

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XV

Bogotá, septiembre de 1946

No. 3

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

CONTENIDO

	<i>Págs.</i>
I Operación de Triana.Neo-Vejiga Cecal, por el Dr. <i>Alfonso Ramírez Gutiérrez</i>	161
II Psicología y Educación. — Años de Escolaridad, Por <i>Mercedes Rodrigo B.</i>	190
III Cáncer Congénito, por el Dr. <i>Roberto Restrepo</i>	205
IV Breve nota acerca de Simúlidos colombianos, Por el Dr. <i>L Briceño-Iragorri</i>	209
V REVISTA DE TESIS	211

OPERACION DE TRIANA NEO-VEJIGA CECAL

Por el Dr. Alfonso Ramírez Gutiérrez

Nuevo procedimiento de Exclusión vesical.

TECNICA OPERATORIA, PRE Y POST-OPERATORIO

Primer tiempo-Aislamiento del ciego y abocamiento del apéndice a la piel de la fosa ilíaca derecha.

Pre-operatorio

Como para toda intervención intestinal, deben extremarse los cuidados, con el fin de lograr un estado de vacuidad completa del intestino y el equilibrio de la flora intestinal.

Es conveniente alcalinizar al enfermo, y para ello usamos el bicarbonato de sodio en combinación con carminativos, bajo la forma de papeletas que se administran unos 6 días antes de la intervención.

Para corregir la flora intestinal, usamos la sulfasuxidina, a razón de 6 a 8 gramos diarios (12 a 16 comprimidos) por 5 días antes de la intervención. Usamos los bacilos búlgaros en agua, bajo forma de enemas, administrados dos veces al día, por espacio de 4 días. Dos días antes es conveniente la alimentación líquida y la víspera es necesario aplicar un lavado evacuante.

El enfermo debe ser conducido a la mesa en las mejores condiciones, después de un examen ciudadoso, previas aplicaciones de suero glucosado y salino y transfusiones sanguíneas si fuere el caso.

Técnica operatoria

Posición: El enfermo debe estar colocado en decúbito dorsal, y la mesa operatoria ligeramente inclinada hacia el lado izquierdo del lado del primer ayudante. En esta forma la región íleo-ceco-apendículo-cólica es más accesible.

Anestesia: se puede usar la raquianestesia, pero da mayores garantías la anestesia por los gases, por la duración de la operación.

Laparotomía—Primero:

Incisión: Debe partir de la extremidad anterior de la undécima costilla para dirigirse hacia abajo y hacia adentro, de modo que en su trayecto describa una pequeña curva de concavidad mirando al ombligo y termine en el punto de Mac-Burney o a un centímetro por debajo de él. Extensión aproximada, 12 ctms.

Se corta la piel y el tejido celular subcutáneo, haciendo una hemostasis cuidadosa hasta llegar a la aponeurosis del gran oblicuo, disecando un poco los colgajos de piel con su grasa a lado y lado; luego se procede a la colocación de los campos de protección.

Segundo: Sección del oblicuo mayor y su porción aponeurótica.

Tercero: Con aguja curva americana, montada en un porta-agujas con catgut número 2, se procede a hacer la hemostasis previa del plano muscular subyacente con puntos separados uno frente de otro a todo lo largo de la incisión; de otro modo, el corte de los músculos, pequeño, oblicuo y transverso sangra abundantemente. Con el bisturí se hace el corte de los músculos grande y pequeño oblicuo. El corte del transverso se realiza con ayuda de la tijera curva y roma para no herir el peritoneo y las asas intestinales. Todos los músculos se cortan en la misma dirección de la incisión.

Cuarto: Apertura del peritoneo y colocación de un separador abdominal de dos ramas. Con compresas humedecidas en suero fisiológico tibio, se rechazan las asas intestinales del delgado, a la vez que se pone en evidencia la parte terminal del ileón, el ciego, su apéndice y nos damos cuenta exacta de la posición, movilidad, fijeza o adherencias de estos órganos.

Teniendo necesidad de utilizar no solamente el ciego sino también parte del colon ascendente (aproximadamente 3 dedos), con el fin de aumentar un poco más la capacidad de la nueva vejiga cecal, y para hacer más móvil el colon facilitando la anastomosis latero-lateral o término-lateral entre el grueso ascendente y el delgado, procedemos al desprendimiento colo-parietal.

Quinto: Desprendimiento colo-parietal:

Este tiempo es de capital importancia, porque facilita la mcivilización del colon muchas veces hasta el ángulo hepático y permite la fácil visualización de los vasos cónicos y la exteriorización de los cabos intestinales del colon una vez seccionado. Se realiza cerca del ángulo colo-parietal montando un poco sobre el colon, con el cuidado de no herir en este sitio los órganos retro-peritoneales (uretere, vasos espermáticos o útero-ováricos). Con ayuda de un pequeño bisturí, mejor que hacer un corte pudiéramos decir que se aruña la hojilla de coalescencia del meso primitivo (Ver embriología). De este modo se obtiene un plano de clivaje fácilmente desprendible con el dedo y agrandado con la tijera de Mayo en la extensión deseada.

Por esta brecha se exterioriza en lo posible el colon, tomándolo, el primer ayudante, con dos pinzas de aro o corazón para que no resbale; estas pinzas van colocadas, la primera inmediatamente por encima del ciego y la otra, a una distancia de 10 ctms. de la primera. De esta manera, el cirujano ve por transparencia los vasos cónicos en el meso, busca una arcada avascular y con pinzas curvas sin garra, abre un primer ojal en el meso a una distancia de 3 a 4 dedos por encima del ciego y con ayuda de esta misma pinza coloca por el ojal anteriormente abierto una tira de gasa de 2 ctms. de ancho por 25 ctms. de longitud. A 5 ctms. por encima, se repite la misma maniobra, quedando así colocadas dos tiras de gasa que sirven como puntos de reparo y sostén, cuidando de hacer la coprostasis al anudarlas, antes de hacer la sección intestinal. Estas gasas traumatizan menos que los *clamps*.

Sexto: Sección del ileón en la proximidad cecal:

Recordando las condiciones anatómicas de vascularización en la porción terminal del ileón (área avascular de Treves), se toma en la misma forma que se hizo con el intestino grueso, y se colocan allí también las tiras de gasa que han de asegurar la coprostasis.

La sección se hace a 8 ctms. de la válvula ileo-cecal, algunas veces a distancia mayor, para no comprometer la vascularización de los cabos seccionados.

Hecha la coprostasis anudando las gasas, y después de la colocación de compresas para aislar el campo, se colocan dos *clamps*, de ramas protegidas con caucho, en forma oblicua, y entre ellos se hace la sección con el bisturí humedecido en yodo; por la oblicuidad de los *clamps* se evita la estrechez de la boca anastomótica.

El cabo proximal servirá para restablecer la continuidad intestinal y se protege con una compresa. El cabo distal se cierra e invagina, primero con perforante total y finalmente con una sero-serosa o sutura en bolsa. Se retira la coprostasis de dicho cabo.

Séptimo: Sección del intestino grueso.

Se toman las tiras de gasa que habíamos colocado; se procura evacuar todo el contenido intestinal de esta porción y luégo se anudan. Protección con compresas, colocación de *clamps*, y entre ellos, siempre a una distancia de 3 a 4 dedos por encima del ciego, se hace la sección con el bisturí humedecido en yodo. Ambos cabos se cierran primero con una perforante total, que es invaginada luégo por sero-serosa en surcete continuo o con puntos de Cushing. El ciego ha sido de este modo aislado y será la futura vejiga.

Octavo: Restablecimiento de la continuidad intestinal.

Anastomosis término-lateral.

En todas nuestras intervenciones se hizo este tipo de anastomosis, excepto en el primer caso. La juzgamos la más conveniente, por no tener tendencia a estrecharse la boca anastomótica; porque reproduce el tipo de ángulo ileo-cecal, con gran facilidad para dejar un pseudo-ciego a expensas del grueso ascendente y así evitar los debacles diarréicos que tuvimos ocasión de observar en algunos casos de extirpación del ciego por tumor o T. B. C. ileo-cecal, operaciones que hubimos de realizar en el Servicio de Cirugía.

Se realiza esta anastomosis colocando la boca intestinal del delgado seccionada en forma oblicua, un poco por dentro de la banda muscular del colon, fijándola en este sitio por medio de tres puntos de apoyo sero-serosos. Posteriormente se abre el colon sobre su banda anterior en una extensión igual a la de la boca del delgado. Se practica en seguida la perforante total, y finalmente la sero-serosa, con las técnicas establecidas (Fig. N° 8-1).

Noveno: Cierre del peritoneo parietal posterior.

Con el fin de evitar futuras adherencias que obstaculicen la segunda intervención, la brecha abierta, o desprendimiento colo-parietal, se cierra por medio de puntos separados con aguja fina enhebrada en seda de 00.

Se revisa cuidadosamente la anastomosis y la sutura de los cabos intestinales con el objeto de no dejar ningún sitio despolido. Se retiran las compresas de la cavidad abdominal y nos encaminamos a la toma del apéndice.

Décimo: Travesía del apéndice en la pared abdominal.

En la mayoría de los casos sin antecedente patológico, del lado de este órgano, el apéndice se encuentra libre y fácilmente movilizable en alguna extensión. En caso de existir adherencias se desprenden cuidadosamente, sin ir a comprometer su vascularización y, por lo tanto, respetando el meso.

Se toma el apéndice por medio de una pinza de Pean pequeña, colocada justamente en el extremo del meso, muy cerca de la punta apendicular, y así se repara, para luégo colocarlo en su trayecto intra-parietal. Este se forma primero haciendo una contrabertura al peritoneo parietal a 1 y medio ctms. por fuera de su primitiva sección; a la misma distancia y en la misma dirección, se disocian las fibras musculares del transverso y el pequeño oblicuo, se secciona la aponeurosis del oblicuo mayor, y finalmente se hace un corte de la piel; el sitio del tejido celular subcutáneo por el cual debe atravesar el apéndice, debe ser desprovisto en su mayor parte de grasa. Esta precaución la tomamos en vista de los malos resultados que en ciertos tipos de trasplantaciones intestinales que seguían un trayecto subcutáneo, tuvimos oportunidad de observar, ya que el intestino en contacto con el tejido celular subcutáneo parece sufrir alteraciones profundas que llevan hasta la destrucción misma de la pared con formación de fistulas.

Una vez creado este trayecto, se introduce por él una pinza curva sin garra que reemplaza la que se había colocado en la punta del meso apendicular y, al traccionar con suavidad, se exterioriza el apéndice hacia adentro de la espina ilíaca anterior y superior.

De este modo el apéndice en su trayecto, ha descrito una forma de S itálica con dos curvas: una de concavidad superior e interna y otra de concavidad inferior y externa; los músculos de la pared abdominal vienen a obrar sobre él a manera de un esfínter (Fig. N° 8-2).

El sitio de abocamiento, como se ve, es fácil de modificar a voluntad y según las necesidades del caso; puede colocarse cerca al pubis, un poco encima al arco crural, o en cualquier sitio de la región ilíaca derecha.

Con el fin de asegurar algo más la continencia de esta futura vejiga, y que la micción pueda realizarse en el momento deseado, el apéndice puede exteriorizarse en una extensión de 3 ctms. y luégo recubrirlo, gracias a dos colgajos de piel en forma de U, desprovistos de buena parte de tejido celular subcutáneo, que se hallan partiendo de la primitiva incisión (Ver Fig. N° 9).

De este modo se consigue un moñón procidente, sobre el cual es fácil colocar cualquier dispositivo que lo pliegue sobre sí mismo o lo oprima para que no deje escapar la orina. Este dispositivo es fácilmente movilizable a voluntad del enfermo y por él mismo, y asegura un control sobre la micción.

No debe abrirse el apéndice antes de estar cerrada y protegida la pared abdominal; cuando de otro modo se procede, vendrá la infección post-operatoria de la pared, además de que corre gran riesgo el peritoneo si no se extreman los cuidados de protección.

El apéndice debe abrirse como último tiempo de la primera intervención para introducir en él una sonda de Nelaton del mismo calibre apendicular, que llegue hasta el ciego y por ella efectuar los lavados cecales. En los casos en que el apéndice fue abierto antes de cerrar la pared, para facilitar aún más la colocación de la sonda bajo el control manual en la cavidad abdominal, o debido al temor de vernos imposibilitados para llevar dicha sonda al ciego, por haber extremado los codos del apéndice, tuvimos supuración de la pared.

Undécimo: Cierre de la pared.

a) Sutura del peritoneo en surcete, con catgut simple número dos.

b) Sutura de los músculos en un solo plano. Puntos separados en U.

c) Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor, con puntos separados y catgut cromado número dos.

d) Puntos para el tejido celular subcutáneo que anulen los espacios muertos, que favorecen los hematomas y supuraciones de la pared.

e) Sutura de la piel. Ganchos (agrafes) o seda.

Duodécimo: Sutura del apéndice a la piel.

El apéndice aún fijo por su meso, y reparados por la pinza que se encargó de guiarlo por el trayecto creado en la pared abdominal, se despunta, quitándole su fondo (3 a 5 m/m.) sin herir la arteria apendicular. Se toca con tintura de yodo, y con seda se practica una corona de puntos separados, que lo fijen a la abertura de la piel por donde salió. (Fig. N° 8-3).

De acuerdo con el calibre del apéndice se escoge una sonda de Nelaton, se lubrica con aceite y se introduce por la boca apendicular, sin forzarla demasiado, para no perforar las paredes del órgano. Una vez la sonda en el ciego, se conecta una jeringa común de 20 c.c. en la sonda y, con solución salina yodada al medio por ciento, se lava la cavidad por varias veces con el cuidado de que no haya en ella más de 60 c.c. de solución.

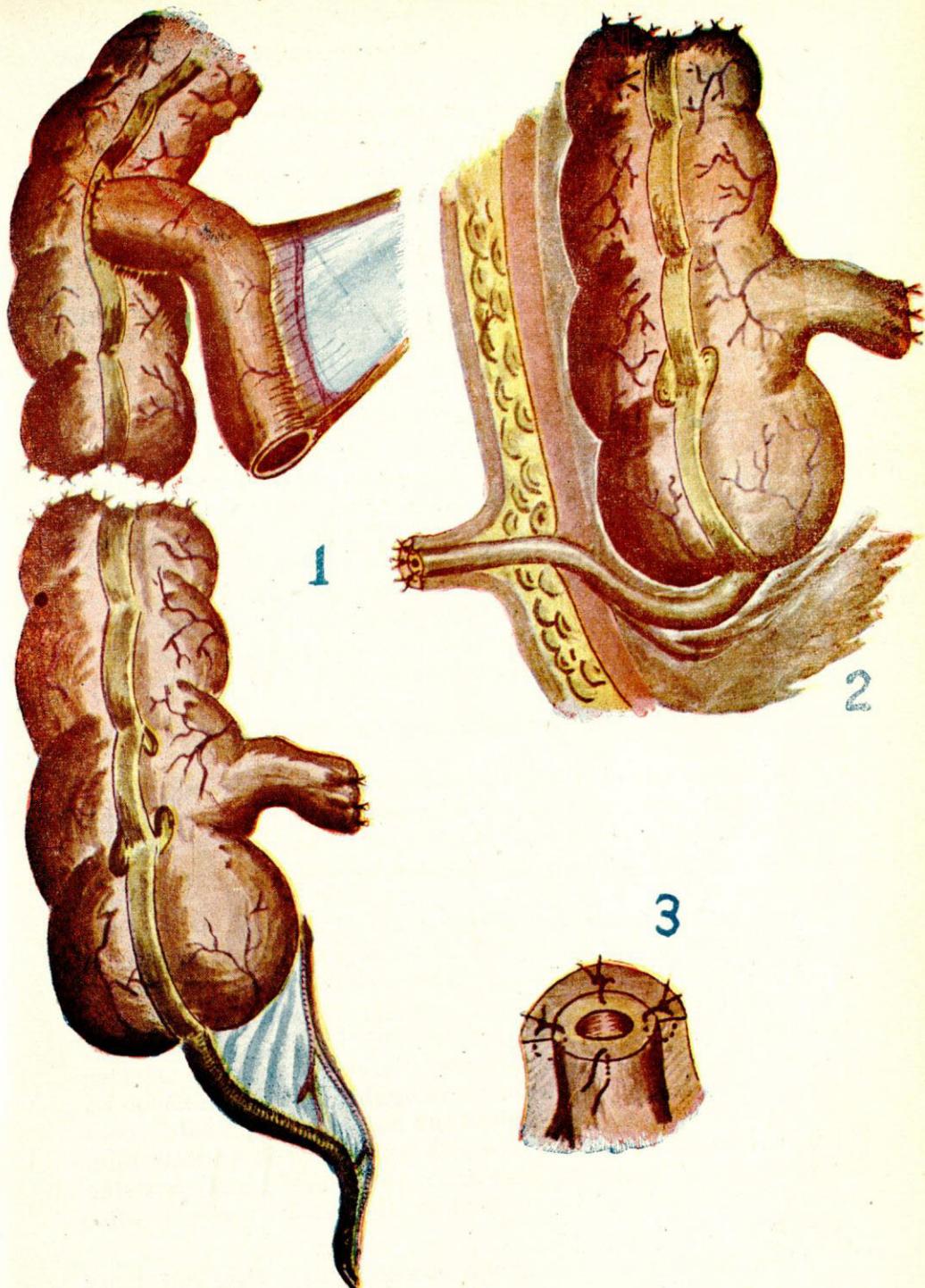


Fig. N° 8

- 1) Aislamiento del ciego y restablecimiento de la continuidad intestinal.
- 2) Ciego aislado y apéndice exteriorizado.
- 3) Revestimiento cutáneo del extremo apendicular.

la cavidad cecal, futuro receptáculo urinario, son la clave y fundamento de esta intervención.

El ciego es la parte más séptica del conducto intestinal sabemos también que su epitelio es ávido no sólo del agua sino también de las más diversas sales y sustancias. Estos dos motivos fundamentales, *infección* y *absorción*, nos obligan en este post-operatorio a usar los más diversos preparados, y a ingeniarnos para dominar la infección y cambiar una función gracias a la metaplasmina, cambio o transformación de los tejidos.

Desde el tercer día después de la intervención, y por la sonda de Nelaton que se ha dejado en el ciego, se inician los lavados antisépticos con este fin.

a) Primeros ocho días:

Lavados con solución salina yodada al $\frac{1}{2}\%$ de 200 a 300 c.c. diariamente. Nunca debe forzarse por este tiempo la cavidad con más de 75 a 100 c.c. de líquido inyectado de una sola vez. La sonda se tapa frecuentemente en el curso de los primeros días, pero con paciencia y constancia la cavidad se va limpiando rápidamente. Desde el cuarto día, la solución yodada entra y sale sensiblemente del mismo color.

b) Ocho días siguientes:

Se usa con perfecta tolerancia el rivanol en solución al 1 por 4.000. Algunas veces se puede alternar con solución de oxí-cianuro de mercurio al mismo título del 1 por 4.000, que algunos de los enfermos no toleran por presentar fenómenos de intoxificación con estomatitis, diarrea, algias articulares, etc., lo que nos da idea de la gran absorción cecal por este tiempo.

En tal período ya es posible medir la capacidad del receptáculo y sin ningún peligro se puede llegar a su repleción completa que fluctúa entre 200 y 300 c.c.; nos orienta sobre su completa repleción el dolor que anotan los enfermos en la región epigástrica.

Unicamente cuando el ciego está perfectamente distendido y viene la contracción de su musculatura sobre la masa líquida que no tiene salida, el dolor se produce en forma violenta en el epigastrio. Si por alguna circunstancia se presenta dolor al iniciar los lavados cecales, basta con inyectar previamente una solución de novocaína al $\frac{1}{2}\%$ en cantidad de 20 c.c., que se detiene por 5 minutos.

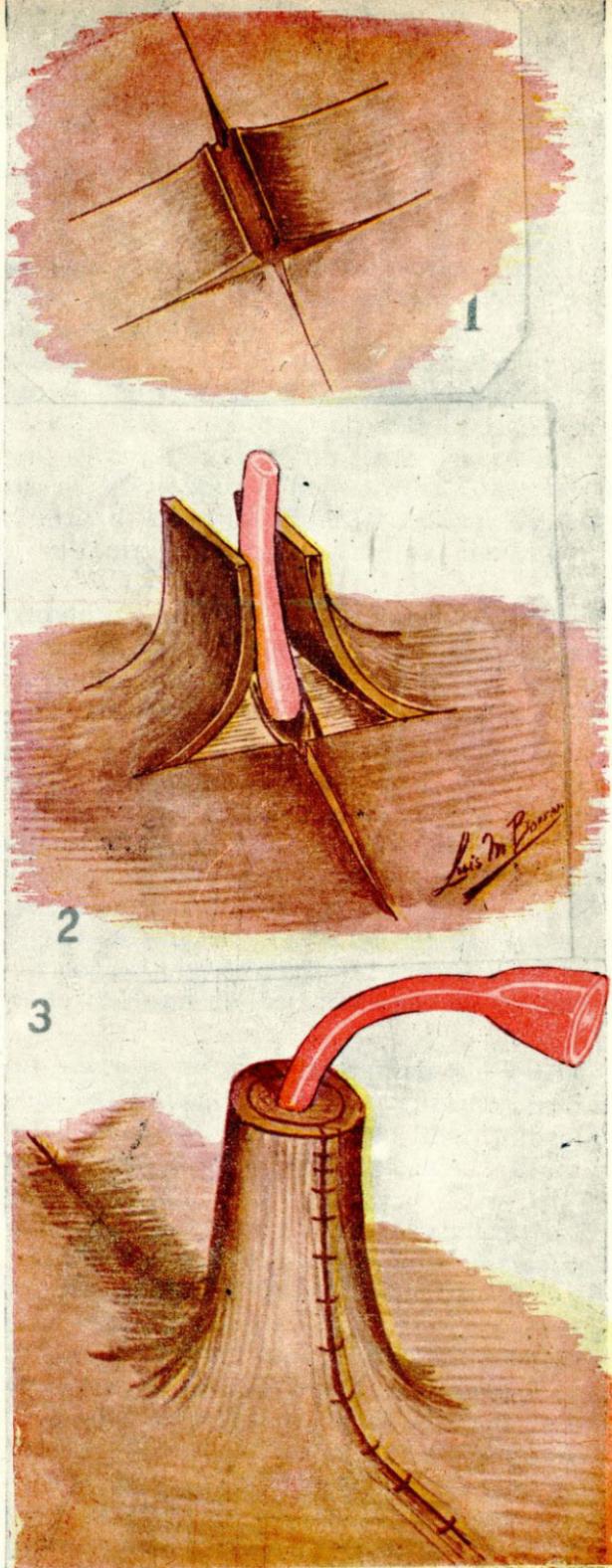


Fig. N° 9.

Esquema que explica la manera de revestir el apéndice en un colgajo cutáneo que forma un moñón procidente y permite la micción a voluntad.

c) Quince días siguientes:

De este tiempo en adelante, se pretende ya la modificación del epitelio de la cavidad cecal y se continúa la desinfección de la misma. Los cultivos aún serán francamente positivos para todos los cocos y para el colí-bacilo.

En la modificación del epitelio cilíndrico del ciego, se usan soluciones de nitrato de plata en concentración que va del 1 por 8.000 hasta 1 por 2.000. Tales lavados se practican cada tercer día, con el fin de que el despulimiento no sea muy brusco, con alteración profunda de los tejidos y la reacción consecuente. En los días intermedios, se usan las distintas sulfas: Sulfatiazol, sulfanilamida, sulfapiridina, sulfaguanidina, sulfamerazina y sulfasuxidina.

Notamos de grande efecto sobre el estreptococo y estafilococo la indiscutible acción de la sulfanilamida y el sulfatiazol. Sobre el enterococo parece que la sulfaguanidina y la sulfasuxidina obran bien, y se muestra especialmente con muy buenos resultados esta última sobre el colí-bacilo en nuestro caso de la historia número 4.

Para usar las sulfas se hace una dilución de 2 a 4 gramos de los distintos preparados en 20 c. c. de agua, previa trituración. Esta solución nunca es homogénea, ya que algunas de las sulfas no se disuelven bien y se precipitan en el fondo del recipiente en que se hace la preparación. Esta mezcla se inyecta en el ciego y se deja allí por 24 horas, tiempo en el cual debe realizarse un nuevo lavado con una de las soluciones de nitrato de plata.

Los lavados con las sales de plata se repiten 3 a 4 veces a un mismo título, para bajar luégo a una concentración inferior y llegar hasta la del 1 por 2.000. Como tiempo final, y días antes de la segunda intervención, se pueden instilar 2 c.c. de nitrato al 1 por 200.

Al finalizar el mes, o si se quiere antes, se solicitan los cultivos para cocos y colí-bacilo, que nos van a informar sobre el estado de septicidad de la cavidad. Estos cultivos se toman en la forma siguiente:

Se limpia muy bien la piel vecina a la implantación apendicular, y ésta misma, con tintura de yodo, merthiolato, metafen, etc.; lavado de las manos y aplicación de guantes esterilizados para introducir la sonda en el ciego por el apéndice. Se inyectan de 20 a 40 c.c. de agua esterilizada c solución salina en iguales condiciones; se trata de lavar el ciego y, por último, con la jeringa se extraen 20 c.c. que se reciben en un tubo es-

téril y se remiten al laboratorio con la solicitud de examen directo y cultivos para los distintos gérmenes.

Muchas veces persiste como único agente microbiano el coli-bacilo, el más rebelde a toda terapéutica; entonces hay necesidad de enfocar su exterminio por todos los medios posibles.

Los bacteriófagos y vacunas intestinales anti-coli pueden dar buenos resultados: se usan dejando dos o tres ampolletas de las comerciales en el ciego. Es preciso insistir en el uso diario y repetido de la sulfasuxidina, que es entre las sulfas la de mayor acción sobre el germen, y además, poco tóxica.

Como las sales de plata han modificado el epitelio de la cavidad y no hay absorción, se puede usar la triotricina en solución al 2%.

La concentración acostumbrada de 33.33%, que se obtiene diluyendo un centímetro cúbico de la solución alcohólica en 60 c.c. de agua destilada fue la que usamos, dejándola allí por espacio de 6 horas. No se observó ninguna manifestación tóxica, y la acción fue sorprendente, sobre todos los cocos, pero nula sobre el coli-bacilo.

Sobre este germen aconsejamos, como de gran acción y eficacia, las sales del ácido mandélico, que necesitan para actuar la presencia de un medio ácido y como se sabe, la del intestino es alcalino. Nosotros usamos el producto conocido con el nombre de Mandelium, mandelato de amonio, que se descompone en ácido mandélico; inyectamos dos ampollas diariamente en el ciego, el cual previamente se había lavado repetidas veces con una solución de ácido láctico al 1 por 4.000, con el fin de acidificar, aunque transitoriamente, el medio. Los resultados fueron muy halagadores en dos de nuestras observaciones.

Es posible que, si se tienen en cuenta las anteriores consideraciones y se eligen convenientemente las drogas, al mes de haber sido aislado el ciego, esta cavidad se encuentre profundamente modificada para no absorber ninguna substancia y completamente estéril. De este modo el fundamento biológico de la operación se ha realizado y será posible la implantación de los ureteres sin ningún peligro de infección ascendente al riñón, ni de intoxicación por los despojos urinarios.

Para cerciorarnos de la impermeabilidad de la mucosa modificada nos valemos de los colorantes que rápidamente se eliminan por la orina; sulfofenolftaleína y azul de metileno. Al inyectar soluciones de dichas sustancias en el ciego, no se eliminan por la orina antes de 10 horas; muchas veces se encontraron en cantidad intacta a la que se había introducido, después de 24 horas. La sulfofenolftaleína se pone de manifiesto

en la orina por medio de la solución N/20 de soda que, al contacto de la sustancia, toma un color rosado intenso. El azul de metileno, por el color característico que imprime a la orina.

En un lapso de tiempo que fluctúa entre un mes y mes y medio algunas veces, la cavidad ha sido preparada convenientemente y el enfermo se encuentra listo para la segunda intervención, que consiste en la implantación ureteral al receptáculo cecal.

Como dijimos al principio, no se debe descuidar el estado general de los enfermos durante este tiempo. Sus cuadros hemáticos deben hacerse con frecuencia. Recuérdese que la dosis de sulfa usada para la bacteriostasis microbiana no es despreciable y puede producir serios estados de anemia. Los fenómenos clínicos nos orientarán sobre cualquier enfermedad intercurrente o intoxicación por los medicamentos usados.

En los casos de fistulas vésico-vagino-ureterales, el aseo de la piel, los cambios de posición, polvos inertes, cojines de caucho, y mejor el levantamiento precoz, son de estricta prescripción. En los neos vesicales, T. B. C., etc., para los cuales pueda tener uso esta intervención, recuérdese que los cuidados encaminados a combatir las hematurias, piurias y cistitis, son de suma importancia, para no dejar agotar ni intoxicar a los enfermos.

Es prudente, ya al final de este post-operatorio, ilustrarnos en forma cierta sobre el estado del riñón y ureteres, con pruebas funcionales de eliminación y urografías, para conocer el grado de dilatación o atonía ureteral que pueden ya existir.

Segundo tiempo. — Implantación ureteral al ciego aislado.

Pre-operatorio:

1º—*Exámenes de laboratorio:* orina, numeración globular y fórmula leucocitaria, azohemia, glicemia, tiempo de coagulación y los demás que se juzguen necesarios, de acuerdo con cada caso.

Si el enfermo ha sido observado cuidadosamente por el cirujano en el post-operatorio de la primera intervención, estos exámenes no se justifican.

2º—Es conveniente administrar dos o tres días antes de la operación, desinfectantes urinarios. En la mayoría de los casos (fistulas o lesiones vesicales), el riñón y el uretere están expuestos con suma facilidad a la infección. Se puede usar el áci-

do mandélico previa acidificación de la orina con el cloruro de amonio; la urotropina y las sulfas por vía oral.

3º—Mantener el normal funcionamiento del intestino y aplicar la víspera un lavado intestinal.

4º—Anestesia de base: nembutal u otro barbitúrico y morfina-atropina.

5º—Es conveniente que el enfermo reciba en el acto operatorio gran cantidad de suero, mejor plasma o sangre, para evitar en lo posible el shock operatorio. Recuérdese que la operación puede resultar larga, y en general lo es.

Anestesia: La mejor, gases. Se puede usar la raquianestesia o la caudal continua.

Técnica operatoria.

Laparotomía:

Incisión: mediana infra-umbilical.

Se extiende del borde inferior de la síntesis pélvica en una extensión aproximada de 12 ctms. Corte de la piel y del tejido celular subcutáneo para llegar al tejido aponeurótico. Un poco por fuera de la línea media se abre la vaina anterior de los rectos anteriores del abdomen, para luego separar su borde interno hacia afuera, y hacer la sección de la fascia transversalis.

Colocación de los campos de protección.

Abertura del peritoneo.

Se comienza por la parte superior, con el cuidado de proteger la vejiga en el extremo inferior de la incisión. Se coloca en seguida un separador abdominal de tres valvas y con compresas embebidas en suero fisiológico, se rechazan las asas intestinales hacia la parte superior, colocando luego al enfermo en ligero Trendelenburg. Así, se ha puesto al descubierto todo el estrecho superior: al fondo, se aprecia muy bien en la mujer, la matriz, anexos y a un lado el ciego excluido, casi siempre con algunas adherencias que hay necesidad de suprimir.

Aislamiento del uretere derecho (Fig. N° 10)

Como punto de reparo importante para su hallazgo, tomamos el promontorio; a dos dedos hacia afuera de éste, aproximadamente 4 ctms., se hace un pliegue del peritoneo parietal posterior con ayuda de dos pinzas "mosquito", y con el bisturí o tijera se practica un pequeño corte u ojal que luego se agranda hacia arriba y hacia abajo. Este tiempo es de sumo cuidado,

ya que las relaciones anatómicas del uretere con los vasos ilíacos son muy estrechas y la incisión propuesta se hace justamente en esta región.

El uretere aparece en forma de un cordón blanco, adherente al peritoneo con sus movimientos peristálticos característicos que se observan constantemente, con pequeños intervalos de reposo; esto nos ayuda a confirmar su hallazgo. Es prudente individualizarlo y observarlo cuidadosamente; luégo se toma con un asa de caucho suave que lo tiene un poco tenso y permite su disección, respetando la adventicia, hacia arriba y hacia abajo en la porción pélvica. Así reparado, se abandona para iniciar el tiempo posterior.

Aislamiento del uretere izquierdo (Fig. N° 10):

Se toma el asa sigmoide y se lleva hacia arriba y a la derecha, poniendo tenso su meso, para poder precisar la foseta intersigmoidea o cólica inferior, en el fondo de la cual y con las mismas precauciones que para el uretere derecho, hacemos el corte del peritoneo parietal posterior, ampliando luégo esta pequeña incisión. Exactamente en este sitio en todas nuestras observaciones, con excepción de una, encontramos el uretere izquierdo que se pudo individualizar sin mayor dificultad.

En caso de que el meso-colon de la región sea muy corto o se encuentre un colon sigmoide fijo, por lo tanto con imposibilidad de hallar la foseta intersigmoidea, según el procedimiento de Marion, se practica primero el corte de la hoja superior del meso, con el cuidado de proteger bien los vasos mesentéricos y cólicos, para luégo perforar la hojilla inferior del mismo meso y llegar por allí al peritoneo parietal posterior (Fig. N° 4).

Como se ve, esta maniobra es más difícil, de mayor riesgo, y siempre que se pueda debe movilizarse el colon para llegar al peritoneo parietal posterior.

El uretere izquierdo así descubierto, se repara también con un asa de caucho para no traumatizarlo y aislarlo hacia abajo en la mayor extensión posible, respetando siempre su adventicia. La disección es llevada hacia abajo en la porción pélvica; en la mujer, se llega hasta la base del ligamento ancho cuidando de la arteria uterina que lo cruza a este nivel; en el hombre, se facilita un poco más la disección y avanza hasta las proximidades del canal deferente que, como se sabe, cruza el uretere antes de que llegue a la vejiga. Una vez aislado en la extensión deseada, se colocan dos ligaduras lo más bajo posible, y, entre ellas, se hace la sección con el bisturí humedecido en yodo o

con un termocauterio. El cabo inferior se abandona y el superior se repara y aísla en una compresa.

Paso del uretere izquierdo a la región cecal (Fig. N° 11.)

Este tiempo requiere toda la calma y pericia del cirujano, porque es el más delicado de la intervención: Consiste en hacer un desprendimiento del peritoneo parietal posterior y formar así una especie de túnel a nivel del promontorio y de los vasos ilíacos derechos e izquierdos, en donde debe quedar el uretere izquierdo.

Para realizarlo, se procede a introducir el dedo índice de la mano izquierda por la incisión peritoneal que sirvió para buscar el uretere derecho y lentamente, agudizando el buen sentido del tacto, se levanta el peritoneo parietal posterior que, poco a poco, va dando paso al dedo que monta primero sobre los vasos ilíacos derechos, pasa sobre el promontorio y la arteria sagrada media, luégo sobre los vasos ilíacos izquierdos y finalmente sale por la incisión hecha para buscar el cabo seccionado del uretere izquierdo. En este momento, y sin retirar el dedo colocado en esta forma, sobre él, con la mano derecha introducimos una pinza análoga a las usadas para pedículo renal, que al salir toma el cabo del uretere seccionado y al hacer tracción de la pinza y retirar el dedo al mismo tiempo, tenemos el uretere izquierdo en la región cecal.

Sección del uretere derecho e implantación cecal.

Por entre la luz de una sonda de Nelaton, un segundo ayudante, coloca dos sondas de las usadas para cateterismo ureteral y las lleva hasta la extremidad de la sonda Nelaton. En seguida, procéde a colocar dicha sonda en el apéndice, hasta llegar al ciego; el cirujano advierte la presencia dentro de la cavidad y guía su correcta colocación en el sitio deseado.

Cuando el apéndice es delgado, se puede prescindir de la sonda de Nelaton e introducir las ureterales individualmente.

La implantación de los ureteres se puede hacer a la manera de *Coffey N° 2* o por *uretero-neo-cistostomía*.

En el primer caso, el cirujano con un bisturí prepara los lechos que habrán de ocupar los ureteres bajo la serosa y muscular del ciego; estos cortes se realizan a una distancia de 2 ctms. uno de otro, y el que ha de corresponder al uretere izquierdo siempre más bajo que el derecho. Con aguja atraumática, fina, curva enhebrada en seda dos ceros, procedemos a co-

locar las asas de hilo para realizar los puntos de Lembret (Fig. 12-1), que asegurarán la fijeza de los ureteres bajo la sero-muscular cuando se anuden. Estos puntos son un tanto difíciles de realizar, por las transformaciones histológicas que ha sufrido la pared cecal.

En el segundo caso, una vez seccionado el uretere en bisel y fija su extremidad con un hilo, se pasa a la luz intestinal por una pequeña brecha que con las precauciones debidas se ha hecho sobre su pared.

Los extremos del hilo, provistos de agujas curvas finas, atravesan dicha pared de dentro hacia afuera a medio centímetro del orificio; se anudan inmediatamente y luégo se colocan por transficción dos o tres puntos en U que acaban de fijar el uretere a la pared intestinal. Se recubren estos puntos perforantes con puntos superficiales sero-musculares.

Después de estas maniobras preliminares a la implantación se hace la ligadura del uretere y su corte en el sitio deseado; el corte debe realizarse en bisel, abandonando el cabo inferior y recogiendo la orina que se escapa en una compresa. En el extremo del bisel se practica una lazada simple que compromete todas las capas del uretere, con el cuidado de dejar hilos de tamaño suficiente para enhebrar una aguja fina y curva en ambos cabos (Fig. Nº 12-1). En seguida se abre la mucosa cecal, en el extremo inferior del lecho correspondiente al uretere derecho, y por allí, gracias a los movimientos que se dan a la sonda Nelaton colocada en el ciego, se extrae una sonda ureteral que es llevada e introducida por la luz ureteral en una extensión de 10 ctms. Las agujas colocadas en los extremos de la seda anudada en el bisel ureteral, se introducen por el sitio de salida de la sonda ureteral, y salen de la mucosa a la serosa a 2 ctms. del sitio de entrada, muy cerca una de la otra; se retiran las agujas, se tracciona el uretere hasta hacerlo entrar en el ciego y, finalmente, los hilos se anudan sobre la serosa. Este punto debe ser peritonizado cuidadosamente por una sutura en bolsa o dos puntos de Halstead.

Se cierran los puntos de Lembert y el uretere derecho se considera implantado (Fig. Nº 12-2 y 3).

De manera análoga se planta el uretere izquierdo y, por último, se quita la sonda Nelaton del ciego, con el cuidado de no retirar las ureterales. La orina en ese entonces estará fluviendo por las sondas ureterales que se fijan a la piel con esparadrapo, o de lo contrario es fácil que se salgan en los movimientos posteriores. Estas sondas son indispensables, para evi-

tar el edema inflamatorio que se presenta en el sitio de implantación.

Se revisa luégo cada una de las suturas, y finalmente se cierran las brechas peritoneales que sirvieron para encontrar los ureteres. Se retiran las compresas de la cavidad abdominal y se coloca al enfermo en posición horizontal. (Fig. N° 13).

Cierre de la pared: por planos.

Post-operatorio.

Primer día: aplicación de 2.000 a 3.000 c.c. de suero glucosado isotónico, a los cuales se puede agregar dos ampolletas de un preparado sulfanilamídico (1 gramo). Urotropina por vía intravenosa e inyección de morfina.

En los días siguientes es preciso combatir el meteorismo, siempre muy molesto para los enfermos: se usa el suero de Gosset, los alcalinos, y, al tercer día, un lavado intestinal o enema de aceite tibio.

La vigilancia de la sonda ureteral es de capital importancia. En las primeras horas, la orina puede estar algo sanguinolenta debido a las erosiones de la mucosa ureteral, pero al cabo de este tiempo se aclara. Ya el enfermo en su cama, las sondas se conectan a dos tubos de caucho que llevan la orina a un recipiente colocado bajo la cama.

Las sales de la orina, en contacto permanente con el pequeño orificio de las sondas, pueden dar lugar a precipitaciones que las obstruyan; cuando esto sucede es posible cortar un pedazo de los extremos de las sondas. En caso de que no se aprecie obstrucción hacia la parte terminal de las sondas, puede conectarse una jeringa con su respectiva aguja por entre la luz de las sondas y, al hacer el vacío, generalmente fluye la orina; en caso contrario, puede inyectarse uno o dos c.c. de suero fisiológico estéril, con el fin de barrer las pequeñas mucosidades o coágulos que las obstruyen.

Del quinto al sexto día pueden retirarse lentamente las sondas ureterales, y la orina llega al ciego, en donde se almacena por algún tiempo (2½ o 3 horas), hasta cuando su repleción despierta las contracciones que han de llevarla al exterior por el apéndice.

El paciente debe ser vigilado por cierto tiempo. Es menester enseñarle el modo de colocar él mismo la sonda de Nelaton en el ciego, ya que son factibles las retenciones de orina en la nueva vejiga. Esto puede ser debido al exceso de angulación del

apéndice en el trayecto intraparietal o a los tapones mucosos que se forman.

Si el apéndice no se ha exteriorizado y cubierto por los collagajos de piel, formando así un moñón sobre el cual se pueda actuar para asegurar una perfecta continencia, manera ésta la más conveniente, se puede acondicionar una bolsa de caucho de las usadas para el hielo, aplicada directamente a la piel de la bolsa ilíaca, en el sitio de desembocadura del apéndice; para evitar la posibilidad de escoriación por la salida de la orina, se puede aplicar una pasta inerte o endurecer la piel con toques de una solución de nitrato de plata al 2%, dos veces al día. Puede también colocarse a la nueva vejiga cecal una sonda de Foley que permanecerá en el sitio de continuidad del ciego con el apéndice, gracias al divertículo de caucho a que conduce uno de sus canales, ya que la sonda de Foley es una sonda de doble pared.

Es factible, y será fruto de nuestras futuras investigaciones, usar en el trayecto intra-apendicular un tubo de Vitalium con mecanismo valvular externo y un tope en el interior que permanece fijo.

Ya sabemos de la perfecta tolerancia por los tejidos a este metal y esto servirá para dar un paso más adelante en el perfeccionamiento de nuestra técnica.

PSICOLOGIA Y EDUCACION. — AÑOS DE ESCOLARIDAD

Por Mercedes Rodrigo B., Directora de la Sección de Psicotecnología de la Universidad Nacional.

Cada uno de los temas de que venimos ocupándonos en estas charlas constituyen por sí solos materia suficiente para cursos monográficos. Pero en estas pocas lecciones de Introducción a la Psicología, consideramos necesario presentar los problemas referentes a la vida del hombre en sus diversas etapas a modo de vista panorámica. No es un estudio en profundidad sino en extensión, señalando aquí y allá, teorías, hechos y aspectos diversos de cada uno de los estudios, ensanchando cada vez más el horizonte de su curiosidad e intentando obtener que a modo de resumen de todo este trabajo, quede entre Uds. la preocupación, el deseo de complementar sus estudios exclusivamente médicos, con los psicológicos. Creo sinceramente que le servirían mucho para humanizar e individualizar su actividad profesional y creo además que es útil salir de los cauces estrictamente médicos porque, de acuerdo con el famoso dicho del sabio médico español Letamendi, "El médico que sólo medicina sabe ni de medicina sabe".

Estas consideraciones vienen especialmente a cuenta hoy, porque me encuentro en la necesidad de tratar en 45 minutos, tema de tal amplitud como los problemas que plantea la vida del niño y del adolescente en su fase escolar, tanto primaria como secundaria; es decir desde los 8 años hasta los 18 más o menos.

Claro que a grandes males, grandes remedios, y en vista de que es materialmente imposible decir mucho, siempre hay la salida de decir poco.

Toda la vida escolar abarca las siguientes etapas: la tercera infancia para algunos autores, o infancia media para otros, comprendida más o menos entre los 7 y 11 ó 12 años, la preadolescencia, correspondiente a los 11-13 para las niñas y los 12-14 para los niños y finalmente la verdadera adolescencia que se extiende aproximadamente entre los 13 y los 18 años.

En la realidad de los hechos, las sucesivas edades de desarrollo avanzan unas sobre otras, sus caracteres se mezclan y confunden y en determinados momentos existe cierta dificultad para distinguir la infancia de la adolescencia e incluso de la juventud.

Durante estos años según Stern los niños ya han franqueado la primera etapa de su desarrollo, la de la percepción del mundo exterior por medio de los sentidos y la adquisición de experiencia por medio del juego y sigue en su evolución mediante el aprendizaje consciente y la extraversión que constituye la segunda, hasta que llega a la tercera de introversión y libre elección de intereses.

Para Claparede quien considera que durante la infancia la personalidad es difusa, lo que caracteriza psicológicamente este período escolar es la *curiosidad*.

La psicogénesis individual a base de los estudios de Prinzhorn pasa por las siguientes fases: de los 6 a los 8 años el niño empieza a afirmar su personalidad frente al medio adoptando a veces actitudes de extraordinaria testarudez. De los 9 a los 12 años predomina la vida intelectual, los deberes escolares. En esta fase empiezan a definirse las vocaciones y se manifiesta en su final, en ciertos climas, el principio de la adolescencia. De los 13 a los 17 se extiende el período de la segunda revolución biológica individual, motivada por la crisis puberal. La entrada en acción de la llamada inteligencia conceptual o abstracta, se marca por una desanimación y espiritualización del adolescente. Es la época del tránsito entre el "ya no" de la infancia y el "todavía no" de la adultez juvenil. En estos momentos el desequilibrio es fisiológico, pero además aparecen con frecuencia pequeñas manifestaciones psiconeuróticas tales como tics, escrúpulos obsesivos, insomnio, etc.

El escolar que encontramos en cualquier edad en todo centro docente es un ser que presenta muchos y muy difíciles problemas por el sólo hecho de estar en constante crecimiento. Existe la tendencia a buscar el "niño medio" hipotético que no existe. La conducta infantil en la escuela y fuera de ella depende del grado de madurez, de las condiciones físicas, del ambiente y de la interacción de todos estos factores. Cada niño tiene un pasado con el que ha desarrollado una personalidad única, aunque al mismo tiempo tiene algunas características comunes con los niños de su edad. Como también es imposible dar un modelo tipo del desarrollo del adolescente que sirva para todos los representantes de este mismo período. No existe el adolescente típico tampoco. La adolescencia es la edad de los

estudios. El adolescente es también el escolar. Desde el trabajo clásico de Santley Hall publicado en 1904 sobre la adolescencia se ha continuado investigando sin cesar este período tan significativo de la vida hasta el punto de que se ha llegado a decir que la adolescencia es un período en el cual el individuo vuelve a nacer, pero todavía se puede seguir investigando sobre el desarrollo fisiológico, social y emocional y las grandes alteraciones del ser humano durante este período.

El maestro al hacerse cargo de una escuela, de una clase, tiene que pensar que cada niño es un problema en sí y por tanto debe planteárselo para intentar resolverlo. No puede ser su única tarea ni limitar su preocupación, enseñar unas cuantas materias, transmitir conocimientos mecánicamente. Ante todo tiene que tener presente su misión de educador, de formador de seres humanos.

La escuela tradicional desconocía totalmente a sus alumnos en todos sus aspectos y daba la enseñanza a ciegas. Binet cita el caso de un niño que hacía dibujos maravillosos cuando tenía el modelo cerca y sacaba malas calificaciones en la clase de dibujo cuando la reproducción del modelo era colectiva. Esta desigualdad en su trabajo consistía en la *miopía* del niño, que el maestro ni siquiera había sospechado y que le fue descubierta por casualidad. Otro hecho también observado por Binet en Francia y por Terman en América es el error muy general en que incurren los maestros en la apreciación de la inteligencia de los niños. Casi siempre el alumno que el maestro proponía a Binet como al más inteligente de la clase era un niño de más edad que el término medio del grupo y por consiguiente resultaba ser un *retrasado*. Y como el caso extremo y curioso de total desconocimiento y la falta de estímulo que reinaba en las escuelas del pasado siglo, lo encontramos en nuestro Instituto de Reeducación Profesional de Inválidos del Trabajo en Madrid en un obrero que al caer en nuestras manos ya adulto nos confió que nunca pudo aprender a leer aunque había pasado 8 años en la escuela... "porque desde su sitio no veía las letras de los cartones"...

Toda la organización de las antiguas escuelas insistía en la necesidad de hacer trabajo desagradable para cultivar la "voluntad". Los defensores del antiguo régimen decían que era la única manera de preparar "para las batallas de la vida". Todavía hoy cuesta trabajo luchar contra la idea general de que el castigo y la disciplina son aspectos normales de la educación. Y estas ideas están tan frecuentemente arraigadas que en un trabajo publicado en 1945 aún es necesario insistir en que es

erróneo considerar el miedo como incentivo en los esfuerzos de los niños. En cambio en las escuelas nuevas se tiene la evidencia de que no hace bien más que lo que se hace con gusto y por eso se estudian e investigan cada vez más los intereses del niño.

Aún hoy día con demasiada frecuencia el maestro quiere aparecer como superhombre a los ojos de sus alumnos, pero ahora ya es conocido que esto se debe muchas veces a que el propio maestro ha sufrido en su infancia cruel dominación y precisamente se hace maestro porque es una profesión que le permite devolver las injusticias que se han cometido con él antes. Es sabido que el psicoanálisis ha descubierto en los maestros bastantes casos de odio, rencor y sadismo. Por esto actualmente se insiste cada vez más y se tiene más en cuenta la necesidad de la higiene mental del maestro, de su adaptación emocional, puesto que la manera de ser suya tiene tan intensa influencia sobre el desarrollo del alumno que se hace imprescindible conocer la psicología del maestro para complementar el estudio de la psicología del alumno.

A parte de problemas de tipo psicosocial de resolución muy urgente, referentes al tipo de personalidad conveniente para ejercer la profesión de maestro, condiciones económicas y adecuada adaptación social del maestro, etc., pero en las que no podemos detenernos ahora, todavía en 1945 se sigue encontrando la inadecuada preparación del maestro para el cumplimiento perfecto y completo de su delicada misión y esto se debe al hecho de que aún son muy limitados los cursos de psicología educativa y estudio del desarrollo del niño que reciben los educadores antes de entrar en plena actividad profesional.

Pero además de la intensificación de la preparación psicológica del maestro la escuela necesita la colaboración cada vez más estrecha y de acción conjunta del médico escolar también especializado en cuestiones de la infancia y la de psicólogo escolar, actuando siempre de orientador y de coordinador para hacer entre todos de la educación, un proceso individualizado, adaptado en todo momento a la personalidad total del alumno en cada una de las etapas de su desarrollo.

El estudio de la salud del escolar debe comprender el examen médico general, la apreciación del estado de nutrición, el conocimiento de las posibilidades sanitarias de su medio familiar, con el fin de hacer para cada niño un programa educativo-sanitario eficaz y correctivo si es necesario, ayudándole a mantener su salud física en el mejor estado posible. El examen sanitario debe ser a la vez diagnóstico y educativo, investigando cuidadosamente los defectos del oído, visión, estado dental y

funcionamiento orgánico. El médico escolar debe saber y hacer saber que con gran frecuencia algunos niños son acusados de retrasados y torpes mentalmente, cuando su retraso y el fracaso en su trabajo tiene por causa única en algunas ocasiones los defectos de audición y visión, por ejemplo. A veces, curando las dolencias físicas desaparecen las dificultades mentales y son evidentes los efectos: el funcionamiento psíquico sobre la vida mental. La fatiga, el dolor de cabeza y la pérdida del sueño producen irritabilidad y depresión. Las enfermedades tóxicas y otras condiciones fisiológicas anormales producen prolongados efectos sobre las aptitudes intelectuales y emocionales. Como Uds. saben, la encefalitis letárgica es frecuentemente seguida unos meses más tarde de alteraciones de la personalidad, que llegan a convertir a un niño antes normal en un retrasado irritable, a veces incluso con inclinaciones criminales.

No obstante el problema de la relación entre el estado de salud y los procesos escolares, no está aún definitivamente resuelto y queda amplio margen para la investigación. Mientras hay quien afirma que la mejoría de la salud aumenta muy débilmente los resultados escolares, en cambio en algunos trabajos se comprueba dependencia muy marcada entre la actividad mental y el estado de salud de los niños examinados médicaamente. Incluso se ha encontrado relación estrecha entre la talla, el peso y la alimentación. Desde luego lo que sí parece cierto es que los escolares que presentan síntomas de tuberculosis, de raquitismo y de alteraciones nerviosas, generalmente se ven precisados a repetir los cursos con más frecuencia que los totalmente sanos. Y también es muy general el caso de adolescentes quienes durante una crisis de evolución física no pueden proseguir sus estudios con el mismo éxito que antes y que de buenos alumnos que fueron hasta entonces, se convierten en escolares perezosos, impotentes que han perdido en fuerza intelectual lo que su cuerpo ha ganado en talla y en peso.

El médico escolar no puede ni debe limitarse a hacer sus exámenes en serie comprobando estadísticamente las deficiencias o anormalidades de tipo médico. No hay duda que encierra gran interés saber que de los 47.757 escolares examinados en Colombia en 1944, en 21.264 se ha encontrado deficiente estado nutritivo principalmente en Cundinamarca y 17.377 casos de anemia tropical principalmente en los departamentos de Santander y Caldas por ejemplo y que el 99% de los niños examinados en la dentistería escolar padecen afecciones dentales. Pero además el médico escolar tiene que colaborar activamente con los padres y el maestro teniendo en cuenta juntos que los

problemas de conducta son hasta cierto punto normales como fases de desarrollo y que pueden representar el camino del niño para salir de una situación difícil. Los padres y los maestros consideran en general la conducta agresiva, el descuido y el desorden en la clase, como cosas peores que la conducta de retraimiento, ensueño y miedos exagerados que son en realidad más graves y manifiestan claramente falta de adaptación e inestabilidad emocional a veces debidas a causas físicas y el médico escolar debe hacer patente la importancia del factor salud en la conducta infantil. Muchos niños a quienes se tilda de perezosos son realmente enfermos, desnutridos.

Un maestro suizo, buen psicólogo al mismo tiempo, observando grandes irregularidades en el rendimiento general de sus alumnos pertenecientes todos ellos a clases sociales muy humildes, hizo el experimento de dejarles en absoluta libertad durante la primera hora de clase y observó con gran asombro que la gran mayoría de los niños se dormía profundamente. Con sólo respetar estas horas de sueño, demostración palpable de insuficiente descanso, consiguió mejorar el trabajo de sus alumnos.

El papel de psicólogo escolar cada vez se reconoce como más decisivo aunque todavía no figure en todas las escuelas. Su misión es muy compleja y delicada, pero no hay tiempo ni es lugar para exponerla en detalle. Puede y debe ser el consejero y colaborador íntimo y eficaz del maestro en toda actuación referente a los niños y además puede plantear temas de estudio y meditación sobre actividades de los niños no meramente del tipo de tareas escolares, pero que deben preocupar profundamente a los especialistas de la infancia. Por ejemplo entre las manifestaciones espontáneas de los escolares que deben ser objeto de verdadera atención por parte de los educadores tal vez ocupe el primer lugar el juego que en estas edades indica la madurez social y la personalidad más que ninguna otra actividad. Por lo mismo estimamos de interés hacer algunas consideraciones sobre este tema.

El juego es la actividad verdaderamente específica del niño. Todo lo que cae fuera de la esfera del juego cae fuera de la esfera del niño, dijo Claparede y también se ha dicho: "El niño aprende más en los 4 primeros años de su vida que en 4 de universidad, y esto lo aprende jugando". El juego es en verdad, el trabajo del niño y el medio por el cual crece y se desarrolla. El juego activo puede considerarse como signo de salud y equilibrio y su ausencia, como defecto innato o enfermedad mental.

Existen numerosas e interesantes teorías sobre el juego y es tema al que han prestado gran interés los psicólogos. A Karl Gross se le debe la primera y más acabada exposición científica acerca del juego y fue el primero que enfocó su estudio desde el punto de vista biológico, manifestando que existen tantos juegos como instintos (de lucha, sociales etc.) y que los mismos varían según las distintas especies de animales. En virtud de su teoría del *ejercicio preparatorio*, el juego es considerado como una preparación para la vida seria y constituye el principal objeto de la existencia del niño.

El libro fundamental de Gross sobre el juego de los animales se publicó en 1896 y en su nueva edición de 1930 mantiene su teoría primitiva del Einuebung o del ejercicio preparatorio que para todos los psicólogos era perfectamente clara. Pero en 1934 el Dr. Buytendijk, profesor de Fisiología de la Universidad de Groninga publica un nuevo libro sobre la naturaleza y la significación del juego al que considera como *la manifestación externa de la dinámica del individuo joven* lo que constituye opinión opuesta a la de Gross. Para este autor el juego explica la infancia y es lo que le confiere su significación; un ser es un niño porque juega y la infancia es el período en el cual es útil que el ser juegue. Para Buytendijk por el contrario, la infancia es la explicación del juego; un ser juega porque es un niño. Para Gross el juego es una actividad de preparación funcional, una fase de ejercicio causada por el hecho de que los instintos todavía no están maduros. Para Buytendijk, el juego no es más que la resultante accidental de una multitud de factores que dependen de la dinámica infantil.

El Profesor Claparede que desde la primera edición en 1915 de su monumental *Psicología del Niño*, obra clásica en los estudios de la infancia en la que ya se ocupa de modo magistral de la función del juego, critica razonadamente la obra del profesor de Fisiología de Groninga encontrándola más decisiva en su parte crítica que en su parte constructiva y de su lectura saca la conclusión de que realmente aún no se está en posesión de una teoría definitiva del juego, que se ignora todavía cuál es la naturaleza exacta de este fenómeno y cuáles son los factores que le condicionan.

Para Claparede lo que caracteriza el juego es la *ficción*, es que el niño mientras juega entra en otra esfera de realidad. Así el mismo comportamiento, dice el psicólogo ginebrino, puede ser o no un juego según que esté considerado por el yo en su realidad objetiva o por el contrario como símbolo de una realidad ficticia. Ejemplo: Un niño que se columpia en una hamaca

ca, realiza simplemente una actividad agradable; pero esta actividad se convertirá en juego si el niño imagina que está en un barco. En este caso la conducta del niño no será la que parece ser objetivamente: el adulto cree que se trata de un niño que se columpia en una hamaca y es un marinero sacudido por el mar agitado!! Una misma conducta puede pues, sin cambiar de carácter objetivo, transfigurarse en un juego bajo el imperio de la ficción.

El juego es pues una actividad irreal, que no es lo que parece ser y para Claparede la esencia del juego reside en las relaciones entre el individuo y lo real, pudiéndose decir que en la actividad real el individuo se adapta al medio que en la actividad lúdica el individuo adapta el medio a sí mismo. Este carácter de ficción del juego puesto en evidencia por Claparede hace ya 30 años tiene importancia extraordinaria hoy día siendo aprovechado como método terapéutico para comprender y resolver los conflictos emocionales de los niños. Por tanto el juego además de ser un agente de aprendizaje puesto que como se ha dicho, el niño es niño porque debe jugar para preparar su vida de adulto, presenta además la utilidad de hacer derivar algunos afectos repelidos, resolviendo algunos complejos que de no exteriorizarse envenenarían la vida del niño y podrían perturbar su desarrollo normal. A esto es a lo que se ha llamado función *catártica* y compensadora del juego.

Conviene tener presente que el niño está animado por lo que Claparede ha llamado "la tendencia dominadora del crecimiento", es decir una tendencia que le impulsa a la expansión de su yo, a la conquista del mundo ambiente y que esta tendencia está constantemente limitada por la realidad física o social. En opinión de Claparede el fracaso perpetuo de esta tendencia dominadora es lo que predispone al niño al sentimiento de inferioridad y el que le llevaría a él de modo irremediable si el juego no viniera a darle la ayuda que le niega la realidad. Jugando es cuando el niño se siente fuerte, es cuando él manda a las cosas y a los acontecimientos; cuando juega es cuando tiene derecho a pegar a su caballo o a regañar a su muñeca. De este modo el juego sirve de contrapeso a la inferioridad en que se encuentran el niño entre el mundo que lo rodea. Gracias al juego se puede llegar a sondear las inclinaciones secretas del alma del niño, es decir que se puede utilizar como medio de *diagnóstico* y gracias al juego también, según el método preconizado desde 1931 por Margarita Lowenfeld y Melanie Klein, el niño puede reaccionar a ciertos conflictos y curarse de las

perturbaciones caratteriales, por lo que el juego se convierte además en un método *terapéutico*.

Cada día son más numerosos los trabajos publicados sobre los resultados obtenidos mediante este psicoanálisis del juego que pone en evidencia por ejemplo tendencias agresivas de los niños claramente expresadas mediante el juego con muñecas que representan sus propios familiares y a las que acoplan en parejas, las entierran, las aplastan, las ahogan, les ponen apodos etc. etc.

Actualmente estoy preparando un estudio hecho a base de "cuentos" redactados por niños que examinamos psicológicamente a petición de sus padres o profesores a causa de presentar dificultades de adaptación familiar o escolar. El tema se lo sugerimos siempre del mismo modo, dibujando esquemáticamente unas figuras que representan una familia compuesta de padre, madre y el número de hermanos que conviene según la situación familiar del niño en estudio. Por tratarse hasta ahora siempre de casos que presentan anormalidades de conducta en el desarrollo de estos cuentos encontramos sistemáticamente, casos de fugas de la casa, de castigos injustos, de envenenamientos "sin querer" de hermanos menores y en relación con un niño de 10 años que presenta incompatibilidad total con el padre, observamos que dibuja febrilmente conforme va hablando y se le escapan frases tan duras como "el papá se ahogó, pero se escapó del cajón y dejó una tarjetica diciendo: yo salí por magia, pero se volvió a ahogar. Como se murrió del todo el papá, lo tachamos de todos los sitios en que está "y como lo dice y lo hace con gran fruición". Claro que se refiere al papá de la familia del cuento....

Temas de observación y experimentación como el del juego, el estudio de la evolución de los intereses de los niños y otros semejantes, corresponden de lleno al psicólogo escolar quien además está encargado de mantener conversaciones con los padres del niño y reuniones con el maestro y el médico para que todos juntos puedan llevar a cabo la gran tarea escolar que constituye el problema capital de la escolaridad y que puede considerarse como síntesis de todos los esfuerzos, de todas las iniciativas de las autoridades escolares, del maestro e incluso de los mismos niños. Nos referimos al rendimiento escolar que constituye preocupación preponderante aunque sea en detrimento de todos los demás valores educativos. El valor de la escuela y el del maestro se juzgan por el caudal de conocimientos adquiridos; incluso el propio niño es juzgado del mismo modo en la escuela. El niño que obtiene buenos resultados

escolares se le considera como inteligente y aplicado, por el contrario se le juzga poco inteligente, perezoso y descuidado si las notas no son buenas. Se llega incluso a creer que el rendimiento escolar se debe únicamente a la buena o mala fe del alumno. Pero este problema del rendimiento escolar es más complejo de lo que parece a primera vista.

Cualquiera que sea la opinión que se pueda tener sobre el valor de la psicología del niño y del adolescente es indiscutible que las investigaciones de los psicólogos han sido el punto de partida de casi todas las innovaciones de orden metodológico y didáctico de estas últimas décadas. Una de las aplicaciones más interesantes de la psicología a la educación ha sido la aplicación en gran escala a los escolares de tests mentales que permiten ver rápidamente si un alumno es o no capaz de seguir el programa escolar corriente y con este método de los tests se ha demostrado la gran heterogeneidad de los niños de la misma edad en cuanto a la inteligencia se refiere, factor de gran importancia para el éxito o fracaso escolar, pero no el único ni mucho menos; pues al mismo tiempo se ha demostrado también que no existe correlación perfecta entre la inteligencia y los resultados escolares y que por tanto hay que tener en cuenta otros elementos para ser justos en la apreciación del trabajo de un escolar.

Entre los elementos que hay que tener en cuenta en el rendimiento en la escuela, uno muy esencial es la influencia del medio familiar. En un trabajo americano hecho principalmente para examinar la influencia del medio sobre el desarrollo mental de 400 niños de diferentes edades confiados a familias protectoras de diversos grados de bienestar y cultura se ha encontrado que después de varios años de permanencia en condiciones mejores todos los niños acusan mejoría en su desarrollo mental, indicado por un cociente mental más elevado siendo estas diferencias tanto mayores cuanto más favorable era el medio familiar en que fue colocado el niño. Otro hecho comprobado es que si hermanos y hermanas son colocados en familias diferentes, disminuye su semejanza respecto a su inteligencia. Cuando hermanos y hermanas fueron establecidos unos en mejores medios familiares que otros, el promedio del cociente intelectual de los primeros fue de 95 y de los segundos de 86. Además los niños no emparentados, pero educados en la misma familia adoptiva, se parecen más entre sí en su desarrollo intelectual que a los demás niños. Y finalmente una demostración importante respecto a la influencia familiar es el hecho de que un porcentaje considerable de estos niños estudiados

en el trabajo que resumimos son hijos de padres criminales y no obstante sólo el 8% de éstos han cometido delitos graves. Y en cuanto el punto concreto de la influencia de la familia sobre el éxito escolar, se ha observado que los niños que ya estaban bajo la protección de una familia de mejores condiciones que la propia antes de entrar a la escuela trabajan mejor que los que habían sido confiados más tarde.

También es de interés otro estudio hecho en Alemania en 1931 sobre 700 casos de niños de Breslau en el que se comprueba que el 40% de los escolares que obtienen peores resultados se deben a las malas condiciones de vivienda; comprobando al mismo tiempo que las condiciones desfavorables contribuyen más a bajar el nivel de los resultados escolares que las buenas a elevarlos. En otros trabajos se demuestra que las condiciones materiales en que viven los alumnos ejerce menos influencia sobre su rendimiento escolar que las condiciones morales.

Aunque en la Sección de Psicotecnia de esta Universidad estamos haciendo el estudio de 20 niños de un colegio de Bogotá nos faltan todavía datos para sacar conclusiones definitivas de la influencia de las condiciones de vida familiar sobre el desarrollo mental y rendimiento escolar en niños normales colombianos. Pero con el fin de dar ejemplos concretos que fijan mejor las ideas vamos a tomar algunos casos de uno de los trabajos más serios que se han hecho en estos últimos años sobre este tema, de la obra de María Kaczynska de la desventurada Varsovia.

Escogeremos tres tipos diferentes. Primero: Niños muy inteligentes que tienen que repetir curso por causa de defectos en el ambiente familiar. Segundo: Niños de inteligencia media que obtienen buenos resultados en sus trabajos escolares. Tercero: Niños poco inteligentes que se ven forzados a repetir el curso.

Primer caso: Niño de 11;3 años C. I. = 1.26 es decir conceptuado como de inteligencia muy superior, según la escala de Terman. Considerado en la escuela como alumno muy mediano desde el segundo año de estudios, por fin tiene que repetir el quinto año. Amenazado de tuberculosis, enfermedad que padecen sus dos hermanos mayores. La atmósfera moral de la familia es deprimente. Los padres están separados y el niño ha sido confiado al padre, mientras sus otros dos hermanos se han quedado con la madre. El niño es muy precoz física y psíquicamente, dotado de espíritu vivo e iniciativa, no obstante es incapaz de concentración durable. Su atención se disipa, su interés cambia de objetos. Es muy agitado, a veces excitado, care-

ce de perseverancia. No sabe organizar su trabajo. En la casa nadie le ayuda para desarrollar en él la capacidad de esfuerzo y de trabajo sistemático. Su nerviosismo, excitación propia y la severidad de su padre le han habituado a evitar las dificultades en lugar de vencerlas. Como resultado de todas estas circunstancias a pesar de su gran inteligencia, tiene grandes fallas en sus conocimientos y sus maestros le ponen siempre malas notas.

Segundo caso: Niño de 9;6 años C. I. = 0,93, es decir perfectamente normal, inteligencia media según la escala de Terman. Niño poco desarrollado físicamente, de baja estatura, delicado y cariñoso en su manera de ser. No le gusta correr en los recreos y prefiere leer o trabajar durante ellos. Las condiciones de su vida de familia son buenas. Su casa está muy limpia, e incluso arreglada con gusto. Es el menor de 3 hermanos y sus padres esperan que sus hijos triunfen en la vida. La madre se ocupa mucho del más pequeño que es el sujeto estudiado. La familia le ha inculcado el sentimiento del deber y le ha hecho ser cuidadoso y exacto. Tiene pues todas las cualidades exigidas a un buen alumno de la escuela corriente, y le ha sido muy fácil asimilárselas además por no sentir necesidad de actividad física. Sus maestros le dan muy buenas notas.

Tercer caso. Muchacho de 15;3 años C. I. 0,71 por lo tanto se encuentra en el límite poco preciso entre la torpeza y la debilidad mental. En la escuela ha tenido que repetir dos clases. Está muy delgado y descuidado. No se interesa por su trabajo escolar. Durante todo el año han surgido conflictos entre la escuela y él y no obstante no es malo ni cínico; incluso se commueve cuando se le habla al alma. Es sencillamente un caso de mala educación, de hambre y de hábitos de mal comportamiento general. Las condiciones de su vida de familia son desastrosas. Siete personas se amontonan en una habitación inmunda. El padre es un obrero sin trabajo desde hace un año. El hermano mayor tiene 18 años y no quiere estudiar ni trabajar. Tiene además tres hermanos y una hermana, todos más pequeños que él. La madre está destrozada por el trabajo y aterrorizada por su marido y sus cinco hijos. El padre grita y pega a sus hijos. El muchacho en cuestión está en casa el menor tiempo posible y nadie piensa en decirle que prepare sus lecciones, cosa además muy difícil de hacer en una habitación en donde duermen siete personas y faltan los muebles más indispensables. Generalmente hambriento, recibe el almuerzo en la escuela. Nunca ha tenido los libros necesarios. Confiesa francamente que no le gusta estudiar. En la escuela no hace

con gusto más que los trabajos manuales, el dibujo, la gimnasia y el canto. A causa además de su escasa inteligencia ha fracasado totalmente. Bien es verdad que tampoco la escuela le ha ayudado. Le trata como a todos los demás alumnos y exige de él lo mismo que a cualquier otro niño que viva en condiciones normales.

Vemos pues que existen niños que poseen inteligencia superior a la normal que se pierden a causa de las malas condiciones familiares, materiales o morales y que son incapaces de adaptarse al ambiente escolar en el que dan escaso rendimiento. Otros en cambio de inteligencia media, se adaptan perfectamente y dan buen rendimiento escolar, gracias a las buenas condiciones de la vida familiar tanto desde el punto de vista material como moral. Estas condiciones favorables producen la adquisición de buenos hábitos tales como el sentimiento del deber, la aptitud para el esfuerzo, la sistematización etc. Y por fin los escolares pertenecientes al tercer grupo son los desgraciados que se van arrastrando de clase en clase. Su inteligencia limitada constituye serio obstáculo para el trabajo escolar. Si la familia les ofrece un medio favorable, aún pueden defenderse; pero si a su deficiencia intelectual se une la deficiencia ambiental familiar, la lucha resulta superior a sus fuerzas, renuncian y son vencidos. De aquí salen los niños "malos", difíciles o inadaptados.

Estos casos demuestran que la colaboración de los maestros con las familias es absolutamente necesaria en bien de los niños, y de los adolescentes. Hasta hace muy poco el educador no se había planteado el problema; siempre creyó que su misión se limitaba a la *clase*, al aspecto puramente pedagógico, considerando además la instrucción como un *fin* y no como el *medio* de enseñar a vivir al alumno. Estaba acostumbrado a ver únicamente ante sí al *escolar* y no al *sér humano y social* a quien hay que comprender, ayudar y orientar. El conocimiento individual de las condiciones de los escolares evitarán muchos errores pedagógicos. Además la influencia del hogar como hemos visto, puede ser *positiva* o *negativa*. En el primer caso el maestro no tiene por qué intervenir, pero en cambio en el segundo, es delictivo inhibirse y el maestro como la persona que está más próxima al niño tiene el deber de descubrir las deficiencias existentes e intentar poner el remedio después.

Al empezar a tratar el problema cumbre escolar del rendimiento decíamos que no es perfecta su correlación con la inteligencia, factor esencial, y es que además de la influencia buena o mala del medio familiar hay que tener en cuenta otros

elemento también importante, que es la apreciación de los resultados escolares por el maestro, apreciación que en muchas ocasiones presenta bastantes inconvenientes. En primer lugar los resultados que él aprecia son globales, es decir que se juzga al mismo tiempo los resultados de trabajo y el esfuerzo que ha costado, si el alumno es cuidadoso en la presentación de los ejercicios si se hace simpático, influyendo de modo definitivo los conflictos de autoridad que hayan podido ocurrir en el transcurso del año. Además estas apreciaciones son generalmente intuitivas, sin que el propio maestro se dé cuenta de todos los motivos que influyen en su opinión. Y por consecuencia la apreciación es totalmente subjetiva puesto que depende de la opinión global e intuitiva que el maestro se hace del alumno y de su propia impresión reflejada sobre sus alumnos.

Todos estos inconvenientes pueden obviarse haciendo la apreciación de los resultados escolares mediante tests de conocimientos que permiten obtener resultados más racionales, más objetivos y más diferenciados; esto último principalmente porque aprecian únicamente los resultados del trabajo del alumno es decir, lo que sabe, sin tener en cuenta el esfuerzo, y mucho más objetivos porque están basados sobre principios estables y estrictamente determinados y además con ellos se juzga el resultado del trabajo de cada escolar comparándolo a otros de su misma edad y a sus compañeros de clase.

En el pequeño ensayo de orientación profesional que inició el pasado año en un colegio oficial de Bogotá la Sección de Psicotecnia aunque sin llegar todavía a resultados definitivos, ya es posible comprobar por ejemplo que no existe la menor correlación entre las calificaciones dadas por los diferentes profesores de cada curso y los resultados de los tests de inteligencia. Las notas escolares son siempre muy superiores a las registradas por los mismos alumnos en las pruebas puramente mentales. Este hecho tan claramente marcado, hasta el punto de que entre 97 sujetos, sólo dos obtuvieron calificaciones equivalentes a notas universitarias de 3,4 como máximo aunque provisionalmente todavía podría encontrarse como explicación la influencia que sobre la inteligencia puede ejercer el comienzo del período de la pubertad.

Algo más concordantes aunque todavía no mucho son los resultados de la comparación entre las calificaciones de los profesores y otra prueba psicotécnica que llamamos de capacidad para aprender, en la que figuran ejercicios de memoria en diversos aspectos, comprensión de textos leídos, etc. A-

qui ya se clasifican psicotécnicamente con notas hasta de 4,6 como máximo (4 casos) y por encima de 4 en 26 casos.

Insistimos en declarar el carácter absolutamente provisional de estos primeros resultados que todavía tenemos que comparar entre otros datos con los que nos suministre el propio colegio y los padres sobre la situación familiar, social y estado de salud de cada uno de los niños examinados.

Por esta pequeña muestra de los problemas que se plantean en las actividades públicas del niño y del adolescente considerados bajo el nombre genérico de "Escolares" creemos posible deducir toda la importancia benéfica que se puede obtener de la íntima colaboración de la Psicología, de la medicina y la educación.

No hay duda de que el maestro desempeña papel de primera categoría en la educación, pero cada vez necesitará más el auxilio de los datos que obtenga el médico escolar y de las investigaciones sobre la psicología del alumno en sus diferentes etapas de desarrollo y en la comprensión de las dificultades de adaptación al mundo en que tendrá que vivir su vida de adulto consciente, feliz y eficiente.

De la acción conjunta de estos tres técnicos en cuestiones de la infancia, trabajando lo más cerca posible del ambiente familiar de los alumnos, saldrán indudablemente cada vez mayores beneficios para el niño en primer lugar e incluso para la sociedad en general a la que se le podrán devolver más tarde miembros verdaderamente útiles y si es posible formados en una concepción de la vida más amable y humana que la que están viviendo las actuales generaciones.

Los niños de hoy y hombres de mañana tienen derecho a exigir mayor comprensión para la conducta infantil, atmósfera de cariño y poesía en la escuela trabajo intenso pero agradable y que quienes se ocupen de ellos crean sinceramente y hagan suya la idea expresada tan bellamente por un médico de la infancia de que "No hay un solo niño malo; el que parece serlo, o está enfermo o ha sido mal educado".

CANCER CONGENITO (1)

Por el Dr. Roberto Restrepo, Jefe de los Servicios de Curioterapia y Radioterapia del Instituto Nacional de Radium.

El sarcoma en el niño no es una lesión rara. En mi estadística particular figura un buen número de casos, tratados la mayor parte; y si bien la malignidad de esos procesos es desconcertante, tanto más cuanto menor sea la edad del niño, he tenido la satisfacción de ver algunos casos curados, que he podido seguir en observación varios años. (2)

Pero si no es rara esta afección en el niño, en mi vida profesional no había tenido la oportunidad de ver un caso de tumor maligno congénito.

A mediados de 1933 se me trajo un niño de 2 meses. Había nacido con un tumor localizado por detrás de la axila izquierda, bajo la región escapular, y tenía dicho tumor el tamaño de un huevo de gallina al nacer el niño. Primogénito de un matrimonio de campesinos cuya buena salud pude observar personalmente, (confirmada por varios exámenes de laboratorio que se habían hecho para buscar sífilis, etc.) no se prestaba el caso para buscar una lesión de etiología hereditaria.

El examen clínico mostraba un niño cuyo desarrollo general era excelente, y que no parecía perturbado por su tumor,

(1) Este caso fue publicado en el N° 2 de la "Revista Médica de Manizales" y lamentaba entonces no haber podido seguir el enfermo hasta el fin, pero un mes después de publicado el artículo volví a ver este enfermito, ya en estado casi agónico, y obtuve de sus padres que se me llamara cuando muriera, pues quería esclarecer el caso. Se me llamó cuando el niño murió, y aunque no se me dio permiso para hacer autopsia, lo que era mi deseo, se permitió tomar algunos fragmentos del tumor, que han sido examinados por el departamento de anatomía patológica del Instituto Nacional de Radium, con el resultado que se verá al final de este artículo, que por el interés del caso he querido reconstruir ahora.

(2) Cuando se publicó este artículo tenía casos que seguí dos y tres años, con regresión de las lesiones. Pero hoy tengo que afirmar que ninguno de estos pacientes llegó a los cinco años, lapso mínimo que permite hablar de curación.

que en el momento del examen tenía ya el tamaño de una mandarina.

Un colega (doctor Villegas) me había mandado este enfermito para que estudiara el caso y le diera mi concepto, y aún procediera al tratamiento que a mi parecer fuera indicado.

El tumor era duro, no doloroso a la palpación, sin modificación de la piel que lo cubría, circulación exagerada ni otro signo inflamatorio. Había una inmovilidad muy acentuada, y todo indicaba que el tumor hacía cuerpo con el omoplato. Se hizo una radiografía, que mostraba con buen contraste toda la escápula derecha, pero en la izquierda, por la superposición del tumor, de tejido denso, fue imposible obtener un contraste que dejara apreciar el tejido óseo en sus dos tercios inferiores, ya que el acromión, clavícula y extremidad superior del húmero podían apreciarse con suficiente claridad. Las costillas del lado izquierdo, como se ve en la radiografía, están comprimidas por el tumor.

Mi impresión por el momento era la de un tumor del hueso escapular y evadí todo tratamiento.

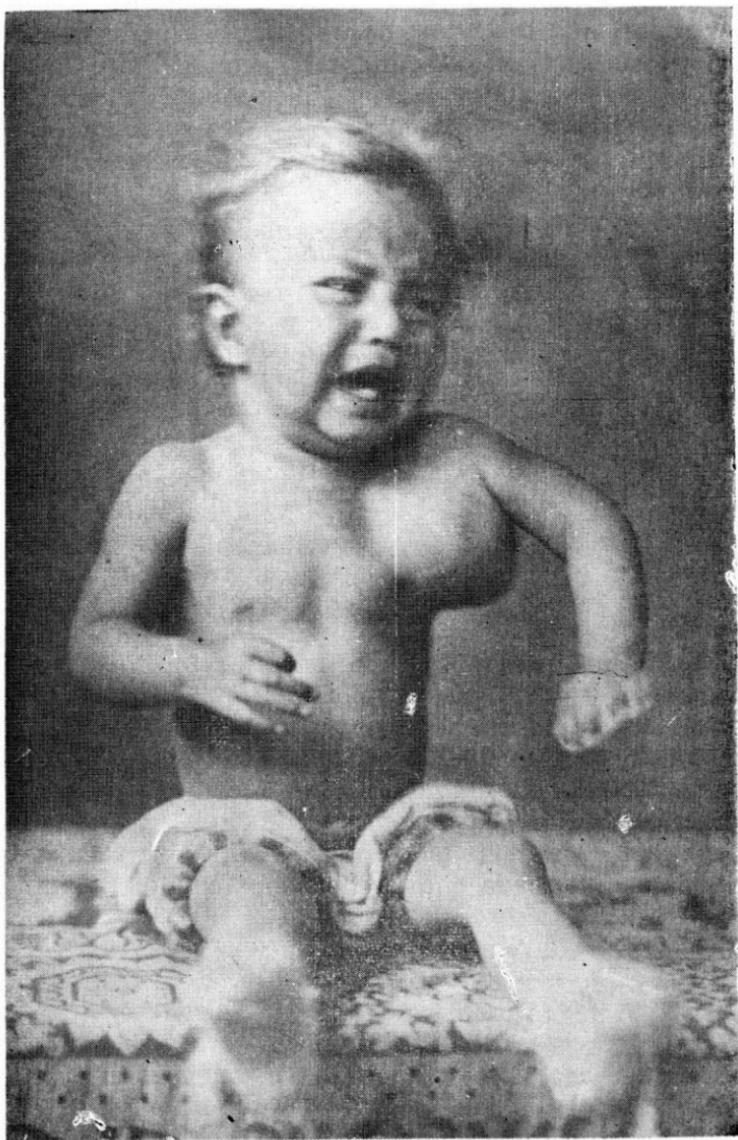
Un mes después volví a ver al enfermito, que continuaba su desarrollo normal como si su tumor careciera de importancia. Un examen más detenido me permitió ver que el hueso escapular, al forzar su movimiento, tenía una relativa independencia del tumor, el cual tenía un tamaño ligeramente mayor que en el primer examen.

Propuse entonces a los padres hacerle un tratamiento, que no podía ser por radioterapia, por lo difícil que sería obtener la quietud del niño que permitiera un tratamiento bien localizado y con las orientaciones que fuera necesario dar a la ampolla.

El examen no había mostrado ganglios ni otro síntoma que indicara tendencia a la generalización. Propuse, pues, hacer un tratamiento por radium, por el sistema más adecuado, que sería la radiopunción con un número suficiente de agujas para obtener la dosis letal en pocas horas (24 como máximo). Pero este tratamiento naturalmente era doloroso para el niño, y los padres se negaron a aceptarlo. Un empírico ocupó mi lugar de médico e hizo tomar al niño toda clase de panaceas, bien que, afortunadamente, no hizo ningún tratamiento local.

Perdí mi enfermito de vista durante 10 meses, al fin de los cuales volvieron los padres a traérmelo. El desarrollo de este niño había sido tan normal como el de la persona más sana, pero en los últimos tiempos lloraba demasiado, procurando mantener levantado su bracito porque parecía que el sólo peso le martirizaba. Su salud había ido decayendo, y de un niño rosa-

do que había sido hasta los 11 meses de edad, se había tornado pálido, inapetente y había perdido peso. La fotografía, tomada cuando tenía un año de edad, muestra el gran tamaño de su tu-



mor, que era entonces como el de una cabeza de feto. La piel tenía un aspecto terso, lustroso y con vascularización exagerada, ligeramente rojiza, muy sensible a la palpación y hasta el

contacto de los vestidos parecía mortificarle. Pude entonces apreciar que su escápula estaba indemne, y el tumor se había desarrollado por delante de ella.

Los padres deseaban que le hiciera cualquier tratamiento "por bárbaro que fuera" eran sus palabras, pero desgraciadamente era ya una aventura intentar hacer cosa útil en este enfermo. El aspecto clínico era el típico de un tumor maligno. Nunca tuvo fiebre este paciente. Sólo ya en su estado avanzado pude observar ganglios supraclaviculares y algunos en la región cervical.

Propuse a sus padres hacer una biopsia; pero se negaron a ello.

Dos meses después de haber tomado la fotografía con que se ilustra este artículo murió el paciente, y se tomaron algunos bloques del tumor, que se sometieron a distintos exámenes, que concuerdan en sus líneas generales con el practicado en el Instituto Nacional de Radium en un bloque que se conservó hasta hace poco tiempo. El dictamen es el que a continuación se copia.

"Al microscopio se encuentra piel y tejido celular subcutáneo. En este último hay un tumor maligno formado por células fusiformes, ovaladas y poliédricas. El protoplasma de las células neoplásicas es claro y homogéneo; los núcleos son grandes, ricos en cromatina y presentan numerosas mitosis típicas. Las células están agrupadas en masas grandes y en pequeños grupos separados por numerosas fibras conjuntivas en las que hay infiltración por plasmocitos y linfocitos. Los vasos sanguíneos están bien desarrollados, pero algunos carecen de pared propia. Hay marcada indiferenciación celular. Diagnóstico; Sarcoma anaplástico.

Fdo. Dr. A. R. Méndez".

Sobre dos cosas llamo la atención: tratarse de un tumor congénito, de evolución maligna; y el buen estado general y desarrollo que el niño tuvo hasta los 10 u 11 meses de edad, en que empezó a decaer rápidamente.

BREVE NOTA ACERCA DE SIMULIDOS COLOMBIANOS

L. Briceño - Iragorry — Caracas, Venezuela.

Durante corta permanencia en la ciudad de Cali, Colombia (1.000 mts. Alt.) 4 de junio de 1946, tuvimos oportunidad de colectar a orillas del río Cauca a su paso por la próspera capital del Departamento del Valle, ejemplares de Simúlidos al estado de pupa en las inmediaciones del parque donde la administración conciudadana ha erigido un busto al escritor Jorge Isaacs Iragorri. Pudimos, no obstante las pocas facilidades de que disponíamos, obtener por cría adultos que facilitaron el estudio completo de los ejemplares en referencia, que permitió clasificarlos como *Simulium* (E) *lutzianus* Pinto 1931 a unos y como *Simulium* (E) *mexicanum* Bellardi 1862 a otros; clasificación confirmada por Vargas de México.

De estas dos especies, como es bien sabido, la primera fue individualizada por Pinto del material llevado por Lutz al Brasil, proveniente del río Castaño (Venezuela) describiendo únicamente la pupa permaneciendo ignorado el tipo del adulto; fuimos nosotros en compañía de Fairchild, quienes más tarde 1943, identificamos los adultos provenientes de crías de pupas semejantes a las descritas por Pinto, haciendo posible su descripción. La segunda especie, *mexicanum*, es bastante conocida en México, Guatemala y Panamá, países éstos en los que únicamente se la había determinado.

Es de aclarar que para Fairchild, *Simulium lugubre* Lutz y Núñez Tovar 1928, sería sinónimo del *mexicanum*, en efecto, la figura de la pupa que aparece en la descripción original de la especie lúgubre y reproducida por Pinto, concuerda bastante bien con la de *mexicanum*; pero Smart, 1942, cree más bien que *Simulium lugubre* sea sinónimo de *S. guianense* Wise 1911. Como se vé no está claro la validez de la especie descrita por Lutz y Núñez Tovar, por nuestra parte tratamos de contribuir a dilucidar este punto, creyendo mientras tanto, que no podemos afirmar de manera absoluta como Fairchild, la existencia de la especie *mexicanum* en Venezuela.

Dejamos así constancia de la presencia de las referidas especies en la República de Colombia lo que aumenta su distribución geográfica especialmente para la especie *lutzianus*, que hasta hoy día había sido descrita únicamente en Venezuela y muy seguramente en Guayana Inglesa por Smart.

Con las especies en cuestión, se eleva a once el número de las conocidas para Colombia, creyendo oportuno dar su lista y su distribución:

- 1) *Simulium exigum* Roubaud 1906: Restrepo
- 2) " *latidigitum* Enderlein 1936: Muzo
- 3) " *martinezzi* Vargas 1943: Tierra caliente
- 4) " *Molli* Vargas 1943: Paso Quemado Norte Colombia.
- 1) " *Sanguineum* Knab - 1915 - Boca de Arquía, Río Atrato.
- 6) " *scutellatum* Lane y Porto 1940: Restrepo
- 7) " *Subnigrum* Lutz 1910: Restrepo
- 8) " *tarsatum* Macquart 1846: Nueva Granada (Colección Bigot).
- 9) " *violaceascens* Enderlein 1931. Sierra San Lorenzo
- 10) " *lutzianus* Pinto 1931: Cali, Río Cauca
- 11) " *mexicanum* Bellardi 1862; Cali, Río Cauca.

BIBLIOGRAFIA

- Fairchild, J. B. Notes on the Simuliidae of Panama (Dip. Nematocera) Ann. Ent. Soc. of America. Vol. XXXIII, N° 4, 1940.
- Fairchild, J. B. Nota sobre *Simulium lutzianus* y Briceño Iragorry L. Bol. Lab. Clinica Luiz Razetti N° 10. 1943.
- Smart. J. Notes on Simuliidae (Diptera) Proc. Roy. Rnt. Soc. London (B) 11; 46-50. 1942.
- Lutz Adolfo Estudios de Zoología Parasitología Venezolanas. 1928.
- Pinto Cesar Simuliidae da America Central e de Sul (Diptera) 7^a Reu. Soc. Arg. Pat. Reg. Norte. 1931.
- Vargas Luis. Simúlidos del Nuevo Mundo. 1943.

"FRACTURA DE POUTEAU-COLLES"

Tesis de grado "Meritoria. 1946. — Presentada por Jaime Quintero Esguerra.

Conclusiones.

- 1^a—La fractura de Pouteau-Colles se presenta entre nosotros con una frecuencia del 15½%, entre todas las fracturas.
- 2^a—La experiencia nos ha enseñado, que cumpliendo con los preceptos de reducción anatómica perfecta y prudente, y adecuada inmovilización, sea cual fuere la modalidad de la fractura de Pouteau-Colles, el resultado es y será siempre bueno.
- 3^a—Debe hacerse siempre estudio radiológico previo a la reducción; pero si éste no fuere posible, debe intentarse la reducción inmediatamente, controlando luégo el resultado con los Rayos X.
- 4^a—La fractura de Pouteau-Colles debe tratarse siempre de urgencia.
- 5^a—La anestesia local cumple a cabalidad los objetivos que persigue la anestesia en las fracturas: relajación muscular y alivio completo del dolor.
- 6^a—La anestesia local no presenta peligro de ser vehículo de infección, siempre que se lleve a cabo con todas las reglas de la asepsia.
- 7^a—No hemos observado nunca, que la anestesia local inyectada en pleno hematoma del foco de la fractura, produzca retardo en la formación del callo óseo.
- 8^a—Como dosis suficiente, es necesaria una cantidad que oscila entre 5 c.c. y 20 c.c. de procaína o novocaina al 2%.
- 9^a—Cuatro factores concurren a la obtención del buen éxito que hemos tenido con la anestesia local: seconal, morfina, *procaína* y la acción anestésica adyuvante que por compren-

sión braquial ejerce el sistema que utilizamos de contracción extensión fija.

- 10—Las indicaciones y la forma de empleo de la anestesia en la fractura de Pouteau-Colles varían según que se trate de casos vistos en las primeras 24 horas, en los primeros 3 días, o después de estos términos.
- 11—La fractura de Pouteau-Colles, requiere siempre una reducción anatómica perfecta.
- 12—Hemos observado, que el 20% de las fracturas de Pouteau-Colles no requiere maniobras de reducción, por el hecho de no presentar desalojamiento, angulación o engranamiento de fragmentos.
- 13—En el 70% de los casos, la fractura de Pouteau-Colles está acompañada de fractura de la apófisis estiloides cubital.
- 14—El procedimiento empleado en la Clínica Central para la reducción de esta fractura, nos ha dado siempre muy buenos resultados.
- 15—Es imperioso en todos los casos, antes de proceder a la inmovilización, estar plenamente seguros de que la fractura ha sido desengranada.
- 16—Para inmovilizar la fractura de Pouteau-Colles, empleamos con muy buen resultados el aparato enyesado, en Hennequin, o el ideado por el Dr. Botero Jaramillo.
- 17—Inmediatamente se terminen las maniobras de reducción, debe hacerse control radiológico, que hay que repetir cada vez que sea necesario. Recomendamos tomar 3 controles en total: el primero después de la reducción, el segundo 8 días más tarde y el tercero al retirar el aparato inmovilizador.
- 18—Las dosis de Rayos X, que asimila el enfermo en el acto de tomar radiografías, no ejercen acción retardatoria alguna sobre la formación del callo óseo.
- 19—Durante los primeros días, debe vigilarse a mañana y tarde el estado de los dedos. Posteriormente, el enfermo es controlado periódicamente con el objeto de mantener lo suficientemente ajustado el aparato inmovilizador.
- 20—Empleamos un promedio de 4 semanas como tiempo de inmovilización.