- 2º) Las contracturas de los músculos intercostales y del triangular del esternón en la angina de pecho.
- 3º) Contracturas de los músculos torácicos en las afecciones pleurales y pleuropulmonares.
- 4º) *Contracturas musculares en las fracturas y luxaciones, y*
- 5º) *Contracturas musculares en las artritis y osteoartritis.*

b) — *Mecanismo muscular de la "C. M. R."*

La "contractura muscular refleja", es un fenómeno de hipertonía muscular en cuya producción el elemento clónico interviene solamente en el momento inicial, estableciéndose después en el músculo un estado de "tétanos fisiológico" sostenido exclusivamente por el elemento tónico que fija o inmoviliza al tejido contráctil en una situación determinada. No se trata de un fenómeno de "Tétanos completo o incompleto" en el que el elemento clónico responde a estímulos de cierta calidad y frecuencia, sino de estados posturales o estáticos exagerados o distintos de los normales sostenidos por la acción del elemento tónico.

Los elementos de juicio que nos permiten sacar tal deducción se refieren a que durante el trabajo muscular de contracción clónica, el músculo consume oxígeno, produce calor y ácido láctico, es decir, verifica fenómenos de metabolismo intenso en tanto que durante el trabajo ejecutado por el tono éstos fenómenos no se manifiestan, siendo este el caso de la contractura muscular refleja. Como en todos los casos de trabajo tónico, la creatinina debe estar posiblemente aumentada. La función del tono en el músculo la ejecuta el sarcoplasma y las características de él en cada músculo dependen de su riqueza en sarcoplasma. Es necesario concebir el tono como una capacidad del músculo para llenar ciertas funciones con determinada intensidad o fuerza, variable para los diferentes

músculos pero apropiada o suficiente para el papel particular de cada uno. La fuerza o intensidad de esta función está en relación con su riqueza en sarcoplasma y con sus necesidades tónicas, siendo los más ricos en sarcoplasma los encargados de sostener estados posturales permanentes y fuertes, en tanto que los músculos de movimientos rápidos y actitudes tónicas poco marcadas tienen poco sarcoplasma (músculos de cara y cuello). El estado de los músculos hipertónicos o contracturados son estados en los cuales el factor tono adquiere ciertas características que lo hace diferente al tono normal. El regreso a las funciones tónicas normales le devuelve su capacidad para llenar la función con la fuerza necesaria que es específica para cada músculo o grupo muscular. Existe, además, una relación estrecha entre la acción tónica de un músculo (función del sarcoplasma) y las posibilidades de producir contracción en respuesta a estímulos específicos (función de la fibra contráctil o de contracción clónica). La "cronaxia" o medida del tiempo mínimo gastado por un estímulo específico de intensidad dada en excitar la fibra contráctil, es menor para los músculos de poca actividad tónica (pobres en sarcoplasma. Ejemplo: músculos de cara y cuello). Estos responden, pues, en menor tiempo a un estímulo específico de intensidad dada (reobase) que los músculos de gran actividad tónica (de sarcoplasma abundante. Ejemplo: diafragma) en los cuales el estímulo específico de igual intensidad debe actuar durante más tiempo para producir la respuesta. Tenemos así que la "cronaxia" se valora en fracciones de milésimos y en milésimos de segundo para músculos estriados y sus nervios motores y en segundos completos para los músculos lisos que como sabemos poseen la máxima capacidad tónica. (Este fenómeno de la "cronaxia" se produce independientemente del fenómeno de "tétanos perfecto" o "imperfecto". Estos últimos son producidos por la frecuencia de los estímulos llegados al músculo por segundo, siendo menor la frecuencia necesaria para producir el fenómeno en los músculos de gran tonicidad que en los de menor tonicidad; lo cual indica que independientemente de su riqueza en fibras contráctiles entran más fácilmente en tétanos los músculos de mayor función tónica.

En los músculos contracturados, que como hemos expuesto corresponden a estados hipertónicos, y tal es el caso de las contracturas reflejas en los traumatismos e inflamaciones articulares, la "cronaxia" del músculo y de sus nervios se encuentra disminuida, es decir, existe una mayor facilidad para transmitir los excitantes hasta el músculo. Esta disminución en la cronaxia de los estados de hipertono, parece estar en relación con el aumento de acetilcolina en las estructuras musculares. La acetilcolina, está demostrando que realiza la transmisión del influjo del nervio al músculo estria-

do y sería entonces un transmisor químico de tales impulsos. El mecanismo íntimo de este fenómeno parece explicar el hecho de que el impulso nervioso llega al músculo como una onda de despolarización local mensurable como "potencial de la placa terminal". La contracción muscular se produce cuando la despolarización local alcanza un valor crítico y la acetilcolina resulta ser el agente responsable de esa despolarización local del músculo. Esta acción íntima no está bien explicada. Los estados de contracturas y los estados espásticos se caracterizan por una disminución isocrónica de la "cronaxia" en el nervio y músculo que facilita la estimulación. En tales casos el tono muscular se halla alterado y podría denominarse "tono labil".

II—EL CURARE

1º)—*Farmacodinamia del Curare.*

El Curare bloquea la transmisión neuromuscular por un mecanismo aún no completamente establecido. Está demostrado que el impulso nervioso llega al músculo como una onda de despolarización local mesurable como potencial de la placa terminal. La contracción muscular se produce cuando la despolarización local alcanza su valor crítico. La acetilcolina es el agente responsable de esa despolarización local del músculo, es decir, es el transmisor químico del impulso nervioso. Es posible que el Curare reduzca el potencial de la placa terminal porque hace la región receptora del músculo menos sensible a la acetilcolina. Esto explica el antagonismo del Curare con la eserina, la cual es potenciadora de los efectos de la acetilcolina. El Curare no realiza, pues, una desconexión fisiológica entre nervio y músculo como había previsto Claudio Bernard, ni tampoco neutraliza en forma más o menos completa la cantidad de acetilcolina encargada de transmitir el impulso nervioso; su acción se refiere únicamente a la insensibilización que realiza en la estructura muscular misma para recibir los impulsos nerviosos. Las experiencias de Montes concluyen que en realidad los efectos sobresalientes del Curare se deben "a la insensibilización de las estructuras que normalmente reaccionan ante la acetilcolina".

2º)—*Aplicaciones del Curare en Ortopedia y Traumatología.*

El Curare obra en estos casos aumentando la cronaxia del músculo sin alterar la del nervio, produciendo un heterocronismo que dificulta el paso de los estímulos y obra según las dosis en forma progresiva, yendo de los estímulos anormales a los normales

para impedir su transmisión. En esta circunstancia el Curare viene a constituir un medicamento de gran utilidad terapéutica que ayuda efectivamente al tratamiento ortopédico realizado según las normas clásicas que expondremos adelante.

Si recordamos que los estados de hipertonus muscular son estados que permanecen inmodificables algunas veces, aún en los últimos estados de la anestesia clorofórmica, y los peligros e inconvenientes de la anestesia local, comprenderemos mejor la importancia de emplear un medicamento que, como el Curare, permita vencer la contractura, bien sea empleado junto con un anestésico, haciendo entonces disminuir las dosis necesarias de éste para obtener los mismos efectos, o bien sea empleado junto con un medicamento que como la morfina disminuya los fenómenos dolorosos y permita soportar al paciente las maniobras de reducción brusca y contención, facilitadas ya enormemente por la relajación muscular obtenida por este medio.

Hemos repartido en nueve grupos los casos clínicos con contractura muscular en los cuales el Curare podría tener acción y ser de utilidad:

1º) Fracturas con desalojamiento en las cuales hay contractura muscular dolorosa. En este grupo se hace la reducción brusca sin anestesia, empleando la morfina y el Curare para facilitar la maniobra. Se obtiene una buena relajación muscular y los fragmentos se dejan manejar con facilidad. Sin embargo, el dolor que el enfermo acusa cohibe al operador para comprobar el afrontamiento correcto de los fragmentos. Es este un inconveniente que debe tenerse en cuenta, pues un afrontamiento defectuoso producido por impaciencia del médico originada por esta causa, no está justificada.

2º) *Fracturas con desalojamiento* en las cuales hay contractura muscular dolorosa. Reducción brusca, *con anestesia*, empleando el Curare para facilitar la maniobra. Estos casos corresponden a una indicación precisa del Curare, pues además de facilitar la movilización de los fragmentos se disminuye la cantidad de anestésico empleado para obtener tales resultados.

3º) *Fracturas altas del fémur y del húmero con desalojamiento* y contractura muscular. Reducción por la extensión continua y suspensión (empleo del aparato del profesor *Leyva Pereira*). En estas fracturas el obstáculo fundamental lo constituye la contractura muscular que es necesario vencer lentamente y en ocasiones con bastante dificultad, lo cual produce afrontamientos defectuosos. El empleo del Curare en forma de curarización persistente hasta por dos semanas, facilita la acción de los aparatos y reduce el tiempo necesario para afrontar las piezas óseas.

4º) *Luxaciones.* — Reducción por las maniobras clásicas empleando Curare y morfina. En las luxaciones el Curare permite manejar las superficies articulares sin oposición muscular. Como el tiempo de dolor es mínimo, se hace innecesaria la anestesia general.

5º) *Contracturas musculares por lesión articular.*—*Osteoartritis T. B. C.*—Coxalgia, tumor blanco, pott. Se trata de aplicar los yesos en posición correcta; pero la contractura dificulta y en ocasiones hace imposible esto. El Curare se puede emplear en estos casos como coadyuvante de la anestesia general o de la extensión continua. Si no se emplea la anestesia general es necesario la aplicación de morfina, pues estas contracturas son dolorosas.

6º) *Cirugía abdominal.*—Empleo de anestesia general superficial, o de anestesia local. El Curare en estos casos ha sido ampliamente trabajado por los americanos. En más de 50.000 experiencias llegan a la conclusión de que el Curare como coadyuvante en la anestesia general vendrá a reemplazar la anestesia raquídea en determinados casos. Las ventajas se refieren a la cantidad mínima de anestesia empleada y a la facilidad con que el cirujano maneja los músculos. Dentro de este grupo la siguiente historia clínica es interesante por cuanto con ella comprobamos la acción del Curare sobre las contracturas musculares reflejas en las peritonitis; es el caso de un enfermito que llega al Servicio con fenómenos peritoneales francos y contractura abdominal generalizada. Aplicado el Curare por vía endovenosa se pudo comprobar la relajación de los músculos de la pared abdominal. En el acto quirúrgico se confirmó el diagnóstico de peritonitis generalizada y por tanto la contractura refleja era, debida a esta causa.

7º) En casos de tétanos el Curare fue empleado con buenos resultados para combatir las contracturas musculares por irritación de los centros tonígenos, bulbomedulares y el trismus. En un caso de tortícolis el Curare obró como medicamento sintomático de acción rápida en la contractura dolorosa y persistente.

8º) En los espasmos musculares por inflamación con lesión de la fibra muscular, y

9º) En las fibromiositis retráctiles con posiciones viciosas en flexión. Tanto en este grupo como en el anterior el empleo del Curare no tiene ningún efecto. En estas retracciones existe ya una lesión degenerativa de la fibra muscular con producción de tejidos fibrosos. Los casos tratados indican que el Curare no obra sobre la fibra muscular cuando ésta está lesionada anatómicamente y ha perdido sus propiedades tónicas y clónicas. El Curare en estos casos podría servir únicamente como medio de diagnóstico diferencial

para establecer el estado de la fibra muscular y esta prueba bien podría agregarse a las otras pruebas que se realizan con tal objeto.

Qué Curare hemos empleado en nuestras experiencias.—Todas nuestras experiencias se realizaron con Curare de calabazo, originario de la Comisaría del Vichada (Colombia), dosificado en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad y denominado por el doctor Gonzalo Montes quien lo produce "Mioatomina" y aprovechando solamente las fracciones solubles en agua. En la preparación de estas soluciones y en su dosificación emplea técnicas especiales que no consideramos necesario transcribir, pero que se encuentran consignadas en el número de septiembre de este año de la Revista de Marly.

Técnicas empleadas para su aplicación.—Nosotros empleamos soluciones fabricadas a partir del Curare de calabazo que poseen 20 miligramos de substancia activa por centímetro cúbico. Cuando realizamos maniobras de reducción brusca o empleamos el Curare como coadyuvante en la anestesia, empleamos la vía intravenosa por considerar que ella es la más efectiva. Los efectos se manifiestan a los dos minutos y persisten hasta 35 minutos. En los tratamientos en que empleamos el Curare como coadyuvante en la extensión continua por ser necesario realizar una curarización persistente, usamos la vía intramuscular pudiendo aplicarse la dosis terapéutica a intervalos de 6 a 8 horas, sin peligro de una acción sobrecargada tardía. Sin embargo, en ninguno de los casos usamos la droga con este intervalo. Generalmente la empleamos en lapsos de 36 a 48 horas.

Dosificación.—Por razones que expondremos luego no nos fue posible llegar a establecer en nuestros pacientes cuál era la dosis terapéutica precisa. Empíricamente aceptamos que las dosis equivalentes a 1 miligramo por kilo de peso son inocuas y perfectamente manejables pudiendo emplearse sin que ellas produzcan fenómenos graves. En relación con esto nosotros empleamos en nuestro trabajo únicamente dosis bajas, aproximadamente 0,75 miligramos por kilo de peso, pero no pudimos llegar a establecer cuál era la dosis mínima terapéutica ni cuál la dosis mínima tóxica. Debemos anotar sí, que con las dosis empleadas no tuvimos que confrontar ningún accidente ni emplear los antídotos del Curare, tales como la fisostigmina que de todas maneras debe tenerse a mano cuando se maneja esta droga. Además de la fisostigmina la respiración artificial y el suministro de oxígeno son métodos suficientes, según los experimentadores, para controlar los fenómenos que puedan presentarse.

Resultados.—Tratándose de aplicaciones clínicas múltiples como las enumeradas, los resultados no pueden establecerse en for-

ma genérica y es necesario especificar en cada caso cuáles fueron las ventajas que se obtuvieron con su empleo.

Pero en términos generales sí podemos afirmar que el Curare es una droga que ayuda a combatir eficazmente la contractura muscular y que no tiene los peligros que a primera vista se le podrían atribuir.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO MEDICO-LEGAL DEL SUICIDIO EN BOGOTA

Por el Dr. *Ernesto Villamizar Márquez*.

Trabajo elaborado en el Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

Etiología del suicidio. — Causas sociales. — Causas patológicas. — Causas morales. — Causas pasionales. — Causas religiosas. — Herencia del suicidio. El alcohol y el suicidio. — Constituciones psicopáticas. — Contagio psíquico

Etiología del Suicidio.

El suicidio es sin duda uno de los asuntos más importantes dentro de las cuestiones médico-legales y es también uno de los capítulos, en que más serias dificultades encuentra el médico legista.

Es incontable el número de veces en que ante los tribunales debe responderse a la cuestión siguiente: ¿La muerte es el resultado de un suicidio, de un homicidio o de un accidente? Y es este uno de los problemas más difíciles, más delicados y de mayor responsabilidad a que constantemente se ve sometido el médico legista, y que debe resolver con la más serena precisión y con absoluta pulcritud.

Al examinar las estadísticas de los suicidios en Bogotá, es muy fácil convencerse de su constante progresión, y puede darse como cifra media a partir del año de 1930, el de 25 suicidios anuales.

Si bien es cierto que hay algunas diferencias entre un año y otro en que el carácter creciente no es constante, estos periodos de disminución de los suicidios no pueden considerarse como normales, ya que en ciertos momentos de conmoción su número crece.

En el año de 1940 su número alcanzó 49 que es la cifra más elevada que hasta ahora ha existido.

Estos datos estadísticos abarcan solamente aquellas tentativas de suicidios que han sido seguidos de muerte y en los cuales la autoridad ha tenido que actuar. A estas cifras tendríamos que añadir aquellas tentativas de suicidio y aquellos casos que se escapan a las investigaciones judiciales y cuyo número no deja de ser considerable.

¿Cuál es la razón para este aumento en el número, y cuáles

son las causas que impelen y llevan al hombre a suprimir de una manera brutal e irreparable su existencia?

Consideraré una a una y de una manera sucinta los principales causales que influyen en la supresión más o menos voluntaria de la vida.

Causas sociales.—Según la tesis sostenida por Durkheim, “el suicidio en un acto condicionado por causas sociales diversas ligadas a las contingencias propias de la lucha por la vida”; entre ellas atribuye una influencia destacada a las siguientes: organización de la familia y de los pueblos, costumbres, profesión, estado civil, equivocación religiosa, lujo, crisis económicas, guerras, calamidades públicas, etc.

Es indudable que las causas sociales guardan un puesto de primacía en la etiología del suicidio. No es raro oír decir que tal o cual persona, por un descalabro familiar, por una aspiración trunca, por la caída de un nivel social superior motivada por una acción reprochable en uno de los miembros de la familia, motivos de orden pasional en distintos sectores de un hogar, que dan lugar al alejamiento por parte de las relaciones y amistades, son muchas veces el acicate para pensarlo, y realizan luego el suicidio.

Algunos autores llegan a sostener, basados en estadísticas científicamente llevadas, que los factores sociales predominan en la etiología del suicidio sobre las enfermedades mentales que también se señalan entre sus más frecuentes causas.

Causas patológicas.—No son menos importantes que las anteriores como causa determinante para la producción del suicidio.

Su influencia es grande en ciertas enfermedades consideradas como incurables, entre las cuales figuran el cáncer y la tuberculosis que precipitan al suicidio. Otras enfermedades de marcada resistencia al tratamiento, como ciertas enfermedades venéreas rebeldes, la tuberculosis, casos avanzados de lepra, son otros tantos causales patológicos, que, obrando de manera continua en el pensamiento y en la voluntad de quien las lleva, va fijando día a día la idea del suicidio y máxime cuando el individuo no encuentra la manera de poner remedio a su enfermedad que tanto lo quebranta, o viendo que a pesar de sus muchos recursos la ciencia es insuficiente para aliviarlo de su terrible dolencia, resuelve eliminarse y en la forma más rápida y que más le convenga, y entonces busca uno de los medios, cualesquiera que sea el elegido, para ejecutar su plan.

Causas morales.—Es evidente e indiscutible que los principios religiosos arraigados en nuestra conciencia son una valla o freno en las situaciones críticas y apremiantes de la existencia.

Cuántas veces hemos leído y hemos oído de viva voz contar, de individuos que por una causa u otra, pensaron en destruir trágica-

mente su existencia y que no lo hicieron, porque su fe, su convicción religiosa les impuso un temor al más allá, encontrando al mismo tiempo alivio y consuelo en las penas que los habían llevado a pensar en esa forma, por la conformidad cristiana y el heroico estoicismo.

El escepticismo y la indiferencia materialista son factores pre-disponentes en los que hacen alarde de ellos o que lo son, al suicidio, o tentativa de tal, porque no tienen el control de los principios religiosos.

Todos podemos contar de tal o cual persona conocida nuestra, o por la historia, y que pensando sin religiosidad y de una manera franca y rotundamente materialista se han quitado la vida por una razón que ellos consideran suficiente.

Séneca y la mayor parte de los estoicos lo exaltan, como un hecho heroico, la religión cristiana lo condena severamente, como un acto de rebelión contra Dios.

Causas pasionales.—En nuestro medio no son precisamente las más importantes, aunque sí ocupan un lugar primordial en la determinación de la supresión rápida y brutal y por propia mano de la existencia.

Parece que el temperamento y la idiosincrasia del pueblo latino es por excelencia terreno fértil a los extremos pasionales; más aún en ciertas clases sociales, donde tal vez por falta de principios morales en el hogar, o por defecto de educación de los sentimientos, desde niños no se les inculca el respeto que se debe tener y el aprecio del verdadero valor de la vida de los demás, y por ende de las de ellos mismos.

El amor es aquella de las pasiones que en nuestro medio hace más víctimas de suicidio. Se le observa generalmente en los años que siguen a la pubertad y es más frecuente entre las mujeres, quienes lo ejecutan de manera dramática, dejando en la mayoría de los casos notas alusivas al móvil determinante, que como es bien conocido de todos, es casi siempre debido a desengaños amorosos, ya sea el caso de la mujer soltera, y es el principal móvil, que ha perdido su virginidad, o que ha concebido clandestinamente, o la de la mujer o el hombre que han perdido al sér que adoraron entrañablemente, hasta el punto de creer que sin él no puede haber vida posible.

Sucede algunas veces que pasiones como los celos o el odio conducen a ciertas personas hasta el homicidio, y luego dándose cuenta de la gravedad del hecho cometido y las grandes consecuencias que inevitablemente les acarrea, o sintiendo un gran dolor del alma, por la pérdida de un sér querido, no piensan sino que la muerte es el único remedio.

Causas religiosas.—La religión es más bien extraña al desarrollo del suicidio.

En nuestro medio parece que no existe creencia religiosa que tenga como medio glorioso la supresión voluntaria y rápida de la existencia, para hacer con ella méritos familiares en esta vida, y méritos religiosos en la otra vida.

No pasa así en ciertos países del antiguo continente donde puede decirse que la práctica del suicidio por motivos religiosos es únicamente reservada a ciertas determinadas familias de casta y linaje reconocidos y con ello subsanan o reparan errores cometidos por ellos o sus miembros de familia.

Puede decirse sin peligro de pecar por error, que hasta hoy no se conoce un suicidio en nuestro país motivado por la imposición de ciertas creencias religiosas, ya que la mayoría de nuestro pueblo ha sido educado dentro de una religión que prohíbe y sanciona aún la simple intención de quitarse la vida.

Herencia del suicidio.—Es entre las causas predisponentes una de las que debemos colocar en primer término.

Su influencia es reconocida y muy grande en la producción del suicidio. Es menor en los estados de razón, que en los estados de locura.

Es fenómeno curioso y digno de tenerse en cuenta el ver cómo familias enteras desaparecen de este modo. Generalmente acontecen los suicidios a la misma edad más o menos, y con el mismo género o la misma clase de medio escogido para tal fin, y así hay casos, como los que cita Esquirol en que dice: "haber conocido una familia en que la abuela, su hermano y la madre se suicidaron; la hija de ésta hizo una tentativa de suicidio y el hijo se ahorcó". Voltaire dice: "He visto casi ante mí un suicidio que merece llamar la atención de los físicos. Un hombre de profesión seria, de edad madura, de buena conducta, y que estaba muy lejos de hallarse en la indigencia, se mató. He aquí lo asombroso. Su hermano y su padre se habían matado a la misma edad que él y por el mismo procedimiento. Qué secreta disposición de ánimo, qué concurso de leyes físicas hacen suidarse al padre y a los dos hijos, con el mismo género de muerte, y precisamente cuando llegan a la misma edad?" Estos ejemplos nos demuestran muy a las claras y nos evidencian que la herencia juega un papel importantísimo en la determinación del suicidio. Nos dicen también, que dicha herencia se manifiesta a una misma edad y se caracteriza por el mismo género de muerte. En nuestras estadísticas se comprueba generalmente que entre las familias de los suicidas siempre ha habido colaterales que han tomado la fatal determinación, evidenciando una vez más la influencia que la herencia tiene en la producción del suicidio.

El alcohol y el suicidio.—Debemos colocar en primera línea como determinante del suicidio el etilismo agudo.

Es de observación fácil el darse cuenta que la mayoría de los suicidios se realizan y son consecutivos a un estado de embriaguez, porque produciendo la perversión de los instintos, y anestesiando el plano intelectual, y pervirtiendo las facultades, predispone y conduce inevitablemente a la eliminación definitiva o auto-destrucción.

Es conocido de todo el mundo, y todos hemos oído contar, cómo personas que no han sido impulsadas al suicidio por su rectitud, su entereza de carácter, honorabilidad y convicciones religiosas, cuando se encuentran en sobre-excitación producida por el abuso del alcohol, toman una determinación súbita, casi inconsciente, y realizan el suicidio sin premeditación alguna. También es sabido, cómo en los países en que domina el alcoholismo los casos de suicidio son más numerosos, que en aquellos otros países en que ha predominado un control para la adquisición y venta de las bebidas que contienen alcohol en dosis elevadas.

Desgraciadamente, y doloroso es decirlo, nuestro país llena sus arcas a base de impuestos por exceso de producción de bebidas alcohólicas, y es que en la generalidad de los casos a la embriaguez sigue el suicidio, según lo hemos podido comprobar en nuestro Instituto de Medicina Legal.

Constituciones psicopáticas.—Entre los enajenados se cuenta un gran número de suicidios. Se observan numerosos suicidios en la melancolía del tipo obsesionante. En la hipocondría son más raros; también se presentan en el delirio de persecución, en la locura puerperal, y en la epilepsia. En la etiopatogenia del suicidio, cuenta con numerosos adeptos y entre ellos se cuentan algunos autores de competencia médico-legal comprobada e indiscutible, que sostienen como teoría esencial en la producción del suicidio la constitución psicopática. Esquirol señala en 1838 que “el suicidio ofrece todos los caracteres de la alienación mental de la cual no hay sino un síntoma” y agrega “el hombre no atenta contra sus días sino cuando está en delirio y los suicidas son alienados”. Fleury decía: “todos los suicidios, con escasas excepciones se explican por el exceso de angustia que se produce en el período de depresión de las psicosis periódicas en sujetos que tienen una constitución emotiva”; Pierre Janet atribuye al suicidio el significado de “una forma mórbida de reacción al fracaso”. Otros como Ariosto Licurzi sostiene que el verdadero elemento etiológico del suicidio es la anormalidad”.

Por lo anteriormente expuesto podemos darnos cuenta en síntesis, que si bien las causas sociales, que es la otra teoría sostenida por varios autores, tiene papel primordial en la etiología del suici-

dio, es de mayor importancia la constitución psicopática cuyo valor indiscutible es irrefutable, colocándola a la cabeza de las determinantes del suicidio, ya que en más de las tres cuartas partes de los casos conocidos de suicidio, se ponen en juego mecanismos psicopáticos, como son la depresión melancólica, psicopatías de origen alcohólico, involución senil, demencia precoz, psicosis epilépticas, obsesión impulsiva, delirio sistematizado crónico, demencias orgánicas, parálisis general, psicosis puerperales, delirios febriles.

En resumen, puede decirse que el factor esencial del suicidio ha sido la enfermedad en su doble significación física y mental. No quiero decir que se necesita estar loco en términos generales para el mecanismo del fenómeno suicida: La psiquis puede enfermar y enferma, pero sin que pueda hablarse de locura.

No se vaya a creer tampoco que son los enajenados los que mayor contingente de suicidios traen. Por el contrario, nos dan el número más bajo; no hay por qué no admitirlo, pero el resto no son individuos normales, son anormales, psicópatas, débiles mentales, enfermos tarados, como quiera que se les quiera llamar, son enfermos del psiquismo; con mucha frecuencia individuos de hiperemotividad manifiesta.

Contagio psíquico.—La evidencia no nos deja mentir al afirmar que existe un cierto contagio en el suicidio.

La influencia de la imitación es notable, como lo demuestra el hecho, de presentarse casi seguidos, en individuos que se matan en circunstancias parecidas, y en lugares apartadísimos unos a los otros.

Todos conocemos y hemos oído hablar de sitios especiales adoptados con premeditación para el suicidio. Y a esta propaganda contagiosa la radio y la prensa contribuyen de manera formal con sus publicaciones espectaculares, sus relatos con todos los incidentes y a grandes titulares de la forma y condiciones del suicidio. Ciertas cintas cinematográficas también contribuyen a este fin, y así en personas cuyos sentimientos habían permanecido latentes hasta entonces, con esta clase de publicaciones y en aquellos temperamentos emotivos y de fondo paranoico con tendencias exhibicionistas, son fértil abono y espina irritativa poderosa, que impresionando estos cerebros frágiles y muchas veces enseñándoles la manera más económica y fácil de realizar el suicidio, los impulsa irremediablemente hasta el camino de encontrarlo y es lo más probable que sin esta clase de estímulo quizá estos presuntos suicidas, no hubieran cometido el acto final.

En la historia se cuentan casos, como cuando Napoleón Primero mandó quemar un garito porque en él se habían suicidado tres soldados o como el caso de la Puerta de los Inválidos, que fue ta-

piada porque doce hombres habían encontrado la muerte allí por suspensión.

Entre nosotros se ha comprobado claramente este contagio psíquico como en la epidemia suicida que se presentó en el año de la celebración del cuarto centenario de Bogotá (1938).

Edad. — Sexo. — Estado civil. — Condiciones económicas. — Condiciones biológicas.

Edad.

En nuestro medio se presenta con mayor frecuencia en el adulto, entre los veinte y los cincuenta años, siendo casi rarísimo entre los niños, aún cuando más frecuente que entre los ancianos.

Es en este período de la vida, en que obrando con más ligereza y con menos raciocinio, lo mismo que debido a las energías que fisiológicamente se poseen se cometen más errores materiales y morales y entonces estas mentes taradas no encuentran otro recurso para suprimir lo que ellos llaman pena moral, sino el suicidio.

Durand Fardel nos relata el caso de un niño que se mata porque se muere un pájaro que tenía, o porque sufre una reprimenda de sus padres.

Para la explicación de estos casos es necesario buscar los antecedentes hereditarios y es casi seguro que en ellos se encuentre la razón del por qué del suicidio de los niños. Son casos de tremenda hiperemotividad.

Sexo.—Es de gran importancia en lo referente al suicidio. Entre nosotros es mucho más frecuente el suicidio en el hombre que en la mujer, y no es de sorprendernos ya que ésta ocupa un papel secundario en la lucha de la existencia. La debilidad de la constitución física de la mujer, su mayor temor al sufrimiento, la debilidad de carácter, son otras tantas razones que abogan para explicar el por qué la predominancia del suicidio del sexo masculino sobre el femenino. Además el alcoholismo más extendido en el hombre, es causa que inclina y es espina irritativa que impele más frecuentemente al suicidio, ya que en nuestro medio predomina el alcoholismo en el sexo masculino.

Estado civil.—En las personas solteras influye de manera especial la irregularidad de costumbres, la falta de control personal, la falta de educación y el desenfreno moral.

En los viudos puede anotarse como factor adyuvante el aislamiento, la soledad en que quedan sumidos por la pérdida de uno de los cónyuges; la desorganización muchas veces en el giro de los negocios o el trabajo que tengan que desarrollar; son éstas pues cir-

cunstances que obrando solas o en conjunto, y en mentes no suficientemente controladas producen efectos fatales y más cuando encuentran factores de sugestión centrípeta.

Condiciones económicas.—En época moderna en que el confort, el lujo, el refinamiento y los placeres son de difícil sostenimiento económico y en que para la vida social activa se requieren grandes cantidades de dinero, es muy fácil que un individuo se desespere por falta de recursos o del medio para procurárselos, y venga a poner fin trágicamente a sus días.

En el momento recuerdo el caso de un joven de unos 20 años de edad y que trabajaba en la Contraloría de la República, quien por no tener dinero suficiente para sostener un tren de vida más allá de su alcance monetario, puso fin a sus días, ingiriendo una dosis mortal de veneno. Y son muy frecuentes y repetidos los casos de esta índole en que causas sociales de un orden u otro son la determinante irremisible para que vidas, en apariencia sanas y sin taras de ninguna especie, sean truncadas en un momento de "Choc" social.

Condiciones biológicas.—Individuos de vida más o menos azarosa que por cualquier percance han sufrido paraplegias, buscan la manera de acabar con aquello que ellos llaman su miserable existencia, y entonces van al suicidio. Otros que por accidente o infección, han sufrido la amputación de uno de los miembros, no soportan su nuevo género de vida y entonces atentan eficientemente contra su vida.

Se encuentran generalmente entre el gran número que forman esta cadena, individuos que han perdido sus funciones genésicas, ya sea por una mala intervención quirúrgica o accidentalmente, o ya sea porque no han gozado nunca de este beneficio y entonces, agobiados de su profundo pesar, considerándose como los más infelices imploran para que les venga la muerte y no encontrándola, la buscan, dándosela ellos mismos.

Formas de suicidio. — Sus variaciones según las costumbres y los países.

Formas del suicidio.

Entre nosotros se emplean casi todos los medios para la auto-muerte, pero hay marcada predilección por ciertas formas de suicidio. Esto depende de la edad, el sexo, las condiciones morales y económicas para proporcionarse el medio de atentar contra sus días. Es así como los jóvenes y las mujeres escogen procedimientos que no les causen dolor y que les produzcan una muerte tranquila y sin grandes sufrimientos. Los adultos prefieren generalmente las ar-

mas de fuego, y los instrumentos cortantes, lo mismo que los viejos.

Entre nosotros figuran en orden descendente como procedimiento de suicidio las heridas por armas de fuego, luego siguen los suicidios por envenenamiento; se presentan algunos casos con arma cortante, tales como la barbera o las cuchillas de afeitar; la suspensión entre nosotros es bastante rara aunque sí se ha presentado pero más comúnmente en personas extranjeras. La sumersión goza de muy pocos adeptos. La caída de un sitio elevado es tan ausente que son contados, por no decir excepcionales, los suicidios realizados por ese medio. Los suicidios por explosión es decir por introducción dentro de una cavidad natural, como la boca, de sustancias explosivas tales como la dinamita, también son de observancia entre nuestro pueblo; lo mismo que el arrojar al paso de un vehículo en marcha, como trenes, etc.

Sus variaciones según las costumbres de los países.

En Francia según los estudios del Profesor Vibert, y de acuerdo con el Profesor Du Saulle y en orden de frecuencia, los suicidios se realizan por los medios siguientes: principalmente por suspensión, sigue la sumersión, luego las armas de fuego, el óxido de carbono, los instrumentos cortantes o punzantes, el veneno y la caída de un sitio elevado.

En Colombia el método de escogencia para realizar el suicidio varía según las costumbres y más que todo según las condiciones económicas del presunto suicida. Así en las regiones mineras, donde trabajan con el ácido cianhídrico, son muy frecuentes los suicidios con ese medio. En otras regiones donde son de fácil adquisición las armas de fuego, lo mismo que los instrumentos cortantes y punzantes, se observan suicidios por estos métodos. En otras partes donde se expenden productos tóxicos con demasiada libertad, el envenenamiento es el método habitual.

Hay ciertos sitios de elección suicida.

Es digno de anotarse y lo hemos comprobado que la prensa y la radio contribuyen notoria y esencialmente a la escogencia del medio por el relato detallado del método empleado, por un suicida a quien, por estos sistemas y mediante crónicas espectaculares llevan a la heroicidad, a sus protagonistas.

Legislación penal sobre el suicidio.

Nuestros legisladores nada, o casi nada dicen sobre el suicidio. El Código Penal antiguo, a pesar de ser tan casuístico y prolijo, no hizo la menor observación a este respecto. El Código actual vigente,

no nos habla sobre el suicidio directamente, sino que trata en algunos de los artículos de las sanciones legales imputables a actos que tienen relación con el suicidio.

Así en la parte que trata de los *Delitos contra la vida e integridad personal* dice el artículo 367: "El que eficazmente induzca a otro al suicidio, estará sujeto a la pena de tres meses a dos años de arresto. Cuando el agente haya procedido por motivos innobles o antisociales, se duplicará la pena".

El artículo 368 dice: "el que ocasione la muerte a otro con su consentimiento, estará sujeto a la pena de tres a diez años de presidio".

En el artículo 367 no habla de sanción legal para el suicida, sino, como es muy claro, para el que induzca eficazmente al suicidio a otro semejante. Esto no quiere decir que por ejemplo llegue el señor X, y me diga: me voy a suicidar, y yo le conteste: suicídese, y el señor X. se suicida media hora después o por la tarde. Esto no significa que mi inducción fuera eficaz y por lo tanto yo sufra la pena. No. Al hablar de eficazmente quiere decir que yo haya tratado de convencerlo o le haya prestado los medios necesarios para conseguir el material indispensable para el suicidio, o le haya facilitado el mismo material o le haya puesto necesariamente en el camino para la realización del hecho.

Al hablar de motivos innobles o antisociales, se quiere con esto significar que priman intereses creados económicos, sociales, o en fin cualquiera que ellos sean para precipitar a alguna persona al suicidio.

Me ha parecido también importante citar el artículo 368, por que en realidad explícitamente no trata del suicidio pero sí al consentir cualquier persona en que se le ocasione la muerte hay el deseo de la supresión de su propia vida, y considera que el que realiza el homicidio forma parte del material o instrumentos necesarios para el suicidio. Y me explico, así: El que se suicida por suspensión va y compra la zoga, luego buscará de donde sostenerla, luego se situará de manera de poder arrojarla a una parte más baja, luego se echará la zoga al cuello, se la anudará y completará su acto suspendiéndose. De la misma manera el que consiente que se le mate puede perfectamente, suponiendo el caso que sea con arma de fuego, comprar el revólver, situarse en la posición más cómoda y entregándole el arma a otro esperar a que le sea disparado el proyectil ya sea por miedo de poderlo disparar él mismo, o como en el caso de que le falten los miembros superiores, y el deseo de morir por arma de fuego.

Esto es todo lo que nuestro Código relaciona con el suicidio y como puede notarse, no sanciona el suicida pero sí lo hace y seve-

ramente al que presta auxilio a otro para que se suicide. Por lo tanto el acto de atentar contra nuestra propia existencia no es considerado en nuestras leyes como delito.

Es corriente ver en el despacho de los juzgados permanentes de nuestra capital, Bogotá, reincidentes de tentativas de suicidio, que tampoco son considerados como delincuentes y son enviados a calabozos con sanciones monetarias. Pero esto se hace y es lógico suponerlo con el único objeto de evitar una tragedia final, sistema profiláctico de un probable acto suicida.

El suicidio y las Compañías de Seguros en cuanto al pago de las pólizas.

En principio y por teoría todos los riesgos son asegurables, excepción hecha quizá de los que sufren alguna enfermedad mortal o activa. Y la razón corroboradora y por demás financiera de tal principio, es que todas las compañías de seguros, desde y al igual que la "Metropolitan Life Assurance Co.", la mayor de su género en el mundo, han adoptado como base en sus cálculos de vida, primas, asegurabilidad, probabilidades de muerte, etc., la tabla de mortalidad de que parcialmente hago inserción a continuación, pero cuyos varios ejemplos bastarán para dar al lector una idea precisa sobre sus efectos y aplicación.

Edad	No. de personas vivas	No. de personas que mueren	No. de muertes por 100.000 probabilidad de muerte	Promedio de vida futura. Esperanza de vida
10	100.000	749	7.490	48.72
11	99.251	746	7.516	48.09
12	98.505	743	7.543	47.45
13	91.762	740	7.569	46.80
14	97.022	737	7.596	46.16
15	96.285	735	7.634	45.51
16	95.550	732	7.661	44.25
17	94.818	729	7.668	44.19
18	94.089	727	7.721	43.53
19	93.362	725	7.765	42.87
20	92.837	723	7.805	42.20

La tabla que aparece antes, es la denominada "American Experience". Fue construída hace más de 10 años, tomando la experiencia de la "Mual Life Insurance Co.", de Nueva York, durante 20 años. La tabla comienza a los diez años en cuya edad la proba-

bilidad de muerte es de 749, es decir casi de siete y medio por millar. Esto significa que de acuerdo con dicha experiencia, es de esperar que en un año mueran de 7 a 8 personas, por cada mil vidas aseguradas de diez años, siendo 7.49 el promedio correspondiente a un período de un año, la probabilidad de muerte aumenta con la edad gradualmente. A los 24 años, la probabilidad de muerte ha aumentado a 8 por millar. A los 36 años a 9 por millar, a los 41 años a 10 por millar, a los 56 a 20 por millar y así sigue aumentando con un paso cada vez más rápido, hasta el último año. Siendo 100.000 el número de vivos a los diez años, y su probabilidad de muerte de 7.49 por mil, tendremos que de este total sólo llegarán a los 11 años la diferencia entre 100.000 y 749 o sea 99.251 personas. Entre los 11 a los 12 años morirán 746 personas de los 99.251 supervivientes por lo tanto sólo llegarán a los 12 años 98.505, etc.

Ahora bien, dentro de la ya explicada tabla están incluidos de manera invariable los suicidios, ya que claro está, ellos aumentan el coeficiente de defunciones, siendo en sí mismos, causa definida y estadística de muerte. Y tenemos con base en lo anterior, que el suicidio es un riesgo asegurable cuya contingencia corre la Compañía, previas ciertas condiciones o preestablecimiento de circunstancias que para ello se fijan y que detallaremos.

Suicidio.—El riesgo de muerte por suicidio de un anormal o de un cuerdo suele excluirse específicamente durante el primer año o durante el período de disputabilidad estipulándose que si el suicidio ocurre dentro de él, sólo se reembolsarán las primas pagadas hasta esa fecha.

La posibilidad de un suicidio es uno de los peligros de la vida; y las muertes habidas por esta causa están consideradas, como ya se dijo en las tablas de mortalidad.

Al eliminar por completo este riesgo, se reduciría el valor de una póliza de Seguro de Vida y podría causar grandes dificultades a los que de ella dependieran; sin embargo hay una gran tendencia a aumentar hasta dos años el período durante el cual no se cubre la póliza del suicida. Esto producido por el gran número de suicidios habidos durante el período de depresión de 1929.

Normalmente el suicidio es uno de los elementos de las posibilidades de fenecimiento, al igual que cualquier otra causa de muerte, y el único objeto de la cláusula que lo limita es el de proteger a las compañías contra posibles fraudes, como en el caso de las solicitudes hechas después que se tiene la resolución de suicidarse.

En resumen: una compañía cualquiera de seguros de vida en nuestro país, asegura a cualquier individuo previo examen médico para establecer si existen o no, causas que puedan producir su muerte en un período más o menos largo, y cubre ese riesgo cuar-

do tal inevitable acontecimiento se suceda, pero, como fácilmente puede ocurrir el caso de una persona, que desea asegurar a su familia o a un pariente cualquiera e inmediato y conseguir su eliminación impelido por una causa X, las compañías, previsto el caso, ponen de manifiesto al adquiridor de la póliza, la condición, que antes de transcurrir un lapso de dos años y efectuándose el suicidio, no se cubrirá el valor del seguro.

Tienen razones que consideran fundamentales e irrefutables en el análisis de tal determinación: el suicidio de un individuo siempre se deberá a una causa determinada X y que por lo común se concreta a lo siguiente: carencia de recursos económicos, decepción amorosa, enfermedad considerada como incurable, peligro inminente de un escándalo, o de otro semejante de caracteres humillantes y vergonzosos, pérdida de la fortuna o de un ser querido, etc., y aducen para ello, que dos años transcurridos después de una de estas crisis llevará alivio o resignación y aún el rechazo de la idea primitiva del suicidio, y lo aducen lógicamente ya que en dos años ha podido restaurarse la tranquilidad económica, u olvidado un recuerdo amoroso, o adquirido la salud, borrarse el pasado de una ignominia, hacerse al ambiente de un cambio funesto de fortuna, o a la idea incontrastable de la muerte, que se lleva tarde o temprano a los seres más queridos de nuestra familia.

Aumento del suicidio en Bogotá. — Sus formas más frecuentes. — Epidemias de suicidios. — Libertad en la venta de sustancias tóxicas. — Venenos más empleados.

Aumento del suicidio en Bogotá.—Con fundamento en los estudios estadísticos, puedo afirmar en términos generales un aumento del suicidio aún cuando las variaciones de un año a otro y durante el lapso comprendido desde el año de 1930 hasta 1945 unas veces sea de carácter ascendente y otras descendente.

Es explicable este aumento debido a varios factores y el principal de todos es el aumento progresivo de la población de nuestra capital. El encarecimiento del medio en que se vive también parece que tenga marcada influencia para explicar este ascenso progresivo de los suicidios en Bogotá.

Sus formas más frecuentes.—Aquí encontramos que ocupan lugar primordial los suicidios por armas de fuego; luego le siguen en importancia los suicidios realizados por envenenamiento y en seguida vienen los realizados por armas corto-punzantes; luego los producidos por aplastamiento, y finalmente los producidos por armas cortantes. Estos son los métodos más frecuentes y más observables en la práctica necropsica. Siguen en orden descendente los suicidios producidos por ahorcamiento, caída de sitio elevado, ex-

plosivos puestos en la boca, y sumersión. De este último apenas si se observa un solo caso en nuestras estadísticas.

Comparando estas observaciones con la estadística de Vibert en Francia, concluimos que en nuestro medio los suicidios por sumersión, por ahorcamiento que son los principales métodos de escogencia en dicho país, ocupan el último lugar en Bogotá.

El suicidio voluntario por el óxido de carbono no se ha presentado. En cambio hay suicidios que en otros países son de extrema rarea; como son el hacer estallar dentro de la boca cierta cantidad de dinamita, y que son de observancia si se quiere, frecuente, aquí en Bogotá.

Casos más frecuentes: cianuro, estriquina, etc.—Aquí en Bogotá ocupan el primer orden entre los suicidios por envenenamiento los realizados por medio de cianuro, van en segundo lugar con marcada diferencia, los realizados por estriquina; el tercer puesto lo tienen los que se efectúan con barbitúricos, existiendo notable diferencia también. Los fenoles ocupan el cuarto lugar, y luego en orden decreciente la morfina, el arsénico, el sulfato de cobre.

De suicidios llevados a cabo por medio de los ácidos y los álcalis sólo se cuentan dos observaciones de cada uno de ellos. El permanganato de potasio, el mercurio, el alcohol y el zelio, este último producto oficial, con base de arsénico, empleado para exterminar las ratas, sólo han hecho una víctima por cada uno de ellos durante el lapso considerado desde 1930 hasta 1945 inclusive.

Epidemias de suicidios.—Todos los que vivimos en Bogotá nos hemos podido dar cuenta de que existen épocas en que se realizan suicidios con bastante profusión. Y es durante estas épocas cuando se realizan los suicidios colectivos.

Durante estos períodos epidémicos es muy frecuente que los suicidios se realicen ya sea en el mismo día o con diferencia de muy pocos días. Y así recuerdo el caso relatado por un muy antiguo empleado del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, y a quien conozco íntegramente y de cuya veracidad no puede dudarse, de que hace muchos años y al ir a practicar las diarias necropsias, sólo se encontraron los cadáveres de ocho suicidas en el anfiteatro, no habiendo ni uno solo más por cualquiera otra causa.

Afortunadamente estas epidemias son de corta duración, y muy pasajeras y sólo se repiten con intervalos relativamente largos.

Contribuyen a ellas eficazmente la propaganda radial y periodística que influencia notoriamente sobre nuestra idiosincrasia particular extremadamente romántica.

Libertad en la venta de sustancias tóxicas.—Nuestra legislación impone sanciones por la venta de cualquier sustancia tóxica sin la presentación de la respectiva fórmula médica. Pero desafortunadamente

tunadamente, por razones que no tienen explicación, no se cumple este precepto, y creo que todos lo hemos comprobado, que al ir en busca de una medicina a una droguería cualquiera, vemos a alguien que solicita generalmente barbitúricos y le son expendidos como si fueran alimentación diaria. Y esto llega hasta el caso insólito y sobre todo en determinados sectores de nuestras calles capitalinas, de que en muchas "tienduchas" estos productos son vendidos junto con los licores que allí mismo expenden, aprovechando el etilismo de sus clientes.

Otros tóxicos como son los alcaloides y que son de más difícil consecución, debido a su precio elevado y a las restricciones hechas por las autoridades, son entonces importados de contrabando y puestos al alcance de quien los puede pagar en bolsa negra, por personas especializadas en negocios de esta índole y de reconocida depravación moral.

Los ácidos y los álcalis que son de libre venta causan más bien perturbaciones funcionales permanentes, o desfiguraciones, que muertes y su adquisición está al alcance de cualquier condición económica, lo mismo que otros patentados de más o menos marcada toxicidad y de utilización industrial o doméstica.

Los cianuros o sus sales generalmente son obtenidos por medio de venta clandestina, que la hace alguna persona inescrupulosa que trabaja en una droguería o por personas que los han sustraído en las regiones mineras donde son utilizados con fines industriales y que entonces los venden en "bolsa negra" lo mismo que aquellos que han hecho la importación de estas sustancias de manera ilícita.

De lo anterior puede concluirse que es necesario que las autoridades tomen medidas para que se dé cumplimiento a las prescripciones dictadas por ley, sancionando fuertemente a quienes logren descubrir trabajando en negociaciones ilícitas de estos productos.

Venenos más empleados.—Ocupan lugar preferente los de acción enérgica y constante. Probablemente por el deseo que hay en todo suicida de acabar rápidamente con la vida y a costa del menor sufrimiento posible, no dando margen para que sea instituido el tratamiento necesario en la salvación de su existencia, y así son empleados con extremada frecuencia los cianuros y la estriquina.

Cuando utilizan los barbitúricos, generalmente entre los datos suministrados se encuentra el que el individuo ha ingerido grandes dosis de los mismos.

A excepción de un solo caso curioso por cierto, todos los suicidios realizados por envenenamiento, han sido efectuados mediante la ingestión de un solo veneno o de un preparado oficial de carácter tóxico.

El caso de que hago mención es el siguiente: Se trataba de un

señor de cierta cultura y buena posición social, y quien para la realización de su suicidio utilizó cocaína y estriénina, ingiriendo primero la cocaína. Parece que buscaba, y es muy lógico pensarlo, hacer una anestesia general primero, para luego sí ingerir la poción mortal.

Conclusiones.

Conclusiones deducidas de la Estadística del Anfiteatro y del Laboratorio de Toxicología.

1º—No es constante el aumento de suicidios de un año a otro, pero sí ha habido una alza, en la curva de los mismos.

2º—La distribución en el procedimiento escogido para el suicidio anualmente, es la misma, siendo por armas de fuego el más generalizado, y cuando éstas aumentan, el modo del suicidio aumenta proporcionalmente.

3º—Se observa mayor número de suicidios durante los meses de junio, octubre y julio en orden descendente. Y en los demás meses la diferencia es muy poca, ocupando el último sitio el mes de agosto.

4º—Es muy raro el suicidio en la infancia corriendo paralelo a los realizados después de los 70 años. La frecuencia máxima se encuentra entre los 20 y los 40 años.

5º—Existe marcada diferencia entre los dos sexos, predominando siempre el sexo masculino, sobre los suicidios efectuados en el sexo femenino.

6º—Entre las causas que obran como espina irritativa para la producción del mismo, ocupa lugar primordial la causa pasional, siguiendo en orden decreciente las condiciones económicas, las condiciones biológicas, el alcoholismo, los disgustos de familia y la comisión de delitos.

7º—En los envenenamientos por suicidio el cianuro es el tóxico que más alta mortalidad causa en Bogotá.

8º—Hay marcado predominio del sexo masculino sobre el femenino en los suicidios por envenenamiento.

9º—En el lapso de los diez y seis años estudiados, fue durante los meses de mayo y junio cuando la mortalidad por envenenamiento suicida alcanzó el más alto número, quedando el mes de noviembre como último.

10º—La repartición en la escogencia del veneno tanto por un sexo como por el otro es notoriamente paralela.

UN CASO DE SEUDOQUISTE DEL PANCREAS

Presentado por el Dr. **Marco A. Medina C.** ante los miembros de la Sociedad de Cirugía y la Sociedad de Internos del Hospital de San José de Bogotá.

Historia clínica.

A. S. 25 años. Natural de Toca. Soltero. Profesión: obrero. Viene de Villavicencio. Ingresó al Hospital el 1º de diciembre de 1945.

A. H. Padre vivo en buen estado de salud; la madre es muerta e ignora la causa. Dos hermanos vivos y cinco muertos.

A. P. Paludismo.

A. Q. Negativos.

Historia de la enfermedad:

Hace dos meses sufrió un fuerte traumatismo en el abdomen superior, al caerle encima una gran cantidad de tierra.

Desde entonces comenzó a sentir un dolor sordo; que ha venido acentuándose un poco; que se hace más intenso por la tarde y por la noche; que no guarda relación con las comidas; de localización epigástrica y con irradiación hacia atrás. El dolor ha sido de comienzo incidioso y de evolución progresiva y lenta.

Junto con el dolor de carácter constante, el enfermo presenta náuseas postprandiales, anorexia e insomnio.

A las pocas semanas del accidente, notó la presencia de una masa tumoral hacia el hipocondrio izquierdo, que ha venido progresando con cierta rapidez, hasta formar hoy día un gran tumor percutible y palpable que invade el epigastrio. Anota también un cierto grado de enflaquecimiento.

Examen del enfermo: Paciente de piel blanca, pálido, de buen desarrollo general, de talla alta, de buena textura, algo enflaquecido, sin impedimento para efectuar la marcha.

Aparato digestivo: Dentadura en buen estado; lengua limpia y húmeda; falta de apetito; deposición diaria o interdiaria. Experimenta en el abdomen el dolor con los caracteres anotados y sensación de plenitud.

Aparato respiratorio: Normal.

Aparato genitourinario: Normal.

Aparato circulatorio: Normal. Pulsó de 76 p. m. regular, firme.
T. A.: Mx.: 12; Mn. 7.

Sistema nervioso: Normal.

Examen clínico de la región afectada: La inspección muestra un abdomen de aspecto normal, de buena tonicidad muscular a la palpación. Al tratar de palpar el abdomen superior se encuentra un gran tumor que emerge del hipocondrio izquierdo y que abarca parte del hueco epigástrico; es regular en su forma y en sus contornos hasta donde es posible explorarlo. Por arriba se insinúa por debajo del reborde costal izquierdo; por abajo llega hasta una línea horizontal que pasará por el ombligo; hacia la izquierda va hasta el bazo, y a la derecha alcanza a pasar unos tres centímetros la línea media.

La percusión da una zona de macidez que corresponde a la cara anterior del tumor, que se puede delimitar así hasta encontrar sonoridad en sus contornos.

La palpación y percusión despiertan dolor no muy acentuado. La consistencia es dura, el tumor no sigue los movimientos respiratorios, ni se puede provocar su desplazamiento en ningún sentido. La piel no adhiere al tumor.

Durante los quince días de preoperatorio la temperatura fue normal y el pulso en concordancia.

Examen radiológico: Al ingresar al servicio, el paciente trae consigo unas radiografías, que son interpretadas para una lesión gástrica. El concepto del radiólogo es el siguiente:

“En el examen de estómago, este órgano se encuentra un poco caído y muy dilatado, pero está móvil y la evacuación se hace sin dificultad pilórica aunque no se aprecian las contracciones de la pared gástrica. Tanto en radioscopia como en radiografía y en posiciones vertical y horizontal, se ve una gran deformación de los contornos gástricos, de aspecto lagunar, que invade toda la parte media de la gran curva y se propaga ligeramente hacia la parte superior de la pequeña curva. A la palpación se nota una tumorción, blanda, móvil, pero sensible. El bulbo duodenal presenta un aspecto normal, pero el arco duodenal aparece ligeramente dilatado”.

“Radiológicamente se trataría de una neoformación que invade gran parte del estómago, sin estenosis pilórica”.

Cuidados preoperatorios: Vitamina K, coaguleno, extracto hepático y suero dextrosado endovenoso.



Radiografía

Exámenes de laboratorio:

Análisis de Sangre: Azohemia 0,377 de Urea por mil.

Glicemia 0,80 de Glucosa por mil.

Examen Parcial de Orina:

Albúmina: Huellas. Acetona: No hay.

Glucosa: No hay. Urobilina: Aumentada.

Pigmentos Biliares: No hay. Indican: No hay.

Reacción: Neutra.

Sedimento: Células epiteliales planas; leucocitos, cristales de urato de sodio; algunos glóbulos rojos.

Descripción de la intervención quirúrgica.

Cirujano: Dr. Hernando Galvis Ordóñez.

Ayudante: Marco A. Medina C.

Anestesiista: Srta. Cecilia Riaño.

Anestesia general por el ciclopropano.

Duración de la intervención: 2 horas.

Incisión mediana supraumbilical.

Se encuentra un estómago de aspecto normal, rechazado hacia adelante contra la pared abdominal, y un poco hacia abajo y hacia la izquierda por una gran masa tumoral. Para abordar este tumor, se abre una brecha amplia a través del epiplón gastro-cólico y se encuentra una neoformación del tamaño de una cabeza de hombre, adulto, limitada a la izquierda por el bazo, a la derecha por el hígado, hacia arriba por la cúpula diafragmática y el hígado, y hacia abajo por el colon transversal.

Como este tumor es inmóvil, renitente y no ofrece plano de clivaje alguno por la íntima relación con los órganos de vecindad, se practica una punción exploradora, recogiéndose un líquido amarillo transparente. Conociéndose la naturaleza quística del tumor se hace una incisión sobre éste y con el aspirador se extrae todo el contenido líquido.

La pared del quiste es blancuzca y de un espesor de medio centímetro; de esta pared se toma un fragmento para la anatomía patológica. La superficie interior del quiste es de color violeta, y pueden observarse en ella fragmentos pequeños blanquecinos y adheridos. La exploración digital permite hallar una cavidad única.

Ante la imposibilidad de extirpar el quiste por su gran tamaño, inmovilidad y por no ofrecer ningún plano de clivaje, se resuelve colocar una mecha grande en su interior, haciendo un taponamiento, cuya extremidad libre se deja fuera del abdomen. Se adopta esta conducta por la imposibilidad de hacer una marsupialización. Este proceder está de acuerdo con el Prof. A. Gosset quien dice: "La falta de pared propia hace imposible la decortización de estos pseudoquistes. Resulta, pues, un contrasentido querer intentar su extirpación. La fijeza del quiste, la profundidad y la fragilidad de su pared hicieron imposible la marsupialización.

Reconstrucción de la pared según la técnica usual.

Cuidados postoperatorios:

Hielo, tonicardíacos, solución de dextrosa endovenosa. Se retira la mecha a los tres días, y se va cambiando de tres en tres días por espacio de un mes y medio. Al final de este tiempo no sale más líquido y el enfermo permanece en observación ocho días más, hasta el 7 de febrero-46, fecha en que se autoriza su salida.

El estado del enfermo ha mejorado apreciablemente y sale en buenas condiciones.

Como única complicación postoperatoria se anota la presencia de manifestaciones dolorosas reumáticas en dos ocasiones, las cuales cedieron al salicilato.

El examen anatomopatológico del fragmento tomado, dió el siguiente resultado:

"Se recibieron unos pequeños fragmentos sólidos".

“En los cortes transversales se observa que la pared de la formación encontrada está constituida por bandas conjuntivas entre las cuales abundan los vasos sanguíneos y en general están disociadas por hemorragia y por pequeñas áreas necrosadas. Está infiltrada de manera difusa por células redondas y escasos polimorfocelulares; hay algunas áreas celulares con elementos poliédricos, de citoplasma claro, pero muy alterados y no se puede precisar su origen”.

“En algunos sitios la superficie aparece con una faja de sustancia sin estructura que da el aspecto de un revestimiento, en otros aparecen células alargadas en el sentido de la pared, pero que pertenecen a las propias láminas conjuntivas; por lo tanto, no encontramos en la pared, en ninguno de sus lados, una capa neta de revestimiento celular”.

“Los fragmentos blanquecinos enviados, muy pequeños, corresponden a tejidos completamente necrosados”.

“No hay signo de lesión maligna”.

Dada la localización que se indica y la forma de la tumoración hallada, podemos pensar en que se trata de un SEUDOQUISTE DEL PANCREAS”.

Examen del Líquido del pseudoquiste Pancreático:

Investigación de Rivalta: Negativa.

Examen Citológico: Leucocitos y hematíes; algunos poikilocitos.

Diagnóstico diferencial: Trataré de hacer un diagnóstico diferencial con los tumores no pancreáticos, para luego hacer una diferenciación con los de origen pancreático.

Haciendo un diagnóstico de órgano, sin ocuparme de entidades particulares a cada uno, comenzaré por los grandes tumores del riñón.

Riñón.—El gran volumen que pueden adquirir estos tumores, hacen difícil su reconocimiento por el simple examen clínico, pero hay ciertos signos que despiertan la sospecha de su implantación renal: el contacto lumbar y del flanco no lo pierden, y conservan su sonoridad por delante; el espacio de Traube y el triángulo de Labeé suelen estar libres. Los tumores sólidos de origen inflamatorio (riñón quístico, neoplasias) además de su sintomatología, rica por parte del árbol urinario (dolores, hematuria, piuria, trastornos vesicales), poseen signos semiológicos claros, como son la deformidad del flanco, contacto lumbar, peloteo de Guyon, desplazamiento vertical con los movimientos respiratorios, en parte son reductible bajo la arcada costal.

La ureteropielografía y el estudio radiológico del tránsito intestinal son de gran utilidad.

Bazo.—Los bazos de gran tamaño (esplenomegalias) pueden delimitarse fácilmente, gracias al contacto de la víscera con la pared abdominal anterior y a las relaciones estrechas que contrae con el diafragma. El crecimiento general y paulatino del órgano, establece un contacto más íntimo con la base del hemitórax izquierdo, que cualquiera otra clase de tumores. La percusión del espacio interescapulo-vertebral izquierdo, permite limitar el polo supero-posterior, lo mismo que el borde supero-interno; la palpación permite apreciar el polo inferior y el borde intero-posterior. En las esplenomegalias de desarrollo transversal, el espacio de Traube y el triángulo de Labée dan una zona de macicez. La movilidad respiratoria y el desplazamiento pasivo, tienen importancia clínica, salvo en el caso de adherencias por periesplenitis, o por lo contrario, en caso de ptosis por alargamiento de su sistema ligamentoso. La esplenocntracción adrenalínica es un signo que permite asegurar que el tumor es del bazo, asociada al estudio hematológico inmediato. Las modificaciones del cuadro hemático ayudan al diagnóstico de tumor del bazo.

Las radiografías de contraste del tractus intestinal, revelan un descenso del ángulo cólico izquierdo; la gran curvatura del estómago ofrece una imagen en zigzag, debido a las escotaduras del bazo, o una imagen policíclica en caso de quistes múltiples.

Estómago.—Ciertos tumores del estómago pueden ocasionar, un gran aumento del tamaño del órgano, como puede ser, el sarcoma gástrico, en extremo raro, descritos por Lecene y Petit, cuando adopta la forma de tumor abdominal, sin síntomas gástricos, pero de evolución rápida y que dan gran enflaquecimiento.

El cáncer del estómago de localización casi siempre a nivel del píloro, o de situación en la pequeña curva, pueden dar imágenes radiológicas, cuya interpretación puede conducir a un falso diagnóstico tal como ha sucedido en el caso que se ha presentado en esta ocasión. La sintomatología y la evolución clínica del cáncer gástrico, especialmente la ausencia casi completa de trastornos digestivos en este enfermo, inclinaron al cirujano a hacer una laparatomía de precisión.

Mesenterio: Los tumores quísticos del mesenterio se desarrollan entre las hojas peritoneales del mesenterio, a expensas de elementos propios o de núcleos celulares, incluidos desde la vida intrauterina. El dolor es por lo general próximo al ombligo, difuso, de intensidad variada. El Q. del M. provoca toda una variedad sintomática digestiva (dispepsia, náuseas, vómitos, plenitud gástrica, meteorismo, estreñimiento o diarrea) debidas sea a causas mecánicas, a presión, a tracción o desvío del intestino, aún sin tu-

mor palpable. Trastornos del árbol urinario, cuando entran en contacto con la vejiga.

Una de las características de los Q. del M. es la movilidad marcada pasiva lateral, con ausencia de desplazamiento respiratorio, salvo ciertos Q. de posición alta. Bónaccorsi adjudica a estos tumores la particularidad de desplazarse en sentido anteroposterior, movilidad provocada con un golpe brusco y rápido, de modo que la masa sea despedida contra la columna vertebral; el tumor rebota, apreciándose un segundo choque en la palma de la mano aplicada sobre el abdomen. Es el signo del rebote de la escuela italiana.

Tumores del Páncreas.—Necrosis aguda del páncreas. Es de una marcha dramática y predominan los fenómenos de intoxicación general. (Teoría de la autodigestión, teoría humoral). La teoría de la autodigestión es la que tiene más partidarios, en casos de obstáculos mecánicos que provocan la regurgitación de la bilis en el árbol excretor del páncreas, en presencia de la enteroquinasa segregada por el duodeno, o de la tripsina, que son sustancias activadoras, según Stoker y Westphal.

El dolor es agudísimo, epigástrico, y la crisis estalla con ocasión de una comida indigesta o coincide con un cólico hepático, y es de tal intensidad que los enfermos entran en estado de shock; existe hipotonía arterial, pulso bradicárdico por estímulo vagal. El vómito puede existir. Existen formas sobreagudas.

A pesar de la relajación muscular, no es posible apreciar ningún tumor al examen abdominal, por el meteorismo epigástrico.

Bronner ha concretado un síndrome radiológico: estómago alto duodeno en C por desplazamiento centrífugo, el bulbo duodenal en sentido transversal, visualización del segmento distal del duodeno y proximidad del yeyuno: el ángulo duodeno-yeyunal no es visible.

Adenoma pancreático.—El adenoma de los islotes de Langerhans presenta un interés medicoquirúrgico particular, por sus caracteres somáticos bien definidos en los últimos tiempos y que se atribuyen al hiperinsulinismo. Estas observaciones datan de 1929, hechas por Mac Clenahan y Norris en un individuo con crisis de hipoglicemia.

Epoca entre los 7, y 50 años. La crisis hipoglicémica sobreviene de improviso, con sensación de hambre y de angustia o acompañada de temblor, en ocasiones amnesia, o crisis epileptiformes. Estas crisis se calman al ingerir H. de C. o inyectar una solución de glucosa en la vena.

Se impone la determinación de la glicemia.

La laparatomía no demuestra nada, debido al tamaño pequeño del adenoma, generalmente. Fischer incide el peritoneo parietal,

aisla parcialmente el páncreas, y con la palpación cuidadosa descubre un nódulo de mayor consistencia que suele ser encapsulado.

Neoplasias malignas del páncreas: El carcinoma y el sarcoma son primitivos en el páncreas. El carcinoma se origina en los conductos glandulares o en los acini, rara vez en los islotes. No sobrepasa el tamaño de un puño, si no se considera la adenopatía de vecindad. El carcinoma es el más frecuente, y en individuos de 40 a 50 años.

El cuadro clínico en ambos es proteiforme, con manifestaciones comunes a todas las neoplasias, fenómenos de compresión mecánica y trastornos secretores, que son de déficit o de hiperactividad.

El dolor ocupa un lugar preferente, pero en ocasiones es reemplazado por molestias vagas, y fenómenos digestivos variables. Puede existir ictericia en la localización cefálica; agotamiento orgánico, crisis de hipoglicemia, cuando es carcinoma de los islotes de Langerhans. Con frecuencia se presenta ascitis y edema de los miembros inferiores. En raras ocasiones adquieren gran tamaño rápidamente, paralelamente a la decadencia orgánica, lo que pone en pista de un tumor maligno.

Existen sarcomas quísticos que se pueden confundir con los tumores benignos, y es necesario practicar la biopsia de un trozo de tejido.

La colangiografía puede dar datos importantes.

Tumores quísticos del páncreas.—Tienen una fisonomía muy igual sea que se trate de quistes verdaderos, Q. hidatídicos, Q. dermoideo, seudoquiste o bursitis omentalis seudoquística.

En los quistes verdaderos, además de su contenido líquido, la bolsa quística, está tapizada de una capa epitelial, menos la hidatide.

El Q. hidatídico y el dermoideo muy rara vez son de localización pancreática.

El seudoquiste es más frecuente y se origina a raíz de un traumatismo o después de la necrosis aguda del páncreas. Anatómicamente se distingue por un contenido líquido, con fermentos y productos derivados de los pigmentos sanguíneos, por limitarlo una pared desprovista de toda capa epitelial, constituida por tejido conjuntivo proveniente del páncreas mismo. Cuando el líquido se almacena, no en una excavación en el páncreas, sino en la retrocavidad de los epiplones toma el nombre de bursitis omentalis pseudoquística.

Evolución: Pueden estar cubiertos por el pequeño epiplón, desarrollados entre la pequeña curva del estómago y la cara inferior del hígado y es la variedad intergastrohepática. O entre el estómago hacia arriba, provocando el descenso de la mitad izquierda del colon

transverso, cerrando el ángulo cólico, y es la variedad intergastrocólica; o en fin se abren paso entre el colon izquierdo y las asas delgadas y es la variedad intercolomesentérica. El caso presentado hoy pertenece a la variedad intergastrohepática como puede observarse en la radiografía.

Estos quistes pueden presentarse entre los 2 y los 50 años; se cita un caso excepcional en un niño de 6 meses observado por Railton. Es más frecuente en la mujer.

Como causas predisponentes se citan la sífilis, el alcoholismo y los excesos alimenticios. Como antecedente puede encontrarse una intervención en el abdomen superior, vías biliares especialmente, más a menudo un traumatismo abdominal o una crisis pancreática.

El dolor es el signo subjetivo más importante y que se encuentra en un 91% de los casos, epigástrico y de evolución muy variada. Algunos son indolores, y el enfermo sólo siente plenitud gástrica, molestias después de las comidas, a veces diarreas, estreñimiento, fiebre, sudores, etc.

Puede presentarse enflaquecimiento, ictericia si el tumor es de localización cefálica, vómito. Como consecuencia de una necrosis aguda, puede hallarse diabetes.

El tumor se observa en más de la mitad de los casos, de localización epigástrica y del hipocóndrio izquierdo, elástico, fluctuante, o duro, de superficie lisa, no sigue los movimientos respiratorios y no tiene desplazamiento pasivo, salvo ciertos quistes verdaderos de tamaño pequeño. La movilidad respiratoria es más frecuente en los Q. hídaticos.

Mirizzi cita la cutirreacción de Casoni y la prueba de Imaz-Lorentz para el diagnóstico del Q. Hídático, como también la radiografía directa que revela núcleos calcificados.

Las radiografías de contraste tienen mucho valor diagnóstico en lo referente a las vías digestivas, por las desviaciones y cambios de las imágenes del estómago; sin embargo estos tumores no afectan el tránsito gástrico. Estos cambios en las imágenes radiológicas dependen del desarrollo, entergastrocólico, intergastro-hepático, etc. La variedad intergastrohepática da una imagen en reloj de arena como puede verse en la radiografía. La variedad intergastrocólica invierte la imagen de la pequeña curva del estómago. El rechazo centrífugo del duodeno se observa en los quistes de la cabeza del P. La radiografía lateral muestra un desplazamiento del estómago hacia adelante, lo que permite afirmar que el tumor no pertenece a este órgano.

El tránsito del bario por el intestino delgado y por el colon se hace sin dificultad.

Según Dennis la laparatomía exploradora, es en última instancia, la encargada de ratificar o rectificar el diagnóstico.

Tratamiento quirúrgico: Cura preoperatoria: 500 a 1000 c. c. de suero glucosado al 10% intravenoso.

Anestesia: Pentocaína raquídea da el mejor resultado operatorio y postoperatorio; produce una buena relajación muscular.

Técnica operatoria: Amplia incisión de concavidad inferior, cuya parte media pase a unos tres centímetros por encima del ombligo; incluye ambos rectos y da una exposición amplia y adecuada. Incisión amplia del ligamento gastrocólico, expone por entero el páncreas.

Los adenomas que son nódulos de 1 a 2 cms. de diámetro, están cubiertos por finos vasos, que se ligan rápidamente, con seda muy fina, casi siempre se pueden libertar debido a su condición de ser encapsulados generalmente. Cuando se extrae un adenoma, es necesario cerciorarse de si existen otros. Las hemorragias pueden ocurrir más fácilmente del lado de la cabeza. El adenoma es más bien patrimonio del cuerpo y de la cola. Para tratar de explorar la cabeza, es mejor movilizar el duodeno con la cabeza e inspeccionar la cuidadosamente.

Puede ser necesario por causa de los vasos que le vienen de la esplénica al páncreas, hacer esplenectomía y es lo que aconseja Emile Holman de San Francisco; disminuye la hemorragia y facilita la operación. Si se reseca el órgano se coloca un dren en el lecho; si solo el adenoma es resecado, no es necesario el dren.

Cuidados postoperatorios: La glicemia baja rápidamente, por uno o dos días después de la operación, pero no requiere terapéutica especial. Una continua administración de una solución salina normal a razón de 100 c. c. por hora, es de gran ayuda para prevenir el shock. Administrar líquidos en las primeras 24 horas por vía oral hasta que el paciente esté libre de vómitos y náuseas.

Resultados.—En 17 pacientes operados por hipersinsulinismo, 14 con uno o más adenomas, han podido ser seguidos. (Wippel) por unos 5 años. Uno hizo una tormenta tiroídiana. Los otros curaron de su hipersinsulinismo y de sus ataques de shock insulínico.

Cistoadenoma.—Cuando el tumor está limitado a la cola puede resecarse la cola con el tumor por entero 14x11x6 cms. Se han podido seguir pacientes por 3 años sin recidivas.

En un paciente el cistoadenoma se marsupializó y la bolsa fue tratada con acetona. La bolsa persistió y fue de nuevo operado; sin embargo el paciente murió al cabo de algunos días después de la segunda intervención.

Un segundo paciente operado dos veces curó con el uso de hidrato de potasio aplicado en la bolsa. Otro paciente cuya bolsa fue

marsupializada por lo extensa hizo una fistula persistente. Algunos meses más tarde la fistula fue abocada al estómago, y el paciente drenó su fistula en el estómago. Este enfermo murió un año más tarde por una degeneración maligna de la bolsa quística.

Uso de soluciones esclerosantes: Las soluciones esclerosantes se usan cuando la bolsa quística no puede ser reseca y requiere marsupialización; son una ayuda en las fistulas persistentes.

En las bolsas quísticas marsupializadas el uso de soluciones irritantes y esclerosantes, como el salicilato de soda al 2%, pueden ser empleadas en un principio. Se pueden emplear otras soluciones suaves, como la acetona, sol. de hidrato de potasio al 20%, 5 c. c. en el trayecto por un cateter, seguida de instilaciones de ácido acético al 5%, 10 a 20 c. c. por cinco minutos. La fistula curará con este tratamiento en 3 a 4 semanas.

ACOTACIONES PSICOLOGICAS PRELIMNARES (*)

Por *Mercedes Rodrigo Bellido*, Directora de la Sección de Psicotecnia de la Universidad Nacional.

Profesor Titular de la Cátedra: Dr. *Alfonso Esguerra Gómez*.

Señor Profesor Esguerra, señores Alumnos:

Reflexionaba yo, días atrás, sobre qué aspecto de la Psicología Experimental podría resultar de mayor interés para que respondiendo a la amable invitación del Profesor Esguerra, pudiera ofrecerles a ustedes algunas consideraciones necesariamente incompletas sobre esta ciencia, cuando del modo más impensado, se me ofreció la solución. El periódico "El Tiempo", en su número del día 28 de septiembre en una de sus gacetillas trataba de modo aparentemente frívolo de un tema que encierra capital importancia social. "El Problema del Doctorado", es su título. Supongo lo habrán leído y recordarán que en resumen pone en evidencia el hecho frecuentísimo, aquí y en todas partes, del desequilibrio originado por el excesivo número de "Doctores" que en gran parte acaban engrosando más tarde o más temprano el número de los que el articulista llama "Profesionales desadaptados".

Pues bien, este problema actual, agudo, universal, entra de lleno en uno de los aspectos de la Psicología experimental, en la Psicotecnia, ciencia que *selecciona* y *orienta* al hombre y cuyo objeto fundamental es el estudio de la personalidad humana en relación con su vida profesional. Ciencia la más joven de todas las ciencias biológicas que puede tener interés para ustedes tanto en su calidad de futuros médicos, como en su situación actual de estudiantes de Universidad.

Hemos dicho que la Psicotecnia, selecciona y orienta al hombre, es decir, que existen dentro de ella, entre otras, dos tipos de actividades de gran trascendencia social y que se practican en el

(*) Conferencia pronunciada en el Curso de Fisiología en la Facultad de Medicina. — Universidad Nacional.

mundo entero bajo el nombre de Orientación Profesional y Selección Profesional.

Ahora bien, ¿qué es Orientación Profesional?; ¿qué es Selección Profesional? El Profesor Claparède, de la Universidad de Ginebra que ha sido precisamente la persona que me ha dirigido en estos estudios, con visión profética, con su claridad habitual ha expresado su diferencia diciendo que la Orientación Profesional consiste en la elección de una profesión para un individuo y la selección en la elección de un individuo para una profesión dada. Son pues dos problemas distintos aunque a veces recurran a métodos y procedimientos semejantes.

La Orientación Profesional puede decirse que se ha impuesto totalmente, y aunque no todo el mundo esté de acuerdo sobre los medios y los métodos, se reconoce unánimemente la necesidad de guiar a la juventud en la elección de una carrera con resultados favorables para el individuo y para la sociedad. Nadie pone en duda que todos no servimos para todo, ni tampoco se puede negar que todos servimos para algo, y ese "algo" es lo que se busca en la Orientación Profesional mediante el estudio de la personalidad humana, mediante la investigación de las aptitudes y ensanchando ante el sujeto el campo inmenso de posibilidades que ofrece el trabajo humano.

Del acertado acoplamiento entre estos dos factores, sujeto-actividad profesional se derivan ventajas para el individuo y para la sociedad. Las ventajas para el individuo consisten en ofrecerle la posibilidad de dedicarse a una actividad en consonancia con su constitución física, sus disponibilidades mentales y sus condiciones caracteriales, al mismo tiempo que se procura tener en cuenta sus aficiones y sus deseos. El perfecto ajuste entre capacidades personales produce la verdadera satisfacción en el trabajo y pone al individuo en disposiciones beneficiosas que fácilmente le llevan al éxito en sus diarias actividades, lo que constituye uno de los pilares de la verdadera adaptación social.

Las ventajas para la sociedad son también considerables. La Orientación Profesional procura hacer una distribución racional de los valores humanos llegando a obtenerse mayor rendimiento. Igualmente se consigue evitar la aglomeración en determinadas profesiones pudiéndose llegar por tanto a obtener una verdadera reorganización de la Economía Nacional.

Paulatinamente, en el mundo del trabajo se han ido presentando circunstancias y dificultades que evidenciaban con frecuencia la conveniencia y necesidad de tener en cuenta como factor primordial de la producción al *elemento humano*, al hombre con todas sus ca-

pacidades positivas por un lado, y con todas sus flaquezas y dificultades de adaptación por otro.

La Psicología por su parte también ha ido evolucionando y preparando sus técnicas escapando de las lucubraciones de la Filosofía hasta llegar a formar parte de la vida. Veamos de modo muy esquemático esta evolución.

La Psicología Experimental nace y se convierte en disciplina independiente solamente hacia la mitad del siglo XIX. Hasta entonces era para la mayor parte de los pensadores una humilde rama de la Filosofía. Kant, no admitía que la Psicología pudiera ser una ciencia en el verdadero sentido de la palabra. Negaba que las matemáticas y sus leyes pudieran aplicarse a los fenómenos de la vida interior y sin embargo pacientes investigaciones han ido abriéndose paso. En 1829, Weber aplica la experimentación a los fenómenos psíquicos. Sus experimentos demuestran la exactitud con que dos contactos pueden ser reconocidos sobre diversos puntos de la piel y además la seguridad con que distinguimos dos pesos colocados en nuestras manos. Fechner continúa las investigaciones de Weber combinando la experimentación con la medida y enuncia por primera vez bajo forma matemática una ley de la vida psíquica ("Al crecimiento de la sensación según una progresión aritmética corresponde un aumento de la excitación necesaria siguiendo una progresión geométrica").

La aplicación a la Psicología de los métodos de investigación de las ciencias naturales, es decir, la experimentación, medida, cálculo ha determinado el progreso de esta ciencia a partir del final del siglo pasado. A Fechner hay que considerarle como el fundador de la Psicología Moderna, científica, experimental. Estando al principio estrechamente ligada con la Física y la Fisiología, la Psicología empieza por el estudio de las sensaciones. Wundt, la figura colosal de la Psicología Moderna, trabajó sistemáticamente desde la edad de 21 años hasta el día de su muerte, es decir, desde 1853 hasta el 31 de agosto de 1920. Por si les puede servir de estímulo quiero citarles algunos datos de un curioso trabajo hecho recientemente por un Psicólogo americano en que se valoriza la inmensa labor del gran investigador. Según estos datos Wundt trabajó desde 1853 hasta 1920 y en 24.836 días publicó 53.735 páginas!!

Siguiendo esta esquemática evolución llegamos a 1885 en el que Ebbinghaus inició el estudio de la memoria. En 1892 Lechman llamó la atención sobre el estudio de los sentimientos. En la última década del siglo XIX empieza a desarrollarse un nuevo aspecto de la Psicología, la Psicología individual que se preocupa por las diferencias de los procesos psíquicos que existen entre los individuos.

Pero la Psicología, toma extensión inesperada a partir de

1890. En ese año, Cattell lanza en América sus célebres "Mental Tests", toda una serie de experimentos para determinar la fisonomía mental de un individuo. Este trabajo tiene influencia fundamental porque plantea por primera vez de modo claro el problema de los reactivos mentales.

En 1891 tiene lugar un acontecimiento en la historia de la Psicología que conviene consignar. Consiste en la separación oficial de la Psicología de la Filosofía. Corresponde a Ginebra este honor y lo pidió y obtuvo el Profesor Flournoy al gobierno ginebrino al crearse en dicha población de la Suiza francesa la cátedra de la Psicología Experimental dentro de la Facultad de Ciencias que hasta entonces perteneció a la Facultad de letras, y continúa actualmente bajo la dirección del Profesor Eduardo Claparède.

Llegamos a otro trabajo fundamental, el de Binet en Francia. Binet reprocha a sus antecesores el haber insistido excesivamente sobre la determinación de los procesos psíquicos inferiores que diferencian menos a los individuos, y haber descuidado casi por completo el estudio de los procesos psíquicos superiores que caracterizan mucho más la individualidad. En efecto las diferencias de inteligencia separan más a los individuos que las aptitudes táctiles y olfativas por ejemplo. Los trabajos de Binet al principio del siglo XX dan lugar a otro paso definitivo en la Psicología individual: La aplicación de la Escala Métrica de la Inteligencia publicada en 1905 por Binet-Simon que permite diagnosticar por años y meses el retraso o el progreso intelectual de los niños desde los tres años.

A partir de este momento las publicaciones y estudios sobre la Psicología individual son abundantísimos.

Llegamos a 1914 en que Münsterberg publica su libro titulado "Fundamentos de la Psicotecnia" que es el primer trabajo de la Psicología aplicada a diferentes agrupaciones sociales. En este mismo año de 1914, año de la primera Guerra Mundial, se aplicaron por primera vez las pruebas mentales al ejército americano y el éxito obtenido en la organización casi improvisada de un ejército ensanchó notablemente el campo de acción de la Psicología.

La Industria, siempre preocupada por el problema económico del rendimiento pronto comprendió la importancia del factor humano y surge potente la tecnopsicología o Psicología Industrial. Hoy día no hay industria bien organizada que no incluya la selección profesional en su programa de trabajo.

La Escuela, preocupada en demasía igualmente con el problema del rendimiento, une a sus preocupaciones tradicionales de horario y programa el estudio del desarrollo mental y actualmente de modo más imperativo en el estudio del carácter. Se piensa en la conveniencia de hacer clases homogéneas mediante la clasifi-

cación de los alumnos por su nivel mental y así surgen las clases para retrasados pedagógicos y mentales y por el otro extremo la selección de las inteligencias superiores.

Voy a insistir un momento sobre este problema de los superdotados porque en todo país de ideas democráticas y Colombia las tiene fuertemente arragaidas, debe constituir verdadera preocupación el aprovechamiento máximo de estos seres excepcionales. Es curioso observar que precisamente las grandes mentalidades han manifestado claramente esta preocupación. No voy a dar más que dos ejemplos y los dos representantes han sido poseedores del más grande galardón científico, el premio Nobel. Estas dos figuras que debían considerarse como símbolos en todas las Universidades, pertenecieron casualmente a dos países en la actualidad martirizados; a Polonia y España. Los nombres son Marie Curie y Santiago Ramón y Cajal.

En todas las escuelas de España figuraba en sitio de honor un retrato de nuestro sabio histólogo Ramón y Cajal a cuyo pie aparecía una leyenda que desgraciadamente no puedo reproducirles, pero que condensaba todo el problema de buscar y canalizar las inteligencias superiores incluso entre las clases más humildes y obtener así la valorización justa de los individuos de capacidad superior. Y en la interesantísima biografía de su madre que acaba de publicar Eva Curie, en 1938, obra cuya lectura les recomiendo vivamente se encuentra el siguiente párrafo: "Toda su vida —la vida de Madame Curie— le obsesionó la idea de las dotes intelectuales, inactivas entre las clases poco favorecidas por la fortuna". Y ella misma nos dice en uno de sus escritos: "por qué no favorecer la eclosión de las vocaciones científicas? Tan rica es la sociedad que puede sacrificar las que vienen a ofrecérsele? Yo creo, más bien que el conjunto de las aptitudes exigidas para una verdadera vocación científica, es una cosa infinitamente preciosa y delicada, un tesoro raro, que es absurdo y criminal dejar perder y sobre el cual hay que vigilar con solicitud, a fin de darle todas las posibilidades de eclosión".

En España desde bastante antiguo se prestó protección oficial a los superdotados. No se abrió de par en par las puertas de las Universidades y Escuelas Superiores, sino que se juzgó más conveniente abrirlas con todos los honores a aquellas inteligencias que habían de aprovechar debidamente sus enseñanzas. Y así se inició la selección Psicotécnica de los becarios para estudios superiores, selección que estaba a cargo del Instituto Nacional de Psicotecnia de Madrid con cuya Dirección me honraba hasta mi salida de España. Todos estos estudios relacionados con la escuela dan lugar a la

llamada Psicopedagogía que constituye otra rama de la Psicología Aplicada.

La Medicina, especialmente la Psiquiatría recurre cada vez más a la Psicología. La colaboración entre Pedagogos, Psicólogos y Médicos cada vez se intensifica más y producen mejores resultados en la educación. Médicos han sido y son frecuentemente los mejores representantes de la Psicología. Basta recordar entre otros a Kretschmer, cuyos trabajos han tenido influencia decisiva en estos últimos tiempos, la Biotipología de Penden y Voila, el Psicoanálisis de Freud y Adler, el psicodiagnóstico de Rorschach, etc. Se busca además la acción preventiva y surge todo el movimiento de las Ligas de Higiene Mental, en el que tan importante papel desempeña la Orientación Profesional. Por otra parte el estudio de los anormales mentales engloba todo lo referente a la Psicopatología Infantil.

Otra rama que cada vez se desarrolla más es la Psicología Jurídica, lo mismo que la Psicología Militar.

En todos estos aspectos de la Psicotecnia se presentan los dos problemas de la Orientación Profesional y de la Selección Profesional, es decir, problemas sobre el estudio del *factor humano*, del conocimiento de la individualidad, de la *persona*, con el fin de adaptarla lo mejor posible a su actividad normal que es el trabajo. ¿Es nueva esta preocupación? No, no es nueva ni mucho menos. Ya en los escritos de Platón en el Coloquio Segundo de su República se encuentra la siguiente frase: "De donde se sigue que se hacen más cosas y mejores y con más facilidad, cuando CADA UNO HACE AQUELLO PARA LO CUAL TIENE DISPOSICION", etc.

No pretendo hacer el estudio completo de los antecedentes históricos de la Orientación Profesional. Pero, como española, no puedo resistir la tentación de dar a ustedes un sucinto relato de la aportación de España en este sentido, aportación que se remonta nada menos que el siglo primero de la era cristiana con el cordobés Lucio Anneo Séneca. En dos pasajes de sus obras afirma "que nadie debe encaminarse sino adonde le guíe la fuerza de su ingenio, y que la proporción dominante de calor y de humedad en cada individuo determina las inclinaciones".

Entre 1404 y 1470 vivió el moralista segoviano Rodrigo Sánchez de Arévalo, quien escribe que "si se violenta a la juventud dedicándola a un oficio contra su natural aptitud e inclinación, su trabajo será nulo e imperfecto".

En 1538, Juan Luis Vives, a quien Claparède ha llamado recientemente "el abuelo de la Psicología Moderna", el primero precisamente que desinteresándose de la naturaleza del alma, la ha considerado bajo el aspecto del rendimiento de sus obras, escribió su Tratado del Alma y de la Vida, profundo análisis psicológico del

hombre. En un pasaje de esta obra vuelve a suscitar la teoría senquista diciendo: "El alma es una sola en cada hombre, aunque dentro de su esencia, están sus diversas funciones públicas o privadas, como son para el hombre las artes o las ciencias. Si se ocupa de lleno en alguna obra, difícilmente puede completar otra". Y en sus diálogos vuelve a decir que en la escuela cada alumno interpreta no los mismos autores que sus compañeros, sino CADA UNO SEGUN SU PERICIA Y CAPACIDAD". Individualización y Selección de materia que es indispensable según Vives para que el trabajo pueda ser útil.

Pero el antecedente cumbre de la Orientación Profesional también es español. El documento más brillante que trata de Orientación Profesional precisamente sobre carreras liberales, dice Walther, data de la época del Renacimiento. Es de un médico español Juan Huarte de San Juan quien la publicó en 1575. La obra lleva por título: EXAMEN DE INGENIOS PARA LAS CIENCIAS, *en la cual el lector hallará la manera de su ingenio para escoger la ciencia en que más ha de aprovechar, la diferencia de habilidades que hay en los hombres y el género de letras y artes que a cada uno corresponde en particular*".

Lo verdaderamente extraordinario de esta obra, es que la manera de plantear el problema conserva su actualidad hoy día. En resumen demuestra que para poder orientar hay que conocer las aptitudes que son necesarias para las diversas profesiones. Preguntada qué clases de genios hay y qué ramas de la ciencia les corresponde mejor, opina que cada persona es más apta para una determinada profesión y llega a pedir que para mayor seguridad se repitan *los exámenes de aptitudes* al entrar en la Universidad, cuestión candente hoy día. Reflexiónese en que todo esto lo dice un médico en el siglo XVI, en el año de 1575.

No creo fuera de lugar leer a ustedes algunos párrafos de obra tan trascendental. Veamos brevemente algunos de los más interesantes relacionados con la Orientación Profesional. En su proemio al lector dice: "Saber, pues, distinguir estas diferencias naturales del ingenio humano y aplicar con arte a cada una la ciencia en que más ha de aprovechar, es el intento de esta mi obra". Y más adelante añade: "Pero si eres discreto decirte he tres conclusiones muy verdaderas y por su novedad dignas de gran admiración. La primera es que de muchas diferencias de ingenio que hay en la especie humana, sólo una te puede caber con eminencia. La segunda que a cada diferencia de ingenio le corresponde sobresalir en una sola ciencia, de tal condición que si no aciertas a elegir la que corresponde a tu habilidad natural no adelantarás en las otras aunque trabajes día y noche. La tercera que después de haber enten-

dido cuál es la ciencia que a tu ingenio más le corresponde te queda otra dificultad mayor por averiguar y es si tu aptitud se acomoda mejor a la práctica que a la teoría”.

En el proemio al Rey dice: “Y porque no errase en elegir el arte que a su natural estaba mejor, había de haber diputados en la República, hombres de gran prudencia y saber, que en la tierna edad descubriesen a cada uno su ingenio, haciéndole estudiar por fuerza la ciencia que le convenía y no dejarlo a su elección”.

Como vemos Huarte se refiere aquí con toda claridad a las funciones del moderno consejero profesional y además pide que éste actúe igualmente en la enseñanza superior de las profesiones liberales, cosa que todavía se inicia tímidamente en nuestro tiempo. Dice así: “Esto mismo quisiera yo que hicieran las Academias de vuestros reinos que pues no consienten que el estudiante pase a otra Facultad no estando en la lengua latina perito, **QUE TUVIERAN TAMBIEN EXAMINADORES** para saber si el que quiere estudiar Dialéctica, Filosofía, Medicina, Teología o Leyes tiene el **INGENIO QUE CADA UNA DE ESTAS CIENCIAS HA DE MENESTER**. Porque si no fuera del daño que este tal hará después en la República usando su arte mal sabida, es lástima ver a un hombre trabajar y quebrarse la cabeza en cosa que es imposible salir con ella”....

En el capítulo tercero trata especialmente de las aptitudes y de la necesidad de su examen antes de empezar los estudios. Entre otros es digno de recordar el siguiente párrafo: “Esto que tengo dicho a lo menos no se puede negar, sino que hay ingenios determinados para una ciencia, los cuales para otra son disparates, y por tanto conviene **ANTES QUE EL MUCHACHO SE PONGA A ESTUDIAR, DESCUBRIRLE LA MANERA DE SU INGENIO Y VER CUAL DE LAS CIENCIAS VIENE BIEN CON SU HABILIDAD** y hacerle que la aprenda”.

Vemos pues que Huarte prevé ya el empleo de las pruebas y de los modernos tests para descubrir las aptitudes del individuo y que preconiza categóricamente la necesidad del examen previo a toda clase de estudios. Afortunadamente, hoy día todo el mundo reconoce la genialidad del sabio médico español y su clara visión de problemas que varios siglos más tarde conservan su actualidad.

Volvamos para terminar a la Gacetilla periodística que ha suscitado las anteriores consideraciones. En ella se propone iniciar una *campaña enérgica* contra “La proliferación de doctores”.

Creo que en parte la Orientación profesional puede ofrecer solución pacífica y con esta intención se va infiltrando poco a poco hasta llegar a los estudios superiores. En la actualidad se hacen exámenes de aptitud en casi todas las Universidades. Es antieco-

nómico y antihumano permitir que lleguen a obtener el grado de "doctor" personas sin aptitudes suficientes. Si ya en tiempos de Huarte se sentía la necesidad, qué pensaremos ahora que la lucha por la vida resulta cada vez más ardua.

Pero para que la Orientación profesional produzca sus frutos conviene preparar gradualmente el ambiente. Ya les he dicho que la Psicotecnia es la más joven de las ciencias biológicas que aún está en formación y perfecciona constantemente sus técnicas de trabajo; por ello me atrevo a solicitar de ustedes que representan la juventud sin prejuicios, su generosa acogida y futura colaboración.

A ustedes como futuros médicos la Psicotecnia les ofrece amplias posibilidades. En la industria, en la educación, frente al niño y al hombre delincuente, el médico tiene que intervenir en colaboración con el Psicotécnico, pero su intervención aquí como en toda su vida profesional cada vez tiene que estar más impregnada de gran sentido de comprensión investigando siempre en el enfermo no tan sólo el caso clínico que hay que diagnosticar y limitar su actuación a procurar restablecer la salud física, sino profundizar más y buscar en todo paciente, el ser humano que sufre quizás más intensamente por la situación de inferioridad en la que todo ser doliente se encuentra y darle con su simpatía, paciencia y optimismo, la ayuda moral que tanto se agradece y enaltece la figura del verdadero doctor.

**ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE NEUMONIA PRIMARIA
ATÍPICA (*)**

Archives of Internal Medicine. Noviembre-diciembre. 1945.

Capitán Jacob Grossmann, Med. Corp-Army. U. S. A.

Etiología.—Es muy posible que se trate de una afección por virus: inclinan a admitirlo las experiencias hechas en tal sentido. Se habla de la existencia de una forma esporádica, más grave, y de una epidémica, más leve.

Síntomas.—Son poco frecuentes las manifestaciones prodrómicas.

a) Iniciación: Más que escalofríos francos, se observan sensaciones de escalofrío, bruscas y repetidas, fiebre y *cefalea frontal severa*.

Son frecuentes las algias difusas, especialmente las lumbares y de las piernas. Ordinariamente hay manifestaciones infecciosas vagas y un cuadro análogo al de una gripe comenzante.

Al principio de la enfermedad es muy frecuente el dolor torácico que se exagera por la inspiración, empero este síntoma suele aparecer después de la cefalea.

b) Período de estado. Comprende una fase aguda y una de regresión, que pudiera aislarse como un tercer período:

1.—Fase aguda: En ella se sostienen las manifestaciones del principio, más las que se indican a continuación; las sensaciones de escalofrío ceden pronto. Hay fiebre irregular que se sostiene durante toda esta fase (5-7 días). Tos marcada, especialmente en los primeros días; puede ser seca o bien productiva, y en este caso mucosa o con estriaciones sanguinolentas.

La cefalea dura 4-5 días más, se exagera con la tos; posiblemente se deba a hipertensión endocraneana porque se alivia con la punción lumbar. El dolor torácico desaparece al cabo de pocos días.

Signos físicos: Postración al comienzo; puede haber congestión cutánea, ocular y faríngea; no hay cianosis.

Respiración superficial, no hay taquipnea ni verdadera disnea. Bradicardia relativa hasta el fin de esta fase.

Pérdida de peso.

La pobreza de datos clínicos relativos al pulmón, junto con la magnitud de las manifestaciones radiográficas, constituye un rasgo bastante típico del proceso; posiblemente se deba ésto a que la alteración es principalmente intersticial y no interfiere con la hematosi.

El examen clínico del pulmón suele no hallar nada en este órgano durante toda la enfermedad, y si lo encuentra, se trata de signos escasos y de aparición lenta. Desde el tercer día pueden encontrarse estertores subcrepitantes finos, especialmente al fin de la inspiración; el murmullo respiratorio puede debilitarse un poco o hacerse algo rudo; los datos percutorios, cuando son positivos, indican lesiones menores y menos densas que las que muestra la radiografía. Después de dos días, los estertores pueden hacerse más fuertes, más húmedos, más gruesos y sumarse con algunos roncanes. *Son poco frecuentes las manifestaciones de consolidación franca.*

Laboratorio: Recuento rojo normal; *recuento blanco normal* al principio y sólo moderadamente elevado, con predominio linfocitario, entre la 4 y 5 semanas.

Sedimentación globular acelerada, que va volviendo a la normal paralelamente a la mejoría radiológica (el autor le atribuye gran valor para controlar la evolución de la enfermedad).

Radiología: Es criterio "sine qua non" para el diagnóstico y suele suministrar datos después de 2-3 días de iniciado el proceso. Primero se marca el dibujo bronquial en las regiones hiliares, luego se produce un aspecto moteado del parenquima pulmonar y puede llegar a producirse un oscurecimiento amplio de un campo, sea con aspecto simplemente nublado o con opacidad semejante a la de las congestiones pulmonares, pero que no llega a la densidad de las neumonías lobares, porque en la neumonía atípica se conserva el aire alveolar, ya que el progreso es intersticial. Los lóbulos inferiores se afectan de preferencia.

2.—Fase de declinación o convalecencia: En su curso retrocede el proceso gradualmente, y la absorción de productos patológicos es una explicación de la taquicardia, elevación del número de glóbulos blancos y persistencia de una aceleración (gradualmente decreciente) de la eritrosedimentación. La fiebre cae en lisis. La opacificación del pulmón va regresando, y lo último en desaparecer es el reforzamiento de la imagen bronquial, que puede persistir (lo mismo que el moteado pulmonar) bastante tiempo después de la curación clínica. La pleura puede quedar engrosada.

Diagnóstico diferencial.

1.—Gripe: es difícil en ausencia de radiografía. En cuanto a las neumonías gripales, el cuadro clínico es más severo, hay cianosis, leucocitosis alta y signos pulmonares más claros.

2.—Neumonía lobar aguda: Principio brusco, síntomas pulmonares francos, cianosis, gran leucocitosis neutrófila, radiografía.

3.—Las bronconeumonías difusas, especialmente las de forma progresiva suelen ser más difíciles de diferenciar.

Tratamiento.—No cede a las sulfamidas ni a la penicilina; se carece de un agente específico y se acude a medicación sintomática, se ha aconsejado la radioterapia.

Reposo, analgésicos, codeína, expectorantes.

En la convalecencia, alimentación de alto valor calórico y medicación polivitamínica.

Complicaciones.—El autor sólo anota engrosamientos de la pleura interlobar y adherencias pleurodiafragmáticas.

ANOTACIONES SOBRE PROTECCION MATERNO-INFANTIL EN UN CENTRO DE HIGIENE

Tesis de grado 1945. — Presentada por Antonio Hartmann Perdomo.

Conclusiones:

1.—Teniendo en cuenta los recursos de los cuales se puede disponer, la Protección Infantil en los Centros de Higiene debe tener por objeto principal combatir la mortalidad infantil.

2.—Cuando en una localidad se emprenda una campaña de esta índole se requiere hacer previamente una encuesta que además de contemplar las condiciones y problemas de orden económico-social, médico-higiénico, tenga en cuenta las condiciones demográficas a fin de conocer el material humano, en especial de madres y niños, sobre el cual se va a actuar.

3.—Conocido el medio en que se va a actuar y los elementos de que se dispone, la acción protectora debe dirigirse principalmente a los períodos preconcepcional, prenatal, natal y primera infancia.

4.—La orientación en cada una de estas etapas debe ser ante todo educativa y preventiva, no obstante que se siga esta línea de conducta, surgen problemas de asistencia que en ocasiones son inseparables de la prevención (salas de maternidad, consultorio del niño enfermo, etc.) para los cuales debe buscarse la solución concomitante. Muchos de los fracasos de algunos Centros de Higiene se debe a que no han previsto la manera de tratar los dos problemas: Prevención y Asistencia.

5.—La conducta en organización y orientación que se adopte, teniendo en cuenta la anterior conclusión, no puede ser igual en todas las localidades, pues forzosamente tiene que ceñirse a las condiciones preexistentes y recursos de que se disponga. Así por ejemplo, el problema es diferente en Ambalema, donde no hay más médico que el Centro de Higiene, no cuenta con servicios hospitala-

rios y la inmensa mayoría de las mujeres son obreras de pequeñas fábricas, al problema de Ibagué o Bogotá, en donde las circunstancias son diferentes.

6.—El personal de médicos y enfermeras que trabajan en un Centro de Higiene deben ser en número suficiente y tener adiestramiento previo en servicios modelos, en donde aprendan una técnica definida de trabajo y amplien sus conocimientos sobre Pediatría, Puericultura, Bioestadística, etc.

7.—Los servicios de Protección Infantil de los Centros de Higiene deben estar en conexión con otras instituciones o servicios que funcionen en la localidad, y que en cualquier forma protejan al niño.

8.—Los servicios preventivos que son los fundamentales como el consultorio prenatal y el de vigilancia del niño sano, deben organizarse de manera de evitar las aglomeraciones, que hacen aguardar a las madres inútilmente, las interrupciones del servicio, el incumplimiento y frecuentes cambios en el horario. Deben escogerse horas adecuadas, atender al público con rapidez y amabilidad; el local debe ser cómodo y acogedor.

9.—Es urgente complementar la Campaña de Protección Infantil y Materna con la de nutrición por medio de restaurantes maternos, Gotas de Leche, restaurantes pre-escolares y escolares. Estos servicios deben estar debidamente conectados con los Centros de Higiene.

10.—Ya que es difícil por el momento implantar el certificado prenupcial obligatorio, por incomprensión e ignorancia del público, y falta de elementos para hacerlo con la debida eficiencia, debe hacerse propaganda al examen médico prenupcial, aunque no quede constancia escrita alguna, a fin de reconocer y advertir por lo menos sobre las enfermedades venéreas y otras de carácter social (lepra, tuberculosis, etc.).

11.—Como no hay salas de maternidad suficientes y las mujeres no tienen costumbre de concurrir a ellas, los consultorios prenatales deben tener servicio de atención de partos a domicilio y el control y educación de las parteras, especialmente de las zonas rurales.

12.—El niño debe vigilarse en el Consultorio del Niño Sano desde su nacimiento, pues es el comienzo de la vida el que corre mayores peligros. Para tal fin debe establecerse un sistema de registro de nacimientos en conexión con el registro civil; este registro

debe modificarse para que quede fácilmente al alcance de las madres.

13.—Cuando funcione la Gota de Leche anexa al Consultorio del Niño Sano, debe ser de tipo netamente educativo. Se rotará el mayor número de niños para que así sea mayor el número de madres que reciban educación.

14.—Las salas cunas tienen indicación en las localidades donde hay industrias y donde las madres trabajan fuera de sus hogares.

15.—Las salas cunas tienen indicación en las localidades. Servicios que se relacionan bastante con la asistencia y tienen por objeto cuidar y educar a los niños, hijos de madres trabajadoras que no tienen con quien dejarlos en su casa, deben funcionar en local especial, convenientemente localizado, como dependencia del Centro de Higiene infantil.

16.—Mientras no exista una organización propia para medicina e higiene escolar, dado el escaso personal de los Centros de Higiene, la intervención de éstos debe limitarse a higiene de los locales, educación higiénica de los escolares, prevención de enfermedades infecto-contagiosas.

17.—El Consultorio del Niño Enfermo debe establecerse en los hospitales, con local adecuado y en horas especiales, en coordinación con los Centros de Higiene, especialmente en lo que se refiere a enfermedades transmisibles.

18.—Es indispensable seleccionar desde la entrada a la sala de espera del consultorio del Niño Enfermo, los casos sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas para aislarlos e instituir su tratamiento a domicilio, pues de lo contrario estos consultorios más bien sirven para diseminar estas enfermedades.

19.—Si los resultados de la Campaña de Protección Infantil y Materna, llevada a cabo por los Centros de Higiene, no corresponden a lo que de ella se esperaba, se debe, en nuestro concepto, a lo limitado de sus presupuestos y al escaso personal que debe repartir su tiempo en las múltiples actividades señaladas a los Centros. No obstante, no han sido inútiles los esfuerzos hasta ahora hechos, y pronto veremos los resultados de esta primordial campaña.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS NUCLEOS DE OSIFICACION DE LA CADERA Y DE LA PELVIS EN LA CIUDAD DE BOGOTA

Tesis de grado "Meritoria". 1945. — Presentada por Elio Berbesi Sandoval

Resumen y conclusiones:

I—Al hacer el promedio, sobre 500 observaciones radiográficas en que se basa el presente estudio, se obtienen los siguientes datos en relación con la edad en que aparecen los núcleos de osificación de la cadera y de la pelvis en la ciudad de Bogotá:

II—Del estudio comparativo hecho entre los datos obtenidos por Paul C. Hodges, Camp J. D. y Cilley E. I. L. (Chicago), quienes son autores del cuadro sobre núcleos de osificación oficialmente adoptado en la Clínica de los Hermanos Mayo, Von Hasselwander, A. Jamienson E. B., Kohler, Alban, Paterson, R. S. Ruckensteiner E. Schinz, H. B. Baensch W., Friedl. E. Stevenson, Paul H. Testut-Latarjet, Haret, Dariaux, Jean Quenu, José Luis Molinari, Puyhaubert y los encontrados entre nosotros, se llega a la conclusión de que no hay retardo o precocidad en el tiempo de aparición de los núcleos de la cadera y de la pelvis en la ciudad de Bogotá.

III—El sexo no tiene influencia en el tiempo de aparición de los núcleos de osificación de la cadera y de la pelvis en la ciudad de Bogotá.

IV—Los estudios llevados a cabo en Bogotá, sobre el tiempo de aparición de los núcleos de osificación del pie, de la mano, del codo y de la rodilla, llevaron a sus autores a la conclusión de que la osificación estaba retardada entre nosotros.

V—Es de esperar que nuevas investigaciones, llevadas a cabo en miles de casos, vengan a infirmar o a confirmar el hecho de que la osificación está retardada en unos huesos, y sin retardo alguno en otros.

MONOGRAFIA SOBRE EL ESTADO SANITARIO DEL MUNICIPIO DE DURANIA NORTE DE SANTANDER

Tesis de grado 1945. — Presentada por Salvador Cristancho González.

Conclusiones:

a) La Higiene Pública ha hecho algunos progresos en las capitales; pero deja mucho que desear en los pequeños municipios y en las zonas rurales.

b) En el caso concreto de Durania, es indispensable que la obra del acueducto, sea realizada en el menor tiempo posible, ya que el Gobierno ha dado los primeros pasos hacia esta beneficiosa labor.

c) Protección infantil y materna debe ser con el tiempo una cosa de las que no pueda carecer ningún municipio de ciertas consideraciones como Durania. EL HOSPITAL en este Municipio servirá no sólo para efectuar una gran obra social, sino para ganar para siempre la gratitud y el respaldo de una inmensa agrupación civil.

d) La canalización del chorro El Silencio es de vital importancia pues esto significa dotar a Durania de alcantarillado, el cual con la pavimentación de unas pocas calles, contribuirá a una vida más higiénica en el Municipio.

e) La Medicina Legal en Colombia debe tener mayor expansión.

f) La campaña forestal debe cumplirse en nuestro país, pues no sólo obligan a ello las circunstancias ya expuestas, sino que sería muy triste el que mañana tuviéramos que hacer importación de maderas.